Profil sanitaire de l'espace CEDEAO

Organisation Ouest Africaine de la Santé

Avec l'appui technique et financier de





AVANT PROPOS

A travers la politique régionale de système d'information sanitaire, l'OOAS s'est fixé comme ambition d'améliorer la disponibilité, le partage et l'utilisation de l'information sanitaire de qualité pour la prise de décision au sein de l'espace CEDEAO. Pour cela, elle a mis en place un processus participatif qui a permis de sélectionner une liste d'indicateurs traceurs de la santé qui devraient constituer un tableau de bord minimal pour le suivi de l'évolution de l'état de santé des populations et de la performance des systèmes de santé dans tout l'espace CEDEAO. L'élaboration du profil sanitaire régional entre dans ce processus et vise à faire une situation des indicateurs socio-sanitaires de notre espace communautaire et favoriser l'utilisation de ces informations pour la définition et harmonisation des politiques sociaux, d'une manière générale et ceux du secteur de la santé, de manière particulère.

L'OOAS, à travers l'élaboration du profil sanitaire régional, avait également comme objectif de permettre l'appropriation du processus par les pays et de perpétuer la dynamique à travers l'élaboration du profil sanitaire de chacun des pays membres de la CEDEAO. Ainsi, l'effort des pays et l'appui d'une équipe technique de l'OOAS et de partenaires techniques et financiers ont permis de réaliser, en 2015, 10 profils pays et collecter des données sur les indicateurs traceurs dans 13 des 15 pays de l'espace CEDEAO. Différentes sources de données ont été exploitées dont principalement les sources de données nationales que sont les rapports des systèmes d'informations sanitaires de routine, les enquêtes statistiques et études nationales, les rapports de suivi et évaluation des programmes de santé, etc. L'OOAS espère que cette collaboration des pays et l'appropriation du processus vont se poursuivre pour une couverture totale de l'ensemble des pays dans les prochaines éditions.

Le présent profil sanitaire présente la situation des indicateurs de santé en 2014. Elle comprend : 1) une synthèse régionale qui fait ressortir les tendances générales et les disparités observées à travers les pays et permet de comparer la situation régionale avec celle d'autres parties du monde ; 2) les profils pays qui présentent la situation sanitaire dans chaque pays de l'espace CEDEAO ; 3) les données pays qui présentent la situation de l'ensemble des indicateurs traceurs pour chaque pays, selon les sources les plus récentes disponibles. Chacune de ces parties est bâtie autour de sections qui présentent : (1) la situation démographique ; (2) la situation socio-économique, les ressources des systèmes de santé ; (3) les prestations des services de santé ; (4) les facteurs et comportements à risque ; (5) l'état de santé des populations et, finalement, (6) la situation des maladies à potentiel épidémique.

L'OOAS salue les efforts des différents acteurs qui ont contribué à l'élaboration de ce document. Elle remercie en particulier les personnels des ministères de la santé qui ont contribué à la collecte des données et à l'élaboration des profils sanitaires pays. Elle est reconnaissante à l'USAID pour l'important appuie technique et financier à travers le Projet Leadership Management and Governance West Africa (LMG/WA) qui a été determinat pour la production de ce docuement.

Nous espérons que les lecteurs trouveront, à travers ce document, des informations utiles pour se faire une idée de l'état de santé des populations mais aussi l'organisation et fonctionnement des systèmes de santé de l'espace CEDEAO. Nous sommes conscients que ce document est perfectible et restons ouverts à vos contributions visant à son amélioration.

LISTE DES PERSONNES AYANT CONTRIBUE A L'ELABORATION DU DOCUMENT

SOMMAIRE

PARTIE I : SYNTHESE REGIONALE **5**

PARTIE II : PROFILS PAYS **28**

PROFIL SANITAIRE DU BENIN *29*

PROFIL SANITAIRE DU BURKINA FASO *42*

PROFIL SANITAIRE DE LA COTE D'IVOIRE *53*

HEALTH PROFILE OF GAMBIA *68*

HEALTH PROFILE OF GHANA *72*

PROFIL SANITAIRE DE LA REPUBLIQUE DE GUINEE *80*

PROFIL SANITAIRE DU MALI *94*

PROFIL SANITAIRE DU NIGER *107*

PROFIL SANITAIRE DU SENEGAL *120*

PROFIL SANITAIRE DU TOGO *134*

PARTIE III : DONNEES DES PAYS **147**

BENIN *148*

BURKINA FASO *161*

CABO VERDE *173*

CÔTE D'IVOIRE *186*

GAMBIA *199*

GHANA *211*

GUINÉE *223*

GUINÉE BISSAU *235*

LIBÉRIA *247*

MALI *259*

NIGER *271*

SÉNÉGAL *282*

TOGO *294*

PARTIE I : SYNTHESE REGIONALE

Sommaire

Introduction **7**

I. Situation démographique **7**

1.1. Taille et croissance de la population *7*

1.2. Structure de la population *8*

1.3. Milieu de résidence des populations *8*

1.4. Mortalité et fécondité *8*

II. Situation socio-économique **9**

2.1. Performances économiques *9*

2.2. Conditions sociales *11*

III. Ressources des systèmes de santé **11**

3.1. Financement de la santé *11*

3.2. Personnel de santé *13*

3.3. Infrastructures sanitaires *14*

IV. Prestations des services de santé **15**

4.1. Utilisation, qualité et sécurité des services de santé *15*

4.2. Couverture des interventions des programmes prioritaires de santé *16*

V. Facteurs et comportements à risque **17**

VI. Indicateurs d'état de santé **18**

6.1. Indicateurs de morbidité *19*

6.2. Indicateurs de mortalité *21*

VII. Situation des maladies a potentiel épidémique **23**

Conclusion **26**

Introduction

Le profil sanitaire régional présente la situation des indicateurs de santé mais aussi le contexte sociodémographique et économique de l'espace CEDEAO. Il constitue une synthèse des profils pays qui analyse les tendances et écarts à travers les Etats, en comparant la situation observée dans la région Ouest africaine à celle d'autres pays d'Afrique Subsaharienne ou du monde ou encore aux normes sanitaires reconnues au plan international.

Cette édition du profil sanitaire intervient au moment où l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) entame la mise en œuvre de son nouveau plan stratégique pour la période 2016-2020, dont le but est de contribuer à réduire la morbidité et la mortalité associées aux principales maladies et autres problèmes de santé dans l'espace CEDEAO. Dans ce cadre, le profil sanitaire réalisé régulièrement, ambitionne d'apporter, aux côtés des autres outils de suivi, un éclairage sur les progrès réalisés dans les pays et les gaps qui restent à combler en matière de santé.

Le profil régional est réalisé en se basant essentiellement (mais non exclusivement) sur les indicateurs traceurs de santé de l'espace CEDEAO. Ces indicateurs traceurs ont été sélectionnés par l'OOAS à travers un processus participatif avec les pays et les partenaires de la région. Ces indicateurs portent sur des domaines tels que la démographie, l'organisation et le fonctionnement des systèmes de santé, les facteurs et comportements à risque, l'état de santé et la situation des maladies à potentiel épidémique.

Le présent document de profil régional est structuré en sept sections qui traitent des questions suivantes :

1. Situation démographique
2. Situation socio-économique
3. Ressources des systèmes de santé
4. Prestations des services de santé
5. Etat de santé des populations
6. Facteurs et comportements à risque
7. Situation des maladies à potentiel épidémique

Les données utilisées ont été collectées à travers diverses sources comme les rapports statistiques annuels des ministères de la santé, les rapports d'enquêtes réalisées dans les pays mais aussi des bases de données des institutions internationales comme la Banque Mondiale et l'OMS et à travers des documents de travail de l'OOAS. Pour cette édition, la collecte réalisée dans les pays, à travers le canevas des indicateurs traceurs, a permis de rassembler des données de 13 pays sur 15, le Nigéria et la Sierra Léone n'ayant pas transmis de données. C'est pour pallier l'insuffisance de complétude des informations mais aussi pour des besoins de comparaison des données que certains indicateurs, notamment ceux liés à l'économie et à la démographie, ont été de manière préférentielle renseignés à partir de la base World Bank Development Indicators ou du rapport sur les statistiques sanitaires mondiales de l'OMS.

I. Situation démographique

1.1. Taille et croissance de la population

La CEDEAO compte 349 millions d'habitants dont la moitié vit au Nigéria

La population de l'espace CEDEAO, à l'image de celle d'Afrique Subsaharienne connaît une croissance rapide. Entre 2000 et 2015, elle est passée de 232,4 millions à 349,1 millions, soit un taux de croissance moyenne annuelle de 2,7% tandis que la population mondiale a connu une croissance de seulement 1,2% au cours de la même période.

Le Cap Vert est le pays qui a le plus faible taux de croissance démographique (1,1%) tandis que six pays ont connu une croissance d'au moins 3% de leur population : Bénin (3%), Burkina (3%), Gambie (3,2%), Libéria (3%), Mali (3,1%), Niger (3,8%), Sierra Léone (3,1%).

Les projections montrent que cette croissance restera stable à l'horizon (2,6% entre 2015-2025), ce qui donne une population attendue de 451,9 millions en 2025. Cette forte croissance constitue un défi pour le système de santé des pays de la région.

1.2. Structure de la population

Une population majoritairement jeune

Une autre caractéristique de la population de la CEDEAO est sa jeunesse. En 2015, 2 personnes sur 5 dans l'espace CEDEAO avaient moins de 15 ans et un peu plus de la moitié (53%) avait entre 15 et 64 ans.

Cette jeunesse de la population constitue une opportunité future seulement si ces jeunes sont en bonne santé, suffisamment bien formés et arrivent à s'insérer sur le marché de l'emploi. Pour le moment, le constat est que l'espace CEDEAO possède l'un des rapports de dépendance (Ratio population inactive sur population en âge de travailler) les plus élevés. Ce ratio est de 88% en 2015 dans l'espace CEDAO contre 86% en Afrique Subsaharienne et 53% en moyenne dans le monde. Il est particulièrement élevé au Burkina (93%), en Gambie (94%), au Mali (100%) et au Niger (112%).

1.3. Milieu de résidence des populations

Une urbanisation galopante dans les pays de l'espace CEDEAO

Les pays d'Afrique subsaharienne connaissent une forte progression de leur population urbaine. Cette croissance est encore plus forte dans l'espace CEDEAO où la population urbaine est passée de 80 millions à 156 millions entre 2000 et 2015.

En 2015, 45% de la population totale de l'espace CEDEAO vivait en zone urbaine, contre 38% en moyenne en Afrique Subsaharienne et 54% dans le monde. Cependant, le niveau d'urbanisation des populations diffèrent fortement d'un pays à l'autre dans l'espace CEDEAO. Elle est assez forte au Cap Vert (65%), en Gambie (60%), en Côte d'Ivoire et au Ghana (54%). Par contre, elle est beaucoup moins forte au Niger (19%), au Burkina (30%) et en Guinée (37%).

La concentration des populations dans les villes peut favoriser l'accès aux infrastructures sanitaires mais engendre d'importants défis en matière d'hygiène, d'assainissement, de logement et de transport auxquels les pays doivent apporter des réponses adéquates. De plus, la concentration des populations peut favoriser la propagation de maladies contagieuses si les conditions sanitaires sont insuffisantes.

1.4. Mortalité et fécondité

Les taux bruts de mortalité et de natalité de l'espace CEDEAO restent parmi les plus élevés.

Les efforts déployés par les Etats et leurs partenaires afin de permettre aux pays d'amorcer leur transition démographique a eu des effets limités sur le taux brut de mortalité et de natalité.

Le taux brut de natalité dans l'espace CEDEAO reste élevé (39‰), contre 37‰ en Afrique Subsaharienne et seulement 19‰ au niveau mondial en 2014. On constate des disparités selon les pays avec le Niger (49‰), le Mali (44‰) et la Gambie (42 ‰) qui enregistrent les taux les plus élevés tandis

que le Cap Vert (21%) enregistre le taux brut de natalité le plus faible. Cette situation s'explique en partie par le niveau d'utilisation des méthodes contraceptives qui reste très limitée dans les pays[1].

Le niveau de la mortalité dans l'espace CEDEAO est également élevé. Le taux brut de mortalité y est estimé en moyenne à 12‰ contre 10‰ dans la zone Afrique Subsaharienne et 8‰ dans le monde en 2014. On note un taux brut de mortalité particulièrement élevé en Côte d'Ivoire (14‰), en Sierra Leone (14‰), au Nigéria (13‰) et en Guinée Bissau (12‰). A l'inverse, le Cap Vert (5‰) et le Sénégal présentent des taux bruts de mortalité inférieurs à la moyenne mondiale.

Tableau 1 : Indicateurs démographiques

Pays	Population en 2015 (millions d'habitants)	Taux de croissance moyenne annuelle 2000-2015 (%)	Répartition par tranches d'âge en 2015 (%)			Population urbaine en 2015 (% population totale)	Taux brut de mortalité en 2014 (‰)	Taux brut de natalité en 2014 (‰)
			0-14 ans	15-64 ans	65 ans et +			
Benin	10,9	3,0	42	55	3	44	9	36
Burkina Faso	18,1	3,0	46	52	2	30	10	40
Cabo Verde	0,5	1,1	30	65	5	66	5	21
Côte d'Ivoire	22,7	2,1	43	54	3	54	14	37
Gambie	2,0	3,2	46	52	2	60	9	42
Ghana	27,4	2,5	39	58	3	54	9	33
Guinée	12,6	2,4	43	54	3	37	10	37
Guinée-Bissau	1,8	2,3	41	56	3	49	12	37
Liberia	4,5	3,0	42	55	3	50	9	35
Mali	17,6	3,1	47	50	3	40	10	44
Niger	19,9	3,8	50	47	3	19	9	49
Nigeria	182,2	2,6	44	53	3	48	13	40
Sénégal	15,1	2,9	44	53	3	44	6	38
Sierra Leone	6,5	3,1	42	55	3	40	14	36
Togo	7,3	2,7	42	55	3	40	9	36
Espace CEDEAO*	349,1	2,7	44	53	3	45	12	39
Sub-Saharan Africa	1001,0	2,7	43	54	3	38	10	37
World	7346,6	1,2	26	66	8	54	8	19

Source : World Banque Development Indicators

* Nos calculs

II. Situation socio-économique

2.1. Performances économiques

Des performances économiques relativement bonnes dans l'espace CEDEAO

La situation économique de l'espace CEDEAO s'est améliorée de manière significative à partir du début de la décennie 2000 en dépit des conditions climatiques défavorables et de la conjoncture internationale difficile. Sur la période 2000-2014, le rythme de croissance du produit intérieur brut s'est situé à 6,8% par an en moyenne pour l'espace CEDEAO. La structure par pays montre que seule la Côte d'Ivoire a

[1] OOAS 2014, Rapport d'analyse de situation de la sante de la reproduction et la planification familiale dans l'espace CEDEAO

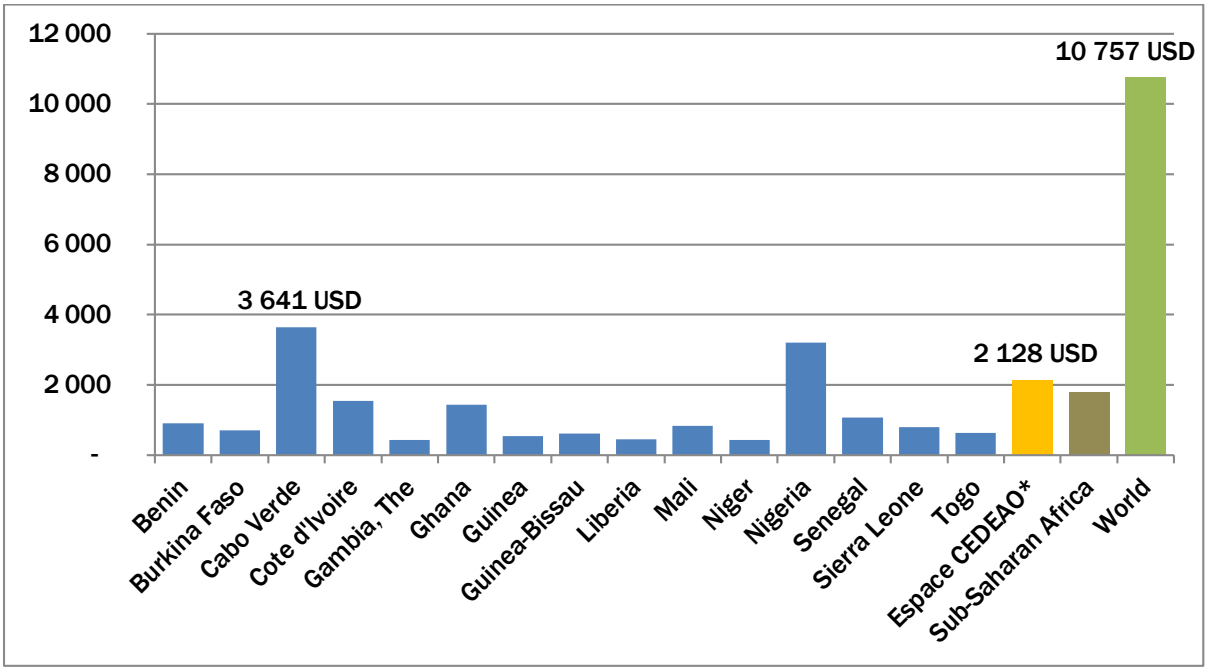
connu un taux de croissance annuel moyen du PIB faible (2,1%) sur la période, en raison de la succession de crises politico-économiques qu'a vécu le pays (2002, 2004, 2011). Les pays comme le Mali (8,8%), le Nigéria (8,2%) et la Sierra Léone (7,7%) enregistrent des taux de croissance du PIB les plus élevés de l'espace CEDEAO.

Le PIB/habitant de l'espace CEDEAO supérieur à la moyenne de l'Afrique Subsaharienne mais très en deçà de la moyenne mondiale.

Les données de la Banque Mondiale pour l'année 2014 font ressortir un écart considérable du PIB/habitant de l'espace CEDEAO (2 128 dollars/habitant) par rapport à la moyenne mondiale (10 757 dollars/habitant). Si cette moyenne est supérieure à celle de l'Afrique Subsaharienne (1 801 dollars), cela s'explique essentiellement par la contribution du Nigeria dont le PIB/habitant (3 203 dollars) associé à sa forte population tire la moyenne régionale vers le haut. A part le Nigéria, seul le Cap Vert possède un PIB/habitant supérieur à la moyenne d'Afrique subsaharienne.

Des disparités importantes persistent entre les pays avec des niveaux du PIB/habitant qui varient de 431 dollars au Niger à 3 641 dollars au Cap Vert. Selon le classement des pays de la Banque Mondiale[2], 11 des 15 pays de la CEDEAO sont considérés comme pays à faible revenu (RNB de moins de 1 026 dollars par habitant) en 2015. Il s'agit des pays suivants : Bénin, Burkina Faso, Gambie, Guinée, Guinée Bissau, Libéria, Mali, Niger, Sierra Léone, Sénégal. Les 4 autres pays sont dans la catégorie des pays à revenu intermédiaire, tranche inférieure. Il est évident qu'avec des revenus faibles, les populations des pays de l'espace CEDEAO connaissent d'importantes difficultés d'accessibilité financière aux services de santé.

Figure 1: Produit intérieur brut par habitant dans les pays de la CEDEAO et moyenne mondiale en 2014



Source : World Banque Development Indicators

[2] https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519

2.2. Conditions sociales

En dépit de ces progrès économiques enregistrés, plus de quatre personnes sur 10 vivent en dessous du seuil de pauvreté.

Peu de données sont disponibles pour mesurer l'incidence de la pauvreté dans tous les pays de l'espace CEDEAO. Cette situation tient du fait que les pays ne réalisent pas chaque année des enquêtes permettant d'évaluer le niveau de vie des populations. Les données de la pauvreté mesurée sur la période 2010-2015 montrent que dans la plupart des pays, 4 à 6 personnes sur 10 vivent en dessous du seuil de pauvreté. L'incidence de la pauvreté apparaît particulièrement plus élevée en Guinée Bissau (69% en 2010), au Togo (55% en 2015), en Guinée (55% en 2012) et en Sierra Leone (53% en 2011). Le Ghana présente une meilleure situation avec 24% de personnes vivant en dessous du seuil national de pauvreté en 2012.

Moins de deux tiers de la population est alphabétisée dans l'espace CEDEAO

Le niveau d'alphabétisation des personnes de plus de 15 ans varie fortement d'un pays à l'autre dans l'espace CEDEAO. Il était de 15,5% au Niger en 2011 contre 60,4% au Togo. A l'exception du Nigéria, du Cap Vert, de la Côte d'Ivoire et du Sénégal, les autres pays avaient moins d'un tiers de leur population adulte alphabétisé entre 2013 et 2014.

Le taux d'alphabétisation est encore plus faible chez les femmes. A ce niveau, on observe la même hiérarchie pour les pays avec des valeurs allant de 14% au Niger à 85% au Cap Vert en 2014. L'écart entre le taux d'alphabétisation des femmes et celui des hommes est encore plus important dans les pays où le niveau d'alphabétisation est faible.

La faiblesse du niveau d'alphabétisation dans ces pays entraine la persistance de certaines pratiques culturelles néfastes et réduit la capacité des populations à accéder à l'information et à utiliser convenablement les services de santé. Ceci est d'autant plus vrai que les pays qui ont les plus faibles niveaux d'alphabétisation sont également ceux qui ont des niveaux de fécondité plus élevés[3].

III. Ressource des systèmes de santé

3.1. Financement de la santé

Un pays sur deux présente un niveau de dépenses de santé par habitant nettement inférieur au minimum requis par l'OMS.

Les dépenses de santé cumulées des pays de l'espace CEDEAO se sont établies à 29 milliards de dollars en 2014 contre 3,2 milliards en 2000 selon les données de la Banque Mondiale[4]. Cette forte progression est surtout influencée par le Nigeria dont les dépenses de santé sont passées de 1,3 milliard à 20,9 milliards de dollars au cours de la même période.

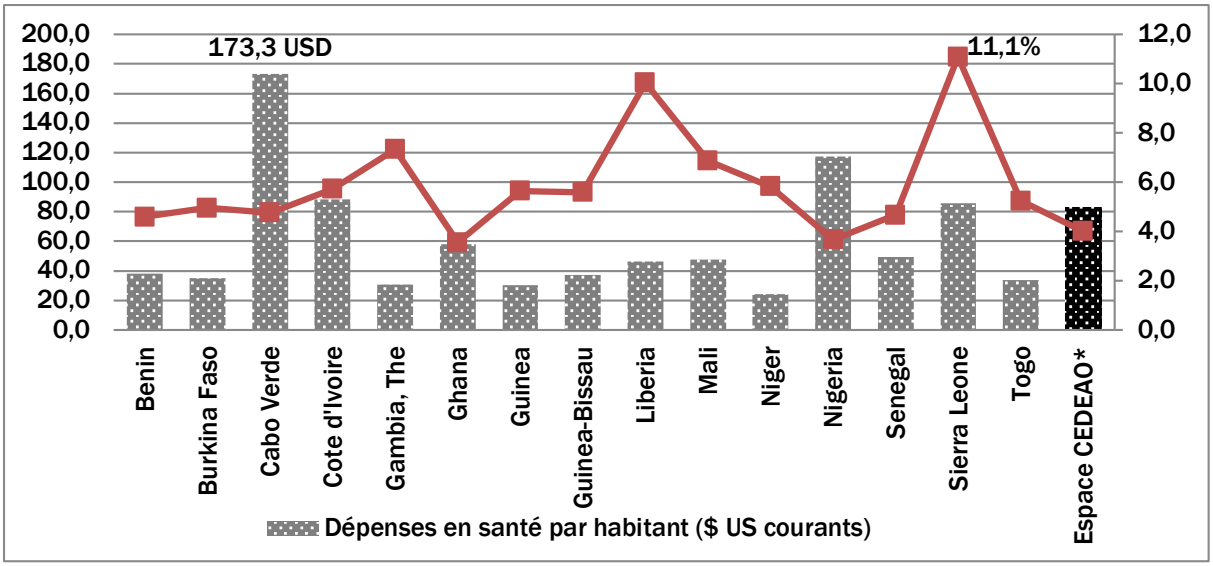
Malgré la forte progression observée, les efforts consentis au financement de la santé dans les pays de l'espace CEDEAO sont en général insuffisants comparativement aux normes recommandées au plan international. En 2014, les pays qui ont consacré la plus grande part de leur PIB aux dépenses de santé

[3] OOAS 2014, Rapport d'analyse de situation de la sante de la reproduction et la planification familiale dans l'espace CEDEAO
[4] World Bank Development Indicator

étaient la Sierra Léone (11,1% du PIB), le Libéria qui a connu une augmentation considérable (5,9% en 2000 à 10% du PIB en 2014) et la Gambie (7,3% en 2014 contre seulement 3,6% en 2000). Au niveau mondial, la dépense de santé moyenne est estimée à 9,1% du PIB.

Les dépenses de santé par habitant dans l'espace CEDEAO étaient estimées en moyenne à 83 dollars en 2014 alors qu'elles étaient estimées à 1061 dollars au niveau mondial. En dehors des pays comme le Cap Vert (173,3 USD), le Nigéria (117,5), la Côte d'Ivoire (88,4 USD), la Sierra Léone (85,9 USD), le Ghana (57,9 USD), le Sénégal (49,5 USD), le Mali (47,8 USD) et le Libéria (46,8 USD), les autres pays sont en deçà du minimum des 40 USD recommandé par l'OMS pour permettre un niveau acceptable de soins de santé.

Figure 2: Dépense de santé par tête d'habitant et dépense de santé en pourcentage du PIB



Source : World Banque Development Indicators

La contribution du budget des Etats aux dépenses de santé peut être améliorée

Le budget de l'Etat est l'une des principales sources de financement de la santé en général. En 2014, les dépenses publiques de santé ont représenté en moyenne 29,6% des dépenses totales de santé des pays de l'espace CEDEAO.

Même si les pays font des efforts, ceux-ci restent la plupart du temps en déca des engagements pris par les Chefs d'Etats de la Communauté[5]. En dehors de la Gambie qui a consacré 15,3% des dépenses du gouvernement à la santé en 2014, aucun autre pays de la CEDEAO n'a atteint le minimum des 15% du budget de l'Etat comme recommandé par les Chefs d'Etat.

L'absence d'une assurance maladie universelle limite l'accès des populations aux services de santé et les expose à des dépenses catastrophiques en cas de maladie. Dans ces conditions, les efforts, en particulier du côté de l'Etat, doivent être accrus pour le financement de la santé. Sa contribution au financement de la santé devra atteindre les 15% de son budget tel que recommandé par les Chefs d'Etat à Abuja en 2001.

[5] Déclaration des Chefs d'Etat à Abuja en 2001

Tableau 2 : Indicateurs de dépenses de santé dans l'espace CEDEAO et dans le monde

Pays	Dépenses totales en santé (% du PIB)		Dépenses en santé, publiques (% des dépenses du gouvernement)		Dépenses en santé par habitant ($ US courants)*	
	2000	2014	2000	2014	2000	2014
Benin	4,3	4,6	12,5	9,6	14,7	37,9
Burkina Faso	5,1	5,0	8,8	11,2	11,5	35,2
Cabo Verde	4,8	4,8	9,9	11,7	59,1	173,3
Cote d'Ivoire	6,0	5,7	10,0	7,3	38,9	88,4
Gambia, The	3,6	7,3	10,4	15,3	23,0	30,7
Ghana	3,0	3,6	7,8	6,8	12,3	57,9
Guinea	3,5	5,6	6,4	9,0	11,8	30,5
Guinea-Bissau	4,9	5,6	2,3	7,8	15,7	37,3
Liberia	5,9	10,0	6,7	11,9	10,8	46,3
Mali	6,3	6,9	8,9	5,6	15,1	47,8
Niger	6,0	5,8	8,4	7,6	8,9	24,4
Nigeria	2,8	3,7	5,9	8,2	17,2	117,5
Senegal	4,6	4,7	10,1	8,0	22,0	49,5
Sierra Leone	13,6	11,1	14,6	10,8	21,3	85,9
Togo	4,3	5,2	7,7	7,8	11,5	33,9
Espace CEDEAO*	3,8	4,0			13,8	83,2
Sub-Saharan Africa	5,5	5,5	..	..	32,6	97,7
World	9,0	9,9			494,7	1061,0

Sources: World Bank Development Indicators
*Nos calculs

3.2. Personnel de santé

La disponibilité du personnel de santé reste toujours un défi majeur pour la plupart des pays

La disponibilité du personnel de santé dans les pays de l'espace CEDEAO reste en deçà des minima souhaités. Les données fournies par les pays indiquent que la plupart n'ont pas atteint le ratio minimal d'un médecin pour 10 000 habitants. Le Cap Vert présente une situation particulière avec 6 médecins pour 10 000 habitants et constitue avec la Guinée Bissau (1,6), la Gambie (1,4), le Ghana (1,2) et la Côte d'Ivoire les pays qui atteignent le seuil de 1 médecin pour 10 000 habitants selon les données disponibles de la période 2012-2015.

Des efforts sont malgré tout faits par les pays en ce qui concerne la disponibilité des infirmiers pour lesquels presque tous les pays ont atteint le seuil minimal de 2 infirmiers pour 10 000 habitants. Le Ghana (12,7 infirmiers pour 10 000 habitants) et le Cap Vert (11,6 infirmiers pour 10 000 habitants) sont les mieux dotés pour ce type de personnel.

Aucun pays de l'espace CEDEAO n'atteint le seuil de 2,28 personnels de santé (médecins, infirmiers et sages-femmes) pour 1000 habitants Le rapport sur la santé dans le monde de 2006[6] indique que les pays qui ont une densité de moins de 2,28 médecins, infirmières et sages-femmes pour 1000 habitants n'atteignent en général pas la cible de 80% de couverture pour les accouchements en présence de personnels qualifiés et de vaccination des enfants.

[6] Rapport sur la santé dans le monde 2006 – Travailler ensemble pour la santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 [www.who.int/whr/2006/fr/index.html].

En plus de l'insuffisance en termes de densité du personnel de santé, les pays de l'espace CEDEAO font face à d'autres défis liés aux ressources humaines comme la répartition inéquitable entre zones rurales et zones urbaines, la qualité insuffisante de la formation et la démotivation des agents de santé.

Tableau 3 : Indicateurs de disponibilité de ressources humaines en santé

Pays	Médecins pour 10 000 habitants	Infirmières/infirmiers pour 10 000 habitants	Sages-femmes pour 10 000 habitants	Année
Benin	1,5	4,8	5,8	2014
Burkina Faso	0,5	4,8	1,0	2014
Cabo Verde	6,0	11,6	nd	2013
Cote d'Ivoire	1,0	2,5	1,4	2013
Gambie	1,4	5,3	1,9	2014
Ghana	1,2	12,7		2012
Guinée	0,7			2014
Guinée-Bissau	1,6			
Liberia	0,4	6,2	2,0	2015
Mali	0,8	3,1	0,5	2014
Niger	0,5	6,0	1,3	2014
Nigeria				
Sénégal	0,8	3,7	0,9	2012
Sierra Leone				
Togo	0,5	2,1	1,3	2014

Sources : Données des profils sanitaires pays

3.3. Infrastructures sanitaires

La disponibilité des infrastructures de santé est en deçà du minimum requis

La disponibilité des infrastructures sanitaires est une des conditions de base pour la fourniture des services de soins aux populations. Les données disponibles montrent que les pays de l'espace CEDEAO, pour la plupart, ont un déficit important en matière d'infrastructures.

Les pays ont opté pour la promotion des soins de santé primaires suite à l'initiative de Bamako. Cependant, on constate que les infrastructures pour la fourniture de ces soins de santé restent insuffisantes. Les données disponibles indiquent que seuls trois pays (Bénin, Cap Vert et Gambie) atteignent des niveaux d'au moins 2 formations sanitaires de premier niveau de soins pour 10 000 habitants.

Pour les soins de niveau secondaire et tertiaire, on note que le Cap Vert, la Côte d'Ivoire et le Ghana sont les mieux dotés avec au moins 1 hôpital pour 100 000 habitants. Ces hôpitaux offrent une capacité globale inférieure au seuil de 1 lit pour 1000 habitants comme recommandé pour une prise en charge adéquate des besoins d'hospitalisation. Le Ghana et la Guinée Bissau avec chacun 0,9 lit pour 1000 habitants ont les meilleures capacités en termes de nombre de lits d'hôpitaux.

La situation est particulièrement défavorable au Mali et au Niger avec chacun environ 2 lits pour 10 000 habitants. Il faut noter cependant la faible disponibilité et la qualité insuffisante des statistiques sur les infrastructures sanitaires qui ne permettent pas une bonne analyse de la situation de l'ensemble de l'espace CEDEAO.

Tableau 4 : Disponibilité des infrastructures de santé

Pays	Nombre d'établissements de soins primaires pour 10 000 habitants	Nombre d'hôpitaux pour 100 000 habitants	Nombre de lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants
Benin*	2,5	0,4	5,0
Burkina Faso	1,4	0,3	4,3
Cabo Verde	3,4	1,0	
Cote d'Ivoire	1,0	1,7	4,3
Gambie	4,5	0,7	4,3
Ghana*		1,4	9,0
Guinée*	1,7	0,4	3,0
Guinée-Bissau			8,8
Liberia	1,4	0,4	7,1
Mali	0,7	0,5	2,4
Niger	0,7	0,5	1,6
Nigeria			
Sénégal	1,3	0,2	3,7
Sierra Leone			
Togo	1,5	0,6	6,8

Sources : Profils sanitaires des pays

* Statistiques sanitaires mondiales 2014

IV. Prestations des services de santé

L'utilisation des services est un facteur important pour l'amélioration de la santé des populations. Elle permet d'apprécier l'accessibilité des populations à ces services de santé mais aussi l'adéquation entre ces services disponibles et les besoins.

4.1. Utilisation, qualité et sécurité des services de santé

L'accès et l'utilisation des services de santé par les populations restent encore limités.

L'utilisation des services de santé par les populations restent encore limitée pour l'ensemble des pays de l'espace CEDEAO. Les données disponibles de la période 2011 à 2014 indiquent que la plupart des pays sont loin d'atteindre le seuil de 1 consultation en moyenne par personne et par an, comme recommandé par l'OMS. Le Ghana (1,2 consultation par an), le Burkina (0,8 consultation par an) et le Libéria (0,8 consultation par an) présentent les meilleures situations. Vu la charge de morbidité très élevée dans les pays d'Afrique de l'Ouest, ces statistiques prouvent que la plupart des personnes malades renoncent à aller dans les centres de santé pour diverses raisons qui pourraient être, entre autres, l'inaccessibilité géographique et financière, le manque de confiance des populations vis-à-vis des prestations offertes ou la non satisfaction.

Selon les normes internationales, 5 à 15% des accouchements nécessitent une césarienne. Les données des pays pour la période 2011 à 2014 montent que 2 pays à savoir le Ghana (13,8%) et le Bénin (8,4%) sont dans la norme indiquée. Pour la plupart des pays, la césarienne ne concerne qu'environ 2 à 3% des accouchements attendus avec un niveau extrêmement bas en Gambie (2%).

La qualité de la prise en charge dans les formations sanitaires est insuffisante

En matière de prise en charge de la tuberculose, la cible fixée par l'OMS pour le taux de réussite du traitement est de 90% à l'horizon 2015[7]. En 2013 et 2014, les données fournies par les programmes montrent que seul le Bénin a atteint ce seuil. La Gambie (89%), le Ghana (87%) et le Togo (88%) sont également en passe de réussir ce pari. Des efforts particuliers sont à faire au Mali (63%) et au Libéria (70%).

La mortalité intra hospitalière est préoccupante dans certains pays de la CEDEAO. Chez les enfants de moins de 5 ans, elle atteint 92,4 décès pour 1000 cas d'hospitalisation au Libéria et 110 au Sénégal en 2014. Dans les pays de la région, les décès des enfants de cette tranche d'âge sont le plus souvent associés au paludisme, l'anémie et les infections respiratoires aigües.

La mortinatalité reste élevée dans les établissements sanitaires avec 44 décès pour 1000 naissances en Côte d'Ivoire, 32,3 pour 1000 au Niger.

Tableau 5 : Indicateurs d'utilisation, de qualité et de sécurité des services de santé

Pays	Nombre de consultations externes par habitant et par an	Taux de césarienne (%)	Taux de réussite du traitement de la tuberculose (%)	Taux de mortalité des moins de 5 ans dans les établissements sanitaires	Ratio de mortalité maternelle au sein des institutions de santé (P. 100 000 NV)	Taux de mortinatalité dans les établissements sanitaires
Benin	0,5	8,4	90,0	33,1	154,6	20,5
Burkina Faso	0,8	2,7	80,0	58,1	121,5	21,8
Cap Vert				22,5	9,4	14,1
Cote d'Ivoire	0,3	3,2	81,0		121,5	44,0
Gambie	0,7	2.0	89,0	15,8		28,1
Ghana	1,2	13,8	87,1		144,0	18,3
Guinée	0,3	2,4	76,0	35,9	76,4	22,3
Guinée-Bissau		3,9	80,6	55,4	900,0	
Liberia	0,8		70,0	92,4	191,4	
Mali	0,4	2,7	63,0		103,0	
Niger	0,6	2,3	79,0			32,3
Nigeria			86,0			
Sénégal	0,6	4,4	84,0	110,0		20,0
Sierra Leone			90,0			
Togo	0,3	4,0	88,0	66,1	170,0	25,0

Sources : Profils sanitaires des pays

4.2. Couverture des interventions des programmes prioritaires de santé

Environ huit femmes enceintes sur dix ont recours aux consultations prénatales mais la continuité reste faible.

La couverture de la première visite prénatale s'établit à des niveaux appréciables dans la plupart des pays. Les données disponibles indiquent que 80% à près de 100% des femmes enceintes ont recours à au moins une consultation prénatale (CPN) dans la plupart des pays de la CEDEAO. Cependant la fréquence et les périodes recommandées pour les consultations prénatales ne semblent pas très bien respectés, ce qui conduit à un faible niveau de CPN4, notamment au Bénin (29%) et au Burkina (33%). Le Ghana (87%), le Libéria (78%) et la Gambie (78%) présentent les meilleures performances.

[7] Plan mondial halte à la tuberculose 2011-2015

Des efforts importants doivent être fournis par les pays pour combler le gap de couverture des accouchements par du personnel de santé qualifié. Dans 9 pays sur 11 qui ont fourni des données sur cet indicateur, on note une couverture de moins de deux tiers des accouchements. La situation est particulièrement défavorable au Niger (42% en 2014), en Guinée (45% en 2012) et en Guinée Bissau (45% en 2014) où moins de la moitié des accouchements bénéficient d'une assistance qualifiée.

Les données de vaccination indiquent que 4 à 9 enfants sur 10 de 12 à 23 mois sont complètement vaccinées dans les pays de la CEDEAO. La performance des programmes de vaccination est particulièrement limitée en Guinée, au Mali et au Bénin où moins de la moitié des enfants sont complètement vaccinés entre 2013 et 2014.

Malgré les efforts des Etats et des partenaires, on constate que plus d'un patient sur deux, éligibles aux traitements antirétroviraux, ne reçoit pas cette thérapie dans des pays comme le Ghana (37%), le Libéria (41%), le Niger (26%) et le Togo (45%). Dans presque tous les pays, c'est moins de deux tiers des patients qui sont pris en charge.

Tableau 6 : Indicateurs de couverture des prestations de services de santé (période 2011-2014)

Pays	Couverture des quatre visites des soins prénatals (%)	Proportion de naissances assistées par un personnel de santé qualifié (%)	Taux de prévalence contraceptive (%)	Taux de couverture des enfants complètement vaccinés (12-23 mois, %)	Adultes et enfants séropositifs éligibles recevant une thérapie antirétrovirale, (%)	Taux de chirurgie de la cataracte (%)
Benin	28,9	90,3	17,9	42,0		
Burkina Faso	33,1	86,2	16,0	98,7	69,0	
Cabo Verde			37,5	93,2	56,2	
Cote d'Ivoire	44,2	59,4	18,2	55,5	57,9	170,0
Gambie	77,6	57,2	9,0	76,0		
Ghana	87,0	73,7	27,0	84,0	37,3	
Guinée	56,6	45,3	5,6	36,5	52,0	55,0
Guinée-Bissau	64,9	45,0	15,0	59,0		720,0
Liberia	78,1	61,1	20,2	54,8	41,0	
Mali		55,0	10,0	38,9	75,5	430,0
Niger	32,8	41,9	12,0	52,0	26,2	764,8
Nigeria						
Sénégal	48,1	59,0	20,3	74,0		
Sierra Leone						
Togo	57,2	59,0	17,3	61,5	44,8	411,0

Sources : Profils sanitaires des pays

V. Facteurs et comportements à risque

La malnutrition constitue un des principaux facteurs de risque chez les enfants de moins de 5 ans dans la région Ouest africaine. Les données disponibles de la période 2012-2014 montrent qu'environ 1 enfant sur 5 souffre d'insuffisance pondérale. Les pays les plus touchés sont le Niger (36%), le Mali (26%) et le Burkina (20%). L'état nutritionnel est particulièrement affecté par des comportements tels que l'allaitement maternel non exclusif chez les nourrissons de moins de 6 mois.

La maternité précoce est assez courante en Afrique de l'Ouest. Dans presque tous les pays, plus d'une adolescente sur cinq âgés 15 à 19 ans a déjà été au moins une fois enceinte. Cette situation est particulièrement préoccupante en Guinée (34%), au Libéria (31%), au Mali (39%) et au Niger (40%). Ces grossesses précoces entrainent souvent des complications, voire des décès maternels.

En matière d'hygiène et assainissement, on constate une bonne amélioration du recourt des ménages à des sources d'eau potable améliorées. 7 à 9 ménages sur 10 ont régulièrement accès à de telles sources d'eau. Cependant, l'utilisation d'installations sanitaires améliorées reste très limitée, particulièrement dans les zones rurales. Elle concerne seulement 9% des ménages au Niger, 13% au Bénin, 13% en Guinée Bissau et 15% au Burkina.

Tableau 7 : Indicateurs de facteurs et comportements à risque (période 2012-2014)

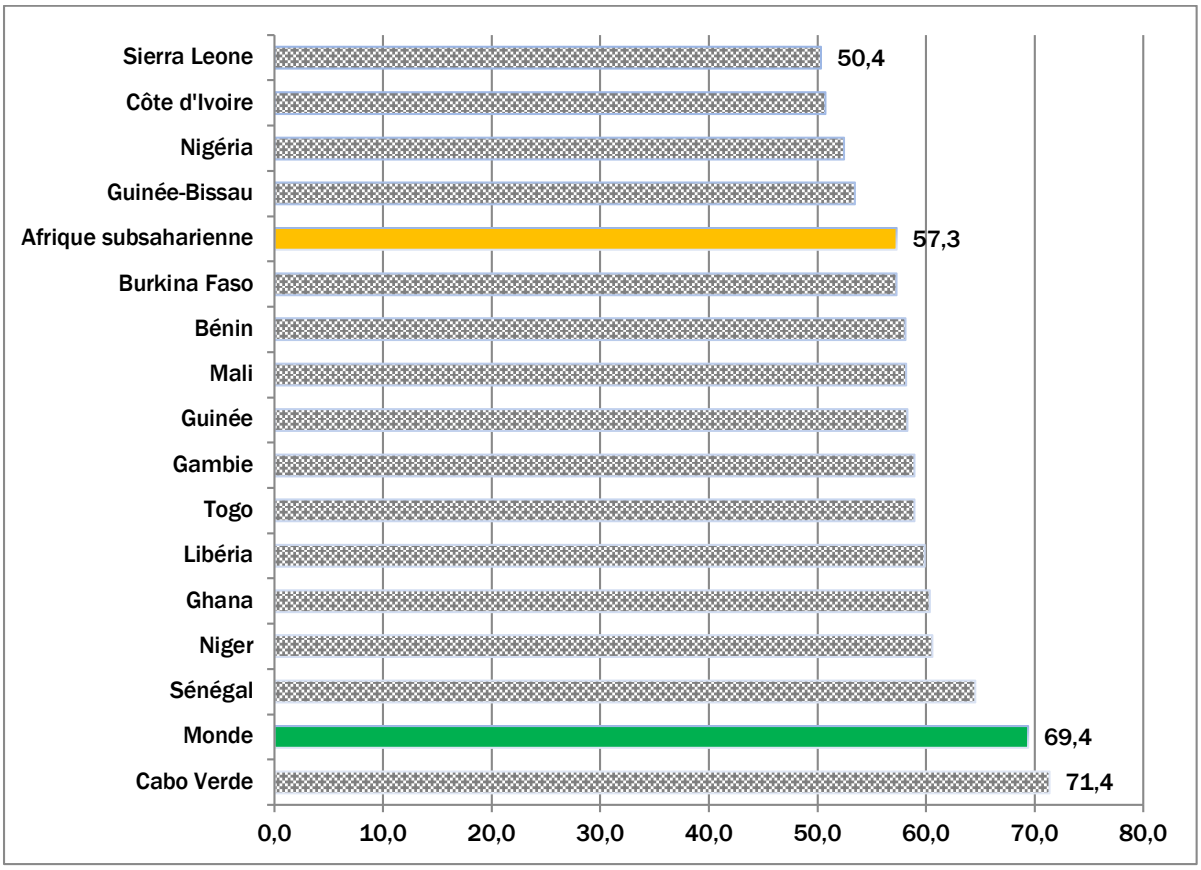
Pays	Taux d'insuffisance pondérale à la naissance (%)	Taux d'insuffisance pondérale <5 ans (%)	Taux de grossesse des adolescentes (15-19 ans, %)	Utilisation de sources d'eau potable améliorées (%)	Utilisation d'installations sanitaires améliorées (%)	Prévalence du tabagisme au sein de la population adulte (%)
Benin	12,5	18,0	16,5	72,1	12,7	
Burkina Faso	12,5	20,1	23,6	77,0	15,0	19,8
Cabo Verde			18,2			
Cote d'Ivoire	8,1	14,9	29,6	78,4	21,9	8,5
Gambie	11,7	16,2	17,5	91,0	37,0	22,5
Ghana	3,4	13,4	14,2	87,7	69,7	
Guinée	18,0	18,0	34,3	75,8	21,1	26,0
Guinée-Bissau	17,0	17,0	nd	75,0	13,0	
Liberia	9,7	15,0	31,3	73,0	16,9	9,9
Mali	25,1	25,5	39,0	66,4	23,8	
Niger	12,0	36,4	40,0	67,0	9,0	
Nigeria						
Sénégal	9,0	12,6	17,6	80,8	44,0	24,0
Sierra Leone						
Togo	10,0	16,0	16,5	64,0	12,0	6,8

Sources : Profils sanitaires des pays

VI. Indicateurs d'état de santé

L'espérance de vie est un indicateur de synthèse de l'état de santé d'une population. Lorsqu'on observe cet indicateur, on constate que la plupart des pays de l'espace CEDEAO présentent une espérance de vie à la naissance inférieure à la moyenne mondiale qui est de 69,4 ans. La baisse de la mortalité dans les pays africains a un impact important sur la durée de vie des populations en Afrique Subsaharienne où l'espérance de vie à la naissance est passée de 39 ans en 1960 à 57 ans en 2014, selon les données de la Banque Mondiale. Cependant, cette amélioration n'a pas été suffisante pour résorber le gap avec les autres parties du monde comme les pays à revenu élevé où cet indicateur s'établit à 78 ans en moyenne.

Figure 3 : Espérance de vie à la naissance dans les pays de la CEDEAO et dans le monde en 2014



Source : World Bank Development indicators

Malgré les efforts consentis, les principaux indicateurs prioritaires de la santé présentent des niveaux en dessous des moyennes mondiales.

6.1. Indicateurs de morbidité

6.1.1. Maladies transmissibles

Paludisme

Entre 2000 et 2015, les taux de mortalité dus au Paludisme sont restés préoccupants (la région englobe 90% des décès au niveau mondial) dans l'espace CEDEAO alors que les estimations ont montré une diminution de 60% au niveau mondial.

En 2015, les cas les plus élevés ont été enregistrés au Nigéria (27,6% du total de la région) et au Burkina Faso (19,1% du total de la région).

En outre, la majorité des cas de paludisme est exclusivement due au plasmodium falciparum, et seul le Cap Vert est au stade de pré-élimination. Les quatorze (14) autres sont dans la phase de contrôle de la maladie. En outre, dans ces quatorze (14) pays, les tendances en termes d'incidence ou d'admission ne sont pas connues. Cette situation s'explique, entre autres, par le mauvais rapportage, le changement des couvertures des tests de diagnostic (en nette augmentation) et par l'accès aux services de santé. Néanmoins, les modèles mathématiques estiment que l'incidence a chuté d'au moins 75% entre 2000 et 2015 dans trois (3) pays de la région (Gambie, Guinée Bissau, et Sénégal), de 50-75% dans deux (2) autres pays (Ghana, Liberia). Les neuf (9) pays restant ont eu une diminution d'incidence inférieure à 50%.

Dans le cadre de la lutte contre le paludisme, la prévention est la principale stratégie. Cependant, les performances en la matière sont mitigées. L'utilisation de la moustiquaire imprégnée n'est ni systématique ni généralisée pour des populations vulnérables comme les enfants et les femmes enceintes. On note que 20% des enfants de moins de 5 ans au Niger et 26% en Guinée ont dormi sous moustiquaire en 2012. En 2014, aucun pays n'a atteint le seuil de 80% préconisé pour espérer interrompre efficacement la transmission de la maladie[8].

Tuberculose

A l'instar des autres maladies épidémiques, la tuberculose continue d'affecter les populations de la sous-région. En 2014, la situation reste toujours préoccupante dans l'ensemble des pays avec un total de 208 026 cas notifiés dont 43,9% au Nigéria[9]. En dépit de l'importance des cas notifiés, il faut noter que le taux de réussite du traitement (DOTS) de la maladie reste inférieur à la moyenne mondiale (86%) en 2014. Seul le Bénin (90%), la Gambie (89%), le Ghana (87%), la Sierra Léone (90%) et le Togo (88%) sont au-dessus de cette moyenne.

Tableau 8 : Tableau : Indicateurs d'incidence et de prévalence du paludisme, de la tuberculose et du VIH

Pays	Nombre de cas confirmés de paludisme en 2015	Nombre de cas de décès dus au paludisme en 2015	Cas de Tuberculose notifiés en 2014	Séroprévalence du VIH en 2014 (%)		
				Population 15 à 49 ans	Femmes de 15 à 24 ans	Hommes de 15 à 24 ans
Bénin	1 044 235	1 869	3 977	1,1	0,4	0,2
Burkina Faso	5 428 655	5 632	5 792	0,9	0,5	0,4
Cabo Verde	46	2	292	1,1	0,3	0,8
Côte d´Ivoire	3 712 831	2 069	23 750	3,5	1,4	0,9
Gambie	166 299	170	4 814	1,8	0,7	0,4
Ghana	3 415 912	2 200	15 276	1,5	0,6	0,4
Guinée	660 207	1 067	11 734	1,6	0,7	0,4
Guinée-Bissau	93 431	357	2 288	3,7	1,5	0,8
Liberia	864 204	2 288	2 726	1,2	0,4	0,3
Mali	2 039 853	2 309	5 976	1,4	0,7	0,5
Niger	1 953 309	2 691	11 102	0,5	0,2	0,1
Nigeria	7 826 954	6 082	91 354	3,2	1,3	0,7
Sénégal	265 624	500	13 647	0,5	0,1	0,1
Sierra-Leone	1 374 476	2 848	12 721	1,4	0,4	0,2
Togo	1 130 251	1 205	2 577	2,4	0,8	0,5
CEDEAO	28 358 445	31 289	208 026			
Sub-Saharan Africa				4,5		
World				1		

Source : Rapport d'activités annuel 2015 de l'OOAS

VIH/Sida

Environ 80% des personnes vivant avec le VIH dans le monde vivent aujourd'hui dans seulement 20 pays - dont 13 en Afrique sub-saharienne. Le VIH affecte différents sous-groupes de la population par le biais de multiples et diverses dynamiques de transmission. En 2014 en Afrique Subsaharienne, la

[8] Rapport d'activités annuel 2015 de l'OOAS, janvier 2016
[9] Idem

prévalence est plus élevée chez les femmes (1,8%) de 15 à 24 ans que chez les hommes (1,1%) de la même catégorie. Cette situation reste constante dans l'ensemble des pays de la CEDEAO. Pour les 15 à 49 ans, la Cote d'Ivoire (3,5%), la Guinée Bissau (3,7%) et le Nigéria (3,2%) enregistrent les taux de prévalence les plus importants de la sous-région. Le Sénégal et le Niger présentent les plus faibles niveaux de prévalence avec chacun environ 0,5%.

6.1.2. Maladies non transmissibles

Peu de données sont disponibles dans les pays pour le suivi des maladies non transmissibles. Celles qui existent sont souvent peu récentes et ne sont pas toujours représentatives à l'échelle nationale.

Hypertension artérielle

Les données fournies par 5 pays (Burkina, Côte d'Ivoire, Niger, Sénégal et Togo) indiquent une prévalence de l'hypertension artérielle dans la population adulte qui varie de 18% (Burkina, 2013) à 45% (Sénégal, 2014). Cette maladie est aussi présente en milieu rural qu'en milieu urbain et aussi bien chez les femmes que les hommes mais à des degrés variant d'un pays à un autre. Par exemple, la prévalence est plus élevée en milieu urbain au Burkina et au Togo et inversement en Côte d'Ivoire et au Sénégal.

Diabète

La prévalence du diabète selon les données de 2007 à 2014 varie de 2,6% au Togo à 9,3% au Mali dans l'ensemble de la population. On note que cette maladie est beaucoup plus fréquente dans les zones urbaines et chez les hommes dans presque tous les pays.

Tableau 9 : Prévalence du diabète chez les adultes de 25 ans et plus (%)

	Burkina	CIV	Mali	Niger	Sénégal	Togo
Ensemble	**4,9**	**5,9**	**9,3**	**4,3**	**6,4**	**2,6**
Urbain	6,3				8,7	2,5
Rural	4,4				3,7	2,7
Homme	5,2			5,0	9,0	3,5
Femme	4,7			3,6	6,0	1,8
25-34 ans	3,9			5,9		1,6
35 ans et +					8,5	4,4
Année	**2013**	**2013**	**2014**	**2007**	**2014**	**2010**

Sources : Profils sanitaires des pays

6.2. Indicateurs de mortalité

Mortalité infantile et infanto-juvénile

Des taux de mortalité toujours élevés dans l'ensemble des pays de l'espace CEDEAO

Le niveau de la mortalité générale et des mortalités spécifiques est élevé dans tous les pays de l'espace CEDEAO. En 2014, plus de 50 enfants sur 1000 naissances vivantes meurent avant leur premier anniversaire pour tous les pays de la CEDEAO à l'exception du Cap Vert (21‰), du Sénégal (42‰) et du Ghana (44‰). Ils sont environ 126 sur 1000 naissances vivantes en Sierra Léone, 118 pour 1000 au

Mali et 113 pour 1000 au Nigéria en 2014 qui n'atteindront pas les 5 ans, taux qui restent nettement au-dessus de la moyenne de l'Afrique Subsaharienne (58‰) et du niveau mondial (33‰).

Mortalité maternelle

La mortalité maternelle est un indicateur clé de santé de la population et du niveau de développement de son système de santé. On constate en fonction des données disponibles que la mortalité maternelle reste élevée dans tous les pays de l'espace CEDEAO. C'est le cas surtout en Sierra Léone en 2014 (1410 femmes pour 100 000 naissances vivantes), 820 pour le Nigéria et 741 pour le Libéria. En dehors du Cap Vert qui enregistre un taux assez faible (44 pour 100 000 NV), les autres pays possèdent des niveaux très loin des cibles qu'ils s'étaient fixés dans le cadre des Objectifs du millénaire pour le développement.

Mortalité néonatale

La mortalité néonatale concerne le décès des enfants de moins de un mois. Plus précisément, c'est le nombre de décès d'enfants au cours des 28 premiers jours de vie.

En 2014, plus de 25 enfants pour 1000 naissances vivantes sont décédés avant un mois d'âge dans presque tous les pays, à l'exception du Cap Vert. Environ un pays sur deux dans l'espace CEDEAO présente un taux supérieur à 30‰. La mortalité néonatale est plus faible au Cap Vert (12,6‰), au Burkina Faso (27,2‰), au Togo (27,2) et au Sénégal (21,5‰), et plus élevée en Guinée Bissau (40,6‰), au Mali et en Côte d'Ivoire (38,6‰).

Tableau 10 : Estimations des taux de mortalités spécifiques en 2014

Pays	Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	Taux de mortalité infantile, moins de 5 ans (pour 1 000)	Taux de mortalité maternelle (estimation nationale, pour 100 000 naissances vivantes)
Bénin	32,2	65,7	102,1	350,0
Burkina Faso	27,2	62,2	92,4	
Cabo Verde	12,6	21,3	25,2	44,0
Côte d'Ivoire	38,6	68,5	95,5	
Gambie	30,7	48,6	71,1	
Ghana	29,0	44,2	64,0	322,0
Guinée	31,8	62,8	97,0	688,0
Guinée-Bissau	40,6	62,4	96,2	553,0
Libéria	24,7	54,7	72,9	741,0
Mali	38,6	75,9	118,3	601,0
Niger	27,3	58,4	99,6	
Nigéria	35,0	71,5	112,5	820,0
Sénégal	21,5	42,3	49,7	323,0
Sierra Leone	35,8	90,2	126,4	1410,0
Togo	27,2	53,6	80,8	401,0
Afrique subsaharienne	29,2	57,9	86,1	
Monde	20,0	32,6	43,9	

Source: World Bank Development Indicators

VII. Situation des maladies à potentiel épidémique

Les maladies épidémiques persistent dans la sous-région et la situation reste préoccupante pour certains pays

Au cours des dernières années, la situation sanitaire de la région a évolué de façon significative en matière de lutte contre les menaces épidémiques[10]. Cependant, on note l'apparition de maladies émergentes comme la fièvre de Lassa enregistrée au Bénin en 2014 et 2016 et la fièvre de la vallée du Rift au Niger en 2016.

En 2015, la situation sanitaire d'ensemble se présentait comme suit :

Choléra

Le nombre de cas a baissé de façon significative en 2015 par rapport à 2014. Au total 6 290 cas dont 205 décès ont été enregistrés par 6 pays (Nigeria, Ghana, Côte d'Ivoire, Niger, Togo et Sénégal) contre 68 340 cas dont 1 114 décès en 2014 enregistrés par un total de 10 pays. Il faut noter que le Nigéria et le Ghana sont les deux pays de la région qui sont constamment frappés par le choléra avec 96% du total des cas.

Méningite

Un total de 16 901 cas (suspects ou confirmés) dont 1 171 décès ont été notifiés en 2015 par tous les pays de la région, excepté la Guinée Bissau et le Libéria. La région a connu une flambée importante de méningite au cours du premier semestre 2015 notamment au Niger qui a rapporté 8 586 cas soit 51% du total des cas. Ce pays a également enregistré 577 décès soit une létalité de 7%.

Rougeole

La région a enregistré 39 023 cas (suspects ou confirmés) dont 17 décès en 2015. Tous les pays de la région excepté le Cap Vert ont été affectés. Plus de deux tiers (67,8%) des cas ont été recensés au Nigéria et en Guinée. Cette situation s'explique, entre autres, par la vaccination dont la couverture stagne, voire décline dans certains pays de la région. En effet, au moins un enfant sur quatre ne reçoit toujours pas le vaccin auquel il a droit.

La fièvre jaune

En 2015, seulement des cas suspects (les ictères fébriles) au nombre de 2 986 cas dont 133 décès ont été notifiés par tous les pays excepté le Cap Vert, la Guinée Bissau et le Libéria. Parmi les cas notifiés, près du quart est du Burkina Faso alors que la Gambie n'a enregistré qu'un cas suspect.

La fièvre de Lassa

En 2015, 380 cas dont 12 décès ont été notifiés par trois pays à savoir le Bénin, le Nigéria et la Sierra Leone. Les 375 cas et la totalité des 12 décès ont été notifiés par le Nigéria. En 2014, la région a enregistré 1 335 cas dont 60 décès en provenance de 4 pays (Bénin, Libéria, Nigéria et Sierra Leone).

Tétanos Néonatal

Il faut rappeler que le tétanos Néonatal est l'une des maladies cibles de l'élimination depuis quelques années. En 2015, 95 cas dont 31 décès (une létalité d'environ 33%) ont été rapportés par 9 pays contre 112 cas dont 31 décès notifiés en 2014.

En 2014 et 2015, la Guinée a été le plus affecté avec respectivement 28 et 40 cas.

[10] Rapport d'activités annuel 2015 de l'OOAS, janvier 2016

Maladie à Virus Ebola

La région Ouest africaine a connu la plus grave crise de maladie à Virus Ebola au cours de la période 2014-2015. Au total 28 631 cas dont 11 315 décès ont été enregistrés dans six pays entre décembre 2013 et décembre 2015. Parmi les décès enregistrés, on compte au moins 535 agents de santé. Le Libéria, la Sierra Leone et la Guinée ont été les pays les plus touchés par l'épidémie.

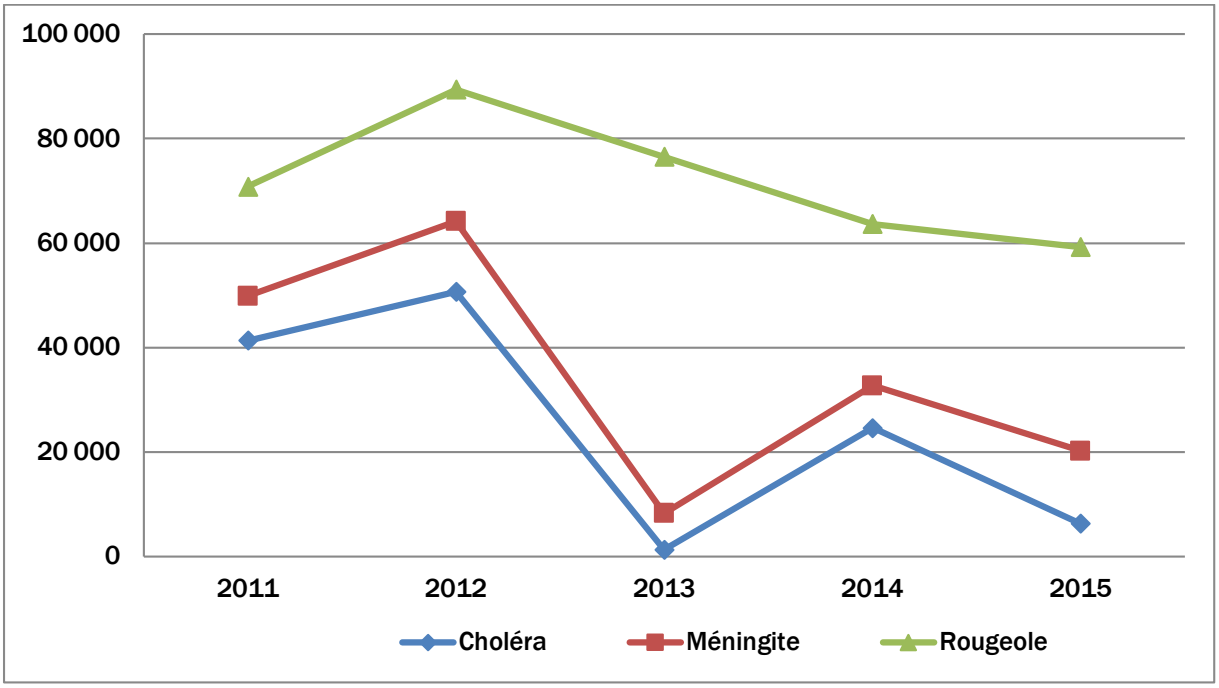
Après quelques cas sporadiques enregistrés en 2016, les pays touchés ont été déclarés exempts de la maladie en juin 2016.

L'épidémie de Zika Virus

Depuis octobre 2015, le Cap Vert fait face à une épidémie provoquée par le virus Zika. Selon les informations du Ministère de la Santé du Cap Vert, un total de 7 081 cas a été notifié par 13 des 17 districts sanitaires du pays entre octobre 2015 et 17 janvier 2016. La capitale Praia est le district le plus touché par l'infection avec 68% des cas, suivi de São Felipe avec 17,5%.

Enfin, l'OMS a déclaré le virus Zika comme constituant une urgence de santé publique de portée mondiale en janvier 2016.

Figure 4 : Evolution de cas de MPE prioritaires dans l'espace CEDEAO au cours des 5 dernières années



Source : Rapport d'activités annuel 2015 de l'OOAS

Tableau 11 : Situation des maladies à potentiel épidémique en 2015

Pays	Cholera		Méningite		Rougeole		Fièvre Jaune		Fièvre de Lassa		Tétanos Néonatal	
	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès
Bénin	0	0	575	64	176	1	111	1	1	0	7	1
Burkina Faso	0	0	2881	286	238	1	723	25	0	0	0	0
Cabo Verde	0	0	402	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Côte d´Ivoire	194	6	142	18	665	0	610	14	0	0	0	0
The Gambia*	0	0	7	4	666	7	1	0	0	0	0	0
Ghana	711	8	393	44	750	0	372	0	0	0	3	0
Guinée	0	0	233	22	2154	10	55	0	0	0	40	15
Guiné-Bissau	0	0	0	0	315	1	0	0	0	0	2	1
Liberia*	0	0	0	0	646	0	0	0	0	0	0	0
Mali	0	0	507	7	705	1	210	14	0	0	8	5
Niger	51	4	8586	577	6396	23	23	1	0	0	8	4
Nigeria	5298	186	2709	130	24317	127	186	73	375	12	0	0
Sénégal	1	0	202	7	998	0	311	2	0	0	4	0
Sierra-Leone	0	0	23	1	698	4	27	0	4	0	11	2
Togo	35	1	241	11	299	0	357	3	0	0	12	3
CEDEAO	6290	205	16901	1171	39023	175	2986	133	380	12	95	31

Source : Rapport d'activités annuel 2015 de l'OOAS

Conclusion

Le niveau des indicateurs de santé et de contexte socioéconomique et démographique de l'espace CEDEAO montre que les pays connaissent des progrès mais à des rythmes très différents. La plupart des pays ont des performances qui se situent en deçà de la moyenne mondiale. Cependant, tant au point sanitaire que socioéconomique des pays comme le Cap Vert et, dans une moindre mesure, le Ghana semblent sortir du lot.

La croissance démographique des pays de la région reste forte et pourrait se maintenir au cours des années à venir du fait de la fécondité toujours élevée et de la baisse tendancielle de la mortalité. Cette croissance, associée à la structure de la population fortement jeune, pose des défis importants aux systèmes de santé qui devront fournir les services adaptés, notamment en matière de santé sexuelle et reproductive.

Au plan économique, on constate que les pays de la CEDEAO ont pour la plupart un niveau de produit intérieur brut par habitant qui se situe au-dessus de la moyenne de l'Afrique Subsaharienne mais très loin de la moyenne mondiale, ce qui n'empêche pas qu'une bonne frange de la population vive dans la pauvreté.

Les ressources des systèmes de santé semblent très limitées au regard des énormes besoins. Les densités des personnels et des infrastructures de santé sont largement en deçà des normes recommandées pour couvrir de manière adéquate les besoins des populations en matière de soins de santé. En plus de cela, il apparaît que les zones rurales sont plus défavorisées.

Des efforts plus importants en matière de financement de la santé peuvent être légitimement attendus de la part des Etats puisqu'aucun n'a encore atteint le seuil minimal de 15% des budgets nationaux que les Chefs d'Etat se sont engagés à affecter aux dépenses de santé des populations. Pire, les Etats de l'espace CEDEAO présentent une dépense de santé qui se situe en moyenne à 4% du PIB, contre plus de 9% au niveau mondial.

Les indicateurs de l'état de santé montrent que les morbidités et les mortalités liées aux principales maladies comme le paludisme, le VIH et la tuberculose sont encore préoccupantes et la région connaît régulièrement des flambées épidémiques. Les femmes et les enfants sont les plus vulnérables, en témoignent les niveaux élevés des mortalités maternelle et infantile.

Face à ces nombreux défis auxquels les Etats sont confrontés, la mise en œuvre des nouveaux objectifs de développement durable doit constituer une occasion pour les autorités de l'espace communautaire de prendre des engagements plus forts pour des résultats ambitieux en matière de santé.

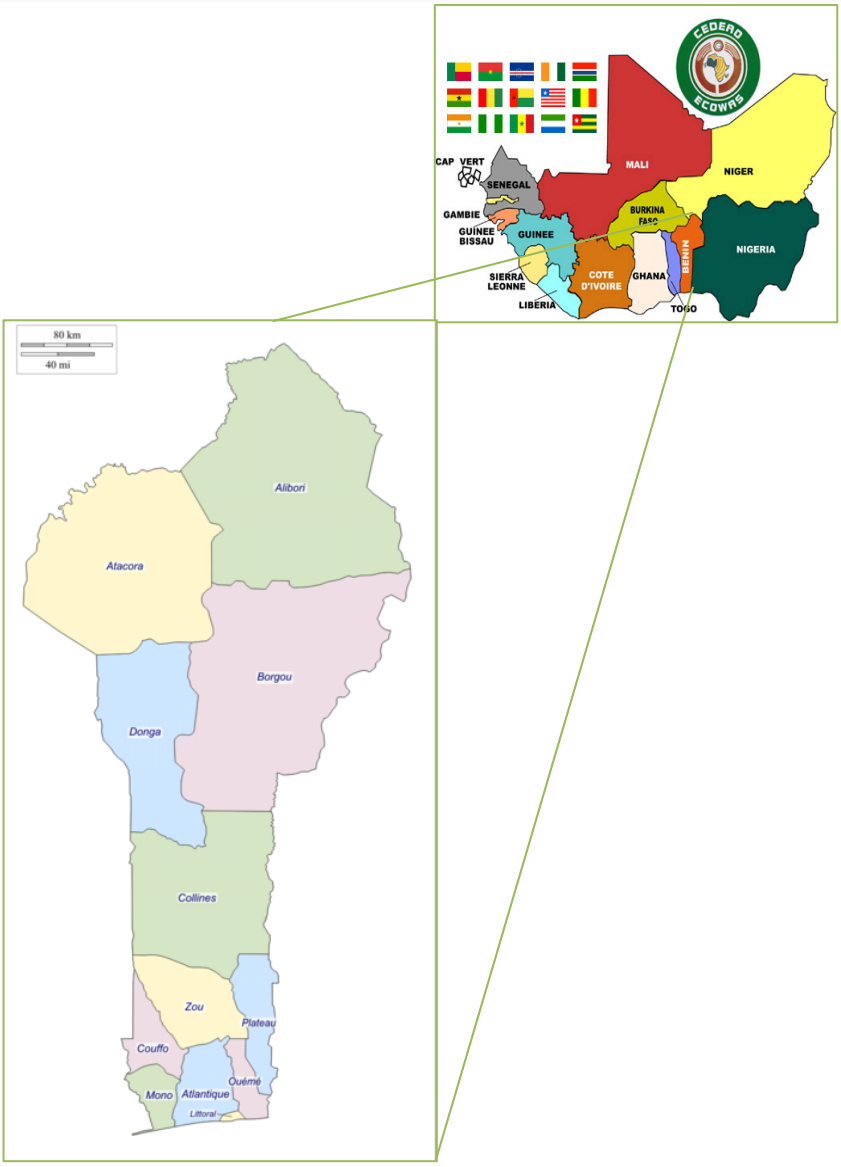
La CEDEAO devra également avoir un engagement plus fort pour le développement de son système de production statistique au vu de sa faiblesse à produire les informations de qualité, comparables à travers les pays et disponibles à bonne date.

Références

1. Organisation Ouest Africaine de la Santé. Rapport d'analyse de situation de la sante de la reproduction et la planification familiale dans l'espace CEDEAO, mai 2014.
2. Organisation Ouest Africaine de la Santé. Rapport d'activités annuel 2015 de l'OOAS, janvier 2016
3. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde 2006 – Travailler ensemble pour la santé. Genève, 2006 : www.who.int/whr/2006/fr/index.html.
4. Organisation Mondiale de la Santé. Plan mondial halte à la tuberculose 2011-2015 : http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/stopTB2011_overview_FR.pdf
5. Word Bank. World Bank Country and Lending Groups: https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519
6. Word Bank. World Bank Development Indicator : http://databank.worldbank.org.

PARTIE II : PROFILS PAYS

PROFIL SANITAIRE DU BENIN



Introduction

Le profil sanitaire du Bénin est un document qui décrit et analyse l'état de santé des populations et les performances du système de santé du pays à travers les indicateurs traceurs de santé adoptés par les pays de la CEDEAO. Son élaboration entre dans le cadre du processus mis en place par l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) visant à renforcer la disponibilité, l'analyse et l'utilisation de l'information sanitaire pour la prise de décision dans l'espace communautaire.

L'élaboration du profil sanitaire a été un processus participatif et itératif entre l'équipe nationale en charge du système d'information sanitaire et l'équipe technique de l'OOAS en charge d'appuyer les pays dans le cadre de ce processus. Des données ont été collectées à travers diverses sources telles que le système d'information sanitaire de routine avec l'annuaire des statistiques, la surveillance épidémiologique, les rapports des programmes de santé et les différents rapports d'enquêtes au niveau national : Enquête démographique et de santé, enquête SARA**11**, l'enquête MICS, le RGPH, l'enquête SONU, etc. L'objectif étant d'utiliser les données nationales les plus récentes et de qualité suffisante.

Le document est structuré en six grandes sections relatives à : (i) la présentation du pays sur le plan géographique, démographique et socioéconomique ; (ii) la gouvernance et le fonctionnement du système national de santé ; (iii) la couverture des prestations de services de santé ; (iv) les facteurs et comportements à risque ; (v) l'état de santé de la population et ; (vi) la surveillance épidémiologique. Chaque section présente le niveau d'atteintes des indicateurs selon les données les plus récentes disponibles et analyse les écarts par rapports aux objectifs nationaux ou aux normes et standards internationaux connus.

I. Presentation du pays

1.1. Situation géographique

Située sur le golfe de Guinée, la République du Bénin (ex-Dahomey) est un Etat de la sous-région Ouest africaine. Il est membre des organisations sous régionales telles que le Conseil de l'Entente, la Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO), l'Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine (UEMOA), la Communauté des Etats Sahélo-Sahariens (CEN-SAD) et l'Union Africaine (UA).

Limité au nord par le fleuve Niger, au nord-ouest par le Burkina Faso, à l'ouest par le Togo, à l'est par le Nigéria et au sud par l'océan Atlantique, le Bénin couvre une superficie de 114°763 km². Il s'étend sur une longueur de 700 km et sa largeur varie de 125 km (le long de la côte) à 325 km (latitude de Tanguiéta).

La population du Bénin est estimée à 9 988 068 habitants en 2014. Elle est inégalement répartie dans l'espace. On rencontre de vastes étendues sous-peuplées au nord (Alibori 25 habitants/km², Atacora 34 habitants/km2) et des zones méridionales surpeuplées (Ouémé 716 habitants/km2, Littoral 10°568 habitants/km²).

Le Bénin a un relief peu accidenté qui se présente sous quatre formes principales que sont :

- La plaine côtière, basse, sableuse, souvent marécageuse et jalonnée de lacs et de lagunes ;
- Les plateaux constitués des plateaux de terre de barre dont les plus importants sont ceux du Bas-Bénin (plateaux de Comè, Allada, Porto-Novo, Aplahoué, Abomey, Zagnanado, Pobè et Kétou) et le plateau de grès de Kandi. Ces plateaux sont entaillés par les vallées orientées nord-sud (Ouémé, Zou, Couffo) ;
- La pénéplaine cristalline qui occupe la plus grande partie du territoire avec de nombreuses collines orientées du nord au sud. Ce sont les collines de Bembèrèkè, de Kalalé, Nikki, Ouari-Maro, Agbassa, Bétérou, Bantè, Savè, Savalou, Dassa-Zoumè, Agouna et Gbadagba ;

[11] Service Availability and Readiness Assessment

- La Chaîne de l'Atacora est localisée dans le nord-ouest du pays et se prolonge au Togo, au Ghana et au Niger.

Le Bénin a un climat chaud et humide à quatre saisons au sud du pays que sont : (i) une grande saison de pluies d'avril à juillet ; (ii) une petite saison sèche d'août à septembre ; (iii) une petite saison pluvieuse d'octobre à novembre ; (iv) une grande saison sèche de décembre à mars.

Au nord du pays, le climat est marqué par deux principales saisons que sont : (i) une grande saison de pluies d'avril à juillet ; (ii) une grande saison sèche de décembre à mars.

Plusieurs cours d'eau arrosent le Bénin. Ils appartiennent à deux grands bassins : le bassin du Niger et le bassin côtier. La plupart de ces fleuves prennent leur source dans l'Atacora : le bassin du Niger où confluent trois fleuves : le Mékrou (410 km), l'Alibori (338 km) et la Sota (250 km). La Pendjari (380 km) prend sa source dans l'Atacora et se jette dans la Volta au Ghana. Le bassin côtier est arrosé par les fleuves Ouémé (510 km), Couffo (190 km) et Mono (500 km, dont 100 km au Bénin). Les lacs et les lagunes leur servent de relais vers la mer. Tous ces fleuves, en dehors du Niger, ont un régime tropical avec une crue pendant la saison pluvieuse (juillet – octobre) et l'étiage à la fin du mois d'avril.

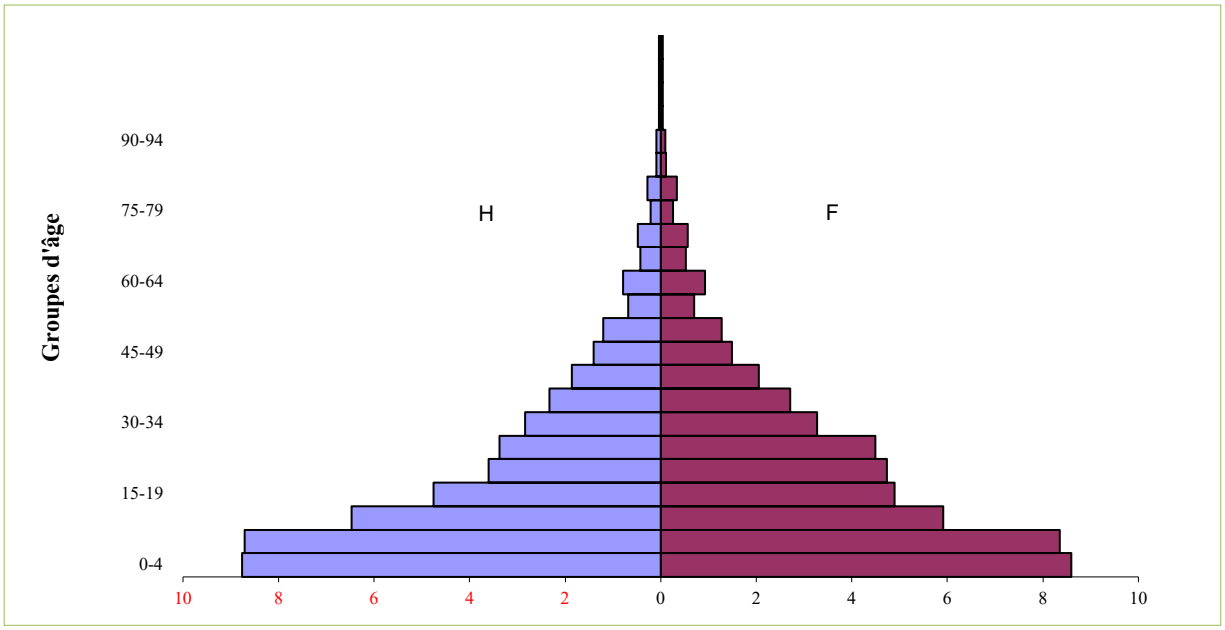
1.2. Situation sociodémographique du Bénin

Structure et composition de la population

La pyramide des âges de la population présente une base large avec un rétrécissement rapide à partir de 10 ans. C'est le résultat d'une forte fécondité et d'une mortalité infanto-juvénile qui nonobstant la baisse reste encore élevée. Au-delà de 20 ans, on constate que le rétrécissement est régulier et plus accentué du côté masculin que du côté féminin. La migration pourrait être une explication plausible à ces genres d'observations (Cf. Pyramide des âges). De même, la mortalité générale qui est encore élevée au Bénin dans un contexte de pauvreté serait aussi une explication du rétrécissement de plus en plus rapide selon que l'on avance vers les groupes d'âges avancés.

La population du Bénin est essentiellement jeune. Selon la répartition de la population par groupe d'âge en 2014, les moins de 15 ans représentent 46,8 %. Ceux qui ont entre 15 et 60 ans font 47,7% et les plus de 60 ans ne représentent que 5,5% de la population. En outre, la population béninoise est à dominance féminine. En 2014, elle compte 51,5% de femmes, soit un rapport de masculinité de 94 hommes pour 100 femmes.

Figure 5 : Pyramide des âges au Bénin en 2014



Source : INSAE, projections démographiques 2014

Evolution de la population

Le RGPH a dénombré 6°769°914 habitants en 2002. Entre 2002 et 2014, le taux d'accroissement annuel moyen est évalué à 3,2%. La population dans les zones urbaines représente 47,3% de l'ensemble de la population.

Les tendances démographiques du Bénin doivent, plus que par le passé, attirer l'attention des planificateurs et autres décideurs du développement économique et social. En effet, compte tenu du taux d'accroissement de la population et du poids important de la population urbaine, l'urbanisation doit être une préoccupation majeure au regard des effets qu'elle génère sur l'environnement et les ressources disponibles. Une bonne prise en compte des variables démographiques dans l'élaboration des politiques et programmes de développement du secteur de la santé devient une nécessité impérieuse pour l'amélioration des conditions de vie des populations.

Tableau 12 : Projection des indicateurs démographiques en 2014

Indicateur	Valeur
Population totale (millions d'habitants)	9,9
Âge médian de la population (ans)	17
Rapport de dépendance démographique (%)	0,90
Taux de croissance annuel de la population (%)	3,2
Proportion de la population dans les zones urbaines (%)	47,3
Indice synthétique de fécondité (enfants)	5,4
Espérance de vie à la naissance (ans)	63,0
Taux d'alphabétisation des jeunes de15–24 ans (%)	51,7

Source : INSAE, projections démographiques 2014

II. Gouvernance et fonctionnement du systeme national de sante

2.1. Organisation du système de santéLe système national de santé a une structure pyramidale calquée sur le découpage territorial et comprend trois différents niveaux : le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique. Le système de soins est composé de structures publiques et privées.

Au plan administratif, le niveau central du système de santé est constitué de directions centrales organisées autour du Cabinet du Ministre et du Secrétariat Général. Il est chargé de :

- concevoir, appliquer et contrôler la politique sanitaire nationale et internationale de l'Etat ;
- définir et suggérer au Gouvernement, au besoin, de concert avec d'autres départements ministériels, les stratégies et programmes d'actions conformes à la politique sanitaire ;
- développer et exécuter, en collaboration avec les autres départements ministériels, les politiques de formation et de mise à niveau du personnel de santé.

Le niveau intermédiaire est constitué des directions départementales de la santé. Au nombre de 06 à raison d'une par département selon l'ancien découpage territorial, ces directions départementales de la santé (DDS) sont les organes de programmation, d'intégration et de coordination de toutes les actions de santé au niveau du département. Elles supervisent les structures de santé des niveaux intermédiaire et périphérique.

Le niveau périphérique constitue la base de la pyramide sanitaire et compte 34 zones sanitaires réparties sur toute l'étendue du territoire national. La zone sanitaire représente l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé. Elle est organisée sous forme d'un réseau de services publics de premier contact (Maternités et dispensaires seuls, centres de santé) et des formations sanitaires privées,

le tout appuyé par un hôpital de première référence public ou privé (hôpital de zone) et destiné à desservir une aire qui abrite entre 100.000 et 200.000 habitants.

2.2. Politique et priorités sanitaires

Le Bénin dispose d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNSD) pour la période 2009 à 2018. Cinq (05) domaines prioritaires ont été définis dans ce PNDS. Il s'agit de :

- La réduction de la mortalité maternelle et infantile, la prévention, la lutte contre la maladie et l'amélioration de la qualité des soins;
- La valorisation des ressources humaines ;
- Le renforcement du partenariat dans le secteur et la promotion de l'éthique et de la déontologie médicale;
- L'amélioration du mécanisme de financement du secteur ;
- Le renforcement de la gestion du secteur.

Afin d'améliorer la gouvernance du secteur de la santé, le Bénin a adhéré au partenariat international pour la santé (IHP+) en 2009. L'IHP+ est basé sur les principes d'appropriation nationale, d'harmonisation et d'alignement, d'inclusion, de transparence et de redevabilité. Il offre l'occasion de suivre les progrès, de mettre en commun les leçons et les connaissances avec les pairs, de trouver des solutions par le dialogue, d'identifier les difficultés et encourager les efforts. Des réunions périodiques entre les partenaires et le gouvernement se tiennent et sont assorties de rapport transmis au comité de coordination.

L'analyse diagnostique du secteur de la santé a révélé des insuffisances en matière de gestion du secteur. Ces insuffisances sont favorisées par une absence de cadre juridique adéquat de gestion et de développement des actions de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, en particulier, entre les zones sanitaires et les collectivités locales à la base. La gestion du secteur est également marquée d'une part, par une faiblesse des structures de gestion à planifier, à coordonner et à évaluer afin d'assurer à tous les niveaux de la pyramide sanitaire les conditions optimales d'exécution du plan de développement du secteur et, d'autre part, par une mauvaise répartition et gestion des infrastructures et des équipements.

Pour trouver solution à ces insuffisances, il est envisagé d'assurer à tous les niveaux de la pyramide sanitaire les conditions optimales d'exécution du plan national de développement sanitaire d'une part, et une longue durée de vie aux équipements, infrastructures et matériels roulants d'autre part.

2.3. Financement de la santé

La dépense de santé au Bénin s'est établie à 192,88 milliards en 2012, selon les résultats des comptes de la santé. Elle a progressé de 42,5% entre 2008 et 2012. Les ménages constituent la principale source de financement de la santé. Elle y a contribué pour 42,2%, essentiellement à travers les débours directs lors des épisodes de maladie du fait de l'absence d'un mécanisme de tiers payant. Les fonds des partenaires étrangers et le budget de l'Etat ont constitué respectivement les deuxième et troisième sources de financement de la santé avec des contributions de 24,6% et 23,6%.

La dépense de santé par habitant a été estimée à 39 USD en 2013. Ce qui est en deçà des recommandations internationales pour une bonne prise en charge des problèmes de santé des populations. L'absence d'une assurance maladie universelle limite l'accès des populations aux services de santé et les expose à des dépenses catastrophiques en cas de maladie. Dans ces conditions, les efforts, en particulier du côté de l'Etat, doivent être accrus pour le financement de la santé. Sa contribution au financement de la santé devra atteindre les 15% de son budget tel que recommandé par les Chefs d'Etat à Abuja en 2001.

Tableau 13 : Indicateurs de dépenses publiques

Indicateurs	2013
Dépenses totales de santé par habitant (USD)	39

Total des dépenses publiques de santé par habitant (USD)	11,2
Total des dépenses publiques de santé rapportées au total des dépenses de l'État (%)	5,2
Total des dépenses publiques de santé rapportées aux dépenses totales de santé (%)	29,0

Source: MS/DPP, CNS, 2014

2.4. Ressources humaines

Selon les données fournies par le Ministère de la Santé du Bénin, le pays comptait en 2014 un effectif de 1 621 médecins, 5 153 infirmiers et 1 460 sages-femmes. Ce qui représente un médecin pour 6 162 habitants, un infirmier pour 1 938 habitants et une sage-femme pour 6 841 habitants. Ces ratios sont appréciables au vu de la rareté du personnel de santé dans les pays de la région. Le pays compte 8,2 professionnels de santé (médecin, infirmier, sage-femme) pour 10 000 habitants, ce qui est encore loin des recommandations de l'OMS qui proposent une norme de 25 professionnels de santé pour 10 000 habitants.

Une autre insuffisance en termes de ressources humaines en santé au Bénin est l'inéquitable répartition du personnel sur le territoire national. Les zones rurales sont peu dotées de professionnels de santé. Le tableau ci-dessous indique que les professionnels de santé sont concentrés dans les départements de l'Atlantique, du Littoral et du plateau. Ces départements abritent 57% des professionnels de santé et 32% de la population du pays. Pire, le département du Littoral concentre 47% des médecins pour 10% de la population.

D'autres problèmes concernent la baisse de motivation chez les agents de santé et l'inadéquation de la production des professionnels de santé par rapport aux besoins en compétence du secteur.

Tableau 14 : Effectifs et ratios pour 10 000 habitants des professionnels de santé par département du Bénin en 2014.

		Médecins		Infirmiers		Sages-femmes		Professionnel de santé pour 1000 habitants
Département	Population	Effectif	Ratio	Effectif	Ratio	Effectif	Ratio	
Alibori	768 800	11	0,1	264	3,4	29	0,4	4
Atacora	810 588	72	0,9	345	4,3	58	0,7	5,9
Atlantique	1 182 772	298	2,5	681	5,8	270	2,3	10,6
Borgou	1 068 414	99	0,9	668	6,3	113	1,1	8,2
Collines	790 680	30	0,4	265	3,4	32	0,4	4,1
Couffo	773 954	23	0,3	133	1,7	33	0,4	2,4
Donga	516 468	21	0,4	202	3,9	41	0,8	5,1
Littoral	981 263	756	7,7	1 145	11,7	423	4,3	23,7
Mono	531 184	34	0,6	226	4,3	51	1,0	5,9
Ouémé	1 078 153	198	1,8	676	6,3	277	2,6	10,7
Plateau	600 643	19	0,3	152	2,5	42	0,7	3,5
Zou	885 149	60	0,7	396	4,5	91	1,0	6,2
Bénin	9 988 068	1 621	1,6	5 153	5,2	1 460	1,5	8,2

Source: DRH du Ministère de la santé, 2014

2.5. Disponibilité et capacité opérationnelle des services de santé

Le Bénin comptait en 2009 un effectif de 2 567 formations sanitaires dont 2 478 structures de santé du premier niveau de soins, 80 structures du niveau secondaire de soins de santé et 9 du niveau tertiaire. Cela donne les ratios suivants :

- Une formation sanitaire de premier niveau de soins pour 4 030 habitants ;
- Une formation sanitaire de deuxième niveau de soins pour 125 000 habitants ;
- Une formation sanitaire de troisième niveau de soins pour 1 110 000 habitants.

La répartition des structures de santé du premier niveau de soins est assez équilibrée entre les différents départements du pays. Par contre les structures de deuxième et de troisième niveau de soins sont le plus souvent concentrées dans les centres urbains.

La disponibilité des SONU a été évaluée au Bénin en 2010. Le rapport de cette évaluation a indiqué que 29 formations sanitaires dans tout le pays étaient des formations sanitaires SONU, dont 22 formations sanitaires SONUC et 7 formations sanitaires SONUB. Cela représente 1,7 formation sanitaire pour 500 000 habitants, largement en déca des recommandations internationales qui préconise au moins 5 formations sanitaires pour 500 000 habitants.

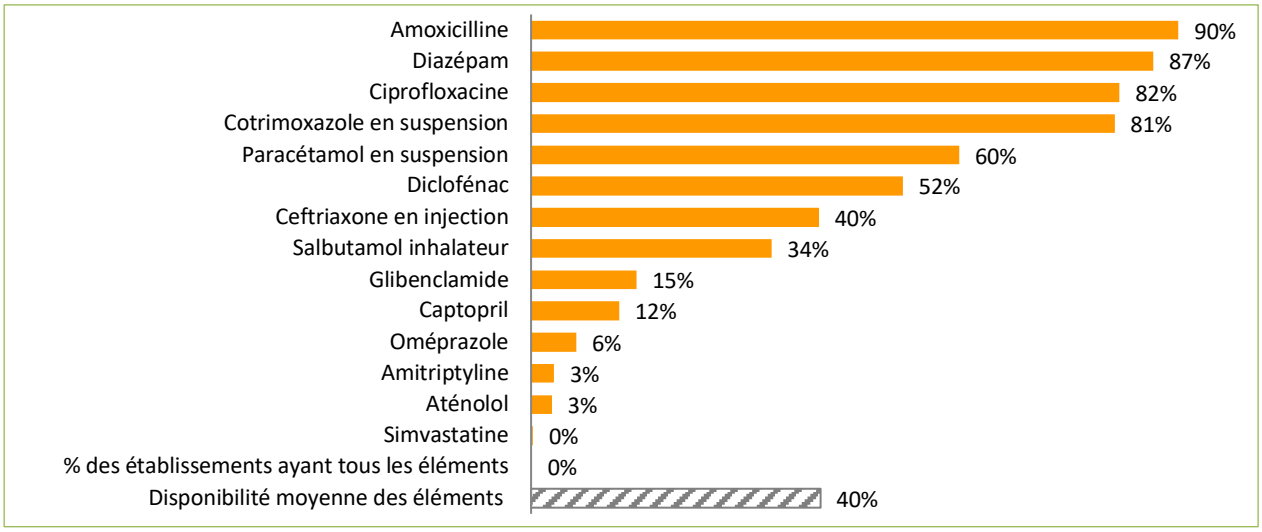
Tableau 15 : Effectifs et ratios de formations sanitaires pour 10 000 habitants par niveau de soins de santé et par département du Bénin.

	Niveau primaire		Niveau secondaire		Niveau tertiaire		Ensemble	
Département	Effectif	Ratio	Effectif	Ratio	Effectif	Ratio	Effectif	Ratio
Alibori	169	2,20	3	0,04	0	0,00	172	2,24
Atacora	157	1,94	5	0,06	1	0,01	163	2,01
Atlantique	401	3,39	18	0,15	0	0,00	419	3,54
Borgou	301	2,82	8	0,07	1	0,01	310	2,90
Collines	215	2,72	5	0,06	0	0,00	220	2,78
Couffo	115	1,49	4	0,05	0	0,00	119	1,54
Donga	102	1,97	2	0,04	0	0,00	104	2,01
Littoral	274	2,79	15	0,15	4	0,04	293	2,99
Mono	112	2,11	2	0,04	1	0,02	115	2,16
Ouémé	297	2,75	12	0,11	1	0,01	310	2,88
Plateau	120	2,00	2	0,03	0	0,00	122	2,03
Zou	215	2,43	4	0,05	1	0,01	220	2,49
Bénin	2 478	2,48	80	0,08	9	0,01	2 567	2,57

Source : Annuaire des statistiques de la santé, 2014

La disponibilité des médicaments essentiels semble particulièrement faible si on considère les données de l'enquête SARA de 2013. Selon cette enquête, presqu'aucune formation sanitaire ne disposait de l'ensemble des molécules essentielles au moins de la visite. Les médicaments faisant le plus défaut sont le simvastatine, l'aténolol et l'amitriptyline qui sont disponible dans moins de 3% des formations sanitaires enquêtées.

Figure 6 : Disponibilité des médicaments essentiels



Source : Enquête SARA, Bénin 2013

III. Prestation des services de santé

Les données de l'annuaire des statistiques de la santé indiquent un taux de fréquentation des formations sanitaires du pays égal à 50,4%, ce qui veut dire que les béninois recourent très peu aux formations sanitaires.

La couverture de la consultation prénatale s'établit à 98%. Ce qui signifie que presque toutes les femmes enceinte ont eu recours à au moins une consultation prénatale avant son accouchement. Cependant la fréquence et les périodes recommandées pour les consultations prénatales ne semblent pas très bien respectés quand on sait que la quatrième visite de consultation prénatale (CPN 4) tombe à 28,9%. Les consultations postnatales ont concerné 37,7% des naissances attendues, d'où un taux de déperdition importante.

Le pays présente un niveau appréciable de 90,3% pour le taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié. De même, les femmes béninoise recourent souvent la césarienne. En effet, 8,4% des accouchements dans les formations sanitaires en 2014 ont été par césarienne. Ce qui entre bien dans la fourchette de 5 à 15% recommandée par l'OMS. Cependant, on observe un cas extrême de 26,8%, soit plus d'un accouchement sur quatre réalisé par césarienne dans le département du Littoral.

Le recours aux méthodes contraceptives reste modeste. Les données de l'enquête MICS indique que 17,9% des femmes de 15 à 49 ans en union utilisent une méthode contraceptive. Le besoin non satisfait en planification familiale s'estime à 15,7% selon la même source.

En matière de vaccination des enfants, le Bénin présente des taux couvertures administratives au-delà de 100% pour la troisième dose du pentavalent et le vaccin anti rougeoleux (VAR). Ces couvertures sont plus modestes si l'on se réfère aux données de l'enquête MICS qui donne respectivement 71% et 65% pour les couvertures du pentavalent 3 et du VAR, avec seulement 42% des enfants complètement vaccinés. Cette situation interpelle sur la performance du programme de vaccination mais aussi sur la qualité des données du programme.

Dans le cadre de la lutte contre le paludisme, la prévention est la principale stratégie. Cependant, les performances en la matière sont mitigées. L'utilisation de la moustiquaire imprégnée n'est ni systématique ni généralisée pour des populations vulnérables comme les enfants et les femmes enceintes. L'enquête MICS réalisée en 2014 indique que 72,7% des enfants de moins de 5 ans et 47,0% des femmes enceintes ont dormi sous une moustiquaire la veille de la visite. On note de même que

seulement 12,5% des felles enceintes ont reçu la deuxième dose traitement préventif intermittent contre le paludisme dans le cadre des CPN.

Tableau 16 : Indicateurs de possession et d'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII)

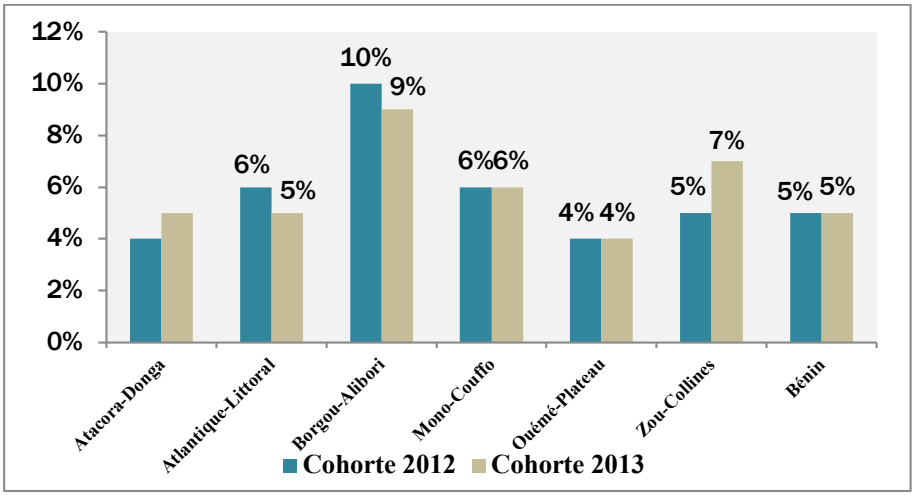
Pourcentage de ménages avec :	
(a) au moins une MII	81,3
(b) au moins une MII pour chaque deux personnes	36,1
Pourcentage de ménages qui :	
(a) ont au moins une MII ou dont le domicile a été pulvérisé par PID au cours des 12 derniers mois	82,4
(b) ont au moins une ITN pour chaque 2 personnes ou dont le domicile a été pulvérisé par PID au cours des 12 derniers mois	40,1
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous MII la nuit précédente	72,7
Pourcentage de membres des ménages qui ont dormi sous MII la nuit précédente	59,6
Pourcentage de femmes enceintes qui ont dormi sous MII la nuit précédente	47,0

Source : Enquête MICS, 2014

En matière de lutte contre le Sida, des progrès ont été accomplis dans le cadre de la prise en charge. En fin 2014, au total, 28 850 malades (1 609 enfants et 27 241 adultes) sont suivis sous ARV sur 86 sites de prise en charge du Programme National de Lutte contre le Sida. Parmi ces malades, 5 785 personnes dont 5 469 adultes et 316 enfants ont été nouvellement mises sous ARV.

La surveillance de la tuberculose a permis un taux de détection des cas de tuberculose pour les nouveaux cas à frottis positif de 96%. Le taux de séroprévalence du VIH parmi les malades de tuberculose testés a été de 15%. Le tableau ci-dessus indique une progression positive des taux de succès thérapeutique au niveau national et des départements. Au niveau national, le taux de succès au traitement s'est établi à 90% en 2014, ce qui constitue une bonne performance au vu des objectifs du Plan mondial halte à la tuberculose 2011-2015.

Figure 7 : Evolution du taux de succès thérapeutique chez les nouveaux cas TPM+ par département de 2012 à 2013



Source : PNT/MS, 2013

IV. Facteurs et comportements à risque

Au Bénin, la quasi-totalité des enfants nés au cours de ces deux dernières années ont été allaités (94%). Cependant, seulement un enfant sur deux a été allaité dans l'heure qui a suivi sa naissance (50%) et près d'un enfant sur cinq a reçu des aliments avant d'être allaité (18%). Près de quatre enfants sur dix (41%) ont été allaités de manière exclusive au sein tel que recommandé, selon les données de l'enquête MICS de 2014. Ces pratiques alimentaires des enfants expliquent en partie une situation nutritionnelle difficile des enfants. On note en effet que 18% des enfants de moins de 5 ans souffrent d'insuffisance pondérale et un enfant sur huit est né avec un faible poids.

La sexualité précoce et non protégée constitue des comportements à risque, notamment chez les adolescents. Au Bénin, on note que 17% des filles de 15 à 19 ans ont déjà été ou sont en grossesse. Parmi les jeunes de 15 à 24 ans, seulement 43,7% des garçons et 34,1% des filles déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel à haut risque.

En matière d'hygiène et d'assainissement, l'utilisation de source potable améliorée est constatée chez 72,1% des ménages selon l'enquête MICS de 2014. L'utilisation d'installations sanitaires améliorée est par contre beaucoup plus modeste, soit seulement 12,7% des ménages.

V. Etat de santé

5.1. Morbidité

Maladies transmissibles

Le paludisme est la première cause de morbidité notifiée dans les formations sanitaires du Bénin. En 2014, l'incidence cumulée des cas de paludisme reçus dans les formations sanitaires a été de 16,1% de la population. Elle a été de 32,3% parmi les enfants de moins de 5 ans. Parmi les cas de maladie vus en consultation, 40,6% ont été des cas de paludisme. Chez les enfants de moins de 5 ans, le paludisme a représenté 45,3% des cas consultés selon les données de l'annuaire statistique 2014.

Le VIH constitue une préoccupation majeure de santé publique. Le taux de prévalence du VIH dans la population de de 15 à 49 ans a été estimé à 1,2%. Les taux d'infection parmi les catégories de personne à risque sont particulièrement élevés. Chez les travailleuses du sexe, 20,9% sont séropositives.

Tableau 17: Séroprévalence du VIH selon différentes populations cibles

Indicateur	Valeur en 2012
Séroprévalence parmi les adultes de 15 à 24 ans (%)	1,2
Séroprévalence parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans (%)	0,7
Séroprévalence chez les jeunes de 15 à 24 ans (%)	0,6
Prévalence du VIH chez les travailleuses de sexe (%)	20,9

Maladies non-transmissibles

Le Bénin paie un lourd tribut en termes de mortalité et de morbidité dues aux maladies non transmissibles (MNT). Les quatre (04) principales MNT dans le pays sont les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète et les maladies respiratoires chroniques. Ces maladies ont les mêmes facteurs de risque que sont la consommation de tabac, la consommation nocive d'alcool, la consommation insuffisante de fruits et légumes et l'inactivité physique. La prise en charge ces facteurs permet de réduire de 80% l'incidence de ces MNT.

Une évaluation des facteurs de risques à travers l'enquête STEPS réalisée en 2008 dans les 12 départements du Bénin a montré des résultats alarmants: 27,5 % de la population de 25 à 64 ans du Bénin souffrent d'Hypertension artérielle (HTA), soit environ 1 500 000 béninois exposés.

La situation est aussi alarmante pour les autres facteurs de risque à savoir le diabète, l'hypercholestérolémie, l'obésité, l'alimentation déséquilibrée, l'inactivité physique, le tabagisme et la consommation nocive d'alcool. La moitié de la population est porteuse d'au moins deux facteurs de risque de maladies non transmissibles.

5.2. Mortalité

Le niveau de la mortalité générale et des mortalités spécifiques est élevé. En 2014, l'enquête MICS du Bénin a montré qu'environ 67 enfants sur 1000 naissances vivantes meurent avant leur premier anniversaire. Ils sont environ 115 sur 1000 naissances vivantes qui n'atteindront pas les 5 ans. Les enfants ont plus de risque de mourir dans les zones rurales et les milieux pauvres.

Selon les données de MICS5, le taux de mortalité maternelle est élevé, 351 femmes pour 100.000 naissances vivantes en 2014. Les risques sont plus considérables en milieu rural qu'en milieu urbain.

Le tableau ci-dessus donne le niveau des indicateurs de mortalités spécifiques au Bénin en 2014. Il montre que les cibles des OMD dans le cadre de la réduction de ces mortalités sont encore loin d'être atteintes.

Tableau 18 : Mortalité infantile et maternelle

Indicateurs	Valeur en 2014	Cible OMD en 2015
Taux de mortalité néonatale (‰)	37,8	13
Taux de mortalité infantile (‰)	66,5	31
Taux de mortalité des moins de cinq ans (‰)	115	65
Ratio de mortalité maternelle (pour 100 000 NV)	351	125

Source : MICS 2014

VI. Situation des maladies à potentiel épidemique

Parmi les maladies sous surveillance dans l'espace CEDEAO, le Bénin a enregistré des cas suspects ou confirmés de choléra, méningite, de rougeole, de fièvre jaune et de fièvre de Lassa.

Le pays a enregistré 711 cas de méningite en 2014, soit un taux d'attaque de 7,1 pour 100 000 habitants. La létalité de la maladie a été de 12,4%. Plus de 75% des cas et 85% des décès de méningite ont été enregistrés dans la région de l'Atacora.

La rougeole a été diagnostiquée chez 1 749 patients, soit un cas un taux d'attaque de 17,5 cas pour 100 000 habitants. Malgré le nombre de cas élevé, cette maladie a causé trois décès, ce qui démontre une maitrise dans la prise en charge de la maladie.

832 cas de choléra ont été enregistrés, avec un taux d'incidence de 8,3 pour 100 000 habitants et une létalité de 1,4%. La région de l'Atacora concentre environ 54% des cas de choléra notifiés en 2014.

Des cas de PFA (120 au total) ont été enregistrés dans le pays mais aucun cas confirmé de poliomyélite n'a été détecté. De même, 82 cas suspects de fièvre jaune ont été rapportés.

La fièvre de Lassa a été notifié 16 cas de fièvre de Lassa ont été notifiés par les services de santé, dont 9 décès.

Tableau 19 ; Indicateurs de surveillance épidémiologique en 2014

Indicateurs	Valeur
Taux d'attaque de choléra	8,3
Taux de létalité de choléra	1,4
Taux d'attaque de méningite	7,1
Taux de létalité de méningite	12,4
Taux d'attaque de rougeole	17,5
Taux d'attaque de fièvre jaune	0,8
Taux de létalité de fièvre jaune	0,0
Taux d'attaque de fièvre Lassa	0,2
Taux de létalité de fièvre Lassa	56,3
Taux de létalité de TNN	0,0
Nombre de cas de Poliomyélite	0,0
Nombre de cas de ver de Guinée	0,0
Taux d'attaque de la maladie à virus Ebola	0,0
Taux de létalité de la MVE	0,0

En matière de surveillance intégrée de la maladie et la riposte (SIMR), les insuffisances sont liées entre autres, à la qualité du personnel, à la non application des directives de lutte contre les maladies, à l'approche programme par maladie, au sous-équipement des laboratoires, à la faible implication des populations dans la surveillance et réponse aux maladies et à l'absence d'un fonds spécial de gestion des épidémies.

Eu égard à ces différents problèmes, le Bénin avec le soutien technique et financier de l'OMS et des autres partenaires a élaboré un plan stratégique quinquennal de la SIMR. Ce plan définit les principes directeurs, les stratégies et les actions prioritaires pour une surveillance réellement intégrée des maladies et réponse.

Conclusion

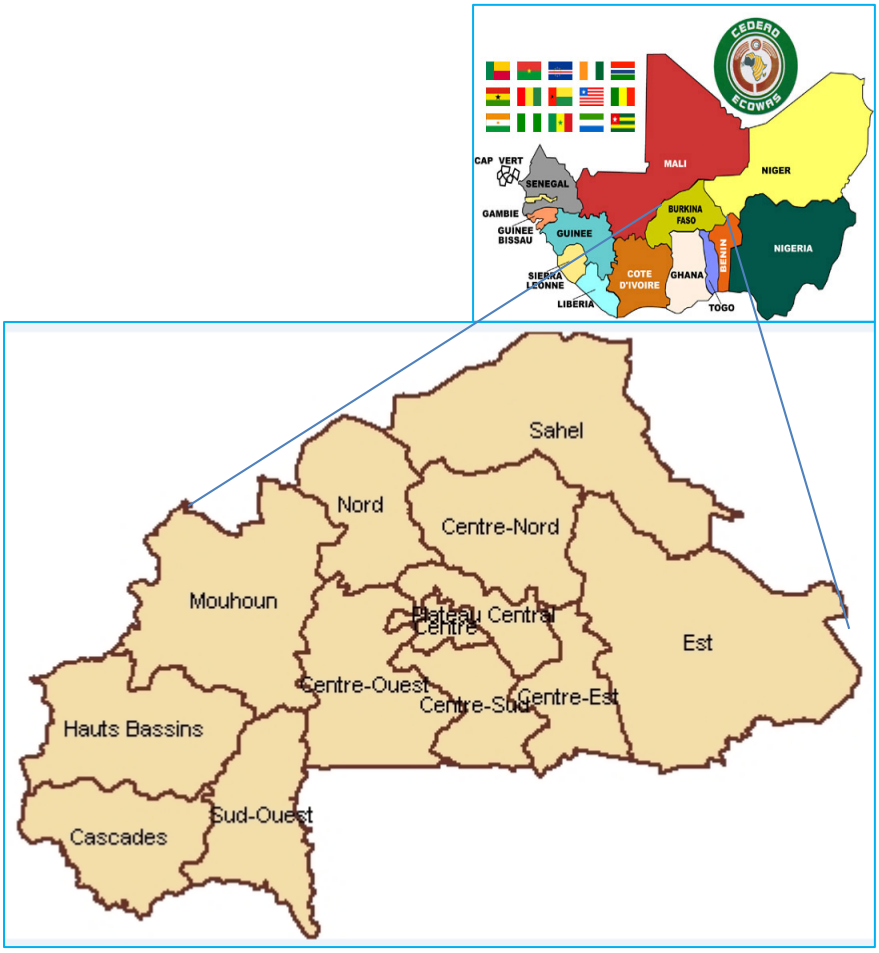
Les indicateurs montrent une relative bonne disponibilité des services de santé au Bénin, notamment en termes de couverture des structures et des professionnels de santé. L'utilisation et la qualité des services de santé sont un peu mitigées car par exemple, pendant que l'on observe des taux de CPN et de césarienne élevés, l'on assiste également à des mortalités maternelles élevées aussi bien au niveau hospitalier qu'au niveau communautaire.

L'une des causes qui expliquent cette situation est certainement l'iniquité dans l'accès aux services de santé, avec le milieu urbain qui concentre les services et les personnels de santé les plus qualifiés au détriment des zones rurales qui abritent une grande partie de la population.

Références

1. Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE). Enquête Démographique et de Santé (EDSB-IV) 2011-2012, Octobre 2013
2. Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE). RGPH4 : que retenir des effectifs de population en 2013 ? Juin 2015
3. Ministère de la Santé. Annuaire des statistiques sanitaires 2014, Mars 2015
4. Ministère de la Santé. Comptes de la sante 2012 : Comptes généraux et dépenses de santé du paludisme, du VIH/SIDA et de la tuberculose, Octobre 2014
5. Ministère de la Santé. Evaluation des besoins en soins obstétricaux et néonatals d'urgence au Benin, Avril 2012
6. Ministère de la Santé. Plan National de Développement Sanitaire (2009-2018)
7. Ministère de la Santé. Rapport d'enquête sur les services de sante : Disponibilité et capacité opérationnelle des services de santé au Bénin, juin 2013
8. Ministère de la Santé. Rapport final de l'enquête STEPS au Benin, Juin 2008
9. Unicef. Enquête par grappes à Indicateurs Multiples (MICS) 2014, Mai 2015

PROFIL SANITAIRE DU BURKINA FASO



Introduction

Le suivi et l'évaluation des interventions en matière de santé sont des mécanismes qui permettent de collecter des données pour apprécier l'état de santé des populations. Un système d'information performant est requis pour générer et capitaliser les données nécessaires pour décrire cette situation. C'est dans la dynamique de renforcer l'utilisation d'une information sanitaire de qualité pour le suivi, l'évaluation des programmes de santé et la prise de décision au sein de l'espace CEDEAO que l'Organisation Ouest africaine de la santé (OOAS) appuie les pays à l'élaboration le profil sanitaire.

Le profil sanitaire est un document qui décrit et analyse les performances du système de santé et l'état de santé des populations, à travers une liste d'indicateurs traceurs de santé adoptés par les pays membres de l'OOAS. Sa réalisation a nécessité la collecte de données à partir de diverses sources dont la principale est le système d'information sanitaire de routine, à travers l'annuaire statistique de la santé. Mais d'autres sources dont l'enquête démographique et de santé (EDS IV), les projections démographiques, l'enquête intégrale sur les conditions de vie des ménages (EICVM 2009-2010), l'enquête SARA (service availability and readiness assessment), l'enquête SONU et bien d'autres sources nationales de statistiques, les comptes de la santé, etc. ont été mises à contribution.

Ces informations ont été collectées par l'équipe nationale en charge du profil sanitaire, sous le leadership de la Direction des statistiques sectorielles du Ministère de la santé. Elles ont fait l'objet de contrôle et de validation avec l'assistance technique de l'OOAS lors d'un atelier national organisé du 2 au 4 septembre 2015 à la Direction générale des études et des statistiques sectorielles. Cet atelier a permis également de compléter les données manquantes et de procéder à la rédaction du profil sanitaire du Burkina.

Le document comporte quatre grandes parties relatives à : (i) la présentation du pays ; (ii) la gouvernance et le fonctionnement du système de santé ; (iv) les facteurs et comportements à risque ; (v) l'état de santé des populations et la situation des maladies à potentiel épidémique.

I. Présentation du pays

1.1. Situation géographique

Situé au cœur de l'Afrique occidentale, le Burkina Faso est un pays enclavé avec une superficie de 272960 Km2 et une population estimée à 17 880 386 habitants en 2014 selon la projection du RGPH 2006 avec un taux d'accroissement 3,1 %. Il est limité au nord et à l'ouest par le Mali, à l'est par le Niger et au sud par le Bénin, le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire.

Sur le plan administratif, le pays est subdivisé en 13 régions, 45 provinces et 351 communes. C'est un pays tropical dominé par un climat de type soudanien au sud et sahélien au nord. On y distingue deux saisons inégalement réparties :

- une saison pluvieuse de courte durée, de 3 à 4 mois (allant de juin à septembre)
- une saison sèche de 8 à 9 mois (octobre à mai)

Les mouvements migratoires influencent fortement les secteurs sociaux, économiques et environnementaux. Au Burkina Faso, le phénomène migratoire interne place le pays face à des problèmes très récurrents. Les principales raisons des mouvements migratoires sont:

- les conflits entre migrants et autochtones autour du foncier ;
- l'occupation illégale ou anarchique de l'espace ;
- la rareté et l'inégale répartition des pluies ;
- la prolifération des sites aurifères ;
- les conflits entre éleveurs et agriculteurs.

1.2. Situation socio-économique

L'enquête intégrale sur les conditions de vie des ménages (EICVM 2010) a montré que 43,9% de la population totale vit en dessous du seuil de pauvreté (108 454 FCFA).

Le niveau de mortalité est en baisse mais reste tout de même élevé : Le taux de mortalité générale est de 11,8‰. Le taux de mortalité infantile (mortalité des enfants de moins d'un an) est passé de 81‰ en 2003 à 65‰ en 2010 (EDS, 2003 et 2010).

L'économie du Burkina Faso est faiblement diversifiée et vulnérable aux chocs internes et externes. Au cours de la période 2010 - 2014, l'activité économique a évolué en dents de scie en raison des aléas climatiques, des évènements socio-politiques et de multiples chocs exogènes. Le taux de croissance annuel moyen du PIB réel a été de 6,7% sur la période avec un pic de 9,0% en 2012 et un taux minimal de 2,9% enregistré en 2009[12].

Selon les résultats de l'EDS de 2010, le taux d'alphabétisation des populations adultes (15-49 ans) est faible et présente de fortes disparités selon le milieu, le sexe (38% des hommes et 23% des femmes) et l'âge. Chez les des jeunes de 15–24 ans, le taux d'alphabétisation est de 32,9% pour les femmes et de 47,4% pour les hommes.

Tableau 20 : Principaux indicateurs sociaux et économiques

Indicateur	Valeur
PIIB par habitants en 2014 (USD)	720,0
Taux de croissance du PIB 2014 (%)	4,0
Incidence de la pauvreté en 2009 (%)	46,7
Taux net de scolarisation au primaire en 2013 (%)	67,5
Taux d'alphabétisation des jeunes de 15 à 24 ans en 2007 (%)	39,3
Taux d'alphabétisation des adultes de 15 ans et plus en 2007 (%)	28,7
Ratio emploi-population de 15 ans et plus en 2014 (%)	80,8
Source d'eau améliorée, en milieu rural en 2014 (%)	75,8
Accès aux installations d'assainissement améliorées en 2014 (%)	19,4

Sources : Banque Mondiale

1.3. Situation démographique

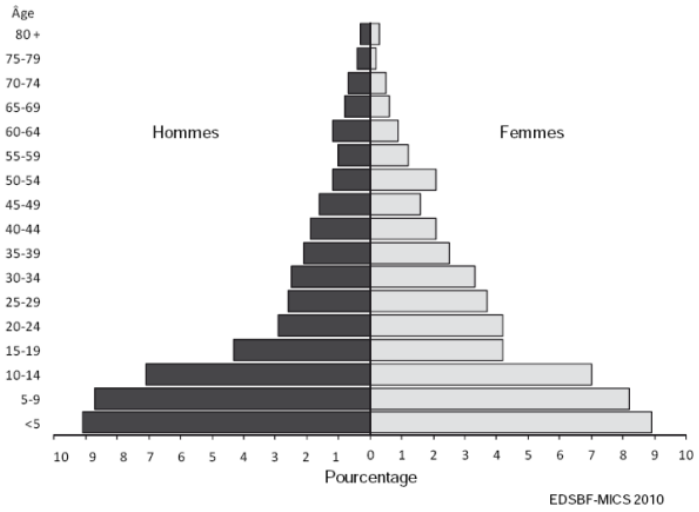
Selon les projections de l'Institut national de la statistique et de la démographie (INSD), la population du Burkina Faso est estimée à 17 880 386 habitants en 2014. Elle connaît une forte croissance avec un taux d'accroissement moyen annuel de 3,1% selon le Recensement général de la population et de l'habitation (RGPH) 2006. Elle est très majoritairement rural (77,3%), avec une légère supériorité numérique de la population féminine (51,7%).

La population est majoritairement jeune. 48,0% ont moins de 15 ans. L'âge médian est de 15,5 ans dans la population générale. Il est de 18,7 ans en milieu urbain contre 14,3 ans en milieu rural.

L'allure de la pyramide des âges qui présente une base élargie et se rétrécissant rapidement au fur et à mesure que l'on avance vers les âges élevés rend compte de la jeunesse de cette population. Elle montre également caractéristique d'une population à fécondité et mortalité élevées.

[12] Rapport national sur la population Burkina Faso 2014

Figure 8 : Pyramide des âges de la population



Le Burkina connaît une forte croissance démographique (3,1% par an). Cela est dû, entre autres, à la fécondité élevée et à la baisse de la mortalité. Selon les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) 2010, le taux brut de natalité (TBN) est de 41,2‰ et l'indice synthétique de fécondité est de 6,2 enfants par femme. Ce qui en fait l'un des pays à plus forte fécondité dans la région.

Selon le RGPH 2006, la mortalité générale est estimée à 11,8‰ et l'espérance de vie à la naissance à 56,7 ans. En moyenne, les femmes vivent plus longtemps (57,5 ans) que les hommes (55,8 ans).

II. Gouvernance et fonctionnement du systeme national de santé

2.1. Organisation du système national de santé

Le système de santé du Burkina comprend trois niveaux dans sa structuration administrative : les niveaux central, intermédiaire et périphérique. Le niveau central est composé des directions centrales organisées autour du cabinet du Ministre et du Secrétariat général. Il est chargé de l'élaboration des politiques, de la mobilisation des ressources, du contrôle de gestion et de l'évaluation des performances. Depuis 2013, le Ministère de la santé comprend trois directions générales et 22 directions techniques et transversales.

Le niveau intermédiaire comprend 13 directions régionales de la santé. La région sanitaire est la structure déconcentrée chargée de la coordination, de la supervision et de l'encadrement technique de la mise en œuvre des activités au niveau district en conformité avec les orientations stratégiques définies par la politique nationale de santé.

Le niveau périphérique est constitué de 70 districts sanitaires dont 63 fonctionnels jusqu'en fin 2014. Le district sanitaire est l'entité opérationnelle du système national de santé. Chaque district est dirigé par une équipe cadre de district (ECD), responsable de la planification, de la gestion et de l'organisation de l'offre de soins.

Au niveau de l'offre des soins, les structures publiques sont organisées en trois niveaux qui assurent des soins primaires, secondaires et tertiaires. Le premier niveau comprend deux échelons : (i) le premier échelon de soins composé des centres de santé et de promotion sociale (CSPS) et des centres médicaux ; (ii) le deuxième échelon de soins constitué des centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA) qui sont des structures de référence pour le premier échelon. Le deuxième niveau de soins est représenté par les centres hospitalier régionaux (CHR) au nombre de neuf (09). Ils servent de référence pour les CMA. Le troisième niveau est constitué par les centres hospitaliers universitaires au nombre de quatre (04) en 2014: Ils constituent le niveau de référence le plus élevé. Il existe d'autres structures publiques de soins

telles que les services de santé des armées (SSA), les infirmeries des sociétés et les services de santé de l'Office de santé des travailleurs.

Les activités de santé communautaires sont réalisées par les Agents de santé à base communautaire (ASBC) et les ONG de renforcement des capacités (ONG-RenCap) en collaboration avec les Organisations à base communautaire d'exécution (OBC-E) dans le cadre de la contractualisation des activités de santé.En plus des structures publiques, le Burkina Faso compte des structures privées concentrées dans les villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso. La pharmacopée et la médecine traditionnelle, reconnues par la loi n° 23/94/ADP du 19 mai 1994 portant code de santé publique sont en développement.

2.2. Politique et priorités sanitaires nationales

Le Burkina Faso a actualisé sa politique nationale de santé (PNS) en 2010. Elle est bâtie autour de la vision d'atteindre « le meilleur état de santé possible pour l'ensemble de la population à travers un système national de santé performant ». La PNS se décline en huit orientations stratégiques que sont :

- Le développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé ;
- L'amélioration des prestations des services de santé ;
- Le développement des ressources humaines ;
- La promotion de la santé et la lutte contre les maladies ;
- Le développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé ;
- L'amélioration de la gestion du système d'information sanitaire ;
- La promotion de la recherche pour la santé ;
- L'accroissement du financement de la santé et l'amélioration de l'accessibilité financières des populations aux services de santé ;

Ces orientations stratégiques sont mises en œuvre à travers le plan national de développement sanitaire 2011 – 2020 qui disposent d'un plan d'action triennal glissant.

Dans le cadre du renforcement de la gouvernance du secteur de la santé, le Burkina Faso a adhéré à l'initiative IHP+ en 2009. Un compact a été signé en 2013 entre le gouvernement et les partenaires techniques et financiers du secteur de la santé. Il vise à marquer l'engagement de ces acteurs à mobiliser et utiliser des ressources nécessaires à la mise en œuvre du PNDS, dans un cadre harmonisé et cohérent en vue d'accélérer l'atteinte des OMD liés à la santé.

2.3. Financement de la santé

Niveau et sources de financement

La dépense totale de santé du Burkina s'est élevée à 38,5 milliards FCFA en 2013. Elle a connu une croissance de 14% entre 2012 et 2013. La dépense de santé par habitant, estimée à 22 430 FCFA soit environ 44,9 USD. Ce niveau de dépenses, bien qu'appréciable reste en deçà de la cible fixée par le PNDS pour la même période qui est de 54 USD.

En l'absence d'assurance maladie, les ménages restent la principale source de financement, notamment à travers les débours directs qui représentent encore environ 36,8% des dépenses de santé en 2013. La contribution de l'Etat et celle des partenaires techniques et financiers au financement de la santé ont été estimées respectivement à 29,5% et 29,2%. Dans le cadre de ses engagements au financement du secteur de la santé, la part du budget de l'Etat alloué au secteur de la santé a connu une progression, passant de 12,5% en 2013 à 12,7% en 2014. Des efforts restent à faire par le Burkina pour respecter l'engagement pris par les Chefs d'Etat de la CEDEAO pour allouer au moins 15% du budget de l'Etat au secteur de la santé.

Mécanismes innovants de financement de la santé

Le Burkina ne dispose en ce moment d'une assurance maladie universelle mais sa mise en œuvre est en cours de préparation depuis plusieurs années. En 2006, le gouvernement a mis en place un mécanisme de subvention des soins obstétricaux et néonatals d'urgence en vue de réduire la mortalité maternelle et néonatale. Cette subvention couvre 80% des coûts des soins des accouchements et des SONU.

Le financement basé sur la performance est en cours d'expérimentation au Burkina depuis 2011. La stratégie est mise en œuvre dans 15 districts depuis 2013, après une première phase qui a couvert trois districts entre 2011 et 2012. Des études sont en cours pour sa généralisation à l'échelle nationale.

2.4. Ressources humaines

Selon l'annuaire statistique 2014 de la santé, le secteur public de santé au Burkina emploie 857 médecins, 217 pharmaciens, 6 358 infirmiers et 1 744 sages-femmes et maïeuticiens d'Etat. Ces effectifs sont insuffisants au vu de la faible couverture face aux besoins de la population. En effet, ces effectifs représentent un médecin pour environ 20 864 habitants, un infirmier pour 2 812 habitants et une sage-femme pour 10 253 habitants.

Ces ratios n'évoluent pas beaucoup dans le temps, compte tenu de la croissance démographique qui semble annihiler les efforts d'accroissement des effectifs du personnel de santé. En plus de l'accroissement des effectifs, la répartition géographique du personnel de santé, notamment dans le milieu rural constitue un défi pour le Ministère de la santé. En 2014, 89,8% des structures de santé de base (centre de santé et de promotion sociale) disposaient des effectifs de personnel conformes à la norme minimale nationale.

Tableau 21 : Evolution de quelques indicateurs de disponibilité du personnel de santé dans le secteur public au Burkina Faso

Indicateur	2012	2013	2014
Nombre d'habitants pour un médecin	21 320	21 573	20 864
Nombre d'habitants pour un pharmacien	82 656	83 685	82 398
Nombre d'habitants pour un infirmier (IDE+IB)	2 793	2 796	2 812
Nombre d'habitant pour une sage-femme ou maïeuticien d'Etat	12 702	10 888	10 253

Source : Annuaire statistique de la santé 2014

2.5. Disponibilité des services de santé et capacité opérationnelle

En 2014, le pays disposait de 2 426 établissements pour des soins de santé primaires. Le secteur public compte 1 643 CSPS, 35 Centres médicaux (CM), 15 maternités isolées et 127 dispensaires isolés13 et 47 CMA fonctionnels. Le secteur privé dispose de 401 structures au niveau primaire, constituées de centres médicaux, de cliniques, dispensaires, cabinet de soins, etc. Le niveau secondaire est constitué de neuf hôpitaux régionaux et 6 polycliniques et le niveau tertiaire est constitué de 4 centres hospitaliers universitaires. Les structures privées de soins de santé sont essentiellement concentrées à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso qui en comptent respectivement 229 et 71 unités sur 407.

En termes de couverture de la population, les ratios sont faibles. On note les ratios suivants :

- une structure de soins de santé primaires pour 7 370 habitants ;
- une structure de soins de santé secondaires pour 1 192 025 habitants ;
- une structure de soins de santé tertiaire pour 4 470 096 habitants.

[13] Les maternités et les dispensaires isolés sont appelés à évoluer en centre de santé et de promotion sociale

Ces niveaux de couverture, sont en déca des normes nationales qui prévoit par exemple une un CSPS pour 5 000 habitants et un CMA pour 200 000 à 300 000 habitants.

La disponibilité des SONU au Burkina a été évaluée en 2010. A cette date, seulement 25 formations sanitaires avaient été considérées comme des formations sanitaires SONU dont 21 formations sanitaires SONUC et 4 formations sanitaires SNONUB. Ce qui représentait une formation sanitaire SONU pour 629 000 habitants.

En termes de disponibilité de lits d'hôpitaux, les données de 2014 indiquent que le Burkina dispose de 4,3 lits pour 10 000 habitants. Ce qui est largement en deçà de la norme requise de 1 lit pour 1 000 habitants. La disponibilité des médicaments au niveau des structures de santé du niveau primaire est mesurée par le pourcentage de formations sanitaires qui n'ont pas connu de ruptures des 20 molécules essentielles. En 2014, cet indicateur s'est établi à 81,3%.

III. Prestation des services de santé

3.1. Utilisation, qualité et sécurité des services de santé

L'utilisation des services de santé par les populations restent encore en limitée pour diverses raisons. Le nombre de contacts par habitant et par an est de 0,85 dans la population générale et de 1,76 chez les enfants moins de cinq ans tandis que la norme recommandée par l'OMS est d'au moins deux contacts par an pour les moins de cinq ans.

Le taux de césarienne parmi les femmes qui accouchent dans les formations sanitaires est de 2,7% pour une norme comprise entre 5% et 15%.

Dans le cadre de la prise en charge de la tuberculose, le pays a enregistré 5 546 cas de tuberculose (Nouveaux cas et rechute) avec taux de succès au traitement de 80,0%. La cible fixée l'OMS est de 90% à l'horizon 201514. D'où la nécessité d'améliorer les performances du programme national de lutte contre la tuberculose.

La mortinatalité reste élevée dans les établissements sanitaires avec 21,8 pour 1000 naissances dont 10,0 mort-nés frais pour 1000 naissances. Le ratio de mortalité maternelle au sein des institutions de santé est de 122 cas pour 100 000 naissances vivantes.

La mortalité intra-hospitalière est de 58,1 pour 1000 chez les enfants moins de 5 ans. Pour cette même tranche d'âge, le paludisme est la première cause de décès dans les formations sanitaires (41,1%) suivi des infections (11,9%).

3.2. Couverture des interventions des programmes prioritaires de santé

Les couvertures en CPN sont respectivement de 84,8% pour le premier contact et de 33,1% pour le quatrième contact. La couverture en TPI 2 est de 66,8%.

La proportion de naissances assistées par un personnel de santé qualifié est de 86,2% pour un objectif de 80% fixé par la SCADD.

Dans le domaine de la prise en charge du VIH, la proportion des femmes enceintes séropositives sous TAR est de 94,6%. La proportion des adultes et enfants séropositifs éligibles recevant une thérapie antirétrovirale est de 68,96%.

Les services de consultation post natale sont faiblement utilisés ; en 2014, on a enregistré en effet des couvertures de 57% et de 36,7% respectivement pour les contacts du 6e jour et de la 6e semaine.

[14] Plan mondial halte à la tuberculose 2011-2015

Selon l'enquête démographique de santé réalisée en 2010, les besoins non satisfaits en planification familiale sont évalués globalement de 23%. Le niveau de l'indicateur est relativement plus élevé en milieu rural (24,5%) et chez les femmes qui n'ont aucun niveau d'instruction (24,80%).

Le taux de prévalence contraceptive quant à lui est de16% en moyenne. Il est encore plus faible en milieu rural (11%) et chez les femmes qui n'ont aucun niveau d'instruction (12%).

Les couvertures vaccinales sont satisfaisantes dans l'ensemble. En effet, selon l'annuaire statistique 2014, la couverture en penta 3 est de 100%, celle du vaccin anti rougeoleux 99,7% et celle des enfants complètement vaccinés 98,7%.

Le taux d'abandon entre BCG et le VAR est de 13,8% et est dans la limite de la norme admise (inférieure à 15%).

Dans le domaine de la lutte contre la tuberculose, le taux de détection des cas de tuberculose pour les nouveaux cas à frottis positif est de 31,0%.

Sur le plan de la lutte contre le paludisme, l'enquête sur les indicateurs du paludisme au BF réalisée en 2014 a révélé que 75% des enfants de moins de cinq ans et 80% femmes enceintes dorment sous des MII.

IV. Facteurs et comportements à risque

Selon l'enquête annuelle nationale sur la nutrition (enquête nutritionnelle), l'initiation précoce à l'allaitement maternel n'est pas une pratique généralisée au sein de la population. Elle a été observée chez seulement 41,60% des femmes en 2014. Il en est de même de l'allaitement maternel exclusif pratiqué chez 50,1% des nourrissons au cours des six premiers mois de la vie.

Les comportements à risque en matière de santé sexuelle et reproductive sont assez courants, en particulier chez les adolescents. En effet, L'EDS de 2010 indique que respectivement 22,2% des hommes et 62,3% des femmes ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel à haut risque. Chez les adolescentes (15 – 19 ans), le pourcentage des filles ayant déjà commencé leur vie féconde est de 23,60%. Ce taux est relativement plus élevé en milieu rural (29,20%).

L'utilisation de sources d'eau potable améliorées a été estimée de 77% en 2010. Un contraste existe cependant entre le milieu rural et urbain. Elle est de 95% en milieu urbain contre 71% en milieu rural. L'utilisation des latrines améliorées est faible. Elle est de 15% a

La prévalence du tabagisme au sein de la population adulte (25 ans et plus) est de 19,8% chez les hommes et 11,80% chez les femmes, selon les données de l'EDS 2010.

L'annuaire statistique du Ministère des infrastructures et transports indique que le taux de mortalité des accidents de la circulation routière était de 5,11%0 en 2012.

V. Etat de santé

Le profil épidémiologique du Burkina est dominé par les maladies transmissibles, même si au fil du temps les maladies non transmissibles deviennent de plus en plus préoccupantes. Le paludisme constitue la première cause de morbidité et de mortalité au sein de la population.

5.1. Morbidité

Maladies transmissibles

L'incidence du paludisme a été de 463 cas pour 1000 habitants en 2014. Elle est particulièrement élevée chez les enfants de moins de 5 ans où elle a été estimée à 1 175 pour 1000. Ce qui veut dire que la plupart des enfants ont eu plus d'un épisode de paludisme au cours de l'année.

La prévalence du VIH au sein de la population de 15 à 49 ans a été évaluée à 1,0% en 2010. Elle est de 0,3% chez les adolescents de 15 à 19 ans et chez les femmes enceintes de 15 à 24 ans. Parmi les groupes de populations les plus à risque face au VIH, on constate des taux d'infection particulièrement élevés chez les travailleurs du sexe (16,1%) et chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (3,6%).

Maladies non transmissibles

L'enquête STEPS réalisée en 2013 donne une prévalence de l'hypertension artérielle (HTA) chez les adultes (25 ans et plus) égale à 17,6%. L'HTA est beaucoup plus répandue en milieu urbain (24,8%) qu'en milieu rural (14,8%). Elle est légèrement plus fréquente chez les hommes que les femmes.

La même source révèle une prévalence du diabète chez les adultes (25 ans et plus) de 4,90% en moyenne. Elle est de 6,3% en milieu urbain contre 4,4% en milieu rural. Là également les hommes présentent un risque légèrement plus élevé.

5.2. Mortalité

La mortalité au sein de la population générale a été estimée à 11,8‰ contre environ 32‰ en 1960. Les mortalités spécifiques, notamment les mortalités infantiles et maternelles restent préoccupantes.

L'EDS de 2010 évalue le taux de mortalité néonatale de 28‰. En milieu rural, ce taux est de 35 ‰ contre 30 ‰ en milieu urbain. On constate également que 65 enfants sur 1000 meurent avant leur premier anniversaire et un enfant sur huit meurent avant d'avoir 5 ans. Ces mortalités sont beaucoup plus élevées en milieu rural qu'en milieu rural où l'accès à des services de santé de qualité est plus difficile. Le niveau de l'éducation de la mère est également un facteur déterminant dans le risque de décès des enfants quelle que soit la tranche d'âge. Le quotient de mortalité infanto-juvénile (0 à 5 ans) passe de 156 ‰ pour les enfants dont la mère n'a aucun niveau d'éducation à 62 ‰ pour les enfants dont la mère a un niveau d'éducation supérieur ou égal au secondaire.

La mortalité maternelle est passée de 484 pour 100 000 naissances vivantes en 1998 à 341 pour 100 000 naissances vivantes en 2010. Malgré cette amélioration, le Burkina est loin d'atteindre la cible des OMD qui est de 141,5 décès pour 100 000 naissances vivantes à l'horizon 2015.

VI. Situation des maladies a potentiel épidemique

Les maladies à potentiel épidémique les plus fréquentes au Burkina sont la méningite et la rougeole. Au cours de l'année 2014, le pays a enregistré 3 633 cas de méningite et 2 384 cas de rougeole et 1 040 cas d'ictère fébrile.

Le taux d'attaque de la de la méningite est de 20,3 cas pour 100 000 habitants avec une létalité élevée de 10,9%. Malgré le nombre élevé de cas, aucun district n'a atteint le seuil épidémique au cours de l'année 2014.

Le taux d'attaque de la rougeole est de 13,3 cas pour 100 000 habitants en 2014. Il est en baisse par rapport à l'année précédente où il était de 21,7 cas pour 100 000 habitants.

%. Malgré le nombre de cas élevé, cette maladie a occasionné huit décès, soit une létalité de 0,3%. Ce qui indique une bonne qualité de la prise en charge de la maladie.

Au cours de ces dernières années, le Burkina n'a pas connu de cas de choléra ni de maladie à virus Ebola.

Conclusion

Le profil sanitaire décrit la situation sanitaire du Burkina au cours des dernières années sur la base des données disponibles dans le système de santé du pays. Le but visé par cet exercice est de renforcer le partage et l'utilisation des informations dans le pays pour une meilleure connaissance des systèmes de santé et de l'état de santé des populations.

Les indicateurs analysés sont pour la plupart des indicateurs traceurs de la santé de l'espace CEDEAO, mais aussi des indicateurs de suivi de la politique nationale de santé et des OMD. Ceux-ci dégagent en général des tendances positives. En particulier, la couverture sanitaire et l'utilisation des services de santé par les populations progressent continuellement. La gouvernance du secteur de la santé s'est renforcée avec une politique actualisée, un plan national de développement sanitaire qui épouse les recommandations de la stratégie IHP+ et un compact qui mobilise une bonne partie des partenaires du secteur de la santé autour de priorités communes. Le financement du secteur de la santé est également en progrès et les efforts du gouvernement sont perceptibles.

Cependant, les défis ne manquent pas. La plupart des engagements et des objectifs des stratégies nationales ne sont pas atteints. Les cibles des OMD dans le secteur de la santé ne seront probablement atteintes au vu de leur niveau actuel. La qualité et la sécurité des soins nécessitent également une attention particulière des autorités sanitaires afin de diminuer très sensiblement les mortalités intra hospitalières et les mortalités de manière générale.

La réalisation du profil sanitaire fait ressortir également le défi de la disponibilité et de la qualité des données statistiques du secteur de la santé. La plupart des indicateurs basés sur des enquêtes auprès des ménages ou des structures de santé ne sont pas réalisées selon des périodicités régulières. Par contre, les données de routine du Burkina sont produites dans des délais acceptables. Néanmoins, les efforts doivent être poursuivis pour l'amélioration de ces délais.

Références

1. Institut national de la statistique et de la démographie. Enquête démographique et de santé ; 2012
2. Institut national de la statistique et de la démographie. Rapports du recensement général de la population (RGPH) 2006
3. Institut national de la statistique et de la démographie. Rapport préliminaire de l'enquête sur les indicateurs du paludisme au Burkina Faso 2014
4. Ministère de la santé. Annuaire statistique 2014 ; 2015
5. Ministère de la santé. Compact. Accessible à l'adresse : http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Country_Pages/Burkina_Faso/Burkina_Faso_Compact_2013_French.pdf
6. Ministère de la santé. La santé d'après les enquêtes nationales. Accessible à l'adresse : http://www.sante.gov.bf/phocadownload/Publications_statistiques/Rapport_enquetes/apres%20les%20enquetes.pdf
7. Ministère de la santé. Plan national de développement sanitaire ; 2011
8. Ministère de la santé. Politique nationale de santé ; 2010
9. Organisation mondiale de la santé. Plan mondial halte à la tuberculose 2011-2015. Accessible à l'adresse : http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/stopTB2011_overview_FR.pdf
10. Pages IHP+ Accessible à l'adresse : http://www.internationalhealthpartnership.net/fr/partenaires-ihp/burkina-faso/

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE

Union – Discipline – Travail

PROFIL SANITAIRE DE LA COTE D'IVOIRE



Introduction

Le profil pays est un document synthétique et analytique qui présente la situation sanitaire du pays sur la base des indicateurs traceurs de la santé de l'espace CEDEAO. Son élaboration fait partie des stratégies de la politique régionale en matière de système d'information sanitaire dont les objectifs 7 et 8 sont libellés comme suit :

- **Objectif 7** : Assurer une dissémination régulière de l'information sanitaire produit aux niveaux infranational, national et régional ;
- **Objectif 8** : Promouvoir et développer la culture de l'utilisation de l'information à tous les niveaux du système de santé.

Dans ce sens, les profils sanitaires des pays de l'espace CEDEAO contribuent à renforcer la disponibilité, le partage et l'utilisation d'une information sanitaire de qualité pour l'élaboration, le suivi et l'évaluation des actions aux niveaux national et régional en faveur de la santé des populations de l'espace CEDEAO.

Dans le cadre de l'élaboration du profil sanitaire pays de la Côte d'Ivoire, une collecte des données a été réalisée selon un canevas et une méthodologie élaborés par l'OOAS et validés par les responsables SNIS et SIMR de l'espace CEDEAO. Le renseignement du canevas s'est fait à partir des données les plus récentes, validées et diffusables. Plusieurs documents sources ont été exploités à cet effet, dont : le Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire (RASS) qui contient des données collectées par le Système National d'Information Sanitaire (SNIS), les plans stratégiques, les plans de suivi-évaluation, les rapports de revue ou d'évaluation des programmes de santé, les rapports de progrès, des rapports de l'Enquête Démographique et de Santé de 2012 (EDS 2012) et autres enquêtes.

Les données collectées par l'équipe nationale ont fait l'objet d'amendements par l'équipe de l'OOAS en charge de l'élaboration du profil sanitaire de l'espace CEDEAO. Par la suite, un atelier de validation, de collecte complémentaire de données et de rédaction du profil sanitaire de la Côte d'Ivoire a été organisé à Abidjan, du 24 au 26 août 2015 sous le leadership de la Direction de la Prospective, de la Planification, de l'Evaluation et de l'Information Sanitaire (DPPEIS). Il a connu la participation de l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP) et une délégation de l'OOAS (la liste des personnes impliquées est en annexe). La version provisoire du profil sanitaire issue de cet atelier a fait l'objet de finalisation par l'équipe nationale avec l'appui technique de l'OOAS.

I. Presentation du pays

1.1. Situation géographique

La Côte d'Ivoire est située en Afrique de l'Ouest. Elle s'étend sur une superficie de 322 462 km² et fait frontière avec le Golfe de Guinée au Sud, le Ghana à l'est, le Libéria et la Guinée à l'ouest, le Mali et le Burkina Faso au nord. La population de la Côte d'Ivoire est estimée à 22 671 331 d'habitants en 2014 d'après l'Institut National de la Statistique (INS) sur la base des données du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2014.

Au plan administratif, la Côte d'Ivoire est organisé selon deux types de circonscriptions. L'administration territoriale déconcentrée avec 02 districts autonomes 31 régions, 108 départements, 410 sous-préfectures et 8 600 villages (Décret N° 2011-263 du 28 septembre 2011 portant organisation du territoire national en districts et en régions) et l'administration territoriale décentralisée avec 31 Régions et 197 communes.

1.2. Situation économique

La Côte d'Ivoire est l'une des plus grandes économies de la sous-région Ouest-africaine. Avec un PIB par habitant estimé à 1 646 USD en 2014, le pays le pays est classé dans le groupe des pays à revenu

intermédiaire. Après une période de faible croissance entre 2008 et 2011, l'économie de la Côte d'Ivoire connaît de nouveau une forte croissance estimée à plus de 9% depuis 2012.

Malgré cette croissance, le niveau de la pauvreté reste élevé au sein de la population ivoirienne. Elle est estimée à 46,3% en 2015 par la Banque Mondiale. Celle-ci note que la pauvreté s'est considérablement intensifiée dans le pays et aggravée entre 1985 et 2008. Les inégalités d'accès aux services essentiels et les inégalités hommes-femmes nourrissent les clivages entre groupes de revenu mais aussi entre les zones urbaines et rurales.

Selon les données de l'enquête démographique et de santé de 2012, le niveau d'alphabétisation de la population est très déséquilibré entre les hommes (60,8%) et les femmes (37,7%) au sein de la population adulte de 15 à 49 ans. Il est encore plus faible en milieu rural. Chez les jeunes de 15 à 24 ans, le taux d'alphabétisation est de 55,3%.

Tableau 22 : Indicateurs économiques

Indicateur	Valeur
PIIB par habitants en 2014 (USD)	1646,4
Taux de croissance du PIB 2014 (%)	9,0
Incidence de la pauvreté en 2008 (%)	42,7
Taux net de scolarisation au primaire en 2013 (%)	76,8
Taux d'alphabétisation des jeunes de 15 à 24 ans en 2012 (%)	48,3
Taux d'alphabétisation des adultes de 15 ans et plus en 2012 (%)	41,0
Ratio emploi-population de 15 ans et plus en 2014 (%)	64,6
Source d'eau améliorée, en milieu rural en 2014 (%)	68,8
Accès aux installations d'assainissement améliorées en 2014 (%)	22,3

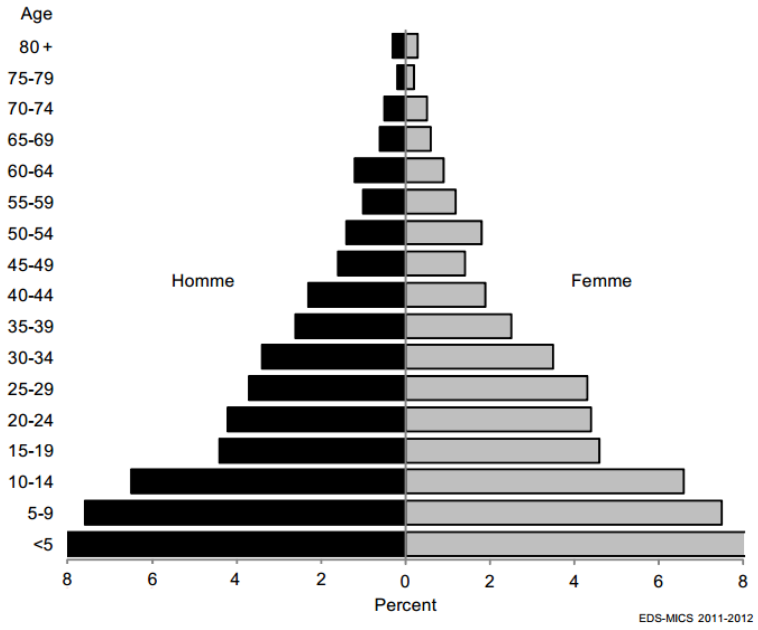
Source : Banque Mondiale

1.3. Situation démographique

Selon les résultats du RGPH, la population de la Côte d'Ivoire est estimée à 22 671 331 habitants en 2014. C'est une population composée de 49% sont des femmes qui connaît une croissance forte avec un taux de croissance moyenne annuelle de 2,55%. La moitié de la population ivoirienne vit en milieu urbain, ce qui constitue l'un des plus fort taux d'urbanisation de la région Ouest africaine. La croissance de la population s'explique en partie par un niveau de fécondité qui reste élevé, notamment en milieu rural ou l'indice synthétique de fécondité s'établit à 6,3 enfants par femme (EDS-MICS 2012).

La structure par âge de la population est caractéristique d'une population majoritairement jeune. En effet, 41 % de cette population à moins de 15 ans et seulement 4% a plus de 60 ans et 50% de la population a moins de 18 ans (âge médian). L'âge médian de la population est beaucoup plus faible en milieu rural (16 ans) qu'en milieu urbain (19 ans).

Figure 9 : Pyramide des âges de la population ivoirienne en 2012



La pyramide des âges présente une base élargie qui se rétrécit rapidement et régulièrement au fur et à mesure que l'on avance vers les âges élevés. Cette forme de la pyramide des âges est caractéristique des populations jeunes, à forte fécondité et à mortalité élevée.

Tableau 23 : Principaux indicateurs sociodémographiques

Indicateur	Valeur
Population totale en 2014 (millions d'habitants)	22,7
Proportion de la population en zone urbaine en 2014 (%)	49,8
Indice synthétique de fécondité en 2012 (enfants)	5,0
Age médian en 2014 (ans)	18
Espérance de vie à la naissance, population totale (ans)	54,1
Rapport de dépendance démographique en 2014 (%)	76,3

II. Gouvernance et fonctionnement du système national de santé

2.1. Organisation du système de santé

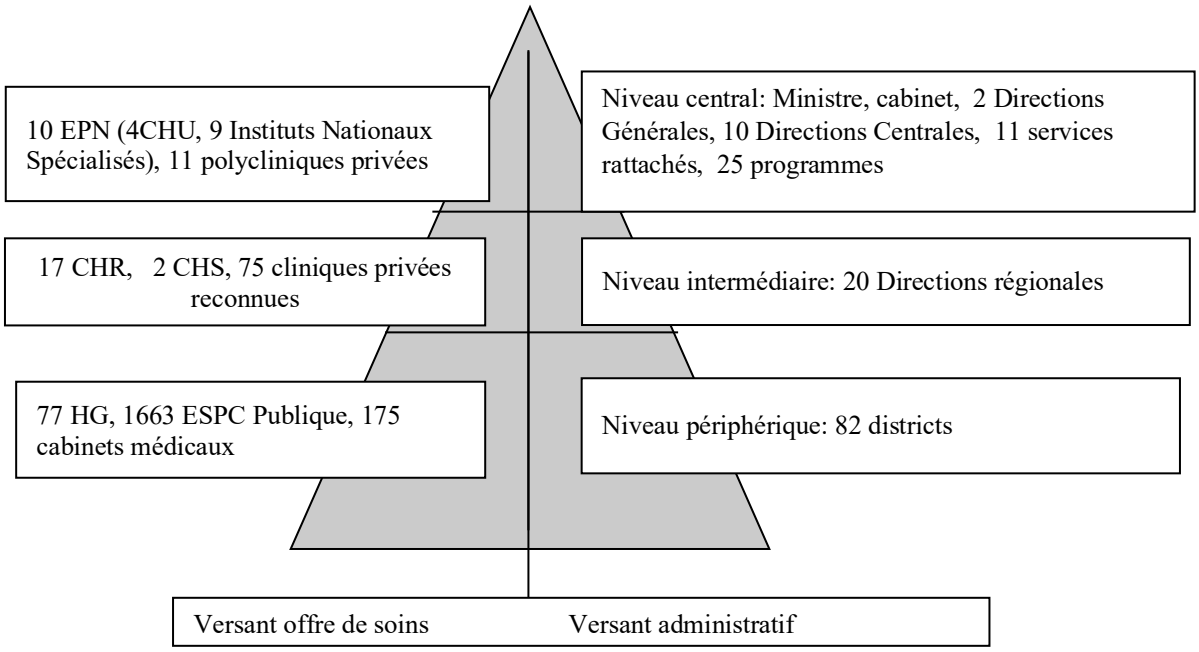
La structure du système de santé est de type pyramidal. Ce système comporte deux versants dont l'un administratif et l'autre opérationnel (offre de soins).

Sous l'angle administratif, le système de santé est subdivisé en trois niveaux : central, régional et périphérique ayant chacun une fonction différente mais complémentaire les uns des autres. Le niveau central a pour fonction l'élaboration de la politique en matière de santé et donne les orientations stratégiques aux divers niveaux du système de santé. Ces stratégies sont coordonnées au niveau régional par 20 directions régionales qui supervisent les activités des districts sanitaires au nombre de 82. Le district sanitaire est l'unité opérationnelle du système de santé, permettant la mise en œuvre des soins de santé. Il regroupe l'ensemble des structures sanitaires publiques et privées sur son aire de desserte qui offrent aux populations des soins essentiels.

Le système de santé comprend un secteur public fort, un secteur privé en plein essor et une médecine traditionnelle de mieux en mieux structurée qui participent à la prise en charge des besoins de santé des populations. Les structures publiques de soins sont organisées en trois niveaux qui assurent des soins primaires, secondaires et tertiaires. Le niveau primaire ou premier échelon comprend 1910 établissements sanitaires (1237 CS ruraux, 514 CS urbains, dont 25 à base communautaire, 127 CS urbains spécialisés, 32 formations sanitaires urbaines dont 15 à base communautaire). Le niveau secondaire ou deuxième échelon (établissements sanitaires de recours pour la première référence) comprend66 Hôpitaux Généraux, 17 Centres Hospitaliers régionaux, 2 Centres Hospitaliers Spécialisés. Le niveau tertiaire ou troisième échelon est composé des établissements sanitaires de recours pour la deuxième référence, comprend quatre centres hospitaliers universitaires (CHU), cinq instituts nationaux spécialisés (INSP) et trois établissements publics nationaux d'appui (EPNA).

Le secteur sanitaire privé à but lucratif est organisé par le décret N°96-877 du 25 octobre 1996 portant classification, définition et organisation des établissements sanitaires privés. En 2011, le pays comptait 2036 établissements de santé privés dont 1482 (73%) n'ont pas d'autorisation d'ouverture conforme. Le secteur privé à but non lucratif offre, presque exclusivement, des soins de niveau primaire et il est représenté d'une part par le secteur confessionnel (environ 50 établissements) et d'autre part, par les établissements sanitaires à base communautaire (ESCOM) au nombre de 37 principalement localisés à Abidjan et les établissements sanitaires communautaires tenues par des ONG.

Figure 10 : Organisation de la pyramide sanitaire de la Côte d'Ivoire



Source : Plan Triennal pour le renforcement du Système d'Information Sanitaire

2.2. Politique et priorités sanitaires nationales

Depuis 2011, le pays a adhéré au Partenariat international pour la santé et initiatives apparentées (IHP+). En Mai 2012, le Gouvernement ivoirien a signé le Compact international.

La vision de la Côte d'Ivoire, en matière de santé est « un système de santé performant à même de garantir à tous les citoyens particulièrement les populations les plus vulnérables, un état de santé optimal pour soutenir durablement la croissance et le développement du pays ».

Pour atteindre cette vision, la politique de santé s'est fixé les objectifs suivants: (i) Améliorer l'efficacité et l'efficience du système de santé ; (ii) Améliorer l'offre et la qualité des prestations des services de

santé; (iii) Renforcer la lutte contre la maladie. Les données sur la contractualisation sont exprimées dans le document de politique de santé en termes de conventions.

Le Plan National de Développement Sanitaire 2012 – 2015 élaboré pour mettre en œuvre cette politique s'est fixé aussi les objectifs suivants: (i) Renforcer la gouvernance du secteur de la santé et le leadership du Ministère de la santé ; (ii) Améliorer l'offre et l'utilisation des services de santé de qualité ; (iii) Améliorer la santé maternelle et celle des enfants de moins de 5 ans ; (iv)Renforcer la lutte contre la maladie et les infections nosocomiales; (v) Renforcer la prévention, la promotion de la santé et la médecine de proximité. La contractualisation dans le secteur de la santé réfère aux deux premiers points du PNDS.

Dans la vision du Partenariat international pour la santé, un mécanisme de coordination des acteurs du secteur de la santé a été mis en place depuis 2012, et vise l'efficacité des interventions sectorielles. Un pré-Compact santé a été signé en février 2015 pour accompagner la dernière année de mise en œuvre du PNDS 2012-2015 et l'élaboration du prochain cycle de planification (PNDS 2016-2020).

En vue de l'émergence à l'horizon 2020, la Côte d'Ivoire a entrepris de nouvelles réformes dans tous les secteurs de développement. Dans le secteur de la santé, ces réformes concernent (i) la gratuité ciblée en faveur des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes (iii) la réforme hospitalière, (iv) le financement basé sur la performance, (v) la décentralisation (vi) l'organisation des interventions à base communautaire, (vii) l'organisation des urgences, de la référence/contre référence. Ces stratégies visent l'accessibilité des populations à une offre de services et de soins de qualité, particulièrement les populations vulnérables et cela dans le strict respect de la pyramide sanitaire.

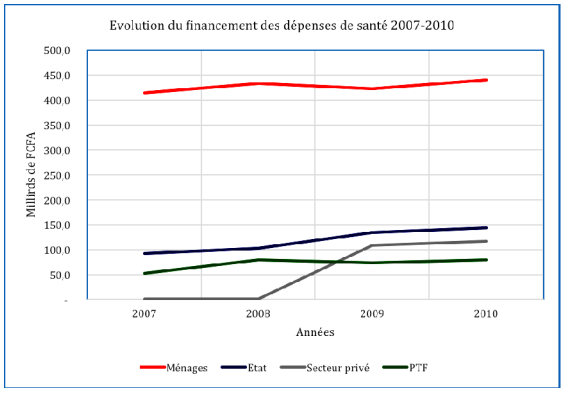
2.3. Financement de la santé

Niveau et sources de financement

En Côte d'Ivoire, les sources de financement de la santé sont de trois catégories : l'Etat, le privé (ménages et entreprises) et les partenaires au développement.

Les résultats des comptes de la santé de 2010 permettent de dégager les caractéristiques suivantes du financement de la santé. La dépense totale de santé s'est établie à 779,4 milliards de FCFA, soit 35442 FCFA (77 USD) par habitant. Ce financement est assuré majoritairement par les ménages (56,5%) suivis de l'Etat (18,05%) et des partenaires techniques et financiers (10,20%). L'Etat a consacré 6,5% de son budget au financement de la santé. Ce qui est loin de l'objectif minimum de 15% recommandé par la déclaration des Chefs d'Etat à Abuja en 2001.

Figure 11 : Evolution des indicateurs de financement des dépenses de santé de la Côte d'Ivoire, de 2007 à 2010



Source : CNS 2009-2010

Mécanismes innovants de financement

Il existe divers mécanismes de mutualisation du risque maladie et de prépaiement des dépenses de santé à travers les systèmes de couverture du risque maladie que sont la Mutuelle Générale des Fonctionnaires de Côte d'Ivoire (MUGEFCI), les mutuelles de corporation publique ciblant les fonctionnaires et agents de l'Etat, la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) et les assurances privées volontaires du risque maladie.

Cependant, le faible niveau de mutualisation du risque maladie implique que la quasi-totalité des dépenses des ménages sont effectuées directement au moment de la prestation de service15. En effet, une faible part des dépenses faites par les ménages (4%) est affectée aux mécanismes de mutualisation du risque maladie et au prépaiement des dépenses de santé16. Ce faible taux de couverture du risque maladie contraint la majorité des populations à des paiements directs des soins, les exposants à des dépenses catastrophiques de santé, avec le risque de sombrer un peu plus dans la pauvreté.

Pour pallier les insuffisances en matière de financement, une loi portant « Couverture Maladie Universelle » a été adoptée en mars 2014. Elle vise l'accès universel et équitable à des services de santé de qualité. De plus, une stratégie de financement est élaborée en vue de tendre vers la couverture universelle en santé qui met en exergue la nécessité de mobiliser davantage de ressources nationales pour la santé par une recherche de sources additionnelles de financement. Un document d'orientation sur ces mécanismes innovants a été élaboré courant 2015.

2.4. Disponibilité du personnel de santé

En termes de disponibilité des ressources humaines en santé, l'OMS recommande respectivement 1 médecin pour 10 000 habitants et une sage- femme pour 3 000 femmes en âge de reproduction. Ces normes ont été atteintes pour ces indicateurs en 2013 avec un médecin pour 9 899 habitants, un infirmier pour 4 020 habitants et une sage-femme pour 6 668 habitants selon les données du rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) de 2013.

Cependant, il se pose un problème de répartition rationnelle du personnel de santé sur l'ensemble du territoire national et d'insuffisance de personnels spécialistes. Il est également souhaitable d'accroitre la qualité de ce personnel par le recrutement d'autres types de personnel de santé et de susciter de nouveaux emplois (Economiste de la santé, Psychologue, Gestionnaire de données, les spécialistes…).

Tableau 24 : Effectifs et ratios de personnel de santé

Catégories professionnelles d'occupation	Effectifs	Ratio Personnels /10 000 habitants*	Ratio Population / 1 Professionnel*
Médecins	2 412	1,09	9 899
Personnel infirmier	5 939	2,69	4 020
Personnel obstétrical	3 317	1,50	6 668
Total	11 668	5,28	1 894

Source : Calculé à partir des données du rapport annuel sur la situation sanitaire de 2013

2.5. Disponibilité des services de santé et capacité opérationnelle

Tableau 25 : Indicateurs de disponibilité des infracteurs sanitaires

		Niveau primaire	Niveau secondaire	Niveau tertiaire	Ensemble
Nombre de formations sanitaires en 2013		2275	192	20	2487
dont	Public	1897	17	9	1923
	Privé	378	175	11	564
Ratio Formation sanitaire pour 10 000 habitants		1,0	0,1	0,0	1,1
Ratio lits d'hôpital pour 10 000 habitants en 2013		0,6	1,9	1,8	4,3

[15] Cadre de développement de la stratégie nationale de protection de renforcement de la protection sociale
[16]Stratégie Nationale de Financement en vue de la Couverture Sanitaire Universelle- 2012

Disponibilité des médicaments (%)		53,8	78,3	75,0	67,6
Disponibilité des SONU (pour 500 000 habitants) en 2014					0,7
dont	SONUB				0,4
	SONUC				0,3

Les services de santé se composent de structures de santé publiques et privés. On note en 2012, selon le rapport sur la carte sanitaire primaire un ratio d'établissement de soins de santé primaires par habitant égal à 0,98 établissement pour 10 000 habitants avec une prédominance des établissements sanitaires publics (0.82 établissement pour 10 000 habitants). Ce faible taux de couverture des centres de santé est également observé pour les établissements de niveau secondaire avec 0,01 établissement pour 10 000 habitants.

Le nombre de lits pour 1000 habitants est un indicateur qui permet de mesurer l'offre de service d'hospitalisation. En 2013, ce nombre au niveau national était de 0,43 lit pour 1000 habitants. 86% de ces capacités d'hospitalisation se trouvent dans les hôpitaux régionaux et des districts

Une bonne disponibilité des médicaments et intrants essentiels concourt à accroitre l'utilisation des services de santé. L'enquête nationale sur les services et les produits de la santé de la reproduction réalisée en 2014 a évalué le taux de disponibilité des médicaments à 67,6 % toutes structures confondues. Ce taux est plus élevé au niveau secondaire que primaire soit 78,30 % contre 53,80%.

Selon l'enquête SONU de 2014, la Côte d'Ivoire dispose d'une formation sanitaire SONU pour 708479 habitants dont une formation sanitaire, ce qui est en deçà de la norme minimale requise de 1 formation sanitaire SONU pour 500 000 habitants. En particulier, les formations sanitaires SONUB sont en nombre insuffisant et sont concentrées en milieu urbain (1,37 formation sanitaire SONU pour 500 000 habitants en milieu urbain contre et 0,04 en milieu rural).

III. Prestation des services de santé

3.1. Utilisation, qualité et sécurité des services de santé

Le niveau d'utilisation générale des services de santé en Côte d'Ivoire semble faible au regard des données du système de routine. En effet, le RASS 2013 indique un nombre de contacts par personne et par an égal à 0,3. Ce qui peut être dû à une faible accessibilité des populations aux services de santé.

Pour une sécurité des accouchements, la césarienne est indiquée dans les cas de complications. L'OMS estime que 5 à 15% des accouchements nécessitent le recours à la césarienne. Le rapport annuel de 2013 et celui premier semestre 2014 sur le suivi des indicateurs de santé de la reproduction et de la sante infantile a révélé que le taux de césarienne a été 3,2% des accouchements dans les formations sanitaires en 2014. Ce qui montre que des efforts supplémentaires sont nécessaires pour couvrir l'ensemble des besoins en césarienne.

Le taux de réussite de la prise en charge de la tuberculose par la stratégie DOTS était de81% (Annuaire des statistiques 2013). L'objectif visé dans le cadre du Pla Mondial Halte à la Tuberculose pour la période 2011-2015 est de 85%. D'où la nécessité d'améliorer la performance du programme en charge de la lutte contre la tuberculose.

La mortalité intra hospitalière reste élevée. On note 121 décès pour 100 000 naissances vivantes et 44 mort-nés pour 1000 naissances dans les formations sanitaires du pays en 2013.

Tableau 26 : Indicateurs d'utilisation, de qualité et de sécurité des services de santé

Indicateur	Valeur
Consultations externes par habitant et par an en 2013, population totale (Nombre)	0,3
Consultations externes par habitant et par an, enfants de moins de 5 ans (Nombre)	-
Taux de césarienne en 2013 (%)	3,2
Taux de succès du traitement de la tuberculose (DOTS) en 2013 (%)	81,0
Taux de mortalité des moins de 5 ans dans les établissements sanitaires en 2013 (‰)	-
Ratio de mortalité maternelle au sein des institutions de santé en 2013 (pour 100 000 naissances vivantes)	121,5
Taux de mortinatalité dans les établissements sanitaires en 2013 (‰)	44,0

3.2. Couverture des interventions des programmes prioritaires de santé

L'enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples réalisée en 2012 a montré une décroissance du taux de couverture de la CPN1 (90,6%) à la CPN 4 et plus (44,2%). Ce taux est plus élevé en milieu urbain (96,7%) qu'en milieu rural (86,5%) pour la première CPN.

47,38% des femmes enceintes ont reçu la deuxième dose de sulfadoxine pyriméthamine dans le cadre du traitement préventive intermittent du paludisme au cours de l'année 2013.

La même source indique que 59,4% des naissances enregistrées ont été réalisées dans les centres de santé par du personnel qualifié et la part des femmes qui ont bénéficié de consultation postnatale était de 75,8% dont 72,5% entre 0 et 6 jours et 3,3% entre 7 et 42 jours.

La couverture vaccinale pour les 3 doses de DCT/Penta3 et celle du vaccin contre la rougeole chez les enfants de moins d'un an ont été respectivement de 63,8 et de 64,5% selon l'EDS-MICS de 2012.

La tuberculose constitue un facteur de comorbidité du VIH, en 2012, le pourcentage de patients tuberculeux chez qui le dépistage au VIH a été réalisé était de 89%. Ce qui montre une bonne performance du dépistage de la coïnfection VIH-tuberculose.

Le paludisme constitue la première cause de décès des enfants de moins de 5 ans. Pour lutter efficacement contre cette maladie, le ministère de la santé et de la lutte contre le sida a organisé à travers le programme national de lutte contre le paludisme une campagne de distribution de masse de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action en 2011. Par la suite l'enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples de 2011-2012 a évalué le taux d'utilisation de ces MILDA à 32,20% en milieu urbain et à 45,80% en milieu rural. La distribution gratuite de 30 000 000 de MILDA en routine durant les campagnes de masse a fait progresser le taux de disponibilité des MILDA de 35% en 2011 à 95% en 2015 permettant ainsi l'atteinte de la couverture universelle en MILDA.

Tableau 27 : Indicateurs de couverture des services de santé en 2014

Indicateur	Valeur
Couverture de la première consultation des soins prénatals en 2012 (%)	90,6
Couverture des quatre visites des soins prénatals (%) en 2012	44,2
2ème dose de TPI dans le cadre des soins prénatals en 2013(%)	47,4
Pourcentage de femmes enceintes séropositives sous TAR en 2013 (%)	20,9
Proportion de naissances assistées par un personnel de santé qualifié en 2012(%)	59,4

Taux de soins postnatals en 2012 (%)	75,8
Besoin non satisfait en planification familiale en 2012 (%)	27,1
Taux de prévalence contraceptive en 2012 (%)	18,2
Couverture vaccinale pour les 3 doses de DCT/Penta3 en 2012 (%)	63,8
Couverture contre la rougeole des enfants de moins d'un an en 2012 (%)	64,5
Taux de couverture des enfants complètement vaccinés (12-23 mois) en 2012 (%)	55,5
Taux d'abandon BCG-Rougeole en 2012 (%)	33,7
Adultes et enfants séropositifs éligibles recevant une thérapie antirétrovirale en 2013 (%)	57,9
Taux de détection des cas de tuberculose pour les nouveaux cas à frottis positif en 2013 (%)	60,0
Pourcentage de patients tuberculeux dépistés pour le VIH en 2013 (%)	89,0
Taux de chirurgie de la cataracte en 2010 (Pour 1 million d'habitants)	170
Enfants de moins de cinq ans dormant sous des MII en 2012 (%)	37,2
Femmes enceintes dormant sous des MII en 2012 (%)	40,2

IV. Facteurs et comportements à risque

La mise au sein précoce des nouveaux nés dans les 24 heures qui suivent la naissance est considérée comme une pratique qui concourt à la réduction des hémorragies de la délivrance et à la bonne santé des nourrissons. En 2012 l'EDS-MICS a montré que seulement 30,8% des femmes ont pratiqué l'allaitement précoce avec 33,1% en milieu urbain et 29,40% en milieu rural.

Le taux d'insuffisance pondéral chez les enfants de moins de cinq ans selon la même source était de 14,9% au plan national, ce qui dépasse le seuil de 10% jugé tolérable. Ce taux était plus élevé chez les garçons que chez les filles avec respectivement 17,8% et 12,2%. Par ailleurs la tranche d'âge des enfants de 18 à 23 mois était la plus touchée avec 17,3%.

L'utilisation du préservatif lors de rapport sexuel à haut risque constitue l'un des moyens les plus efficaces de lutte contre la transmission du VIH. Selon les données de l'EDS-MICS de 2012, le taux d'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque était seulement de 48,7% au plan national avec 38,4% chez les femmes.

La grossesse est considérée comme à risque quand elle survient chez la fille avant 15 ans et constitue un facteur d'abandon de l'école en milieu scolaire. L'EDS-MICS de 2012 a montré que 29,6% des adolescentes de 15 à 19 ans sont actuellement enceintes ou l'ont déjà été au moins une fois. Ce taux était de 45,5% en milieu rural contre 19,4% en milieu urbain. Ces grossesses surviennent le plus souvent chez les femmes n'ayant aucun niveau s'instruction soit 38,9%.

L'utilisation d'eau potable pour la boisson permet d'éviter plusieurs maladies. L'enquête démographique et de santé a montré qu'en 2012, 78,4% de la population ivoirienne utilisaient des sources d'eau de boisson améliorées, avec 92,4% en milieu urbain et 67,0% en milieu rural.

Le tabac est la première cause du cancer du poumon et aussi un facteur de risque cardiovasculaire. L'enquête démographique et de santé a évalué le taux de prévalence du tabagisme à 8,5% au sein de la population des adulte de 25 ans et plus. Il ressort de cette enquête que les hommes sont les plus touchés avec 15,1% de prévalence contre 1,8% pour les femmes. Les femmes tout comme les hommes sont plus touchés en milieu rural qu'en milieu urbain.

Tableau 28 : Indicateurs de mesure des facteurs et comportement à risque en santé

Indicateur	Valeur
Taux d'insuffisance pondérale à la naissance des enfants de moins de 5 ans (%)	8,1
Initiation précoce de l'allaitement maternel (%)	30,8
Les nourrissons nourris exclusivement au sein pendant les six premiers mois de la vie (%)	12,0
Taux d'insuffisance pondérale des enfants de moins de 5 ans(%)	14,9
Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque(%)	48,7
Taux de grossesse des adolescentes (15-19 ans) (%)	29,6
Utilisation de sources d'eau potable améliorées (%)	78,4
Utilisation d'installations sanitaires améliorées (%)	21,9
Prévalence du tabagisme au sein de la population adulte (homme de 15 ans et plus) (%)	8,5
Taux de mortalité des accidents de la circulation routière (%)	83,2

V. Etat de santé

5.1. Morbidité

Maladies transmissibles

En Côte d'Ivoire, le paludisme est la principale cause de consultation dans les services de santé. L'incidence cumulée du paludisme dans la population générale est en constante hausse, passant de 69,3‰ en 2006 (RASS 2007) à 139 ‰ en 2014. L'incidence du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans est très élevée et s'est établie à 280‰ en 2014.

La prévalence moyenne du VIH chez les jeunes de 15-24 ans est de 1%, soit 2% chez les femmes et 0,3% chez les hommes. Ces pourcentages sont identiques à ceux obtenus en 2005. Chez les femmes, la prévalence du VIH augmente avec l'âge : 0,2% chez les 15-19 ans contre 3,6% chez les 20-24 ans. Chez les jeunes hommes, la progression est moins rapide : nulle à 18 - 19 ans contre 0,5% à 20 - 24 ans.

Chez les femmes de 15-24 ans, la prévalence augmente avec l'âge : de 0,1% à 15-17 ans, elle passe à 1,7% à 18-19 ans et atteint un maximum de 5% chez les femmes de 23-24 ans. A l'opposé, la prévalence reste inférieure à 1% jusqu'à 23-24 ans chez les hommes. La prévalence du VIH chez les jeunes femmes de 15-24 ans est légèrement plus élevée en milieu urbain (2,5%) qu'en milieu rural (1,7%) alors que la proportion de jeunes hommes de 15-24 ans infectés au VIH est inférieure à 1% dans les deux milieux de résidence.

Maladies non-transmissibles

Les maladies non transmissibles sont pour une grande part liées aux pratiques nutritionnelles et aux habitudes de vie. Elles sont dominées par les maladies chroniques. En premier lieu viennent les maladies métaboliques telles que le diabète sucré avec une prévalence de 5,7% dans la population adulte, ensuite les maladies cardio-vasculaires et les cancers.

L'hypertension Artérielle (HTA) est actuellement en nette progression. L'enquête STEPS réalisée en 2005 a révélé sur l'ensemble de la population âgée de 15 à 64 ans, une prévalence de l'HTA de 21,7%. Sa proportion augmente avec l'âge pour atteindre 58,4% dans le groupe d'âge des 55-64 ans. En 2008, selon les estimations de l'OMS pour la Côte d'Ivoire, la prévalence de l'HTA chez les 25 ans et plus était de 33,4%.

Concernant le cancer, 15 000 nouveaux cas sont attendus par an. Parmi eux, les cancers de la femme sont de loin les plus nombreux. L'incidence était de 98,8 cas pour 100 000 habitants en 2004 avec 25,2%

de cancers du sein et 23% de cancers du col de l'utérus. Chez les hommes, l'incidence est légèrement inférieure (82 pour 100 000) avec une incidence élevée des cancers de la prostate (31 pour 100 000) et des cancers primitifs du foie qui représentent 28% des cancers chez l'homme. Malgré l'évolution croissante des cancers en Côte d'Ivoire, il n'existe pas à ce jour de centre spécialisé dans le traitement des malades atteints du cancer.

D'autres maladies non transmissibles telles que l'insuffisance rénale, les maladies bucco-dentaires, les affections ophtalmologiques, les maladies mentales et les toxicomanies sont également en progression. Il faut noter que les centres d'hémodialyse même s'ils existent sont insuffisants face à la demande qui croît depuis quelques années.

5.2. Mortalité

Le niveau de la mortalité des enfants de moins d'un an reste préoccupant en Côte d'Ivoire, selon les résultats de l'enquête démographique et de santé, malgré les progrès enregistrés depuis le début des années 2000. Durant la période la plus récente (2007-2012), sur 1 000 enfants nés vivants 68 sont décédés avant d'atteindre leur premier anniversaire (mortalité infantile). Sur 1 000 enfants survivants au premier anniversaire, 43 sont décédés avant d'atteindre l'âge de cinq ans (mortalité juvénile) tandis qu'un enfant sur neuf meurt entre la naissance et le cinquième anniversaire (mortalité infanto-juvénile).

L'analyse par région met en évidence de fortes disparités. Le niveau de mortalité infantile varie du simple au triple, d'un minimum de 43 ‰ dans le Centre-Nord à un maximum de 137‰ dans le Nord. La même tendance est observée pour la mortalité juvénile, son niveau passe de 25‰ dans le Sud-Ouest à 84‰ dans le Nord. La mortalité infanto-juvénile est plus faible dans le Centre-Nord (74‰) et plus élevé dans le Nord (209‰).

La mortalité maternelle est un indicateur particulièrement révélateur de la condition féminine, de l'accès des femmes aux soins de santé et de la façon dont le système de santé répond à leurs besoins. L'amélioration de la santé maternelle reste l'un des défis majeurs à relever en Côte d'Ivoire.

Tableau 29 : Indicateurs de mortalité

Indicateur	Valeur
Taux de mortalité néonatale en 2012 (‰)	38
Taux de mortalité infantile en 2012 (‰)	68
Taux de mortalité des moins de 5 ans en 2012 (‰)	108
Ratio de mortalité maternelle en 2012 (P. 100 000 NV)	614

Le taux de mortalité maternelle est passé de 597 en 1994 à 543 en 2005 pour atteindre 614 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2012. Cette situation exige que des efforts soient déployés à différents niveaux du système de santé de manière à améliorer cet indicateur.

VI. Maladies à potentiel épidemique

Le service de surveillance épidémiologique a assuré au cours de l'année 2014 la surveillance de six maladies à potentiel épidémique élevé(les méningites purulentes, la rougeole, le choléra, la fièvre jaune, la grippe, la maladie à virus Ebola). La stratégie adoptée pour cette surveillance est celle d'un système d'alerte précoce qui repose sur une notification immédiate (fièvre jaune, choléra, grippe humaine d'origine aviaire et pandémique), hebdomadaire (rougeole, méningite) et mensuelle (MAPI) des cas et décès. Les données collectées par les établissements sanitaires sont acheminées au district qui après compilation les transmet au service de surveillance à l'INHP. Une retro-information hebdomadaire est faite à l'endroit des districts après analyse des données.

Les informations collectées au cours de l'année 2014 se rapportent aux 82 districts sanitaires fonctionnels que comporte le pays. La complétude des données a été de 99,4%.

Des cas de fièvre jaune ont été notifiés dans 96% des districts en 2014. 671 cas suspects sont enregistrés dont 17 décès. L'incidence annuelle pour ces cas notifiés était de 2,76 pour 100.000 habitants, supérieure à celle de l'année précédente (2,57 pour 100.000 habitants). 1,5% des prélèvements effectués se sont avérés positifs aux IgM anti amarils à l'Institut Pasteur de Dakar. Ce qui est inférieur au seuil de 10% recommandé.

Au cours de l'année 2014, 258 cas de choléra ont été notifiés dont 17 décès, soit une incidence de 1 pour 100.000 habitants et une létalité de 6,6%. Le pays a enregistré une épidémie dans 8 districts dans la période d'octobre à décembre 2014. 63 cas sur les 198 prélèvements ont été confirmés positifs et l'agent pathogène était le Vibrio cholérae O1.

L'incidence annuelle de la méningite était de 0,6 pour 100.000 habitants en 2014. Elle est inférieure à celle de l'année 2013. Aucun district n'a atteint le seuil épidémique. Malgré cela, une campagne préventive de vaccination contre la méningite à méningocoque a été réalisée dans les 25 districts sanitaires à haut risque en Décembre 2014.

619 cas suspects de rougeole ont été régulièrement enregistrés en Côte d'Ivoire en 2014. L'incidence mensuelle la plus élevée a été enregistrée au mois d'avril. Près de six cas sur dix (57,1 %) étaient des sujets de moins de 5 ans et neuf cas sur dix étaient des sujets de moins de 15 ans. 4,8% des prélèvements se sont avérés positifs aux IgM anti rougeoleux.

Tableau 30 : Indicateurs de surveillance épidémiologique en 2014

Indicateur	Valeur
Taux d'attaque de choléra	1,1
Taux de létalité de choléra	6,6
Taux d'attaque de méningite	0,6
Taux de létalité de méningite	15,1 %
Taux d'attaque de rougeole	2,7
Taux d'attaque de fièvre jaune	3,0
Taux de létalité de fièvre jaune	2,5
Taux d'attaque de fièvre Lassa	
Taux de létalité de fièvre Lassa	
Taux de létalité de TNN	42,9 %
Nombre de cas de Poliomyélite	396
Nombre de cas de ver de Guinée	11
Taux d'attaque de la maladie à virus Ebola	0%
Taux de létalité de la MVE	0%

L'épidémie de la maladie à virus Ebola a été déclarée en février 2014 en Guinée et s'est propagée dans certains autres pays de l'Afrique de l'Ouest. Malgré le risque potentiellement élevé d'extension, aucun cas de maladie n'a été enregistré en Côte d'Ivoire en 2014. Un système de surveillance épidémiologique a été mis en place sur toute l'étendue du territoire avec notification quotidienne (par email, téléphone, sms) des cas suspects et des contrôles systématiques de température aux frontières terrestres et aériennes.

Conclusion

Le profil sanitaire pays est un document à la fois d'information et de prise de décision. Il a été réalisé sur la base de données provenant du système de routine et d'enquêtes qui ont fait l'objet d'un consensus et d'une validation rigoureuse. Il présente un intérêt particulier car il aborde la santé sous divers aspects tels que l'environnement socio-économique et démographique, la gouvernance du secteur de la santé, l'état de santé des populations, la réponse du système de santé aux besoins de soins de santé par ces populations et la couverture des prestations. Il procède par une description de la situation dans chaque domaine à travers les indicateurs traceurs de la santé dans l'espace CEDEAO et analyse les écarts par rapport aux objectifs des politiques nationales et des normes requises en matière de santé.

Les principaux constats faits à l'issue des analyses montrent que la Côte d'Ivoire dispose d'une offre potentielle en termes de ressources humaines et infrastructures de santé mais que l'utilisation de ce potentiel est limitée. Le nombre de contacts par habitants et par an a été de 0,3 en 2013 et moins de six femmes sur dix ont bénéficié d'une assistance qualifiée à l'accouchement en 2012. Cela a certainement contribué au maintien à un niveau très élevé de la mortalité et en particulier de la mortalité maternelle et celle des enfants.

Un autre constat est la faible disponibilité des statistiques sanitaires actualisées. Cette situation ne favorise pas une bonne connaissance des problèmes réels du système de santé et limite l'impact des différentes interventions en faveur de la santé.

Références

1. Institut National de la Statistique. Annuaire des statistiques démographiques et sociales édition n° 7. Janvier 2012
2. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Enquête sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles. 2005
3. Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida. Comptes de la sante exercices 2009, 2010. Novembre 2013
4. Institut National de la Statistique. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples 2011-2012. Juin 2013
5. Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida. Plan Triennal pour le renforcement du Système d'Information Sanitaire.
6. Bureau National d'Etudes Techniques et de Développement. Rapport final du Projet d'Appui à la Carte Sanitaire Primaire. Mai 2013
7. Programme National de la Sante de la Reproduction et de la Planification Familiale. Rapport national 2013 et du premier semestre 2014 de suivi des indicateurs de santé de la reproduction et de la sante infantile. Novembre 2014
8. Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation. Rapport annuel sur la situation sanitaire 2013. Juin 2014
9. Secrétariat Technique Permanent du Comité Technique du RGPH. Principaux Résultats Préliminaires. Novembre 2014
10. Institut National de l'Hygiène Publique. Rapport annuel d'activité 2014 du service de surveillance épidémiologique

HEALTH PROFILE OF GAMBIA



Introduction

The West African Health Organization (WAHO) in collaboration with the fifteen members of the Economic Communities of West African States (ECOWAS) have adopted and agreed to report on a list of health tracer indicators for the sub region. The indicators were unanimously agreed on through a consultative process between WAHO, partners and ECOWAS countries. The goal of the health profile is mainly to monitor the health systems of the individual countries and made comparison within the sub region.

Compiling the health profile were country driven based on the availability and acceptability of the current data at individual country level. The main sources of the data are census, demography and health survey, household surveys, health facility surveys and routine health information services. The data sources provide information on population health status, service utilizations, health system performance, risk factors and socioeconomic status. Similarly, it provide information on the strengths and weaknesses of the national health information systems.

The objectives of the Health Profile are :

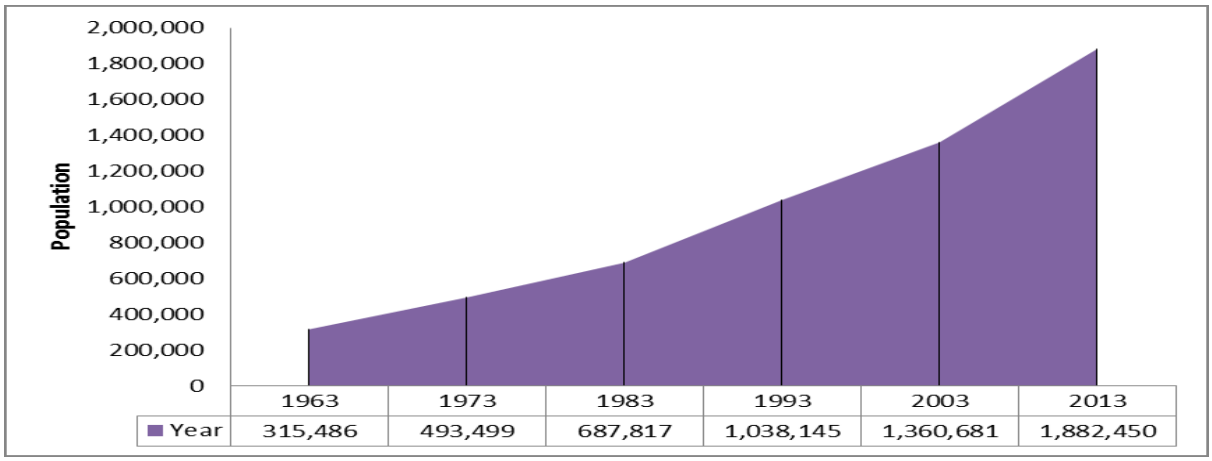
- to monitor the health status of the ECOWAS countries as well as the performance of the individual national health system;
- to compare the performance of individual countries;
- to identify strengths and weaknesses of individual health systems;
- to make recommendation.

Socio-demographic status

The total population of the Gambia is 1.8 million with an annual growth rate of 3.3 per cent (GBoS, 2013). 50.5% of the population are female as compared to 49.5% males (GBoS, 2013). Local government area that are predominantly urban have more male population whereas those that are predominantly rural have more female population. This may be attributed to the high migration of the male population to the urban areas and overseas in search of employment opportunuties. The Gambia has experienced significant growth in the population density from 127 person per square kilometre in 2003 to 176 person per square kilometre in 2013 being the 73rd most densely populated country in the world and the 10th in Africa (GBoS, 2013).

Fifty percent of the country's residents live in rural areas, and women constitute 51 percent of the total population (GBoS, 2003). The total fertility rate is 5.4 births per woman, resulting in a very youthful population structure. Forty-two percent of the population are below fifteen years of age whereas, twenty two percent are between the ages of 15 and 24 years. Average life expectancy at birth is 63.4 years (62.5 years for males and 65 years for females) (GBoS, 2007). The number of household has increased from 157, 494 in 2003 to 229, 500 in 2013 with an average household size of 8.2 persons.

Figure 12: Population size and growth



Health Status

The infant mortality rate is 34 per 1,000 live births, the child mortality rate is 20 per 1,000, whereas the under-5 mortality rate is 54 per 1,000 live births. The neonatal mortality rate is 22 deaths per 1,000 live births, and the post neonatal mortality rate is 12 deaths per 1,000 live births.

The Infant mortality has declined by 32 percent between 2000 and 2013 from 50 deaths per 1,000 live births to 34 deaths per 1,000 live births. Similarly, the under-five mortality has declined by 39 percent from 89 deaths per 1,000 live births to 54 deaths per 1,000 live births. Likewise, the neonatal mortality has decreased by 29 percent, from 31 deaths per 1,000 live births to 22 deaths per 1,000 live births in the same reporting period.

In the Gambia, mortality rates are consistently lower in the urban areas as compared to the rural areas. Mortality rates are generally higher among male children than female children. Infant mortality is highest for mothers under age 20 (51 per 1,000 live births) and for first births (47 per 1,000 live births).

Adult mortality is slightly higher among men than women (2.4 male deaths and 2.3 female deaths per 1,000 population, respectively). Between age 15 and 50 years, about 99 women per 1,000 and 102 men per 1,000 are likely to die.

Maternal deaths account for 36 percent of all deaths among women age 15-49 years of age. The maternal mortality rate for the period 2006 to 2013 is 0.77 maternal deaths per 1,000 woman-years of exposure. Representing a maternal mortality ratio of 433 maternal deaths per 100,000 live births.

Coverage of health interventions

The prevalence of Malaria is significantly going down in recent years due to the introduction of multiple strategies aimed at preventing and controlling malaria. The strategies implemented includes: free distribution of LLIN, indoor residual spraying, larviciding, IPT, IEC, BCC, training of health workers, establishing new labs and strengthening existing one for testing of all suspected malaria cases for confirmation.

Seventy-two percent of households have at least one mosquito net; 69% have at least one insecticide-treated mosquito net (ITN), the majority of which are long-lasting insecticidal nets. 47% of children under age 5 slept under an ITN. Among households with at least one ITN, 59% of children under age 5 slept under an ITN. Thirty percent of households had received indoor residual spraying during the past 12 months. 46% of pregnant women slept under an ITN. Among pregnant women living in households

that possess an ITN, 61 percent slept under an ITN. Sixty-two percent of women received intermittent preventive treatment during their pregnancy; that is, they took two or more doses of SP/Fansidar and received at least one during an antenatal care visit. Twelve percent of children age 6-59 months had a low haemoglobin level (less than 8.0 g/dl), indicating possible malarial infection. Two percent of children age 6-59 months have malaria according to rapid diagnostic testing in the field, and 1 percent have malaria based on microscopy of thick blood smear slides.

Ante natal care service is provided through network of RCH clinics across the country. 86 percent of pregnant women received antenatal care skilled health providers (11% from a doctor, 75% from a nurse or midwife and 13% from an auxiliary nurse). 78% of pregnant women had four or more antenatal visits with no significant difference between urban and rural women. 97% of pregnant women took iron supplementation tablet or syrup during the recent live birth. 99% of pregnant women had their blood pressure measured, 95% had a urine sample taken and 98% had a blood sample taken for analysis.

Seventy-one percent of women had their last live birth protected against neonatal tetanus. First-order births 59%, births to women in urban areas 67%, births to women residing in Banjul 66%, births to women with a secondary education or higher 67%, and births to women in the highest wealth quintile 66% are least likely to be protected against neonatal tetanus. 63% of births in The Gambia are delivered in a health facility and 37% take place at home. 57% of all the births in the health facilities took place in the public health facilities.

57% of births in The Gambia are delivered under the supervision of a skilled provider, mostly a nurse or midwife (50%). Traditional birth attendants play a vital role, assisting in 27% of deliveries. Relatives and others assist with 7% of deliveries, and 2% of deliveries are not assisted by anyone.

76 % of women received a postnatal check-up in the first two days after birth. 69 % received postnatal care within 4 hours of delivery, 5% received care between 4 and 23 hours after delivery and 2 percent a postnatal check-up 1-2 days following delivery. Whereas 1% of women received postnatal care 3-41 days following the delivery.

The immunization service is integrated within the RCH services. 99% of children had received the BCG immunisation and 88 % had been immunised against measles. Coverage of the first dose of the DPT/pentavalent and polio vaccines is 98% respectively. However, only 88% and 90% of these children received the third doses of these vaccines, contributing to a dropout of 11 percent and 8 percent between the first and third doses of the DPT/pentavalent and polio vaccines respectively.

The prevalence of diarrhoea varies by the age of the child. Children age 6-11 months had a higher prevalence of diarrhoea than children in other age groups. Diarrhoea is more prevalent among children whose household shares a toilet facility with other households (21%) than among children in households that have an improved, non-shared toilet facility (18%) or a non-improved facility (16%).

99% of children are breastfed at some point. Overall, 52% of children are breastfed within one hour of birth and 94% within one day after delivery.

Epidemic-prone diseases

In 2014 and first seven months of 2015, no case of the following diseases have being reported in The Gambia: Cholera, Meningitis, Measles, Yellow fever, Lassa fever, NNT, Poliomyelitis, Guinea worm and Ebola Virus disease. However, despite the zero case reporting, the Ministry of Health have strengthen and intensified the surveillance system for active case finding throughout the country. Similarly, cross border surveillance and partnership meetings are being organized the Senegal. Health workers have being trained on surveillance.

HEALTH PROFILE OF GHANA



I. Presentation of the country

Ghana is located on West Africa's Gulf of Guinea only a few degrees north of the Equator and is bordered in the north by Burkina Faso, on the west by Côte d'Ivoire, and on the east by Togo.

The country lies just above the equator and is on the Greenwich meridian line which passes through the seaport of Tema about 24km to the east of Accra, the capital.

Its southernmost coast at Cape Three Points is 4° 30' north of the equator. From here, the country extends inland for some 670 km. The distance across the widest part measures about 560 kilometers.

Half of the country lies less than 152 meters (500 ft.) above sea level, and the highest point is 883 meters (2,900 ft.).

The 537-kilometer (334-mi.) coastline is mostly a low, sandy shore backed by plains and scrub and intersected by several rivers and streams, most of which are navigable only by canoe.

A tropical rain forest belt, broken by heavily forested hills and many streams and rivers, extends northward from the shore, near the Cote d'Ivoire frontier. This area produces most of the country's cocoa, minerals, and timber. North of this belt, the country varies from 91 to 396 meters (300 ft.-1,300 ft.) above sea level and is covered by low bush, park-like savanna, and grassy plains.

Volta Lake, the largest manmade lake in the world, extends from the Akosombo Dam in southeastern Ghana to the town of Yapei, 520 kilometers (325 mi.) to the north. The lake generates electricity, provides inland transportation, and is a potentially valuable resource for irrigation and fish farming.

The climate is tropical. The eastern coastal belt is warm and comparatively dry; the southwest corner, hot and humid; and the north, hot and dry. There are two distinct rainy seasons in the south; May-June and August-September; in the north, the rainy seasons tend to merge.

Annual rainfall in the coastal zone averages 83 centimeters (33 in.) and ranges from about 1,100 mm (about 43 in) in the north to about 2,100 mm (about 83 in) in the southeast.

Southern Ghana is much wetter, has high temperatures all year round, and has a very short dry season. Lush forests and all kind of crops grow throughout the year. Farmers in the North struggle to grow anything during the long dry season. In most areas the highest temperatures occur in March, the lowest in August. The average annual temperature is about 26oC (about 79oF).

The harmattan, a dry desert wind, blows from the northeast from December to March, lowering the humidity and creating hot days and cool nights in the north. I

II. Socio-demographic status

The 2010 Census was a "de facto" count and each person present in Ghana, irrespective of nationality, was enumerated at the place where he/she spent the midnight of 26th September 2010.

The data compiled from the 2010 Census yielded a population of 24,658,823. The figure represents an increase of 30.4 percent over the 2000 census population of 18,912,079.

The data further indicate that the most populous region is Ashanti, with a population of 4,780,280, representing 19.4 percent of the country's total population followed by Greater Accra, with a population of 4,010,054 (16.3%). The least populous regions are Upper West with 702,110 persons constituting 2.8 percent of the total population and Upper East with 1,046,545 persons or 4.2 percent of Ghana's population

The annual average inter-censal growth rate is 2.5 percent. At this rate, it will take approximately 28 years for the population of Ghana to double. Greater Accra and Central regions recorded the highest population growth rates (3.1%), followed by Northern Region (2.9%), Ashanti (2.7%) and Volta (2.5%). The lowest growth rates were recorded for the Upper East (1.2%) and Upper West (1.9%) regions.

Tableau 31 : Distribution of population by growth rate – 2000 and 2010

Year	Population	% Increase	Growth Rate
1960	6,762,815		
1970	8,559,313	28.3	2.4
1984	12,296,081	43.0	2.6
2000	18912097	53.7	2.7
2010	24,658,823	30.7	2.5

The distribution of the population by sex indicates that the male population is 12,024,845 and the female population is 12,633,978. This gives a sex ratio (i.e. number of males to 100 females) of 95.2 compared to 97.9 in 2000. The regional sex ratios show that there is predominance of females in all the regions except Western where the number of males is approximately equal to the number of females (100.0).

Population density increased from 79 persons per square kilometer in 2000 to 103 persons per square kilometer in 2010. The increase in population density implies more pressure on the existing social amenities, infrastructure and other resources in the country.

At the regional level, Greater Accra is the most densely populated region with a density of approximately 1,236 persons per square kilometer compared to 895.5 persons per square kilometer in 2000. The Central region follows it with a population density of 224 persons per square kilometer. The Northern region still remains the most sparsely populated region with a population density of 35 persons per square kilometer.

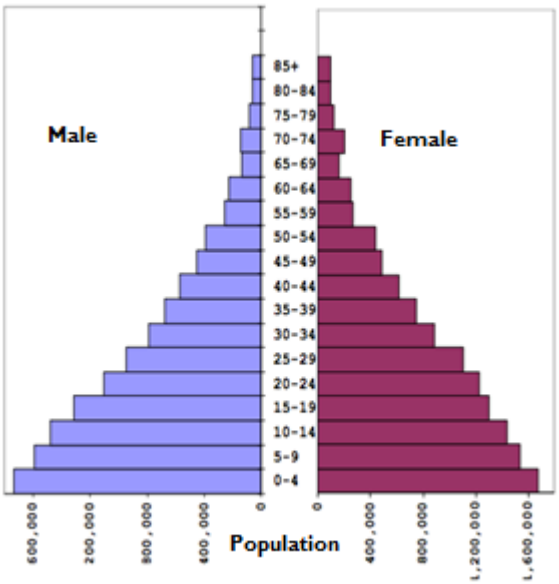
The results show that Ghana has a youthful population, consisting of a large proportion of children less than 15 years, and a small proportion of elderly persons (65 years and older). The effects of high fertility and decreasing mortality rate basically shape the age structure of the country's population.

The age-sex pyramid shows figuratively the distribution of the population by sex and broad age groups. Preferences for certain digits particularly zero and five are common in many African censuses.

The data analyzed shows a youthful age structure, which is a common characteristic of a developing country. This is seen in the broad base of the population pyramid (Figure 1) consisting of large numbers of children and a conical top comprising of a small elderly population.

The median age for the whole population was 20. The sex specific median age for male and female for the entire population was 19 and 21 respectively.

Figure 13: Population pyramid for Ghana (2014)



The demographic dependency ratio for the population (<15 and 64> years) was 43.1 according to the 2010 population census.

Tableau 32 : Population by Age & Sex and locality

Urban	12,545,229	
Rural	12,113,594	
Male	12,024,845	
Female	12,633,978	
Age (Adapted by)	**Male**	**Female**
0-4 years	1,803,727	1,794,025
5-9 years	1,587,280	1,591,881
10-14 years	1,418,932	1,389,738
15-19 years	1,346,783	1,288,666
20-24 years	1,178,435	1,162,326
25-29 years	1,082,236	1,086,522
30-34 years	793,640	884,378
35-39 years	673,391	758,039
40-44 years	553,143	631,699
45-49 years	408,845	631,699
50-54 years	360,745	505,359
55-59years	264,547	303,215
60-64 years	216,447	252,680
65 years and +	336,696	353,751

The percentage of population living in urban areas (50.9%) is slightly higher than the population living in rural areas (49.1%).

Out of the proportion of the population living in urban areas, the proportion of individuals within the ages of 0 -14 years is 34.5%, 15 – 24 is 21.7%, 25 – 54 years is17.1% and 35+ is 26.7%.

Life expectancy at birth according to the 2010 census is 61. The life expectancy for male and female however are 61.8 and 63.6 respectively.

Total Fertility Rate according to DHS, 2014 is 4.2 for the entire population. The TFR is 3.4 for population living in urban areas and 5.2 for population living in rural areas.

Youth literacy rate for population 15 – 24 is 80.8 according to UNESCO

It is important to examine the sex ratio of the population due to its implications for gender-based analysis. Sex ratio is the difference between the number of males and females and is defined as the number of males per 100 females. The sex ratio for the whole of Ghana according to the 2010 population census is 95.2, implying that for every 100 females there are 95.2 males

III. Health status:

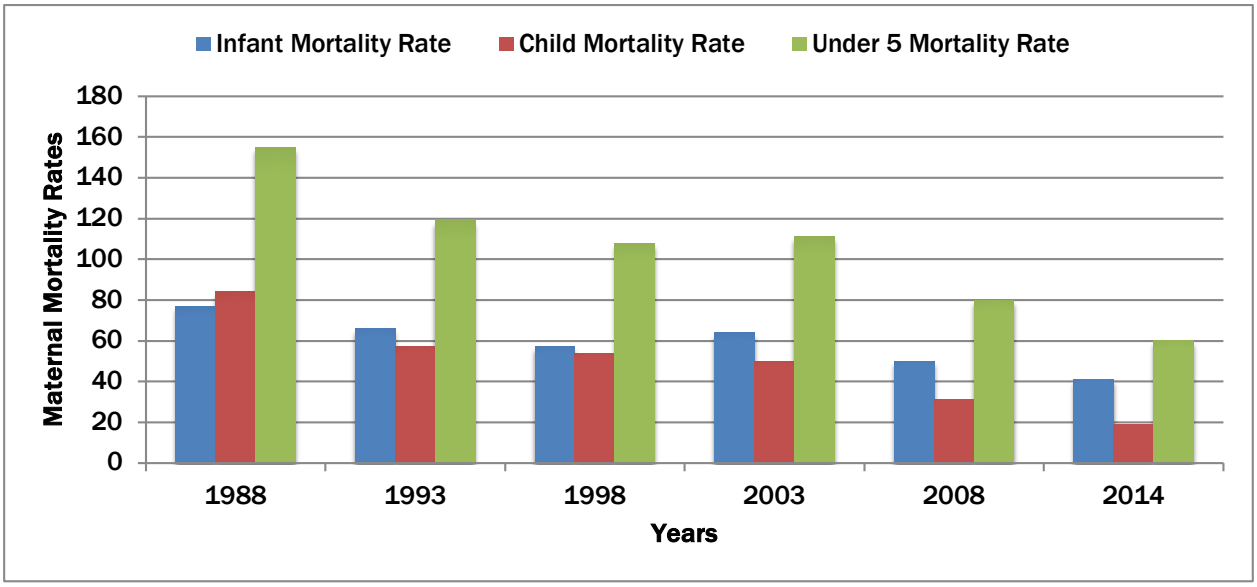
3.1. Mortality

Tableau 33: Early childhood mortality rates

Age	Neonatal Mortality Rate	Infant Mortality Rate	Child Mortality Rate	Under 5 Mortality Rate
0-4	29	41	19	60
5-9	33	54	28	81
10-14	30	52	37	87

As shown in Table 2, during the five years immediately preceding the survey, the infant mortality rate was 41 deaths per 1,000 live births, the child mortality rate was 19 deaths per 1,000 children surviving to age 12 months, and the overall under-5 mortality rate was 60 deaths per 1,000 live births. Sixty-eight percent of all deaths among children under age 5 in Ghana take place before a child's first birthday, with 48 percent occurring during the first month of life

Figure 14: Trends in childhood mortality, 1988-2014



The 2014 GDHS documents a pattern of decreasing under-5 mortality during the 15 years prior to the survey. For example, from Figure 3, the infant mortality rate declined from 64 per 1,000 for the five-year period preceding the 2003 GDHS to 41 per 1,000 during the same period prior to the 2014 GDHS. Similarly, the under-5 mortality rate decreased from 111 per 1,000 for the five-year period preceding the 2003 GDHS to 60 per 1,000 during the same period prior to the 2014 GDHS.

DHIMS2 reported still birth rate in health facilities in Ghana as 1.83 in 2014. Fresh still birth rate in health facilities stood at 0.75 whiles macerated still birth rate stood at 1.08 in 2014.

Ghana's maternal mortality ratio was 380 in 2013; there remains a substantial amount of effort to reach the Millennium Development Goal 5 target of 185 deaths per 100,000 live births. MMR is the number of maternal deaths during a given time period per 100,000 live births during the same time period

3.2. Morbodity

Data reported in DHIMS2 which is the tool adopted by the Ghana Health Service for reporting service data reported the incidence of malaria per 1000 population in Ghana for 2014 as 265.3. The incidence

of malaria per 1000 population for male and female were 110.8 and 154.5 respectively. This shows a high incidence of malaria in women compared to men.

The incidence of malaria in population under five was reported as 83.9 whiles that for above five population was 181.3

In Ghana, HIV surveillance is conducted annually among pregnant women attending antenatal clinics in line with the World Health Organization (WHO) and the Joint United Nations Program on HIV and AIDS (UNAIDS) recommendation on HIV surveillance for generalized epidemics.

Ghana's HIV epidemic is described as generalized with the current estimated adult prevalence of 1.3% (NACP 2013)

HIV prevalence among sex workers is 11% and that of men-having-sex-with-men (MSM), 17.5% (GARP 2013)

HIV prevalence among young people (15-24) years in 2014 was 1.6% whiles HIV prevalence among pregnant women of the same age group was 1.3% according to the Country AIDS response progress report for the Ghana AIDS Commission.

IV. Organization and functioning of national health systems

4.1. Governance and health financing

Public health expenditure consists of recurrent and capital spending from government (central and local) budgets, external borrowings and grants (including donations from international agencies and nongovernmental organizations), and social (or compulsory) health insurance funds. Total health expenditure is the sum of public and private health expenditure. It covers the provision of health services (preventive and curative), family planning activities, nutrition activities, and emergency aid designated for health but does not include provision of water and sanitation.

According to the World Bank report for 2013, the total health expenditure (USD) for Ghana was 99.53 whiles the total public health expenditure (USD) stood at 60.61

4.2. Health personnel availability

Professional health workers per 10,000 population is 24.4 (Facts and Figures 2014). The total number total number of Medical doctors is 2730 therefore medical doctors per 10000 inhabitants is 1.2.

Overall number of nurses is 12,245 making placing the number of nurses per 10,000 population 12.7.

Total number of pharmacy staff is 2,347 whiles the number of dental staff is 633. Number of public health and environmental staff is 2,373 whiles all other health personnel is 18,492 (Facts and Figures 2014)

4.3. Health services use, quality and safety

Cesarean session rate in Ghana according to data reported in the HMIS in 2014 was 13.8% for all deliveries.

In 2013, Ghana recorded a TB treatment success rate (DOTS) of 87.1%, which exceeded the WHO target of 85%.

Mortality rate for children under five in 2014 was 0.14%. The top five causes for under five mortality were Malaria, Sepsis, Birth Asphyxia, Hydrocephalus and Anemia.

Maternal mortality ratio for 2014 as reported by the HMIS was 144, which is an improvement of the previous year, which was 154. The breakdown of maternal mortality ratio by age groups was 38 for (Under 25 years) 73 for (12-34 years) and 33 for (35 and above).

Still birth rate in health facilities was1.83%. Fresh still birth rate was 0.74% whiles macerated still birth rate was 1.08% as reported in the HMIS for 2014.

4.4. Coverage and interventions

97% of pregnant women in Ghana receive antenatal care from a skilled provider. This percentage has increased steadily from 82 percent in 1988 to 97 percent in 2014.

It was also established that 98.8% of pregnant women living in urban areas received their first antenatal consultation from a skilled health professional and 96% for all women living in rural areas (DHS 2014)

A large proportion of pregnant women in Ghana (87%) in 2014 had four or more antenatal cares visits for the most recent live birth, an increase from 78% in 2008 (DHS 2014)

It was also found as reported by the HMIS that 38.8% of pregnant women had their second dose of IPT. The percentage of pregnant women put on ARV was 0.6.

The proportion of all births, which were attended by skilled health personnel, was 56.8. Overall postnatal care rate was 73.3. Postnatal care rate between 0-6 days was 60.7% and that for 7-42 days was 12.6% (HMIS)

Total unmet need for family planning is highest among the youngest women age 15-19 (51 percent) and lowest among the oldest women age 45-59 (14 percent). Unmet need is only slightly higher in rural than in urban areas (31 percent versus 29 percent)

The unmet needs for family planning by location was reported as 28.5% in urban areas and 31.4% in rural areas. Unmet needs for persons with no education was 17.4%, that for persons with basic/primary level education was 26.8% and 23.7% for persons with secondary level and above. (DHS 2014)

Contraceptive prevalence rate (CPR) is usually defined as the percentage of currently married women who are currently using a method of contraception. Current use of any method is 23 percent among all women, 27 percent among currently married women, and 45 percent among sexually active unmarried women.

The contraceptive prevalence rate by location was reported as 26.3% in urban areas and 27% in rural areas. Unmet needs for persons with no education was 29.3%, that for persons with basic/primary level education was 31.9% and 24.1% for persons with secondary level and above. (DHS 2014)

Ghana has a high child vaccination coverage. In 2014, the vaccination coverage for DPT/Penta 3 was reported as 88.8% and that of Measles was 86.9% for children under one year. (DHS 2014)

According to the Multi Indicator Cluster Survey 2011, the number of fully immunized children between the ages of 12-23 months was 84%. A coverage of 81.7% of all children living in urban areas were found to be fully immunized and 86.5% for all children living in rural areas.

Attrition rate for BCG-Measles was reported as 13.9% in 2014.

According to the country AIDS response progress report by the Ghana AIDS Commission, the percentage of eligible children and adults living with HIV on antiretroviral therapy was 37.3 in 2013. The same report stated the 15.2% of children between 0-14 years for all eligible children and adults 15 years and above for all eligible adults was on antiretroviral therapy.

DHS 2014 reported children under five sleeping under ITN's as 46.6% for all children under five. 35.8% of children living in urban areas were found to be sleeping under ITN's and 56.1% for children living in urban areas.

The percentage of pregnant women sleeping under ITN was reported as 58.8%. Pregnant women in rural areas who sleep under ITN was reported as 55.2% whiles those in urban areas was reported as31.2%. (DHS 2014).

V. Factors and risk behaviors

Although a very important step in the management of lactation and establishment of a physical and emotional relationship between the baby and the mother, less than half (46%) of babies are breastfed for the first time within one hour of birth, while 84 percent of new-born in Ghana start breastfeeding within one day of birth. (MICS 2011)

The percentage of babies who were breastfed within the first hour of birth in urban areas was reported as 44.9 and 46.6 for rural areas. (MICS 2011)

Infants who were exclusively breastfed was reported as 45.7%. Infants in urban areas who were exclusively breastfed was reported as 48.9% and 43.3% for rural areas. (MICS 2011)

Underweight rate for children under five years for their age was 13.4%. Underweight rate for children under five in urban areas was 10.5% whiles that for rural areas was15.5%.

Underweight rate for male under five was 15.4% whiles that for female was11.3%. Underweight rate for children by age groups were reported as 6.7% (0-5), 15.8% (6-11), 16.6% (11-23), 13.5% (24-35), 13.7% (36-47), 12.2% (48-59) all in months. (MICS 2011)

Low birth weight rate for 2014 was reported as 3.38%. Male low birth weight rate was 2.09% whiles that for female was 1.29%. (HMIS)

DHS 2014 reported the use of condom at high-risk sex for male (15-49) years as18.9% and female (15-49) years as 11.3%. (DHS 2014)

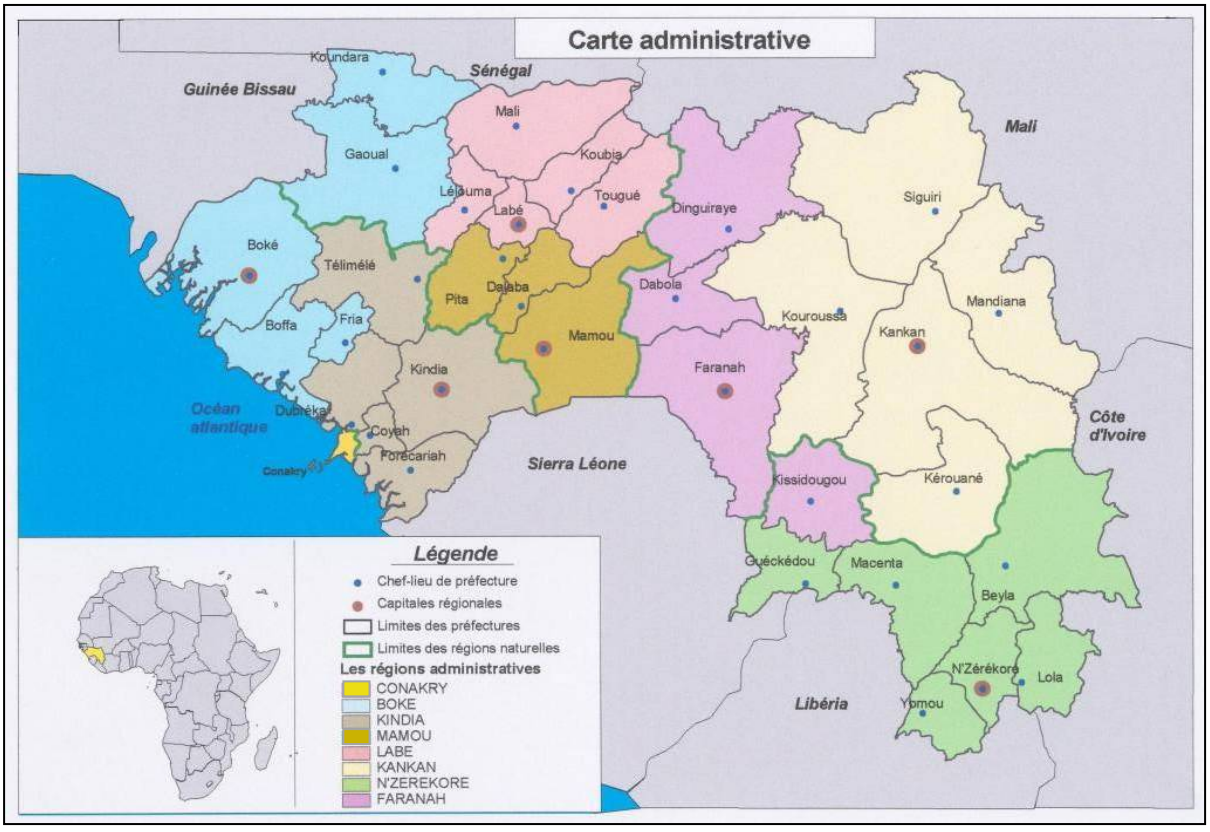
Teenage pregnancy and motherhood currently stands at14.2% and is a major social and health issue in Ghana. Early teenage pregnancy can cause severe health problems for both the mother and child. Teenage childbearing is higher in rural areas (17%) than in urban areas (12%). (DHS 2014)

Teenagers with no education are almost four times as likely to have begun childbearing as those with a secondary or higher education (23% and 6%, respectively). The percentage of teenagers who have begun childbearing is highest in the second wealth quintile (21%) and lowest in the wealthiest households (6%). (DHS 2014)

Nearly 80 percent of household members in Ghana are using improved sources of drinking water, which means that Ghana has already achieved the 2015 MDG 7 target of 78 percent of the population using improved drinking water. However, wide variations exist between areas of residence with 91 percent coverage in urban areas and only 69 percent in rural areas. (MICS 2011)

Sanitation is still a major concern in Ghana. In 2011, the 60.9% of households were using improved sanitation facilities. Sanitation in urban areas was higher in urban areas than in rural areas (79.8 and 43.2 respectively).

PROFIL SANITAIRE
DE LA REPUBLIQUE DE GUINEE



Introduction

Le problème de la santé des populations a toujours été au centre des préoccupations majeures des autorités des pays de la sous-région Ouest africaine. Cette préoccupation est au cœur de la mission de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) qui travaille à harmoniser les politiques de santé dans l'espace CEDEAO et à renforcer les systèmes de santé des pays de la région.

C'est dans ce cadre qu'une liste d'indicateurs traceurs de la santé de l'espace CEDEAO a été adoptée sous le leadership de l'OOAS. Ces indicateurs ont été sélectionnés à travers un processus participatif avec la contribution des pays et des partenaires techniques et financiers. L'objectif visé à travers cette liste d'indicateurs est de disposer d'un ensemble de mesures pertinentes permettant de suivre dans le temps les efforts réalisés individuellement et collectivement pour renforcer les systèmes nationaux de santé et améliorer la santé des populations. L'analyse des indicateurs traceurs à travers le profil sanitaire des pays vise à fournir aux décideurs et aux acteurs de développement des éléments d'appréciation de l'état de santé des populations et de la performance des systèmes nationaux de santé. Outre le fait de disposer de données pour le suivi des progrès en matière de santé dans les pays, le profil sanitaire vise à renforcer l'analyse et l'utilisation des statistiques sanitaires des pays pour la prise de décision.

L'élaboration du profil sanitaire de la Guinée est un processus qui a impliqué plusieurs phases dont la collecte des données par la division en charge du système d'information sanitaire, la validation de ces données en collaboration avec l'OOAS et la rédaction du document. Plusieurs sources ont servi à la collecte des données, dont notamment l'annuaire des statistiques de la santé, la base de données de la surveillance épidémiologique, les rapports de l'enquête démographique et de santé (EDS), du recensement général de la population et de l'habitat, des comptes nationaux de la santé et autres rapports nationaux.

Le document comporte six principales sections relatives à (i) la présentation du pays sur le plan géographique, démographique et socioéconomique, (ii) la gouvernance et le fonctionnement du système de santé, (iii) la prestation des services de santé, (iv) les facteurs et comportements à risque, (v) l'état de santé des populations et, (vi) la surveillance épidémiologique. Chaque section décrit le niveau des indicateurs y relatifs et analyse les écarts par rapport aux objectifs nationaux et aux normes et standards internationaux.

I. Présentation du pays

1.1. Situation géographique

La République de Guinée est située en Afrique occidentale. Elle est limitée par la Guinée Bissau au nord-ouest, le Sénégal et le Mali au nord, la Côte d'Ivoire et le Mali à l'est, le Libéria et la Sierra Leone au sud et l'Océan Atlantique à l'ouest. Le pays est bordé par 300 km de côte et s'étend sur 800 km d'est en ouest et sur 500 km du nord au sud. Sa superficie totale est de 245 857 km².

Le climat de la Guinée est un climat tropical humide avec deux principales saisons. La saison des pluies qui s'étale de mai à octobre connaît des précipitations très abondantes avec une moyenne annuelle de 5 000 mm dans la région de la basse Guinée. Ce climat tropical très humide influence fortement le profil épidémiologique prédominé par les maladies infectieuses et parasitaires.

1.2. Situation politique et administrative

Au plan politique, la Guinée s'est engagée dans un processus démocratique qui garantit les libertés et les droits fondamentaux dont le droit à la santé. La Guinée compte 7 régions administratives auxquelles s'ajoute la ville de Conakry qui jouit d'un statut de collectivité décentralisée spécifique. Le pays compte 33 préfectures, 38 communes urbaines dont 5 à Conakry et 304 communes rurales. Ces collectivités se

subdivisent en 308 quartiers urbains et 1 615 districts ruraux. La structure organisationnelle du système de santé est calquée sur le découpage administratif.

1.3. Situation socioéconomique

Le pays dispose d'importantes ressources naturelles. En dépit de ses énormes potentialités économiques, la Guinée fait partie des pays les plus pauvres du monde. En 2012, elle a occupé le 178ème rang sur 186 pays[17] à l'indice de développement humain durable (IDH).

La situation socioéconomique de la Guinée en 2012 est marquée par la persistance de la pauvreté. Les données de l'enquête légère pour l'évaluation de la pauvreté (ELEP 2012) indiquent que 55,2 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté.

Selon les données de la Banque Mondiale, la croissance économique du pays a été négative (-0 ,3%) entre 2013 et 2014, après avoir atteint 3,9% en 2012. La croissance économique est impulsée principalement par la production agricole et le secteur secondaire.

Tableau 34 : Principaux indicateurs sociaux et économiques

Indicateur	Valeur
PIIB par habitants en 2014 (USD)	550,0
Taux de croissance du PIB 2014 (%)	-0,3
Incidence de la pauvreté en 2012 (%)	55,2
Taux net de scolarisation au primaire en 2013 (%)	75,1
Taux d'alphabétisation des jeunes de 15 à 24 ans en 2010 (%)	31,4
Taux d'alphabétisation des adultes de 15 ans et plus en 2010 (%)	25,3
Ratio emploi-population de 15 ans et plus en 2014 (%)	70,7
Source d'eau améliorée, en milieu rural en 2014 (%)	67,4
Accès aux installations d'assainissement améliorées en 2014 (%)	20,0

Sources : Banque Mondiale

1.4. Situation démographique

Le recensement général de la population et de l'habitation de 2014 a déterminé la population guinéenne à 10 628 972 habitants. Elle est constituée en majorité de femmes (51,6%). En 2012, le taux brut de mortalité était de 10,2‰ et le taux brut de natalité de 34‰, soit un taux d'accroissement annuel moyen de la population de 2,4%. Cette croissance est soutenue par une fécondité importante, avec un indice synthétique de fécondité de 5,118 enfants par femme. L'espérance de vie à la naissance est de 58.9 ans19.

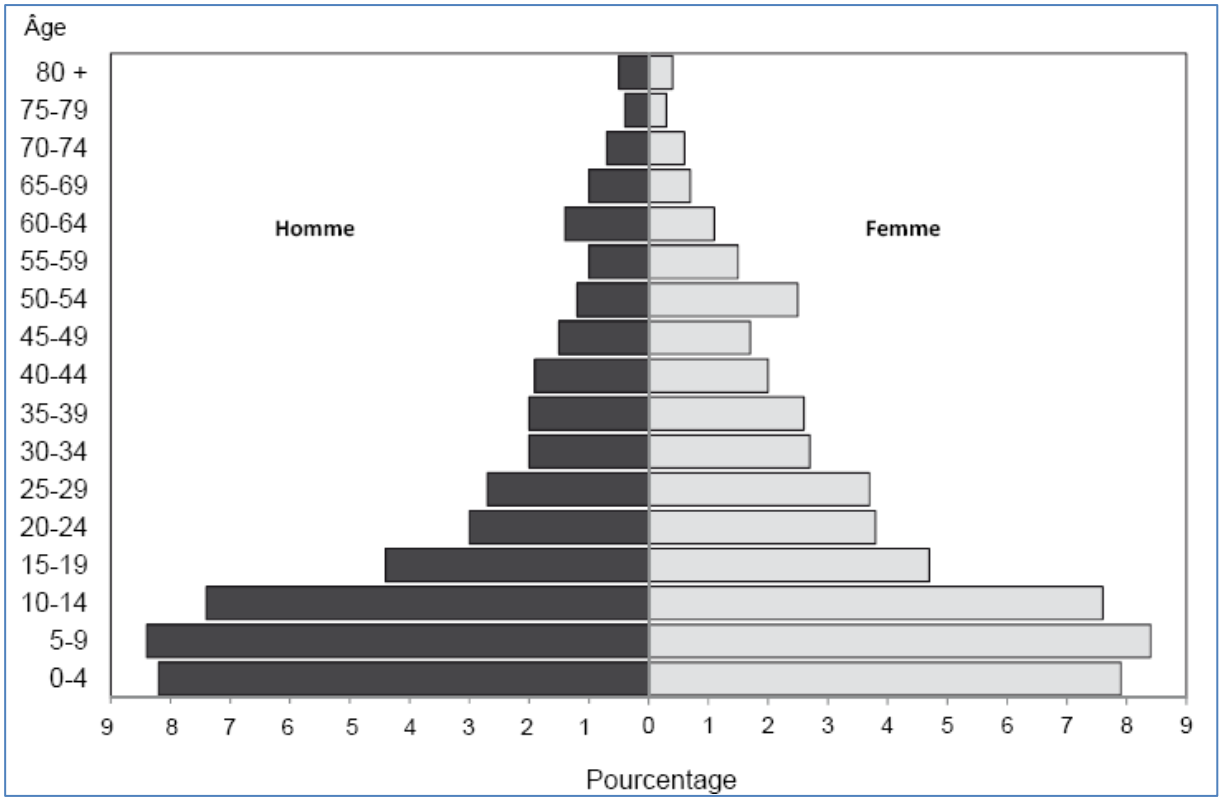
A l'instar de la plupart des pays de la sous-région, la population guinéenne est majoritairement jeune. Les moins de 15 ans représentent 48% de la population, selon les données du RGPH 2014. L'âge médian est estimé à 16,1 ans en 2012 par l'EDS mais il est encore plus faible en milieu rural (14,9 ans) qu'en milieu urbain (18,2 ans). Cette situation peut s'expliquer par l'exode rural qui touche majoritairement les populations adultes.

[17] *PNUD, Rapport Mondial sur le Développement Humain, 2012*
[18] EDS IV 2012
[19] PNUD, RMDH 2010

La population du pays est majoritairement rurale. Selon l'EDS de 2012, la population urbaine représente seulement 35% de la population totale. Celle-ci est concentrée dans la ville de Conakry qui abrite elle seule constitue 50% de la population urbaine du pays.

La pyramide des âges ci-dessous issue de l'enquête démographique présente une base très large qui se rétrécit très rapidement vers les âges avancés. Cela est caractéristique d'une population à forte natalité avec des taux de mortalité élevés.

Figure 15 : Pyramide des âges de la Guinée



Source : EDS-MICS 2012

II. Gouvernance et fonctionnement du système national de santé

2.1. Organisation du système de santé

La structure organisationnelle et fonctionnelle du Ministère de la Santé est définie par le décret n° D/2011/061/PRG/SGG du 2 mars 2011 portant organisation et attribution du Ministère de la Santé. Le système de soins guinéen est divisé en sous-secteurs public et privé.

Le sous-secteur public est organisé de façon pyramidale et comprend de la base au sommet: le poste de santé, le centre de santé, l'hôpital préfectoral, l'hôpital régional, et l'hôpital national. Par niveau on distingue:

- Le niveau périphérique ou district sanitaire qui comprend les postes de santé, les centres de santé et les hôpitaux préfectoraux ou communaux. La gestion du système de santé de district incluant la coordination des interventions est assurée par la Direction Préfectorale de la Santé (DPS). C'est le lieu d'application des directives pour la mise en œuvre des interventions des programmes spécialisés ;
- Le niveau intermédiaire ou région sanitaire est constitué de l'hôpital régional. La Direction Régionale de la Santé impulse et coordonne les programmes spécialisés intervenant dans la

région sanitaire ;
- Le niveau central est composé des directions centrales, des hôpitaux nationaux et des programmes spécialisés.

Le Ministère de la Santé assure le pilotage de l'ensemble du système à travers la mise en œuvre et le suivi de l'atteinte des objectifs de la Politique Nationale de Santé.

Le sous-secteur privé comprend d'une part, les structures médicales, et d'autre part, les structures biopharmaceutiques. Dans la typologie du sous-secteur médical, on distingue le cabinet de soins infirmiers ou de sages-femmes, le cabinet de consultations médicales, et la clinique. En ce qui concerne les structures pharmaceutiques et biomédicales, elles sont composées des points de vente, des officines privées, des sociétés grossistes, et des laboratoires d'analyses biomédicales.

Le sous-secteur informel se développe rapidement et de façon peu contrôlée. Bien qu'il contribue à rendre disponibles les services de santé, les tarifs appliqués sont très variables et non contrôlés, et surtout peu d'informations sont disponibles sur le niveau de qualité de ces services.

2.2. Politique et priorités sanitaires nationales

Après la fin de son premier plan national développement sanitaire (PNDS) pour la période 2003-2012, la Guinée a procédé à une révision de sa politique de santé et à l'élaboration d'un nouveau PNDS. L'analyse de situation dans le cadre de l'élaboration de la politique nationale de santé a révélé des problèmes prioritaires que la Guinée va s'atteler à résoudre au cours des prochaines années. Il s'agit de : (i) la mortalité maternelle et infanto-juvénile élevée, (ii) la prévalence élevée des maladies transmissibles, des maladies à potentiel épidémique émergentes et des maladies non transmissibles, (iii) la faible performance du système de santé (couverture insuffisante en services essentiels de santé de qualité, faible financement de la par l'Etat, ressources humaines de qualité insuffisantes, faible disponibilité de médicaments, vaccins, infrastructures, équipements, produits médicaux et autres technologies de qualité, information et connaissances en santé non disponibles en temps réel pour les prises de décisions et la gestion des services du secteur santé, faible organisation et gestion des services de santé).

Pour faire face à ces problèmes, la politique nationale de santé a comme vision « *une Guinée où toutes les populations sont en bonne santé, économiquement et socialement productives, bénéficiant d'un accès universel à des services et soins de santé de qualité avec leur pleine participation.* ». Tout en réaffirmant l'approche des soins de santé primaires comme fondement, la politique nationale de santé se propose de mettre en œuvre des réformes telles que :

- La couverture sanitaire universelle (CSU) avec une réforme de financement de la santé ;
- La réforme des prestations de soins et services de santé intégrés et centrés sur la personne avec une réforme de santé communautaire et une réforme hospitalière ;
- La réforme des politiques publiques avec une promotion de la santé dans les politiques sectorielles, le renforcement de la multisectorialité et une participation citoyenne dans les secteurs de développement à hauteur de 1 à 2% de leur budget consacré à la santé publique ;
- les réformes du leadership et de la gouvernance sanitaire avec des réformes et mesures sur la décentralisation et la déconcentration, l'organisation et la gestion sanitaire, la coordination du secteur santé, la législation et la régulation sanitaires, la participation citoyenne, l'harmonisation des normes et standards sanitaires ainsi que les procédures de gestion des ressources, d'audit, d'inspection, de contrôle de gestion, de supervision intégrée, de monitorage et d'évaluation.

Basé sur les orientations de la PNS, le plan national de développement sanitaire 2015-2024 se donne comme objectif de « contribuer à l'amélioration du bien-être de la population guinéenne » à travers trois orientations stratégiques : (i) Renforcement de la prévention et de la prise en charge des maladies et des

situations d'urgence ; (ii) Promotion de la santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et des personnes âgées ; (iii) Renforcement du système national de santé.

2.3. Financement de la santé

Niveau et sources de financement

En Guinée la dépense nationale de santé (DNS) est estimée à 282,6 millions de dollars américains ($ US) en 2010 par les comptes de la santé. Ce qui équivaut à une dépense par habitant et par an de 26,8 USD. De ce fait, le niveau de financement de la santé en Guinée est inférieur à la valeur minimale de 34 USD jugée nécessaire pour offrir des services de santé adéquats à la population.

Le financement du secteur de la santé par le budget national de développement est très faible et a diminué ces dernières années pour atteindre 1,5% en 2013, ce qui est largement en dessous de l'objectif d'Abuja de 15%.

Les ménages constituent la première source de financement des dépenses de santé par le paiement direct, avec 63% des dépenses de santé. Les partenaires techniques et financiers contribuent à hauteur de 28% des dépenses de santé et l'Etat couvre les 9% restant. Cette structure de financement de la santé révèle la vulnérabilité des populations en matière d'accès à la santé. En cas de maladie, les populations ne disposent plus de ressources financières pour couvrir les autres besoins.

Mécanismes innovants de financement

Le financement des dépenses de santé en Guinée repose sur les mécanismes classiques constitués des impôts /taxes et les contributions des ménages sous forme de paiements directs (l'assurance étant négligeable).

De plus en plus, les discussions sur l'introduction de mécanismes innovants de financement de la santé sont menées. Il s'agit généralement des formes de taxes spécifiques assises sur des transactions commerciales ou industrielles comme la téléphonie mobile, les billets d'avion, le tabac, etc.

Un des résultats visés par le PNDS 2015-2024 de la Guinée est d'assurer l'accessibilité financière des populations aux services essentiels de santé. Dans ce cadre, les actions prioritaires suivantes sont prévues :

- Créer une structure d'encadrement, de régulation, de normalisation et de coordination de l'ensemble des régimes d'assurance ;
- Appuyer l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique de protection sociale ;
- Appuyer la mise en place de l'assurance maladie obligatoire au bénéfice des travailleurs de la fonction publique ;
- Faire une étude sur l'état actuel des mécanismes de recouvrement des coûts et de la gratuité des soins ;
- Faire la détermination et le choix du périmètre sur la base du paquet de prestations ;
- Définir le dispositif de mise en place des fonds d'achat des prestations multi donateurs en faveur de diverses cibles (indigents, malades chroniques, femmes en âge de procréer, enfants, personnes âgées, malades en ambulatoire et hospitalisation de profil autre à travers une étude ;
- Mettre en place le fonds d'achat des prestations de santé ;
- Développer un mécanisme de l'assurance maladie et mettre en place des systèmes alternatifs (mutuelles, fonds de solidarité, tarification spéciale pour les médicaments sociaux, etc.) et subventions de l'Etat, en vue de favoriser l'accès des plus pauvres aux médicaments et autres produits de santé ;
- Maintenir la gratuité effective des CTA, ARV, IO, anti-TB, Vaccins, Kits SONU, anti lépreux etc.

Il est évident que les défis à relever restent encore très importants afin d'assurer un accès équitable à des soins de santé de qualité à la population en Guinée comme dans la plupart des pays de la sous-région. Cependant, sans la mise en œuvre d'une politique ambitieuse et innovante de financement de la santé, l'accès universel aux services de santé prôné par la PNS restera un vœu pieux.

2.4. Ressources humaines

L'effectif total des personnels de santé (public et privé) était en fin 2011 estimé à 11 529 agents dont 84% de professionnels de santé20. Les infirmiers brevetés représentent 47% du total, les infirmiers diplômés d'Etat 16%, les sages-femmes 6%, les techniciens de laboratoire 2% et les médecins 14%.

La densité des professionnels de santé dont la formation initiale et continue est par ailleurs souvent inadéquate est inférieure à la norme régionale de l'OMS. Les effectifs de professionnels de la santé disponibles dans le secteur public en 2014 donnent des ratios de couvertures de 14 500 habitants pour un médecin et de 2 700 habitants pour un personnel infirmier ou de soins obstétricaux.

En plus des effectifs qui sont insuffisants, on constate une répartition inégale des ressources humaines à travers le pays : 17% des professionnels de la santé du secteur public servent dans les zones rurales pour couvrir 70% de la population du pays. Cette situation conduit à une mauvaise qualité des prestations qui aggrave la méfiance des populations vis-à-vis des services de santé et entraîne une utilisation préférentielle des tradithérapeutes et des cabinets médicaux informels.

2.5. Disponibilité et capacité opérationnelle des services de santé

Selon les données du rapport de gestion 2013 des hôpitaux publics et de l'annuaire statistique de la Guinée, le pays dispose de 1 683 formations sanitaires de premier niveau de soins, 89 formations sanitaires de deuxième niveau de soins et 3 hôpitaux de niveau tertiaire. Le secteur privé contribue de façon significative à l'offre de services de santé avec 18% des formations sanitaires de premier niveau et 59% des formations sanitaires de deuxième niveau. Tous les hôpitaux de niveau tertiaire sont du secteur public.

La densité par population des infrastructures de santé est insuffisante et largement en deçà des normes minimales recommandées par l'OMS. On note en effet des ratios suivants :

- 6 025 habitants pour une formation sanitaire de premier niveau, y compris le secteur privé ;
- 128 171 habitants pour une formation sanitaire de deuxième niveau de soins, y compris le secteur privé ;
- 3 460 627 habitants pour un hôpital de niveau tertiaire.

Par ailleurs, la quasi-totalité des structures de soins de deuxième niveau et celles de troisième niveau sont toutes situées en milieu urbain et particulièrement à Conakry où sont situés les hôpitaux de niveau tertiaire. Ce qui conduit les populations à parcourir de longues distances pour accéder à des soins de santé que ne peuvent fournir les centres de santé de base.

La disponibilité des lits d'hôpitaux est de 0,23 lit pour 1 000 habitants pour un minimum souhaité de 1 lit pour 1 000 habitants. Des efforts doivent être faits pour disposer d'une capacité d'hospitalisation suffisante pour offrir des soins de qualité aux populations.

[20] Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, Analyse de situation des ressources humaines pour la santé, juillet 2012

III. Prestation des services de santé

3.1. Utilisation, qualité et sécurité des services de santé

Les données de l'annuaire statistique de la santé de 2011 indiquent que 2 869 878 guinéens ont été reçus dans les formations sanitaires (centres de santé de base et hôpitaux) du pays pour des consultations curatives, ce qui représente 0,26 contact par habitant et par an. Ce niveau d'utilisation des services de santé est faible et peut se justifier par la faiblesse de l'accès et par la préférence des populations aux services des tradithérapeutes.

De la même manière, on constate un faible recours aux formations sanitaires pour les accouchements. En 2012, 45,3% des accouchements ont été assistés par du personnel qualifié. Parmi ces accouchements, 2,4% ont été réalisés par césarienne contre une norme recommandée de 5 à 15%.

Le taux de réussite du traitement de la tuberculose a été de 76% en 2014. Ce niveau montre que le programme de lutte contre la tuberculose doit accroître ses performances pour atteindre l'objectif de 85% fixé par l'OMS dans le cadre du Plan Mondiale Halte la Tuberculose.

Les mortalités intra hospitalières sont à des niveaux importants. La mortalité intra hospitalière globale a été de 48 pour mille en 2011 selon les données de l'annuaire statistique. Chez les enfants de moins de 5 ans, elle était de 36 pour mille cas d'hospitalisation. La mortalité maternelle au sein des établissements hospitaliers est estimée à 76 pour 100 000 naissances vivantes en 2011, selon la même source et 2,2% des naissances dans les structures de santé sont des mort-nés.

Tableau 35 : Indicateurs d'utilisation, de qualité et de sécurité des services de santé

Indicateur	Valeur
Consultations externes par habitant et par an en 2011, population totale (Nombre	0,26
Consultations externes par habitant et par an, enfants de moins de 5 ans (Nombre)	-
Taux de césarienne en 2013 (%)	2,4
Taux de succès du traitement de la tuberculose (DOTS) en 2014 (%)	76,0
Taux de mortalité des moins de 5 ans dans les établissements sanitaires en 2011 (‰)	35,9
Ratio de mortalité maternelle au sein des institutions de santé en 2011 (%)	76,4
Taux de mortinatalité dans les établissements sanitaires en 2011 (%)	22,3

3.2. Couverture des interventions

La couverture des premières consultations prénatales est relativement bonne. Selon les données de l'EDS de 2012, 85,2% des femmes enceintes ont effectué au moins une visite prénatale. Elles sont 56,6% des femmes enceintes à réaliser au moins quatre visites prénatales. Cependant, le taux d'accouchement assisté reste faible dans le pays et se situe à environ 45%. Au cours de la grossesse, seulement 18% des femmes enceintes ont reçu la deuxième dose du traitement préventif intermittent contre le paludisme.

Le niveau d'utilisation des méthodes contraceptive est très faible. Seulement 5,6% des femmes en union utilisent une méthode quelconque de contraception. Ce taux est plus faible en milieu rural qu'en milieu urbain. Les besoins non satisfaits en méthodes contraceptives sont relativement élevés (20%).

Les couvertures vaccinales sont à des niveaux faibles selon les données de l'EDS de 2012. Plus d'un enfant de moins d'un an sur deux n'a pas reçu les trois doses de DCT ou pentavalent. Ils sont 62% à avoir reçu le vaccin anti rougeoleux et seulement 36,5% des 11 à 23 mois sont complètement vaccinés. La faible performance du Programme Elargie de Vaccination (PEV) se confirme également avec un taux d'abandon de 20,6% entre le BCG et le VAR.

Dans le cadre de la lutte contre le paludisme, il est recommandé une utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII), en particulier par les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. L'évaluation faite dans le cadre de l'EDS indique des taux d'utilisation très modestes. En effet, respectivement 26% et 28% des enfants et des femmes enceintes ont dormi sous une MII la veille de l'enquête.

En matière de prise en charge des malades du VIH, on constate que 52% des personnes séropositives éligibles aux traitements antirétroviraux (TAR) reçoivent effectivement ce traitement. Le taux de dépistage de la coïnfection de la tuberculose et du VIH a été réalisé chez seulement 24% des patients tuberculeux en 2014 selon les données du Programme National de Lutte contre la Tuberculose.

Tableau 36 : Indicateurs de couverture des services de santé

Indicateur	Valeur
Couverture de la première consultation des soins prénatals en 2012(%)	85,2
Couverture des quatre visites des soins prénatals en 2012 (%)	56,6
2ème dose de TPI dans le cadre des soins prénatals en 2012 (%)	18,0
Pourcentage de femmes enceintes séropositives sous TAR en 2013 (%)	62,0
Proportion de naissances assistées par un personnel de santé qualifié en 2012 (%)	45,3
Taux de soins postnatals en 2012 (%)	42,1
Besoin non satisfait en planification familiale en 2012(%)	20,1
Taux de prévalence contraceptive en 2012 (%)	5,6
Couverture vaccinale pour les 3 doses de DCT/Penta3 en 2012 (%)	49,8
Couverture contre la rougeole des enfants de moins d'un an en 2012 (%)	61,8
Taux de couverture des enfants complètement vaccinés (12-23 mois) en 2012 (%)	36,5
Taux d'abandon BCG - Rougeole en 2012 en 2012 (%)	20,6
Adultes et enfants séropositifs éligibles recevant une thérapie antirétrovirale en 2014 (%)	52,0
Taux de détection des cas de tuberculose pour les nouveaux cas à frottis positif (P. 100 000 habitants)	56,0
Pourcentage de patients tuberculeux dépistés pour le VIH en 2014 (%)	24,0
Taux de chirurgie de la cataracte en 2014 (Pour 1 million d'habitants)	55,0
Enfants de moins de cinq ans dormant sous des MII en 2012 (%)	26,0
Femmes enceintes dormant sous des MII en 2012 (%)	28,0

IV. Facteurs et comportements à risque

En Guinée, la malnutrition constitue encore un problème de santé publique et un facteur de fragilité des enfants et d'exposition aux maladies et à la mortalité. L'enquête couplée EDS-MICS de 2012 a révélé qu'en Guinée, 31% des enfants âgés de moins de cinq ans souffrent de malnutrition chronique (18% sous sa forme modérée et 14% sous sa forme sévère). 10% des enfants de moins de 5 ans sont atteints de malnutrition aiguë (4% le sont sous la forme sévère et 6% sous la forme modérée). La prévalence de la malnutrition aigüe est quatre fois plus élevée que celle que l'on s'attend à trouver dans une population en bonne santé et bien nourrie et trente-six fois plus élevée pour la forme sévère (0,1%).

Cette situation nutritionnelle des enfants s'explique par les pratiques alimentaires et nutritionnelles inadéquates. L'initiation précoce à l'allaitement maternel n'est pratiquée que chez 16,6% des enfants et

seulement un enfant sur cinq est nourri exclusivement au sein pendant les six premiers mois de vie tel que recommandé par l'OMS.

Chez les jeunes et des adolescents, des pratiques sexuelles à risque sont observées. L'enquête EDS de 2012 a montré que chez les hommes de 15 à 24 ayant déclaré avoir eu des rapports sexuels à risque, seulement une personne sur deux a déclaré avoir utilisé un condom lors de son dernier rapport sexuel à haut risque. Chez les femmes, elles sont seulement 36,6%. De même, on constate une fécondité précoce, avec plus d'une fille de 15 à 19 ans sur trois enceinte ou qui a déjà été enceinte.

En matière d'hygiène et d'assainissement, on note que 75% de la population guinéenne a accès à une eau de boisson de source améliorée (92% en milieu urbain et 65% en milieu rural). 21% de la population totale (35% en milieu urbain et 11% en milieu rural) utilise des latrines améliorées non partagées. 25% de la population nationale utilise la nature pour la défécation21.

Les écoles et les formations sanitaires sont dans une situation précaire en termes d'accès aux sources d'eau potable, dispositifs de lavage de mains et toilettes améliorées.

Le faible niveau d'instruction (33% de femmes et 60% d'hommes) et le faible niveau de revenu ainsi que la persistance de tabous socioculturels favorisent la réticence au changement de comportements favorable à la bonne santé des populations.

Tableau 37 : Indicateurs de mesure des facteurs et comportement à risque en santé

Indicateur	Valeur
Taux d'insuffisance pondérale à la naissance des enfants de moins de 5 ans (%)	18,0
Initiation précoce de l'allaitement maternel (%)	16,6
Les nourrissons nourris exclusivement au sein pendant les six premiers mois de la vie (%)	20,5
Taux d'insuffisance pondérale des enfants de moins de 5 ans (%)	18,0
Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque (%)	40,5
Taux de grossesse des adolescentes (15-19 ans) (%)	34,3
Utilisation de sources d'eau potable améliorées (%)	75,8
Utilisation d'installations sanitaires améliorées (%)	21.1
Prévalence du tabagisme au sein de la population adulte (homme de 15 ans et plus) (%)	26,0
Taux de mortalité des accidents de la circulation routière (‰)	ND

V. Etat de santé de la population

En Guinée, l'espérance de vie à la naissance est estimée à 58,9 ans avec plus de la moitié de la population (55%) qui vit en dessous du seuil de pauvreté (BM, 2012). Les taux de mortalité restent parmi les plus élevés de la sous-région malgré les diminutions observées au cours des dernières années.

5.1. Morbidité

Maladies transmissibles

Sur le plan épidémiologique, les principales causes de morbidité et de mortalité sont liées aux maladies transmissibles dont les maladies à potentiel épidémique et les maladies évitables par la vaccination.

[21] JMP 2014

La prévalence du paludisme reste encore élevée avec une parasitémie de 44% chez les enfants22. Cette pathologie représente 40,8% des consultations et 45,3% des hospitalisations dans les formations sanitaires publiques et 36% des causes de décès hospitaliers sont dues au paludisme grave. Il constitue la première cause de mortalité des enfants de moins de 5 ans.

Le VIH/SIDA demeure un problème de santé publique avec une prévalence stable de 1,7% en 201223 dans la population de 15 à 49 ans. En 2011, le VIH/SIDA représentait 9% des consultations avec une épidémie de de type « généralisée ». La prévalence chez les femmes enceintes de 15 à 24 ans est de 0,9% et est identique à la prévalence dans l'ensemble de la population jeune de cette tranche d'âge.

La prévalence du VIH est très élevée au sein de certaines populations particulièrement à risque. Selon les données de l'enquête de surveillance comportementale et biologique (ESCOMB) de 2012, elle est de 60% chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, 14% chez les professionnelles du sexe et 6% chez les prisonniers.

La prévalence de la Tuberculose qui est de 178 TPM+ pour 100 000 habitants reste encore élevée avec sa double charge de coïnfection TB/VIH. Parmi les autres maladies transmissibles, 6% des enfants de moins de 5 ans avaient présenté des symptômes d'infection respiratoire aigüe et 16% ont eu un épisode diarrhéique. Ces pathologies représentent respectivement les deuxième et troisième causes de mortalité chez les moins de 5 ans. Les infections néonatales sont aussi des causes importantes de mortalité dans cette tranche d'âge24.

Maladies non transmissibles

Il est à noter que les maladies non transmissibles liées aux modes de vie prennent de plus en plus d'importance. La dernière enquête guinéenne sur les facteurs de risque des maladies chroniques (Enquête STEPS) a été réalisée en 2009.

Les maladies chroniques les plus importantes sont constituées du diabète avec une prévalence de 5% chez les sujets de 15 à 64 ans, des maladies respiratoires chroniques avec 12,4% de prévalence en milieu scolaire, des maladies cardiovasculaires avec une prévalence de 28,1% d'HTA, des cancers du col de l'utérus 0,5% chez les femmes et du cancer du foie avec 31,5 p. 100 000 et enfin de la drépanocytose avec une prévalence de 11,6% selon le test d'Emmel parmi les demandes de routine25.

Les maladies tropicales négligées comprennent le trachome avec une prévalence dans les zones hyper endémiques de plus de 3%, la filariose lymphatique : 10%, la schistosomiase : 50% et les géo helminthiases : 50%, l'onchocercose, l'ulcère de Buruli et la lèpre en phase d'élimination (moins de 1‰).

5.2. Mortalité

Le niveau de la mortalité reste relativement élevé en Guinée malgré les progrès constatés au cours de ces dernières années. Le taux brut de mortalité est estimé à 11,5 pour mille en 2013 alors qu'elle était de 29,6 pour mille au début des années 60 selon la Banque Mondiale.

Les mortalités des enfants sont particulièrement préoccupantes. L'EDS de 2012 a montré que près de sept enfants sur cent (67 pour mille) n'atteignent pas l'âge d'un an et plus de douze sur cent (123 pour mille) meurent avant d'avoir l'âge de cinq ans. La mortalité des enfants est plus élevée dans le milieu rural et chez les enfants dont le niveau d'instruction de la mère est plus faible.

[22]EDS 2012
[23]Idem
[24] Idem
[25] Enquête STEPS 2010

Entre 2005 et 201226, la mortalité maternelle est passée de 980 à 724 pour 100 000 naissances vivantes. Ce qui place la Guinée parmi les pays de la sous-région ayant le niveau de mortalité maternelle le plus élevé. A ce rythme, la Guinée n'atteindra pas les cibles des OMD en matière de réduction de la mortalité des enfants et de la mortalité maternelle.

VI. Surveillance épidemiologique

La maladie à virus Ebola a été sans conteste l'évènement majeur en termes de santé en Guinée en 2014 et en 2015. Au côté de cette maladie, la Guinée fait régulièrement face à des épidémies de méningite, de choléra et de rougeole.

En 2014, la Guinée a enregistré 2707**27**cas de maladies à virus Ebola. Cette maladie qui a causé la plus grande épidémie depuis sa découverte dans les années 60 a causé la mort de 1708 personnes dans le pays au cours de la même année, soit une létalité de 63,1%. Elle a eu des impacts très importants sur le système de santé de la Guinée en causant de nombreuses pertes au sein du personnel de santé et en accentuant la méfiance entre la population et le système de santé. Le pic de l'épidémie a été observé au mois de novembre 2014 avec 525 cas et 333 décès.

Tableau 38 : Indicateurs de surveillance épidémiologique en 2014

Indicateur	Valeur
Taux d'attaque de choléra	0,4
Taux de létalité de choléra	0
Taux d'attaque de méningite	4,4
Taux de létalité de méningite	9,5
Taux d'attaque de rougeole	45,9
Taux d'attaque de fièvre jaune	0,9
Taux de létalité de fièvre jaune	4,0
Taux d'attaque de fièvre Lassa	0
Taux de létalité de fièvre Lassa	0
Taux de létalité de TNN	75,0
Nombre de cas de Poliomyélite	0
Nombre de cas de ver de Guinée	ND
Taux d'attaque de la maladie à virus Ebola	31,0
Taux de létalité de la MVE	0,7

La Guinée a enregistré 582 cas de méningite en 2014, soit un taux d'attaque de 4,4 pour 100 000 habitants. Cette maladie a causé la mort de 55 des cas notifiés, soit une létalité de 9,4%.

Le choléra a été quasi inexistant en 2014. Seulement deux cas ont été notifiés par le système national de surveillance et n'ont pas causé de décès.

La rougeole a touché un grand nombre de personnes. Au cours de l'année 2014, 6 031 cas ont été enregistrés par les services de santé. Heureusement, la létalité de cette maladie a été faible et 14 décès ont été notifiés.

Des cas suspects de fièvre jaune ont été enregistrés. Au total, 113 cas ont causé 4 décès. Soit un taux d'attaque de 0,9 cas pour 100 000 habitants et une létalité de 3,5%.

[26]EDS III 2005 & EDS IV 2012
[27] OMS, Rapport de situation de la feuille de route pour la riposte au virus Ebola

Conclusion

Le contexte sanitaire de la Guinée a été fortement marqué ces deux dernières années par l'épidémie de la maladie à virus Ebola. Elle a mis en exergue d'importantes faiblesses du système de santé tant en matière de capacité d'offre et de qualité des soins de santé qu'en matière de capacité de surveillance des maladies que le nouveau plan national de développement sanitaire 2015-2024 et le plan de relance du système de santé tenteront de résoudre.

La réalisation du présent profil sanitaire de la Guinée est aussi une occasion de rappeler les forces et les faiblesses du système de santé du pays. En la matière on note des progrès en termes de réduction des mortalités mais ces progrès restent en deçà des objectifs souhaités. L'accès et l'utilisation des services de santé par les populations sont très limités (0,26 contact par habitant et par an) et le financement de la santé par les ressources publiques est très modeste (moins de 5% du budget de l'Etat) au cours de ces cinq dernières années comme le relève l'analyse de situation du PNDS. Par ailleurs, on observe une faible disponibilité des données statistiques actualisées pour le suivi de l'état de santé des populations et la mesure de la performance du système de santé.

Dans le cadre des nouveaux engagements à travers les Objectifs de Développement Durable (ODD) et de la nouvelle Politique Nationale de Santé (PNDS), la Guinée et ses partenaires techniques et financiers auront l'occasion de montrer que la santé est une des principales priorités en matière de développement.

Références

1. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport de situation de la feuille de route pour la riposte au virus Ebola, 31 décembre 2014. Accessible au http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148825/1/roadmapupdate31Dec14_fre.pdf?ua=1&ua=1
2. Organisation Mondiale de la Santé. Note de synthèse sur l'enquête STEPS 2009
3. Institut National de la Statistique. Annuaire statistique 2013. Décembre 2013
4. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Annuaire statistique sanitaire 2011. Octobre 2012
5. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Rapport de gestion 2013 des hôpitaux publics. Avril 2014
6. Ministère du Plan. Arrêté 3015/MP/SG/CC/2014 portant résultats provisoires du RGPH
7. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Comptes Nationaux de la Santé, Exercice 2010
8. Institut National de la Statistique. Enquête Légère pour l'Evaluation de la Pauvreté 2012. Novembre 2013
9. Institut National de la Statistique. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS) 2012. Novembre 2013
10. Ministère de la Santé. Politique Nationale de Santé. Novembre 2014
11. Ministère de la Santé. Plan National de développement Sanitaire 2015-2054

PROFIL SANITAIRE DU MALI



Sigles et acronymes

ANASER	:	Agence Nationale de la Sécurité Routière
CEDEAO	:	Communauté Economique Des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CPS/SSDSPF	:	Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé, Développement Social et Promotion de la Famille
CSCom	:	Centre de Santé Communautaire
CSLS/MS	:	Cellule Sectorielle de Lutte contre le SIDA du Ministère de la Santé
CSRéf	:	Centre de Santé de Référence
DNP	:	Direction Nationale de la Population
DNS	:	Direction Nationale de la Santé
DRH/SSDS	:	Direction de Ressources Humaines secteur Santé, Développement Social
EDS	:	Enquête Démographique et de Santé
EDSM V 2012-2013	:	Enquête Démographique et de Santé 5e édition de 2012-2013
EPH	:	Etablissement Public Hospitalier
IHP+	:	International Health Partnership +
MII	:	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
MSHP	:	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
OOAS	:	Organisation Ouest Africaine de la Santé
PNLP	:	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PRB	:	Population Reference Bureau
SIH	:	Système d'Information Hospitalier
SLIS	:	Système Local d'Information Sanitaire
SNIS	:	Système National d'Information Sanitaire
SONUB	:	Soins Néonataux et Obstétricaux d'Urgence de Base
SONUC	:	Soins Néonataux et Obstétricaux d'Urgence Complets

Introduction

Le présent profil sanitaire du Mali fait suite à l'adoption en avril 2012 du document régional de politique et des stratégies de l'information par l'Assemblée des Ministres de la Santé de la CEDEAO. L'un des objectifs prioritaires de ce document est de permettre à l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) de publier périodiquement des rapports statistiques et des profils sanitaires des pays de la région.

Le profil sanitaire des pays offre un ensemble d'informations sur le bien-être et l'état de santé des populations, l'organisation et le fonctionnement des systèmes de santé, les facteurs de risque et la situation socio-économique des Etats de l'espace CEDEAO. En outre, ces profils sanitaires permettent d'apprécier la situation des pays, de mesurer les progrès réalisés individuellement et collectivement et d'appréhender les besoins de renforcement des systèmes de santé en vue d'améliorer la santé des populations de l'espace CEDEAO.

Cette année l'OOAS se propose d'élaborer le premier document sur les profils sanitaires des pays et celui de l'espace CEDEAO. Des outils de collecte des données et un canevas de profil sanitaire ont été validés lors de la rencontre des responsables SNIS avec les PTF en novembre 2014. Les pays ont retenu que le processus de collecte des données et l'élaboration du profil sanitaire soient conduits sous le leadership de la structure en charge du SNIS dans chaque pays. C'est ainsi que le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) qui pilote le processus a instruit à la CPS/SSDSPF de réaliser en collaboration avec des structures techniques (DNS, CSLS/MS, PNLP, DRH, DNP). Le processus a connu deux grandes étapes : (i) le renseignement et la validation du canevas de collecte des indicateurs ; (ii) l'élaboration du profil sanitaire du Mali.

Lesdits documents ont fait l'objet d'échange avec l'équipe de l'OOAS en charge de l'élaboration des profils sanitaires des pays pour leur finalisation puis sont soumis au MSHP pour validation.

I. Présentation du pays

1.1. Situation géographique

Le Mali, pays d'Afrique de l'Ouest et membre de la CEDEAO, est limité par la Mauritanie et l'Algérie au nord, le Niger à l'est, le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire au sud, la Guinée au sud-ouest et le Sénégal à l'ouest. Il couvre une superficie d'environ 1 241 248 kilomètres carrés. Son relief est peu élevé et peu accidenté. C'est un pays de plaines et de bas plateaux avec une altitude moyenne de 500 mètres.

Le climat est tropical et sec avec une saison sèche et une saison des pluies. Cette dernière dure en moyenne 5 mois au sud et moins d'un mois au nord. Le niveau des précipitations s'établit entre 1 300 mm et 1 500 mm au sud tandis que la moyenne est de l'ordre de 200 mm au nord.

Le régime hydrographique est essentiellement constitué de deux fleuves, le Niger et le Sénégal. Le fleuve Niger arrose la partie orientale du pays tandis que le fleuve Sénégal arrose la partie occidentale. Le régime de ces deux fleuves suit celui des deux grandes saisons; hautes eaux en période d'hivernage et basses eaux en saison sèche.

Il faut signaler que l'intégrité territoriale du Mali a été sérieusement menacée en 2012 avec l'occupation des régions de Tombouctou, Gao, Kidal et les trois cercles de Mopti (Douentza, Tenenkou et Youwarou) par des groupes rebelles et des djihadistes. La plupart des infrastructures socio-sanitaires ont été détruites pendant la crise sécuritaire de 2012. La reconstruction de celles-ci a repris après la reconquête des régions touchées.

1.2. Situation socio-économique

Avec un produit intérieur brut (PIB) estimé à 766 USD en 2014, le Mali fait partie des pays à faible revenu. Son économie est principalement basée sur le secteur primaire (agriculture et mine) et tertiaire (commerce, transports et fonction publique) qui contribuent respectivement pour 35 et 40% du PIB.

La croissance économique du pays a été relativement faible au cours des dix dernières années (environ 4,5% en moyenne annuelle) mais le pays semble connaître une reprise de son économie en 2014 avec une croissance de 7,2%. La croissance économique est tributaire de plusieurs chocs exogènes comme la pluviométrie, les prix des matières premières et l'insécurité qu'a connue le pays avec la rébellion et les attaques de mouvements djihadistes.

Selon les chiffres nationaux, le taux de pauvreté est tombé de 55,6 % en 2001 à 43,6 % en 2010, avant de remonter à 45 % en 2013. D'importantes disparités régionales persistent et contribuent à entraver l'accès des populations aux services sociaux de base comme la santé.

Le niveau d'instruction influence fortement le comportement reproductif et l'état de santé des populations. Le constat est que malgré les importants efforts déployés par l'Etat malien et ses partenaires au développement, les résultats sont en deçà des objectifs nationaux et des OMD. En effet, deux tiers des femmes de plus de 6 ans et 56% chez les hommes n'ont aucun niveau d'instruction (EDSM V). Le taux d'alphabétisation des 15-24 ans est quant à lui à 45,5% contre 29.9% en 2006 selon les EDS. L'alphabétisation est plus de 2 fois supérieure en milieu urbain (73,8%) qu'en milieu rural (33,5%) et les hommes sont plus alphabétisés que les femmes avec respectivement 56,4% contre 34,6%.

Tableau 39 : Principaux indicateurs sociaux et économiques

Indicateur	Valeur
PIIB par habitants en 2014 (USD)	765,7
Taux de croissance du PIB 2014 (%)	7,2
Incidence de la pauvreté en 2010 (%)	43,6
Taux net de scolarisation au primaire en 2013 (%)	64,4
Taux d'alphabétisation des jeunes de 15 à 24 ans en 2011 (%)	47,1
Taux d'alphabétisation des adultes de 15 ans et plus en 2011 (%)	33,6
Ratio emploi-population de 15 ans et plus en 2014 (%)	60,6
Source d'eau améliorée, en milieu rural en 2014 (%)	62,3
Accès aux installations d'assainissement améliorées en 2014 (%)	24,2

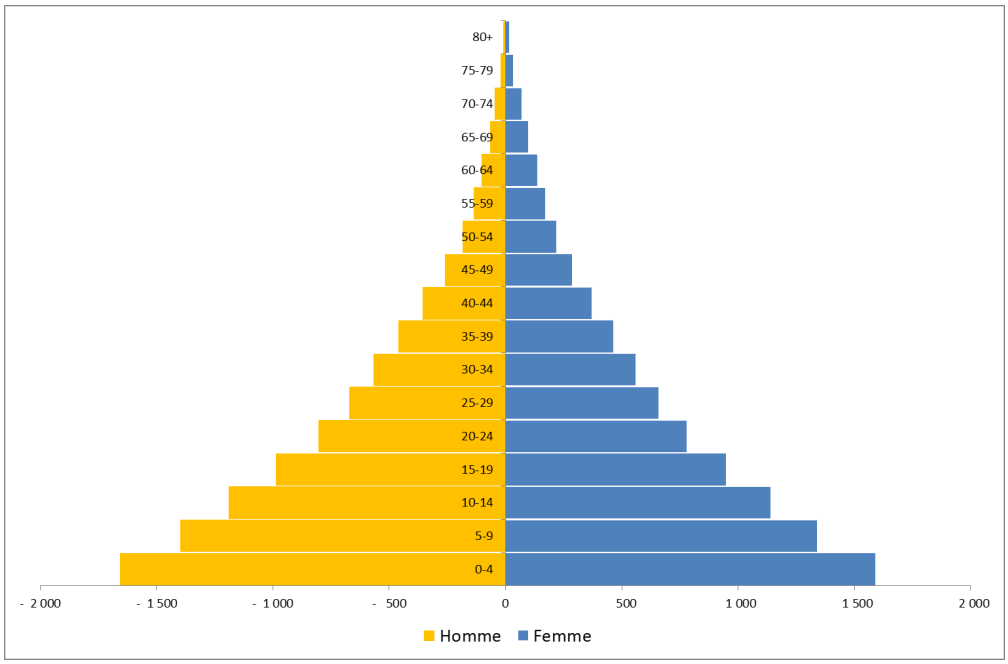
Sources : Banque Mondiale

1.3. Situation sociodémographique

Selon la Direction Nationale de la Population, la population malienne est estimée en 2015 à environ 17.819.000 habitants. Elle croît très rapidement au rythme moyen annuel de 3,6% selon les résultats du recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de 2009. Environ 37,5% de la population du pays vit en zone urbaine. La croissance urbaine est encore plus forte du fait notamment d'un exode rural massif qui serait causé entre autres par la pauvreté des campagnes.

La population malienne est à majorité jeune. La moitié a moins de 16.5 ans (âge médian) et 47% a mois de 15 ans. Cette structure de la population s'explique, entre autres, par le niveau de la fécondité très élevé : En moyenne, 6,1 enfants par femme selon l'EDSM V de 2012-2013. La pyramide des âges ci-dessous illustre à souhait la jeunesse de cette population.

Figure 16 : Pyramide des âges projection 2015



Source : Direction Nationale de la Population du Mali, projection de 2010 à 2035 annuellement par groupes d'âge de 5 ans, (Variante moyenne).

II. Gouvernance et fonctionnement du système national de santé

2.1. Organisation du système national de santé

Le système de santé du Mali a une structure pyramidale à quatre niveaux. Le premier niveau est le Centre de Santé Communautaire (CSCOM). Le second niveau est le Centre de Santé de Référence (CSRéf). Le troisième et le quatrième niveau sont respectivement les hôpitaux régionaux et nationaux. Les CSCom sont gérés par des Associations de Santé Communautaire (ASACO).

Au niveau du secteur public, il y a 5 hôpitaux nationaux tous des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) : Gabriel Touré, CHU point G, CHU IOTA, CHU CNOS, CHU Hôpital du Mali. Les hôpitaux régionaux sont au nombre de sept.

En dessous des hôpitaux, se situent les Centres de Santé de Référence (CSRéf), liés aux directions régionales de la santé (DRS) et présents dans chaque district sanitaire. Leur rôle est d'agir en tant que lien entre les Centres de Santé Communautaires (CSCom) et les hôpitaux.

La pyramide sanitaire fonctionne par référencement de niveau à niveau (niveau primaire CSCom, puis secondaire CSRéf, puis tertiaire hôpitaux).

L'avènement de la libéralisation de l'exercice privé de la profession médicale a conduit à la création de cliniques, de cabinets et de laboratoires privés.

2.2. Politique et priorités sanitaires nationales

Le Mali a adhéré au Partenariat International pour la Santé et initiatives apparentées (IHP+) en 2009. Il dispose d'un Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) pour la période 2014-2023. Ce plan décennal se compose de deux tranches quinquennales appelées Programme de Développement

Sanitaire et Social (PRODESS). La mise en œuvre du PRODESS 2014-2018 a commencé dans un contexte d'après crise avec une reprise progressive de la coopération internationale.

Selon le rapport 2014 « IHP Results », le Mali satisfait à cinq critères sur six que sont : (i) le partenaire au développement utilise- le cadre de performance sectoriel ; (ii) le partenaire au développement appuie la participation effective de la société civile ; (iii) les fonds des partenaires sont déboursés de manière prévisible ; (iv) la contribution des partenaires apparait- dans le budget national (pas en 2013 où la plupart des contributions n'avaient pas repris) ; (v) les partenaires utilisent des mécanismes d'évaluation conjointe ; (vi) les partenaires utilisent les systèmes nationaux de gestion des finances publiques.

Pour le volet santé, le gouvernement du Mali a, entre autres priorités, la lutte contre la malnutrition, le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose et la promotion de la planification familiale, la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile. Ces priorités sont formulées sous forme d'interventions prioritaires contenues dans le document du PRODESS 2014-2018. Plusieurs plans d'actions et mesures relatifs aux priorités précitées sont en vigueur et mis en œuvre. Nous pouvons ainsi citer notamment :

D'une part pour les Plans et politiques :

- le Plan Stratégique Santé de la Reproduction 2014-2018 ;
- la Politique Nationale de Nutrition 2014-2018 ;
- le Plan Pluriannuel Complet 2012-2016 (vaccination des enfants) ;
- le Plan d'Action de Lutte contre le Paludisme 2013-2017 ;
- le Programme National de Lutte contre la Tuberculose 2013-2017 ;
- le Plan d'Action National PF du Mali 2014-2018 ;
- le Cadre Stratégique National de lutte contre le VIH et le SIDA 2013-2017.

D'autre part pour l'instauration de mesures de gratuités au niveau national:

- la gratuité du traitement de la tuberculose et de la lèpre (depuis 1960);
- la gratuité du traitement des personnes vivant avec le VIH (2004) ;
- la gratuité de la césarienne (2005) ;
- la gratuité du traitement du paludisme et des MII pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans (2007).

2.3. Financement de la santé

Niveau et sources de financement

Les comptes de la santé 2013 du Mali réalisés en 2014-2015 indiquent que le pays a consacré 359 milliards FCFA aux dépenses de santé, soit 42,7 USD par habitant. Les dépenses de santé ont connu une progression de 117 % entre 2004 et 2013. Ce sont les ménages qui fournissent la plus grande partie des fonds destinés au financement de la santé, notamment à travers les débours directs lors des épisodes de maladie. Cette contribution des ménages représente 52%, celle des partenaires techniques et financiers est de 29% et celle de l'Etat 17%.

Le budget de l'Etat alloué à la santé s'est établi à 85 milliards FCFA, elle a connu une progression de 58% entre 2004 et 2013. En 2013, les dépenses publiques de santé ont représenté 12% des dépenses de l'Etat. Ce qui est appréciable mais reste en deçà de l'objectif de 15% fixé par la déclaration des Chefs d'Etat de la CEDEAO en 2001 à Abuja.

Mécanismes innovants de financement

En juillet 2005, le Mali a lancé une politique de gratuité des césariennes dans l'ensemble du pays. Cette politique couvre tous les coûts institutionnels des césariennes effectuées dans des établissements du secteur public (CSREF) et hôpitaux), qui sont remboursés jusqu'à 60 $ par césarienne. De plus, des trousses pour césariennes ont également été distribuées aux établissements de santé du secteur public.

Depuis le lancement de cette initiative, le taux de césariennes au Mali a plus que doublé, et le financement de l'initiative par le gouvernement a plus que triplé[28].

L'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et le Régime d'Assistance Médicale (RAMED) sont les principales mesures innovantes pour l'amélioration de la santé des populations. Il faut ajouter à cela le Financement de la santé pour la couverture universelle (document récemment validé) qui permettra de couvrir les soins de santé d'une large proportion de la population.

2.4. Disponibilité du personnel de santé

En 2014, selon la Base de données de la Direction des Ressources Humaines du secteur Santé et Développement Social, le ratio pour les principales catégories de personnel de santé s'établit à :

- Agents professionnels de santé pour 10 000 habitants : 4,01
- Médecins pour 10 000 habitants : 0,78
- Infirmiers/Infirmières pour 10 000 habitants : 3,08
- Sages-femmes pour 10 000 habitants : 0,50

Le niveau de ces indicateurs de ressources humaines pour ce qui concerne les médecins et les sages-femmes sont loin des normes de l'OMS (1 médecin/10 000 hbts et 1 sage-femme pour 10 000 hbts). Il faut mettre en œuvre des mesures vigoureuses comme le recrutement et la bonne répartition géographique du personnel pour rattraper le retard.

2.5. Disponibilité des services de santé et capacités opérationnelles

En 2013 (annuaire SLIS et SIH), il y avait au Mali 1170 centres de santé communautaires (CSCom), 60 centres de santé de référence (CSRéf), 8 établissements public hospitaliers régionaux et 5 établissements publics nationaux. Le nombre d'établissements (publics et privés) par niveau pour 100 000 habitants s'établissait donc comme indiqué dans le tableau ci-dessous

Tableau 40 : Indicateurs de disponibilité des établissements sanitaires au Mali en 2013

Etablissements de soins de santé	Nombre pour 100 000 habitants
Primaires (CSCom + CSRéf)- 1230	7,33
Secondaires (EPH de 2nd référence Régionaux)- 8	0,05
Tertiaires (EPH de 3e référence Nationaux)- 5	0,03

Il faut signaler qu'il y a une faible intégration des données du secteur privé au Système National d'Information Sanitaire. L'intégration de ces données qui figurent dans le Plan Stratégique du Système National d'Information Sanitaire et Sociale 2015-2019 permettra d'avoir une meilleure couverture. Néanmoins, la construction de nouvelles infrastructures est plus que nécessaire.

La capacité d'accueil des hôpitaux (lits d'hospitalisations des EPH et des CSRéf) est également faible car en 2013 (annuaire SLIS et SIH) il y avait 2,4 lits pour 10 000 habitants : (i) 0,8 lit / 10 000 habitants pour les EPH de 3e référence ; (ii) 0,5 lits / 10 000 habitants pour les EPH régionaux et (iii) 1,1 lits /10 000 habitants pour les Centres de Santé de Référence (CSRéf).

Au Mali, le taux de disponibilité des médicaments essentiels est calculé en faisant le rapport du nombre de jours de rupture des médicaments essentiels au nombre total de jour de la période (trimestre, année) au niveau de la Pharmacie Hospitalière de l'EPH. Ainsi la moyenne est de 88% de disponibilité pour les

[28] Ministerial Leadership Initiative (MLI)

EPH de 3e référence (niveau tertiaire) et de 94% pour le niveau secondaire concernant les EPH de 2nd référence. Il n'y a pas de données disponibles pour le niveau primaire. Le niveau de ces indicateurs de disponibilité est assez bon mais des efforts restent à faire pour évaluer celui des structures de niveau primaire.

En 2014 (Rapport cartographique des SONU 2014), la disponibilité des Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgence Complets (SONUC) est bonne (1/320 537) car au-dessus de la norme OMS qui est de 1/500 000 habitants. Par contre celle des Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgence de Base (SONUB) qui est de 1/618 179 habitants est à améliorer. Il ressort donc un besoin d'amélioration des plateaux techniques des structures de soins de premier niveau ainsi que des compétences de leurs ressources humaines.

III. Prestation des services de santé

3.1. Utilisation, qualité et sécurité des services de santé

En moyenne, il y a eu 0,35 nouveau consultant par an et par habitant (0,35 NC/hbt/An) en 2013 (Annuaire SLIS). Ce qui est un niveau de fréquentation faible des structures modernes de santé. Toutefois, les enfants de moins de cinq ans fréquentent deux fois plus les formations sanitaires que la population générale.

Le taux de césarienne est de 2,7% selon l'EDSM V de 2012-2013. On constate un maximum en milieu urbain avec 6,8% contre 1,7% en milieu rural.

Le taux de réussite au traitement de la tuberculose (DOTS) est passé de 61% en 2013 à 63% en 2014. Ce taux est inférieur à l'objectif de 85% de l'OMS.

En 2013, selon l'annuaire SLIS, la mortalité des moins de cinq ans dans les établissements sanitaires avait pour première cause le paludisme avec 68% des cas, suivi de la malnutrition grave avec 17%. Les infections respiratoires et l'anémie viennent ensuite avec chacune 2% et la diarrhée (1%).

La mortalité maternelle dans les établissements de santé avec 103 décès pour 100 000 naissances vivantes reste élevée mais inférieure à la moyenne nationale qui est de 368 pour 100 000 naissances vivantes.

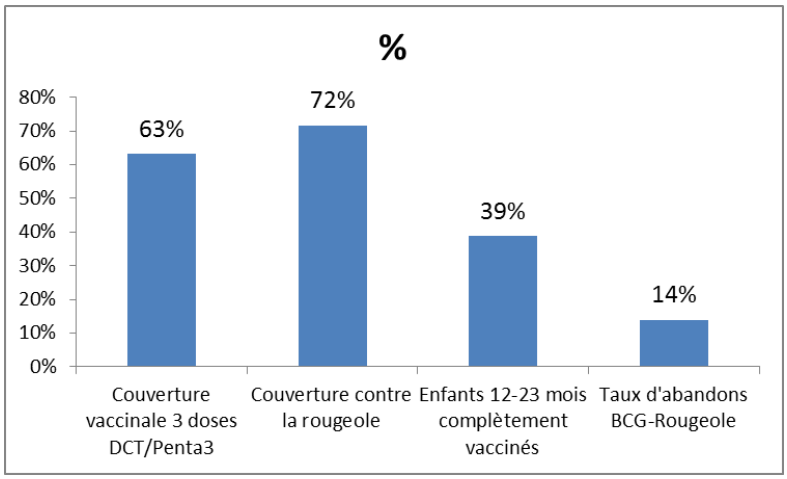
3.2. Couverture des interventions des programmes prioritaires de santé

Trois quarts des femmes enceintes ont fréquenté un centre de santé pour une consultation prénatale (première consultation prénatal). Cependant, cette proportion diminue fortement à la 3e consultation (38%) et encore plus après l'accouchement (34%). Au cours de la grossesse, seulement 4 femmes sur 10 ont reçu la 2nd dose de traitement préventif intermittent (TPI) distribués gratuitement dans les structures de santé et près de 45% des femmes accouchent sans assistance de personnel de santé qualifié.

La prévalence contraceptive a été évaluée à 10% au niveau national en 2013. L'utilisation des méthodes contraceptives se fit essentiellement dans les zones urbaines (21,8%). Elle est trois fois moins fréquente en milieu rural. Cette situation s'explique en partie par la faible couverture des besoins, puisqu'elles sont 26% parmi les femmes en union à ne pas accéder à ces méthodes contraceptives en fonction de leur besoin.

La proportion des enfants de 12-23 mois complètement vaccinés est seulement de 39%. Ce qui signifie que trois enfants sur cinq ne sont pas protégés contre l'ensemble des maladies cibles du PEV. Cette situation doit être remédiée par des campagnes vigoureuses de vaccination et de suivi des moins de cinq ans. Par ailleurs, le taux d'abandons entre le BCG et la rougeole élevé (14%) interpelle davantage sur le renforcement de l'efficacité du programme national de vaccination.

Figure 17 : Niveau de quelques indicateurs de vaccination des enfants



La lutte contre le paludisme connaît des progrès, grâce notamment aux campagnes de sensibilisation et de distribution de moustiquaires. La proportion d'enfants de moins de cinq ans dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) s'est établie à 69% en 2013 (EDSM V de 2012-2013). Celle des femmes enceintes est d'environ 73% selon la même source. Il y a eu une nette amélioration de ces proportions par rapport à l'EDS IV de 2006 où elles étaient respectivement de 27% et 28%.

En matière de prise en charge des personnes vivant avec le VIH, les résultats sont encourageants puisque les trois quarts des personnes nécessitant des traitements antirétroviraux ont bénéficié de es traitements. Cependant, des mesures fortes sont à prendre pour amener les PVVIH à ne pas abandonner le traitement.

Dans le cadre de la lutte contre la tuberculose, des progrès ont été enregistré dans la détection des cas grâce, entre autres, à la reprise du financement par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Le taux de détection des nouveaux cas de tuberculose à frottis positif s'est établi à 58% en 2014 contre 37% en 2013 (Revue annuelle PNLT/DNS). Toutefois ce taux est loin de l'objectif de 70% de l'OMS. Le taux de guérison a lui aussi connu une légère hausse de 61% à 63%.

Le taux de chirurgie de la cataracte dans la population malienne 430 pour 1 000 000 en 2013 (Annuaire Statistique SILS). Ce taux reste largement inférieur à l'objectif recommandé par l'OOAS, d'au moins 1 500 cas de chirurgie pour 1 000 000 d'habitants

IV. Facteurs et comportement à risque

Un nouveau-né sur quatre (25,1%) présente une insuffisance pondérale (EDSM V -2012-2013) à la naissance. L'insuffisance pondérale des moins de cinq ans est à 26%. Ce taux est très élevé et constitue un problème de santé publique. C'est pourquoi, le gouvernement du Mali a fait de la lutte contre la malnutrition une priorité. Pour ce qui est de l'allaitement maternel, environ six nouveau-nés sur 10 (57,8%) sont allaités dans l'heure suivant la naissance. Cette proportion est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural avec respectivement 61 ,7% et 56,7%. Seulement 33% des nourrissons bénéficient de l'allaitement exclusif.

Toujours selon EDSM V, la proportion d'hommes ayant utilisé un préservatif lors du dernier rapport à haut risque est de 58%. Ceci signifie que près de la moitié ne l'ont pas utilisé.

Pour ce qui concerne le risque de grossesse, environ 4 adolescentes sur 10 (39%) sont tombés enceintes entre 15 et 19 ans (EDSM V – 2012-2013) avec une forte prédominance en milieu rural (45,8%). Cette situation est due pour une part au mariage précoce.

L'accès à l'eau potable est une réalité pour 66 ,4% des ménages ; avec toutefois un accès plus prononcé en milieu urbain (93%). Par contre, les installations sanitaires améliorées sont disponible seulement dans 24% des ménages. Seulement 16,8% des ménages ruraux en possèdent.

La consommation de tabac touche 16% des adultes selon l'EDSM V de 2012-2013 avec un accent particulier chez les hommes avec 19%.

En 2012, il y a eu 6 090 cas accidents de la route enregistrés au Mali ayant entrainé 536 décès soit une mortalité de 88‰. La sensibilisation des populations aux dangers de la route et de la vitesse doit être renforcée.

V. Etat de santé

Selon la fiche de données sur la Population Mondiale en 2014 (PRB) l'espérance de vie à la naissance a augmenté d'environ 72% en passant de 32 ans en 1970 à 55 ans en 2013. Ce qui traduit une amélioration constante des conditions de vie des populations en général et de leur état de santé en particulier. Malgré ces progrès, le niveau de la mortalité reste préoccupant et le profil épidémiologique reste dominé par les maladies transmissibles comme le paludisme.

3.3. Morbidité

Maladies transmissibles

Selon le rapport 2013 du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), l'incidence de cette maladie est estimée à 13 848 nouveaux cas pour 100 000 habitants avec des niveaux très élevés chez les enfants de moins de cinq ans et chez les femmes enceintes où elle est respectivement de 45 448 et de 11 752 nouveaux cas pour 100 000 personnes.

La prévalence du VIH est estimée à 1,1% au sein de la population de 15 à 49 ans en 2013 (EDSMV). Elle est deux fois plus élevée en milieu urbain (1,9%) qu'en milieu rural et plus chez les femmes que les hommes : 1,3% contre 0,8%. Au sein de la tranche d'âge de 15 à 24 ans, la séroprévalence est de 1% dans l'ensemble mais présente un niveau 6,5 fois plus élevé chez les filles que les garçons.

Selon l'Enquête ISBS de 2009 la prévalence du VIH chez les groupes à risque était de 24,2% chez les professionnelles du sexe, 3,7% chez les vendeuses ambulantes, 2,70% chez les routiers, 3,5% chez les intermédiaires de transport (coxeurs) et 0,90% chez les aide- familiaux

Maladies non transmissibles

Très peu de résultats d'études sont disponibles sur les maladies non transmissibles au Mali. Les enquêtes STEPS réalisées entre 2003 et 2009 en Afrique, situe la prévalence de l'hypertension chez les adultes maliens de 25 ans et plus à environ 16,6% chez les hommes et à 25,8% chez les femmes. Celle du diabète est en moyenne de 9,3% (Fédération Internationale du Diabète 2014). Il n'y a quasiment pas de données au Mali sur la prévalence de la maladie mentale.

3.4. Mortalité

Le niveau de la mortalité des enfants connaît des baisses sensibles. Selon l'EDSM V de 2012-2013, environ 95 enfants sur 1000 naissances vivantes meurent avant l'âge de cinq ans (mortalité infanto-juvénile). Des efforts restent à faire pour l'atteinte de la cible des OMD qui est de 76‰. La mortalité néonatale se situe à 34‰ et celle des enfants de moins d'un an est de 56‰. La mortalité des enfants de moins de 5 ans est pratiquement deux fois plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain. Elle est également plus importante chez les mères dont le niveau d'éducation est faible (sans éducation ou niveau primaire).

Le niveau de la mortalité maternelle reste élevé au Mali. Le rapport de mortalité maternelle est estimé à 368 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2013 contre 582 en 2001. Ce niveau est très loin de la cible des OMD qui est de 146 décès pour 100 000 naissances vivantes attendues en fin 2015.

VI. Situation des maladies à potentiel épidemique

Le rapport annuel 2014 de la section Surveillance Epidémiologique indique que le Mali a enregistré des cas méningite, de rougeole, de fièvre jaune, de tétanos néonatal et de maladie à virus Ebola (voir tableau ci-dessous) et de Ver de Guinée. Le pays n'a pas enregistré aucun cas polio, de choléra ou de fièvre de Lassa.

Les maladies épidémiques les plus mortelles sont à l'évidence la fièvre hémorragique à virus Ebola qui a sévi au Mali pour la 1ere fois avec six décès sur les huit cas que le pays a enregistrés en 2014. Elle est suivie par le Tétanos Néonatal avec un taux d'environ 39%.

Tableau 41 : Situation des maladies à potentiel épidémique en 2014 au Mali

Maladies	Nombre de cas (Suspects + confirmés)	Taux d'attaque (p. 100 000 hbts)	Taux de létalité (%)
Choléra	0	0	-
Méningite	400	2,3	1,2
Rougeole	657	3,6	0
Fièvre jaune	133	0,77	0,75
Fièvre Lassa	0	0	0
TNN	13	-	38,5
Virus EBOLA	7	-	71,42
Poliomyélite	0	0	-
Ver de guinée	40		-

Conclusion

Le fort taux d'accroissement démographique élevé, la jeunesse de la population avec plus 46% des moins de 15 ans et l'expansion des villes qui contiennent en 2015 plus de 37% de la population totale sont, entre autres, des caractéristiques démographiques du Mali qui font peser d'importants défis sur plan sanitaire. En particulier, l'accès universel des populations à des services de santé de qualité reste une grande préoccupation des autorités sanitaires du pays.

Le Mali dispose de stratégies nationales en matière de santé ayant les attributs de l'IHP+. Cependant, le financement de ces stratégies et plus généralement le financement de la santé sont insuffisants. La part du budget de l'Etat allouée à la santé est encore inférieure aux 15% recommandés par les Chef d'Etat de l'espace CEDEAO. La couverture de la population par le personnel de santé est loin des normes de l'OMS hormis pour le corps des infirmiers/infirmières qui, par ailleurs cache des disparités géographiques. De même, la couverture e, infrastructures sanitaires n'est pas à la hauteur des souhaits aussi bien au niveau des soins primaires aux autres niveaux de soins (secondaire et tertiaire). Néanmoins, la disponibilité des médicaments essentiels est assez bonne à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et celle des SONU est satisfaisante en général. Cette situation ne favorise pas le recours des populations aux formations sanitaires qui reste assez timide.

Malgré une nette augmentation de l'utilisation des MII, le paludisme et la malnutrition des enfants de moins de cinq sont les principales causes de mortalité et de morbidité, notamment chez les enfants. Les

mortalités maternelle et infanto-juvénile restent très élevées et loin des cibles visées à travers les Objectifs du Millénaire pour le Développement dont l'échéance est 2015. Des mesures vigoureuses doivent être prises pour renforcer et suivre les interventions visant l'amélioration de l'état de santé des populations. Une meilleure synergie d'action avec les autres secteurs qui sont déterminants pour la santé (environnement, sécurité alimentaire, eau, education, …) est également nécessaire.

Références bibliographiques

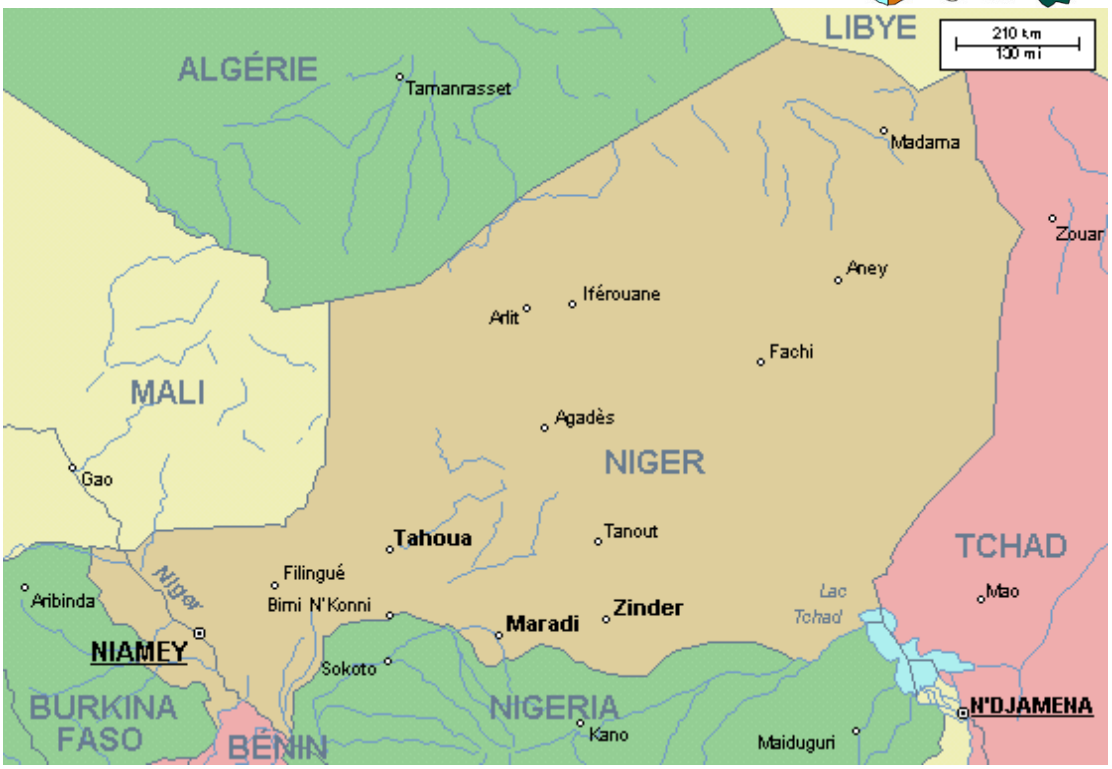
1. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Comtes de la santé 2013, Mars 2015

2. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Enquête Démographique et de Santé (EDSM-V) 2012-2013, Mai 2014

3. Ministerial Leadersihip Initiative. Politique de gratuité des césariennes et stratégie d'assurance maladie au Mali. Accessible à l'adresse : http://www.ministerial-leadership.org/sites/default/files/events/event_files/French%20Mali%20Country%20Spotlight.pdf

PROFIL SANITAIRE DU NIGER





Introduction

Le profil pays est un document synthétique et analytique qui présente la situation sanitaire du pays sur la base des indicateurs traceurs de la santé de l'espace CEDEAO. Son élaboration fait partie des stratégies de la politique régionale en matière de système d'information sanitaire dont les objectifs 7 et 8 sont libellés comme suit :

- **Objectif 7** : Assurer une dissémination régulière de l'information sanitaire produit aux niveaux infranational, national et régional ;
- **Objectif 8** : Promouvoir et développer la culture de l'utilisation de l'information à tous les niveaux du système de santé.

Dans ce sens, les profils sanitaires des pays de l'espace CEDEAO contribuent à renforcer la disponibilité, le partage et l'utilisation d'une information sanitaire de qualité pour l'élaboration, le suivi et l'évaluation des actions aux niveaux national et régional en faveur de la santé des populations de l'espace CEDEAO.

Dans le cadre de l'élaboration du profil sanitaire pays du Niger, une collecte des données a été réalisée selon un canevas et une méthodologie élaborés par l'OOAS et validés par les responsables SNIS et SIMR de l'espace CEDEAO. Le renseignement du canevas s'est fait à partir des données les plus récentes, validées et diffusables. Plusieurs documents sources ont été exploités à cet effet, dont : le rapport d'évaluation de la Politique Nationale de Santé, les annuaires des statistiques de la santé, les résultats de l'enquête démographique et de santé et enquête à indicateurs multiples (EDS-MICS IV), les résultats du recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) et le rapport sur les comptes de la santé 2012-2013.

Les données collectées par l'équipe nationale ont fait l'objet d'amendements par l'équipe de l'OOAS en charge de l'élaboration du profil sanitaire de l'espace CEDEAO. Par la suite, un atelier de validation, de collecte complémentaire de données et de rédaction du profil sanitaire du Niger a été organisé à Niamey, du 10 au 11 août 2015 sous le leadership de la Direction des Statistiques du Ministère de la Santé Publique. Il a connu la participation de la Direction de la Surveillance et de la Riposte aux Epidémies et une équipe d'experts de l'OOAS (la liste des personnes impliquées est en annexe). La version provisoire du profil sanitaire issue de cet atelier a fait l'objet de finalisation par l'équipe nationale avec l'appui technique de l'OOAS.

I. Présentation du pays

1.1. Situation géographique

Vaste pays sahélo-saharien (1 267 000 km2), enclavé et aux ¾ désertiques, le Niger est situé entre 11°37 et 23°33 de latitude nord d'une part, et entre les méridiens 16° de longitude est et 0°10 de longitude ouest d'autre part. Il est limité au nord par l'Algérie et la Libye, à l'est par le Tchad, au sud par le Nigeria et le Benin, à l'ouest par le Burkina Faso, et au nord-ouest par le Mali.

Sur le plan climatique, le Niger est caractérisé par un climat tropical de type soudanien qui alterne entre deux saisons : une longue saison sèche d'octobre à mai et une courte saison de pluies de mai à septembre. Les températures les plus élevées sont enregistrées entre mars et avril (plus de 40°C), tandis que les plus basses le sont de décembre à février où elles peuvent descendre en dessous de 10°C.

Au plan hydrographique le pays possède un cours d'eau permanent : le fleuve Niger, qui traverse le pays sur une longueur de 550 km dans sa partie ouest. On trouve aussi quelques lacs permanents dont le

principal est le lac Tchad situé dans la partie sud-est du pays et plusieurs rivières semi-permanentes dont les affluents de la rive droite du Niger à l'ouest et la Komadougou Yobé au sud-est.

Au niveau administratif, le Niger a mis en place un processus de décentralisation qui a transformé les anciens départements en régions et les anciens arrondissements en départements et créé des communes pour une meilleure gouvernance au plan local. Ainsi, le pays est subdivisé en 8 régions administratives, 71 départements et 266 communes dont 52 urbaines et 214 rurales.

1.2. Situation socio-économique

L'économie du Niger connaît des fluctuations importantes du fait des problèmes climatiques et des cours des matières premières dont elle dépend fortement. Selon la Banque Mondiale, la croissance économique du pays a connu une accélération en 2014 du fait de la hausse de la production pétrolière et de la bonne campagne agricole.

Les résultats de l'enquête nationale sur les conditions de vie des ménages et l'agricole (ECVMA) réalisée en 2011 montre que 48,2% de la population Nigérienne vie en dessous du seuil national de pauvreté. Ce qui limite l'accès des populations aux services sociaux de base. Les conditions de vie des populations sont également éprouvées avec les déplacements de populations du fait des menaces terroristes dans les zones proches du Nigeria et du Mali.

L'analphabétisme touche une grande partie de la population. 28,6% des adultes sont alphabétisés selon les résultats de l'enquête nationale sur les conditions de vie des ménages et l'agriculture (ECVMA) de 2011. Chez les jeunes de 15 à 24 ans, le taux d'alphabétisation est de 50,5% pour les hommes et seulement 21,1% pour les femmes (EDSN-MIC 2012). Le niveau d'alphabétisation est beaucoup plus faible en milieu rural. Pour faire face à cette situation, le gouvernement nigérien met l'accent sur l'éducation. Le taux net de scolarisation dans le primaire au cours de l'année scolaire 2012-2013 a été de 70,5%. Les garçons sont plus scolarisés (77,8%) que les filles (63,1%) selon le rapport « Niger en chiffres ; INS 2014 ».

Tableau 42 : Principaux indicateurs sociaux et économiques

Indicateur	Valeur
PIIB par habitants en 2014 (USD)	440,7
Taux de croissance du PIB 2014 (%)	6,9
Incidence de la pauvreté en 2011 (%)	48,9
Taux net de scolarisation au primaire en 2014 (%)	63,5
Taux d'alphabétisation des jeunes de 15 à 24 ans en 2011 (%)	23,5
Taux d'alphabétisation des adultes de 15 ans et plus en 2011 (%)	15,5
Ratio emploi-population de 15 ans et plus en 2014 (%)	61,4
Source d'eau améliorée, en milieu rural en 2014 (%)	48,6
Accès aux installations d'assainissement améliorées en 2014 (%)	10,8

Sources : Banque Mondiale

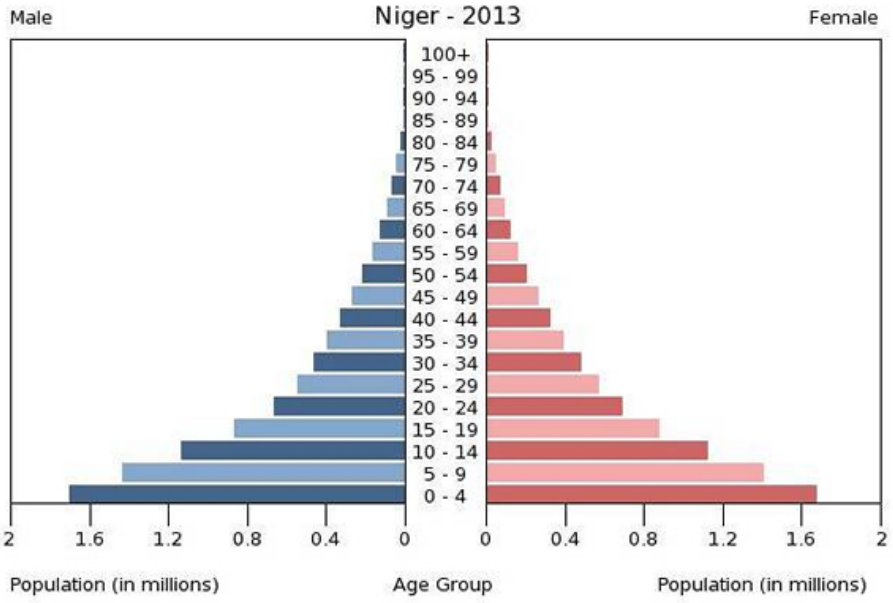
1.3. Situation sociodémographique

La population du Niger est estimée en 2014 à 17 833 267. Elle est à 80% rurale et présente une structure à majorité composée de jeunes, particulièrement en milieu rural. La moitié de la population a moins de 14 ans (âge médian). Les femmes représentent plus de la moitié (50,6%) de la population (RGPH, 2012).

La croissance démographique du pays est très forte, avec un taux d'accroissement moyen annuel qui est passé de 3,3 % entre 1988 et 2001 à 3,9% entre 2001 et 2012. Les facteurs qui expliquent cette forte croissance sont essentiellement la baisse importante de la mortalité des enfants, le niveau élevé de la fécondité, une meilleure couverture sanitaire, le retour massif des migrants. Le Niger possède le niveau de fécondité le plus élevé de la région Ouest africaine, avec un indice synthétique de fécondité (ISF) estimé à 7,6 enfants par femme en 2012 (EDSN-MICS 2012).

L'espérance de vie au Niger est de 63,5 ans. Elle est de 68,1 ans en milieu urbain et 62,7 ans en milieu rural. Les femmes nigériennes vivent un peu plus longtemps que les hommes (64,4 ans contre 62,8 ans en moyenne).

Figure 18 : Pyramide des âges par sexe et tranche d'âge en 2013au Niger.

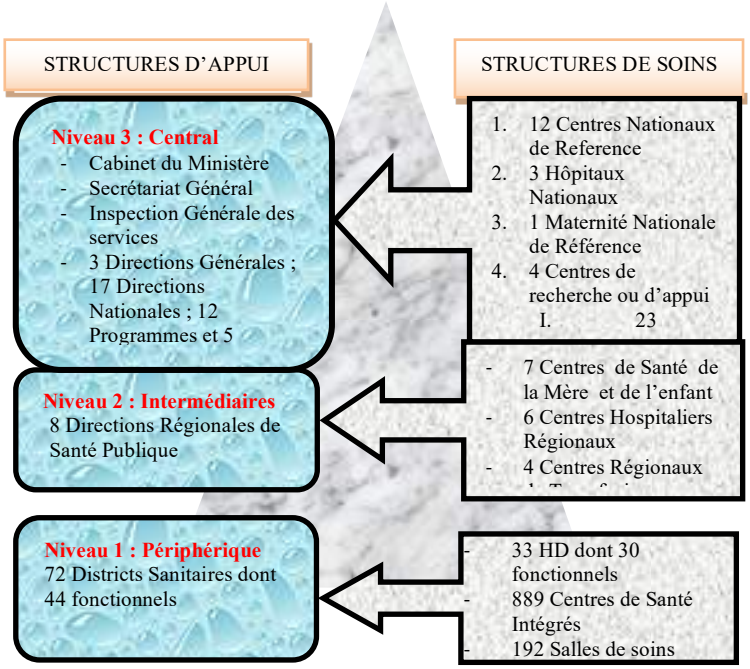


II. Gouvernance et fonctionnement du système national de santé

2.1. Organisation du système national de santé

L'organisation du système de santé est calquée sur le découpage administratif du pays. Il comprend trois niveaux : (i) l'administration centrale qui est le niveau chargé de la définition des de la politique et des stratégies en matière de santé est composé du Cabinet et du Ministre, du Secrétariat Général, des directions générales nationales ; (ii) le niveau intermédiaire comprend huit directions régionales de la santé qui sont chargées d'appuyer les districts sanitaires) ; (iii) le niveau périphérique composé de 71 districts sanitaires dont 44 fonctionnels constitue le niveau opérationnel chargé de la mise en œuvre de la politique sanitaire du système de santé.

Figure 19 : Pyramide sanitaire du Niger



Sur le plan technique, le système de santé nigérien comprend également trois niveaux qui constituent la pyramide sanitaire incluant les structures de soins publiques et privées : (i) le niveau primaire est composé des hôpitaux de district avec leurs réseaux de centres de santé intégrés (CSI) et de cases de santé (CS), les cabinets et les salles de soins privés ; (ii) le niveau secondaire est constitué des centres hospitaliers régionaux (CHR), les maternités régionales de référence et les cliniques privées; (iii) tertiaire comprend les hôpitaux, maternités et centres nationaux de référence. En plus des structures citées plus haut, le système national de santé dispose d'une douzaine d'institutions spécialisées.

La participation de la communauté et de la société civile est assurée aux différents niveaux à travers les comités de santé, les comités de gestion, les associations et les mutuelles de santé.

2.2. Politique et priorités sanitaires nationales

En 2002 le gouvernement du Niger a adopté une politique de nationale de santé dont les orientations stratégiques étaient d'accélérer la mise en œuvre des soins de santé primaires afin de garantir le droit à la santé à tous les citoyens nigériens (constitution du 9 août 1999) et de développer les services de santé de la reproduction dans ses volets santé de la femme et de l'enfant, la lutte contre le VIH/IST et le paludisme. Cette politique de santé a permis l'élaboration du plan de développement sanitaire (PDS) 2005-2009.

Ce plan étant arrivé à son terme, un autre PDS 2011 – 2015 focalisé sur l'atteinte des objectifs de la SDRP 2008-2012 et des OMD 2015, a été élaboré selon l'approche de la gestion axée sur les résultats (GAR) et sur la prise en compte de la question du genre.

Son objectif spécifique est d'offrir des soins et services de qualité à la population en général et aux groupes vulnérables en particulier. Pour atteindre cet objectif, il a été défini huit axes stratégiques qui sont :

1. L'extension de la couverture sanitaire ;
2. Le développement des services de la santé de la reproduction ;
3. La dotation des structures sanitaires en ressources humaines compétentes et motivées selon les besoins ;
4. La disponibilité permanente en médicaments, vaccins, consommables, intrants alimentaires et thérapeutiques, réactifs, sang et dérivés;
5. L'intensification de la lutte contre les maladies faisant l'objet de surveillance intégrée ;
6. le renforcement de la gouvernance et du leadership à tous les niveaux du système de santé ;
7. Le développement des mécanismes de financement du secteur de la santé ;
8. La promotion de la recherche en santé.

Pour mettre en œuvre ce PDS, le gouvernement du Niger compte non seulement sur ses ressources internes, mais aussi sur l'appui des PTF. En revanche, le soutien des PTF doit se faire selon les principes

internationaux d'efficacité de l'aide et de coopération au développement dans le secteur de la santé. C'est pourquoi, le pays a signé en 2009 le partenariat international de la santé (IHP+) puis un compact national en 2011 impliquant le gouvernement, les PTF et les Organisations de la Société Civile OSC) afin de soutenir la politique nationale de santé.

Le Niger est en cours d'actualisation de sa politique nationale de santé qui couvrira la période 2016 – 2035 et de son plan de développement sanitaire. Tous ses documents seront basés sur la prise en compte des résultats d'évaluations des documents arrivés à échéance avec l'implication des PTF et des OSC afin de se conformer aux recommandations de l'IHP+.

2.3. Financement de la santé

Niveau et sources de financement

Les dépenses de santé au Niger ont atteint un montant global de 226 milliards des FCFA en 2013, selon les résultats des comptes de la santé du Niger. La dépense nationale de santé par habitant a progressé entre 2012 et 2013. Elle est passée de 12 100 francs CFA (24 USD) à 12 699 francs CFA (25 USD).

De manière générale, le secteur de la santé est sous-financé bien qu'il fasse partie des priorités nationales. La dépense de santé par habitant reste toujours inférieure aux estimations de la Commission Macroéconomie et Santé mise en place par l'OMS en 2001 qui estimait à 34 USD par an et par habitant le niveau minimal nécessaire pour des interventions sanitaires essentielles.

Les principales sources de financement de la santé au Niger sont le gouvernement, les partenaires au développement, les ménages, les sociétés d'assurances et les entreprises. En 2013, les ménages ont contribué à hauteur de 56% contre 38% pour le gouvernement. Presque la totalité des dépenses de santé effectuées par la communauté se fait par paiement direct.

Moins de 7% du budget de l'Etat est consacré aux dépenses de santé, ce qui est loin de l'objectif de 15% fixé par les Chefs d'Etat à Abuja en 2001.

Mécanismes innovants de financement

Depuis 2006, Le gouvernement nigérien a mis en place une exemption de paiement des soins en faveur des enfants de moins de 5 ans et des femmes. Cette exemption concerne plusieurs interventions à haut impact pour la santé de ces deux groupes de population pour accélérer les progrès vers l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement. Sur le plan purement financier, on note que sous cette politique d'exemption, la part des ménages dans les dépenses de santé qui a baissé légèrement entre 2006 et 2008, a augmenté depuis lors pour atteindre des proportions évoquées plus haut.

Des mécanismes de mutualisation des risques liés à la santé existent dans le pays (mutuelles de santé, assurance maladie privée, etc.). Ces mécanismes sont encore à un niveau embryonnaire et ne couvrent qu'une infime proportion de la population. Le gouvernement est en train de mettre en place le dispositif nécessaire pour une couverture universelle en santé. La stratégie de financement de la santé est déjà élaborée et adoptée.

2.4. Ressources humaines

En mars 2014, le MSP avait un effectif total de 7 647 agents dont 946 médecins, 10 695 infirmiers et 2 355 personnels de soins obstétricaux. Les données sur le personnel du secteur privé est peu disponible.

Globalement, le personnel de santé est majoritairement de sexe féminin (59%). Cette proportion est inégalement répartie à travers les catégories. Les cadres supérieurs sont très largement masculins (61% d'hommes) à l'inverse des cadres moyens et subalternes.

Il existe un grand déséquilibre dans la répartition géographique du personnel de santé. 76% des agents de santé sont en milieu urbain et le reste, c'est-à-dire seulement 24%, en milieu rural où vit environ 80% de la population.

En 2014, le pays comptait environ 7 infirmiers et personnels de soins obstétricaux pour 10 000 habitants et 1 médecin pour 18 851 habitants, ce qui est en dessous de la norme OMS (1 médecin /10 000 habitants).

2.5. Disponibilité des services de santé et capacité opérationnelle

En 2014, le système de santé du Niger comptait trois hôpitaux nationaux, 1 hôpital des armées et 6 hôpitaux privés, constituant le niveau de référence le plus élevé. Au second niveau de référence, on compte 7 centres de santé de la mère et de l'enfant, 6 centres hospitaliers ainsi que 45 cliniques et polycliniques privées et 5 centres privés spécialisés en ophtalmologie et en traumatologie. Le niveau primaire comprend 889 CSI et 243 cabinets médicaux et salle de soins ainsi que 2523 cases de santé. Ce dispositif offre une couverture correspondant à : 1 formation sanitaire de niveau primaire pour 15 334 habitants ; 1 formation sanitaire de niveau secondaire pour 938 593 habitants ; 1 formation sanitaire de niveau tertiaire pour 1 783 327 habitants.

La couverture des formations sanitaires offrant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB) progresse mais reste très en deçà des besoins. Elle est passée de 9% à 20% entre 2010 et 2014. Dans le même temps, celle des SONUC a baissé de 100% à 95%. Cette baisse au niveau de la couverture des besoins en SONUC s'explique par la croissance rapide de la population qui anéantisse les efforts réalisés. Ainsi, avec 30 formations sanitaires SONUB et 35 SONUC fonctionnelles en 2014, le Niger compte 1,8 formation sanitaire SONU pour 500 000 habitants contre une norme minimale souhaitée égale à 5 formations sanitaires SONU pour 500 000 habitants.

Tableau 43 : Evolution de la disponibilité des SONU par région entre 2010 et 2014

	SONUB			SONUC		
REGION	Effectif 2010	Effectif 2014	Couverture en 2014	Effectif 2010	Effectif 2014	Couverture en 2014
Agadez	3	5	125%	2	3	300%
Diffa	0	1	20%	2	2	200%
Dosso	4	3	17%	3	3	75%
Maradi	2	2	7%	5	7	100%
Niamey	0	0	0%	4	3	150%
Tahoua	1	4	14%	6	6	86%
Tillabéry	0	2	8%	2	5	83%
Zinder	1	13	42%	6	6	75%
Niger	**11**	**30**	**20%**	**30**	**35**	**95%**

Source : Rapport d'évaluation de la politique nationale de la sante, juillet 2015

2.6. Utilisation, qualité et sécurité des services de santé

Le recours aux services de santé par la population progresse en même temps que la couverture géographique de ces services. En 2014, les structures sanitaires du pays ont réalisé 10 059 797 consultations externes, soit une moyenne de 0,56 consultation par personne et par an (Annuaire statistique NIGER 2014).

Chez les femmes enceintes, 2,3% des accouchements dans les centres de santé l'ont été par césarienne, ce qui est inférieur à l'objectif national de 3% (Plan de développement sanitaire : PDS) et largement en deçà de la norme des Nations Unies (5 à 15,0%).

En matière de lutte contre la tuberculose, l'objectif visé par le pays en 2014 était d'obtenir un taux de succès thérapeutique de 85%. Cependant, cet indicateur semble connaître une stagnation depuis 2006 et s'est établi à 79% en 2014.

La mortalité maternelle intra hospitalière a été de 0,32% (Annuaire Statistique NIGER 2014). Ce qui signifie que 320 femmes sur 100 000 enceintes reçues dans les formations sanitaires sont décédées du fait de la grossesse ou des complications liées à cet état. Ce taux qui est élevé appelle à une meilleure prise en charge des complications liées à la grossesse dans les centres de santé. Il en est de même pour la mortinatalité intra hospitalière qui est de 3,2%.

2.7. Couverture des interventions des programmes prioritaires de santé

Une très grande majorité des femmes enceintes (90,7%) ont eu au moins une visite prénatale au cours de l'année 2014. Cependant, cette proportion baisse très rapidement pour celle qui ont fait quatre visites et plus du fait, entre autres, du recours tardif aux services de santé pour le suivi de la grossesse. De même, seulement 42% des accouchements sont assistés par du personnel qualifié (Annuaire statistique 2014). Dans la même logique, la couverture de la consultation postnatale est faible (30,1%). Ce qui est loin en deçà des recommandations internationales en la matière.

Dans le cadre de la lutte contre le paludisme chez les femmes enceintes, un traitement préventif intermittent (TPI) est préconisé, notamment lors des visites prénatales. Selon les résultats de l'EDSN-MICS, 35% des femmes enceintes ont reçu leur 2ème dose de TPI en 2012. Ce taux s'est amélioré en 2014 et s'établit à 51 ,3% selon l'annuaire des statistiques sanitaires de 2014. Le suivi de ce traitement est plus régulier en milieu urbain qu'en milieu rural. Toujours dans le cadre de la prévention, des efforts sont déployés par le gouvernement et les partenaires au développement du Niger pour promouvoir l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII). Malgré cela, l'enquête EDS de 2012 a montré que seulement 20% des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans ont dormi sous une MII la veille de l'enquête, ce qui est très largement inférieur aux objectifs de 80% souhaités pour une protection efficace des populations contre le paludisme.

Dans le cadre de la lutte contre le VIH-Sida, des activités de prévention sont menées à travers la sensibilisation, la prévention de la transmission mère enfant (PTME) et la promotion du dépistage volontaire et la prise en charge des personnes séropositives. Ainsi, 52,7% des femmes enceintes séropositives sont sous traitement ARV En 2013 (Programme PTME). De manière générale, une personne (adultes et enfants) séropositive éligible au TAR sur trois a reçu une thérapie antirétrovirale.

En matière de lutte contre la tuberculose, la surveillance constitue une des principales stratégies. Dans ce sens, le taux de notification des nouveaux cas de cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive était de 40,3 pour 100 000 personnes pour une incidence estimée à 102 pour 100 000 personnes en 2013 (Banque Mondiale). Ce qui signifie que l'efficacité du système de surveillance peut être améliorée. Il en est de même pour le dépistage de la coïnfection TB-VIH qui a concerné seulement 63% des patients.

La prévalence contraceptive demeure faible parmi les femmes en union. Seulement 12% utilisent une méthode de contraception quelconque en 2012. Ce taux évolue positivement avec le niveau d'éducation et est plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural. Parmi les femmes n'utilisant pas de méthode contraceptive, 16% ont des besoins non satisfaits, c'est-à-dire qu'elles le désirent mais n'en utilisent pas (EDSN-MICS 2012).

En matière de couverture vaccinale, des efforts importants restent à faire dans le cadre du Programme élargie de vaccination. En 2014, les données de routine indiquent plus de 16% des enfants n'ont pas reçu

les trois doses de DCT/Penta3 avant leur premier anniversaire et un enfant sur deux de 12 à 23 mois était complètement vacciné. La couverture vaccinale contre la rougeole (77% en 2014) reste faible et le niveau des abandons entre le BCG et le VAR qui est de 22% est supérieur au seuil de 10% maximum « tolérable » pour les programmes nationaux de vaccination.

Le taux de la chirurgie de la cataracte (TCC) est de 765 cas pour un million d'habitants pour un objectif minimum de 1 500 de cas de chirurgie par million d'habitants recommandé par l'OOAS.

III. Facteurs et comportements à risque

Selon l'OMS, un facteur de risque est tout attribut, caractéristique ou exposition d'un sujet qui augmente la probabilité de développer une maladie ou de souffrir d'un traumatisme. Les facteurs de risque les plus importants sont par exemple, le déficit pondéral, les rapports sexuels non protégés, l'hypertension artérielle, la consommation de tabac ou d'alcool, l'eau non potable, l'insuffisance de l'hygiène ou de l'assainissement, les accidents de la circulation.

Au Niger, l'insuffisance pondérale chez les enfants reste une question majeure de santé publique. En 2012, l'enquête démographique et de santé a révélé que 36% des enfants de moins de 5 ans souffrent d'insuffisance pondérale, ce qui est largement supérieur aux seuils « tolérables ». L'insuffisance pondérale est beaucoup plus fréquente en milieu rural (38%) qu'en milieu urbain (23%). Face à cette situation des pratiques telles que l'allaitement maternel précoce et exclusif (pour les moins de 6 mois) sont recommandées. Le constat est que l'allaitement maternel est une pratique très répandue au Niger (99%) et commence assez tôt après la naissance. Cependant, seulement 53 % ont été allaités dans l'heure suivant la naissance et très peu de femmes pratiquent l'allaitement maternel exclusif (23%).

L'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels à hauts risques chez les jeunes de 15 à 24 ans est estimée à 49,6% en 2012. Elle est plus élevée chez les hommes (57,1%) que chez les femmes (28,7%). Plusieurs raisons dont l'accès à l'information, à l'instruction et aux services de santé de la reproduction expliquent cette situation.

La fécondité des adolescentes est une question importante des politiques de santé au Niger. Les adolescentes (15-19 ans) constituent 16% de l'ensemble des femmes en âge de procréer et contribuent pour 10% de la fécondité totale des femmes. 40% des adolescentes ont déjà commencé leur vie féconde. La fécondité est plus élevée au sein des adolescentes dont le niveau d'instruction est plus faible : 50% des jeunes filles sans instruction ont déjà commencé leur vie féconde contre 15 % chez celles ayant un niveau secondaire. Le phénomène est également plus important en milieu rural qu'en milieu urbain.

L'accès à des sources d'eau de boisson améliorées connaît un progrès. Deux tiers des ménages utilisaient des sources d'eau potables pour la boisson en 2012. Cependant, des efforts restent à faire pour couvrir les besoins, notamment en milieu rural où 39% des ménages n'ont pas encore accès à une source d'eau potable. Il en est de même pour l'accès à des installations sanitaires améliorées dont la couverture est de 4% en milieu rural contre 34% en milieu urbain.

La consommation des produits à base de tabac reste modérée au Niger. Elle est beaucoup plus répandue chez les hommes (17,7%) que chez les femmes (2%).

Les accidents de circulation constituent un problème de santé publique. En 2014, le taux de mortalité est de 127 décès pour mille accidents.

IV. Etat de santé

Les maladies transmissibles telles que le paludisme constituent la première source de morbidité et de mortalité au Niger même si le poids des maladies non transmissibles est de plus en plus élevé du fait des

changements des modes de vie des populations. Globalement, l'état de santé des populations s'améliore si l'on s'en tient à l'évolution de l'espérance de vie qui est passée de 35,5 ans en 1960 (Banque Mondiale) à 63,5 ans en 2012 (RGPH).

4.1. Maladies transmissibles

Malgré les multiples efforts consentis dans le cadre de la lutte contre le paludisme, celui-ci reste la première cause de morbidité et de mortalité au Niger. Le rapport d'évaluation du PNS indique qu'en 2013, près de 4,3 millions de cas de paludisme ont été enregistrés dans les formations sanitaires du pays, représentant 31% de toutes les morbidités dans l'ensemble de la population et 76% chez les enfants de moins de 5 ans. En 2014, les données de l'annuaire des statistiques de la santé indiquent un taux d'incidence du paludisme de plus de 14 cas pour 100 habitants. Ces résultats appellent à un renforcement de la lutte, notamment en matière de prévention dont les performances sont encore modestes (voir section 3.7).

La prévalence du VIH au sein de la population de 15 à 49 ans a été évaluée à 0,4% en 2012. Malgré ce taux qui semble faible, le VIH est une des principales préoccupations de santé publique du pays du fait des risques élevés qu'il représente dans certaines catégories de la population comme les femmes enceintes, les jeunes de 15 à 24 ans. La prévalence chez les jeunes de 15 à 24 ans est de 0,1%. C'est essentiellement la jeunesse en milieu urbain qui est touchée par la maladie. 0,4% des femmes enceintes sont également testées séropositives aussi bien en milieu urbain qu'n milieu rural. Selon le rapport de surveillance de seconde génération du VIH de 2011, les personnes les plus exposées au risque du VIH/SIDA sont les professionnelles de sexe (17,30%), la population carcérale (2,65%), les travailleurs migrants (1,10%).

4.2. Maladies non-transmissibles

La situation sur les maladies transmissibles est peu connue puisque la dernière enquête STEPS date de 2007.

Selon le rapport de cette enquête, la prévalence de l'HTA a augmenté de 8% en 2008 à 21,2% en 2007. Elle est beaucoup plus répandue chez les hommes (23 ,9%) que chez les femmes (18,1%). Cette prévalence augmente continuellement avec l'âge, allant de 8,7% pour la tranche d'âge 25-24 ans pour atteindre 34,4% dans la tranche 55-64 ans.

Le diabète touche moins de 5% de la population d'après le rapport d'évaluation du PNS 2002-2011 qui indique que 5% des hommes sont diabétiques contre 3,5% des femmes.

4.3. Mortalité

Les résultats de l'enquête EDS de 2012 montrent qu'au Niger, un enfant sur huit (127‰) meurt avant son cinquième anniversaire (mortalité infanto-juvénile). Même s'il est encore élevé, cet indicateur est en nette amélioration par rapport à l'année 1994 où il était de 273‰. De même, sur 1000 naissances vivantes, environ 24 enfants meurent avant d'avoir un mois (mortalité néonatale) tandis que 51 n'atteindront pas un an (mortalité infantile). La mortalité infanto-juvénile est deux fois plus élevée en milieu rural (163‰) qu'en milieu urbain (83‰). Le niveau d'instruction de la mère est un facteur déterminant dans la survie des enfants, puisque dans toutes les tranches d'âges, on constate que la mortalité des enfants est plus élevée chez les mères dont le niveau d'instruction est plus faible.

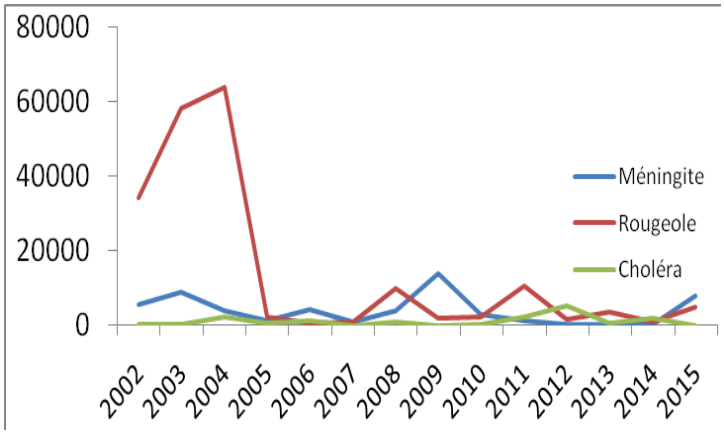
Le niveau de la mortalité maternelle reste très élevé. Il est évalué à 535 décès maternels pour 100 000 naissances en 2012, selon l'EDSN-MICS de 2012. Ce qui représente 39% des décès des femmes de 15 à 49 ans.

V. Situation des maladies a potentiel épidémique

La méningite, la rougeole et le choléra sont les maladies à potentiel épidémique les plus fréquentes au Niger. Ces maladies, comme bien d'autres font l'objet d'une surveillance hebdomadaire à travers les télégrammes officiels (TO) des maladies à déclaration obligatoire (MDO). L'évolution du nombre de cas notifiés pour ces trois maladies entre 2002 et 2014 est présentée sur la figure suivante.

La dernière flambée de méningite est enregistrée en 2009. Depuis lors, elle semble connaître une accalmie relative après une campagne de vaccination au MenAfrivac en 2010. En 2014, le pays a enregistré 370 cas de méningite, soit un taux d'attaque de 2,1 cas pour 100 000 habitants, avec une létalité très élevée (16,2%). On note une recrudescence de la maladie en 2015 avec 13 districts sanitaires sur les 44 fonctionnels qui ont franchi le seuil épidémique.

Figure 20 : Situation épidémiologique de la méningite, de la rougeole et du choléra



La rougeole a connu son niveau le plus élevé en 2004. Depuis lors, différentes campagnes de vaccination ont permis de contenir la maladie qui a malgré tout connu une flambée en 2011 avec 10 724 cas. En 2014, 1 333 cas de rougeole ont été notifiés, soit 7,5 nouveaux cas pour 100 000 habitants.

Le choléra est quasi-endémique. Au cours des dernières années, c'est en 2012 que le pays a enregistré le plus grand nombre de cas de choléra : 5 285 cas dont 110 décès). En 2014, 2071 cas ont été notifiés, soit 2,6 nouveaux cas pour 100 000 habitants. 4% des personnes touchées sont décédées.

Le Niger n'a pas enregistré de cas de maladie à virus Ebola (EMV). D'importants efforts ont été déployés par le système de santé pour limiter le risque d'introduction de la maladie dans le pays.

L'interruption de la transmission du Ver de Guinée locale a été confirmée par une équipe indépendante de l'OMS en septembre 2010 et le pays a été certifié indemne de cas en décembre 2013. Depuis lors, aucun cas de la maladie n'a été notifié. Il en est de même pour la Poliomyélite depuis 2012.

Conclusion

La politique sanitaire du Niger prône le droit à la santé pour tous les citoyens. Cela nécessite de garantir un accès à des soins de santé de qualité à tous. Pour l'atteinte de cet objectif, les moyens déployés par l'Etat et les partenaires au développement ont permis, entre autres, de faire progresser la couverture sanitaire, d'accroître le financement du secteur de la santé et de réduire la mortalité, notamment au sein des groupes spécifiques (enfants, femmes enceintes, etc.).

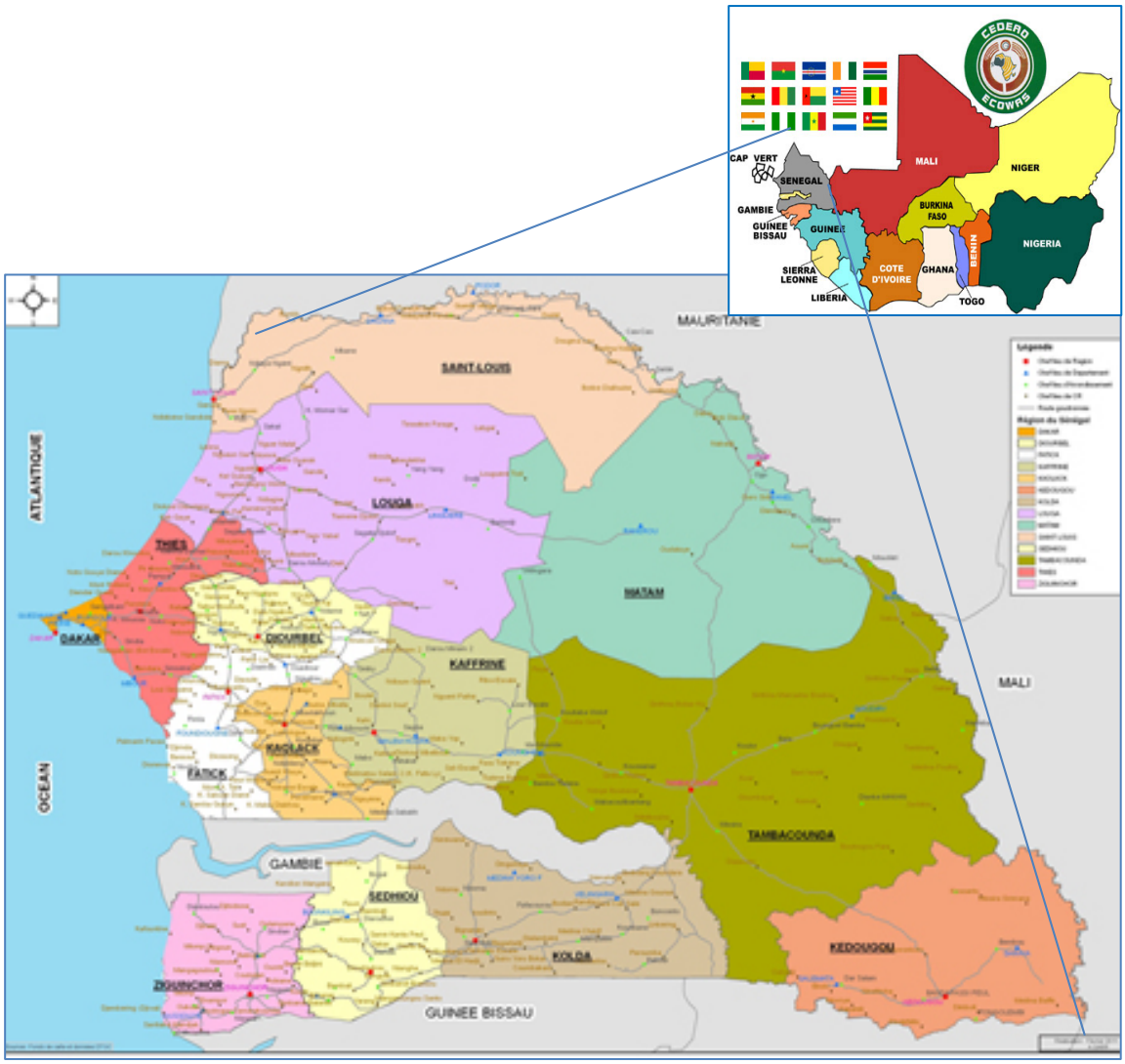
Cependant, les défis restent encore énormes quand on observe les gaps entre les objectifs visés et les résultats atteints. Par exemple, la contribution de l'Etat au financement de la santé reste en deçà des objectifs communautaires, les services et les personnels de santé sont concentrés dans les centres urbains et la mortalité maternelle reste parmi les plus élevés de la sous-région. En plus de ces préoccupations purement sanitaires, le Niger devra faire face aux mouvements des populations causées par les crises climatiques et sécuritaires que traverse la sous-région.

Le suivi de la performance des systèmes de santé des pays à travers le profil sanitaire permettra de comparer les progrès réalisés par les pays de la sous-région. Pour cela, des efforts sont nécessaires pour améliorer la disponibilité et la qualité des données à travers un renforcement des systèmes d'information sanitaire qui peinent aujourd'hui à produire à temps les statistiques nécessaires.

Références

1. Institut National de la Statistique. Enquête démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSN-MICS IV) 2012, Septembre 2013
2. Institut National de la Statistique. Niger en Chiffres 2014, Novembre 2014
3. Institut National de la Statistique. Présentation des résultats globaux définitifs du Quatrième (4ème) Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGP/H) de 2012
4. Ministère de la Santé Publique. Annuaire des statistiques sanitaires du Niger, Septembre 2014
5. Ministère de la Santé Publique. Mesure des facteurs de risque des maladies non transmissibles au Niger (Approche Step"wise" de l'OMS), Décembre 2008
6. Ministère de la Santé Publique. Rapport d'évaluation de la politique nationale de la sante, Juillet 2015
7. Ministère de la Santé Publique. Rapport de l'évaluation des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) au Niger, Janvier 2011

PROFIL SANITAIRE DU SENEGAL



Introducion

La réalisation du profil sanitaire du Sénégal entre dans le cadre d'un processus global mis en place par l'OOAS pour les 15 pays de la CEDEAO. Ce processus vise à renforcer l'analyse, le partage et l'utilisation de l'information sanitaire au niveau communautaire pour le suivi de l'état de santé des populations, le suivi et l'évaluation des politiques et stratégies en matière de santé et pour l'amélioration de la prise de décision en matière de santé.

Le profil sanitaire décrit et analyse la situation sanitaire et les performances du système de santé en utilisant les indicateurs traceurs de la santé adoptés par l'OOAS. Il essaie de comparer le niveau d'atteinte de ces indicateurs aux objectifs des politiques et stratégies nationales et aux normes internationales en matière de santé. Des statistiques essentiellement de sources nationales et des documents de planification et de suivi-évaluation du pays sont exploités pour l'élaboration de ce profil sanitaire. Il s'agit notamment de l'annuaire statistique de la santé, de la carte sanitaire, du rapport de performance du secteur de la santé, des rapports de la surveillance épidémiologique, des rapports des enquêtes démographiques et de santé, du recensement général de la population et de l'habitat.

Les données collectées par l'équipe nationale, sous le leadership de la Division du Système National d'Information Sanitaire a fait l'objet de validation avec l'appui technique de l'OOAS. La version provisoire du profil sanitaire élaborée lors d'un atelier qui s'est tenu à Dakar du 03 au 05 août 2015 a fait l'objet d'échanges entre l'équipe nationale et l'assistance technique de l'OOAS en vue de sa finalisation.

Le présent document comprend six principales sections qui portent sur : (i) la présentation de la situation géographique, socioéconomique et démographique du pays ; (ii) la gouvernance et le fonctionnement du système de santé ; (iii) les prestations de services de santé ; (iv) les facteurs de risque en matière de santé ; (v) l'état de santé des populations et ; (vi) la surveillance épidémiologique.

I. Présentation du pays

1.1. Situation géographique

Le Sénégal est situé dans la partie la plus occidentale du continent africain, dans la zone soudano sahélienne comprise entre 12°8 et 16°41 de latitude Nord et 11°21 et 17°32 de longitude Ouest. D'une superficie de 196 722 km², elle est limitée au nord par la Mauritanie, à l'est par le Mali, au sud par la Guinée et la Guinée Bissau. A l'ouest, elle s'ouvre sur l'Océan Atlantique avec 700 km de côtes. La Gambie forme une quasi-enclave dans le Sénégal, pénétrant à plus de 300 km à l'intérieur des terres.

Le climat du Sénégal est tropical au sud et désertique vers le nord. Il est rythmé par deux saisons : une saisie sèche allant d'octobre à juin et une saison des pluies de juillet à septembre.

Au niveau administratif, le pays est organisé en 14 régions subdivisées en 45 départements. On dénombre 554 collectivités locales composées de 46 communes d'arrondissement, 125 communes (assimilées au milieu urbain) et 383 communautés rurales.

1.2. Situation socio-économique

Le Sénégal possède la quatrième économie de la sous-région ouest africaine après le Nigéria, la Côte d'Ivoire et le Ghana. Cette économie est basée essentiellement sur le secteur des services dont la valeur ajoutée représente 58,8% du produit intérieur brut, contre 17,2% pour l'agriculture, selon les statistiques de la Banque Mondiale. L'économie du pays est vulnérables aux chocs exogènes comme les déficits pluviométriques, la hausse des prix des hydrocarbures et produits alimentaires, la crise financière internationale.

Le produit intérieur brut (PIB) par habitant du Sénégal s'est établi à 1070,9 $ en 2014, ce qui le place dans la tranche inférieure du groupe des pays à revenu intermédiaire. Le niveau de cet indicateur semble stagner depuis 2008, du fait d'une croissance économique positive mais faible (3,9% en 2014). Le niveau de la pauvreté reste élevé avec près d'une personne sur deux vivant en dessous du seuil de pauvreté en 2011.

Plus d'un adulte sénégalais de plus de 15 ans sur deux est alphabétisé selon les résultats du recensement général de la population, de l'habitat, de l'agriculture et de l'élevage (RGPHAE) de 2013. Le niveau de l'alphabétisation est plus élevé chez les hommes (60,7%) que chez les hommes (50,5%).

Tableau 44 : Principaux indicateurs sociaux et économiques

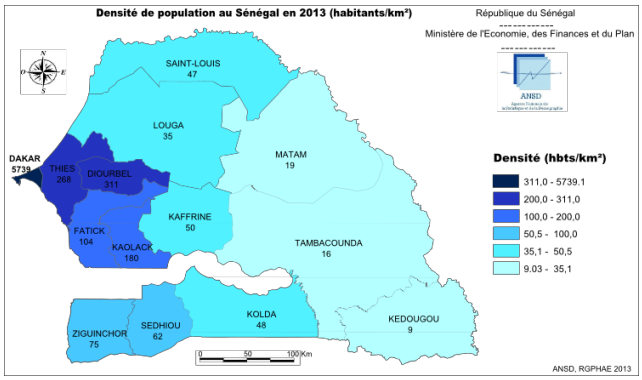
Indicateur	Valeur
PIIB par habitants en 2014 (USD)	1070,9
Taux de croissance du PIB 2014 (%)	3,9
Incidence de la pauvreté en 2011 (%)	46,7
Taux net de scolarisation au primaire en 2014 (%)	73,4
Taux d'alphabétisation des jeunes de 15 à 24 ans en 2011 (%)	66,0
Taux d'alphabétisation des adultes de 15 ans et plus en 2011 (%)	52,1
Ratio emploi-population de 15 ans et plus en 2014 (%)	68,7
Source d'eau améliorée, en milieu rural en 2014 (%)	66,3
Accès aux installations d'assainissement améliorées en 2014 (%)	47,1

Sources : Banque Mondiale

1.3. Situation démographique

La population du pays est estimée 13 508 715 habitants en 2013, avec 50,1% de femmes. Elle comprend une forte composante urbaine (45,2%) qui s'explique notamment par l'exode rural qui conduit à une croissance rapide des villes et une très forte concentration de la population sénégalaise dans les régions de Dakar, Thiès et Dourbel. Ces régions accueillent respectivement 23,2%, 13,3% et 11,1% de la population totale du pays. La densité de population atteint 5 735 habitants au Km² contre 69 pour l'ensemble du pays en 2013.

Figure 21 : Densité de la population Sénégalaise en 2013



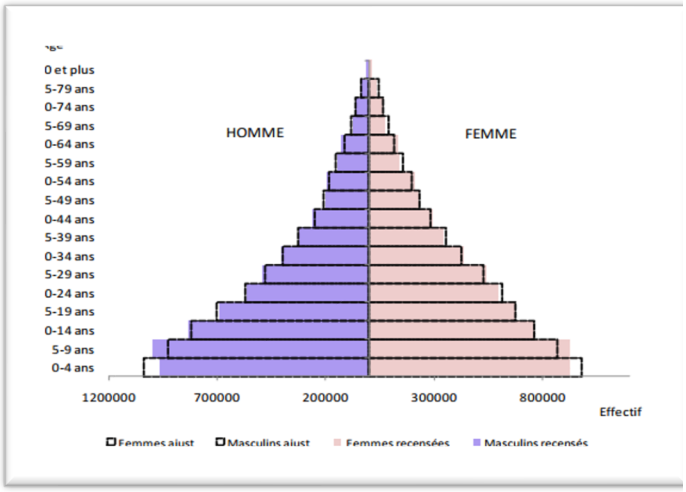
Source : Rapport définitif du RGPHAE 2013/ANSD

La croissance moyenne annuelle de la population qui se situe à 2,5% est relativement importante. Elle est soutenue par des une baisse de la mortalité et une fécondité qui reste élevée. Ce qui conduit à une relative jeunesse de la population dont la moitié a moins de 18 ans. La population rurale y apparaît encore plus jeune avec un âge médian se situant à 16 ans (contre 21 ans en milieu urbain). Cela est sans nul doute le reflet de l'exode rural qui concerne généralement les jeunes adultes des zones rurales.

La forme de la pyramide des âges confirme la prédominance des jeunes dans la population voir figure ci-dessous).

L'amélioration des conditions sanitaires de la population Sénégalaise se traduit par une espérance de vie à la naissance de plus en plus élevée (64,8 ans en 2013), ce qui place le Sénégal parmi les pays de la région Ouest africaine ayant le niveau le plus élevé pour cet indicateur. Cependant des disparités existent entre le milieu urbain (67,4 ans) et le milieu rural (62,7 ans) et entre les femmes (66,5 ans) et les hommes (63,2 ans).

Figure 22 : Pyramide des âges du Sénégal en 2013



Source : Rapport définitif du RGPHAE 2013/ANSD

Tableau 45 : Principaux indicateurs sociodémographiques

Indicateur	Valeur
Population totale en 2013 (millions d'habitants)	13,5
Proportion de la population en zone urbaine en 2013 (%)	45,2
Indice synthétique de fécondité en 2014 (enfants)	5,1
Age médian en 2013 (ans)	18
Espérance de vie à la naissance, population totale en 2013 (ans)	64,8
Rapport de dépendance démographique (%)	83,8

Source : Rapport définitif du RGPHAE 2013/ANSD

II. Gouvernance et fonctionnement du système national de santé

2.1. Organisation du système de santé

Le système de santé du Sénégal est organisé, au plan administratif, selon une structure pyramidale à trois niveaux : le niveau central, le niveau intermédiaire avec 14 directions régionales de santé) et le niveau périphérique avec 76 districts sanitaires. Le district constitue le niveau opérationnel du système de santé et couvre une aire géographique pouvant épouser un département entier ou une partie d'un département.

Au sommet, l'hôpital constitue la référence, suivi du centre de santé au niveau intermédiaire et des postes de santé au niveau périphérique. Ce dispositif est complété par l'offre du secteur privé à tous les échelons de la pyramide sans qu'il existe, toutefois, une correspondance parfaite entre les plateaux techniques des deux systèmes à chaque niveau. Au niveau communautaire, le système est complété par les initiatives communautaires matérialisées sur le terrain, entre autres, par le développement des cases de santé. Il faut noter, en plus, la part non négligeable de la médecine traditionnelle dans le secteur de la santé.

Le secteur privé 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

dispose de 4 hôpitaux, 24 cliniques, de 414 cabinets médicaux et des services médicaux d'entreprises, 700 officines de pharmacie, une vingtaine de laboratoires d'analyses médicales.

2.2. Politique et priorités sanitaires nationales

La politique de santé du Sénégal trouve son fondement dans la Constitution du pays qui garantit le droit à la santé. Celle-ci stipule que «…L'Etat et les Collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier, des personnes handicapées et des personnes âgées. L'Etat garantit aux familles en général et à celles vivant en milieu rural en particulier l'accès aux services de santé et au bien être… ».

La politique de santé reste basée sur les soins de santé primaires et prend en compte les engagements internationaux du Sénégal vis-à-vis des organisations sous régionales, régionales et mondiales en matière de santé dont les objectifs du millénaire pour le développement (OMD). Elle s'articule autour des points suivants : 1) l'accès aux soins de santé de qualité garanti à toute la population quel que soit le statut socio-économique ; 2) l'approfondissement de la décentralisation et de la gouvernance sanitaire locale ; 3) la promotion de la couverture de l'assurance du risque maladie ; 4) la protection des groupes vulnérables ; 5) le renforcement du partenariat public-privé ; 6) la promotion de la multisectorialité ; 7) l'alignement de l'aide extérieure aux priorités sanitaires nationales ; 8) la culture de la gestion axée sur les résultats.

Le Plan national de développement sanitaire (PNDS-II, 2009-2018) a pour objectifs la réduction de la mortalité maternelle et de la mortalité infanto juvénile, la maîtrise de la fécondité et un plus grand accès aux services de base pour les plus démunis. Il accorde une place importante à la surveillance épidémiologique, à la santé de la reproduction, aux MST/Sida et au contrôle des maladies endémiques, notamment le paludisme. Pour l'atteinte de ses objectifs, le PNDS se donne 11 orientations stratégiques libellées comme suit :

- Accélération de la lutte contre la mortalité et morbidité maternelles néonatales et infanto juvéniles ;
- Amélioration de la Promotion de la santé ;
- Renforcement de la prise en charge de la maladie ;
- Renforcement de la surveillance intégrée de la maladie et de la riposte ;
- Développement des ressources humaines ;
- Renforcement des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance ;
- Amélioration de la disponibilité des médicaments et produits médicochirurgicaux ;
- Renforcement du système d'information et de la recherche en santé ;
- Promotion de la gestion axée sur les résultats ;
- Amélioration des capacités du secteur en matière de planification et de gestion administrative et financière ;
- Renforcement de la couverture du risque maladie en mettant l'accent sur les groupes vulnérables.

Le Sénégal a adhéré à l'initiative IHP+ en 2009[29]. Dans ce cadre, il a complété son PNDS avec un compact signé en 2013 dont l'objectif est de définir un cadre unique et harmonisé d'interventions pour le Gouvernement et les Partenaires Techniques et Financiers en vue d'améliorer l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé et d'accroître les efforts pour atteindre plus rapidement les OMD en 2015.

[29] Voir la page Web : http://www.internationalhealthpartnership.net/en/ihp-partners/senegal/

2.3. Financement de la santé

Niveau et sources de financement

La part du budget de l'État allouée au secteur de la santé a été en hausse régulière ces dernières années. Le budget du Ministère de la Santé est passé de 90,5 milliards de FCFA en 2008 à 110,5 milliards en 2012. Ce budget représente 10,4 % du budget de fonctionnement de l'État. Ainsi, malgré l'accroissement des efforts de l'Etat dans le secteur de la santé, le Sénégal n'a pas encore réalisé l'objectif fixé par les Chefs d'Etat à Abuja en 2001 qui est d'allouer au moins 15% du budget des financements publics aux dépenses de santé.

Selon le rapport sur les comptes de la santé de l'année 2008, les dépenses de santé par habitant s'élevaient à 51 USD, en progression de 9,7% par rapport à 2007. En l'absence d'un système de couverture universelle, les débours direct constitue le principal mode de financement des dépenses de santé par les ménages.

Mécanismes innovants de financement

Au Sénégal, plusieurs initiatives de réformes sont en cours et auront des implications importantes sur le financement de la santé. Il s'agit :

- la décentralisation qui implique un réaménagement des compétences dans la santé entre l'Etat et les collectivités locales aura sans doute des conséquences sur la gouvernance et les mécanismes de financement de la santé ;
- les réformes de l'UEMOA sur la gestion des finances publiques avec un accent sur la gestion axée sur les résultats et les contrats de performance en cours d'expérimentation au niveau des établissements publics de santé ;
- le financement basé sur les résultats visant l'amélioration de la couverture des interventions prioritaires de santé et la qualité des services de santé en cours d'extension au niveau des districts sanitaires, des centres et postes de santé ;
- le lancement d'une politique de Couverture maladie universelle (CMU) dont les orientations stratégiques sont basées sur la prise en charge des indigents et des groupes vulnérables ainsi que la mutualisation du risque maladie parmi les populations employées dans le secteur informel avec le soutien de l'Etat.

2.4. Ressources humaines

Le rapport sur le profil des ressources humaines en santé du Sénégal indique que le pays comptait 21 286 agents du secteur de la santé en 2012, y compris le secteur privé. L'essentiel de ce personnel, soit 90% exerce dans le secteur public mais plus de la moitié des médecins spécialistes (56,2%) sont dans le secteur privé.

Le niveau général de couverture en ressources humaine indique qu'une insuffisance en personnel de soins. Le pays compte moins de 6 professionnels de santé (médecins, infirmiers et sages-femmes) pour 10 000 habitants, ce qui est loin des 23 pour 10 000 habitants que l'OMS estime comme niveau minimal pour obtenir des taux de couverture sanitaire convenables[30]. A titre de comparaison, les ratios pour les principaux types de professionnels de santé sont les suivants :

- 1 médecin pour 13 072 habitants, contre une norme de 1 pour 10 000 ;
- 1 infirmier d'Etat pour 4 563 habitants pour une norme de 1 pour 3000 habitants ;
- 1 Sage-femme pour 10 815 habitants.

[30] Organisation Mondiale de la Santé, Statistiques sanitaires mondiales 2009

La répartition des professionnels de santé sur le territoire fait également ressortir un déséquilibre entre le milieu urbain et le milieu rural. Seulement 24% du personnel de santé travaille dans le milieu rural qui abrite plus de 50% de la population totale.

Tableau 46 : Effectifs et ratios de personnel de santé au Sénégal en 2012

Catégories professionnelles d'occupation	Effectifs	Ratio Personnels /10 000 habitants*	Ratio Population / 1 Professionnel*
Médecins	1 011	0,8	13 072
Personnel infirmier	4 892	3,3	2 701
Personnel obstétrical	1 227	1,8	10 771
Personnel odontologique	224	0,2	58 998
Personnel pharmaceutique	1 238	0,9	10 675
Agents de santé de laboratoire	412	0,3	32 077
Agents de santé publique et environnementale	684	0,5	19 321
Autre personnel	11 598	8,8	1 139
Total	21 286	16,6	621

Source : Calculé à partir des données du rapport sur le profil des ressources humaines en santé du Sénégal

* La population 2012 a été calculée par rétropolation, sur la base des données du RGPHAE de 2013

2.5. Disponibilité et capacité opérationnelle des services de santé

Le rapport de l'enquête continue sur la prestation des services de soins de santé (ECPSS) indique qu'en 2014, le pays comptait 3 084 structures de santé (dont 86 hôpitaux, 242 centres de santé, 1 250 postes de santé et 1 506 cases de santé).

Concernant les infrastructures, le dispositif sanitaire du secteur public est composé de trente-quatre (34) hôpitaux, quatre-vingt-huit (88) centres de santé et mille deux cent quarante-huit (1248) postes de santé. Les ratios par rapport à la population sont de :

- 1 hôpital pour 378 093 habitants contre la norme7 4 de la Carte Sanitaire qui fixe 300 000 habitants pour un hôpital régional EPS 2;
- 1 centre de santé pour 146 081 habitants contre la norme 3 de la Carte Sanitaire qui fixe 150 000 habitants pour un centre de santé;
- 1 poste de santé pour 10 301 habitants contre la norme 2 de la Carte Sanitaire qui fixe 5 000 habitants pour un poste de santé rural et la norme 1 qui fixe 10 000 habitants pour un poste de santé urbain.

Les 34 hôpitaux sont répartis en Etablissements de Publics de Santé (EPS) de niveau 3 (5), de niveau 2 (11) et de niveau 1 (18).

Le service des armées dispose de personnel et de structures sanitaires dénommées "Centres Médicaux de Garnison" (CMG) au niveau des 14 régions (37 postes de santé ; 2 centres de santé et 1 hôpital). Ces services sont concentrés au niveau des zones d'accessibilité géographique difficile, frontalières et des régions de conflits et post conflit.

Les entreprises et sociétés disposent également de 18 structures sanitaires (11 postes de santé et 7 centres de santé).

Tableau 47 : Indicateurs de disponibilité des infracteurs sanitaires

		Niveau primaire	Niveau secondaire	Niveau tertiaire	Ensemble
Nombre de formations sanitaires		1 722	69	13	1 804
dont	Public	1 257	23	10	1 290
	Privé	465	46	3	514
Ratio Formation sanitaire pour 10 000 habitants		1,3	0,1	0,0	1,3
Ratio Habitants pour 1 formation sanitaire		7 845	195 778	1 039 132	7 488
Disponibilité des médicaments		-	-	-	-
Disponibilité des SONU (Pour 500 000 habitants)		-	-	-	-
dont	SONUB				
	SONUC				

Notes

- Niveau primaire : Postes de santé et cabinets de soins privés
- Niveau secondaire : Hôpitaux régionaux, hôpitaux de district et cliniques
- Niveau tertiaire : Centres hospitaliers universitaires, polycliniques et hôpitaux privés

III. Prestation des services de santé

3.1. Utilisation, qualité et sécurité des services de santé

Les performances en matière d'utilisation des services de santé semblent limitées, selon les données de l'annuaire statistiques de 2014 du Sénégal. On observe moins d'une consultation externe par personne et par an en moyenne dans l'ensemble de la population et au sein des enfants de moins de 5 ans. Ce qui est en dessous des minima attendus qui sont d'une consultation en moyenne par habitant en général et de deux consultations en moyenne pour les enfants de moins de 5 ans.

Le taux de césarienne parmi les femmes qui accouchent dans les formations sanitaires du pays est estimé à 4,4% selon l'EDS continue 2014. Il est de 7,1% en milieu urbain et de 2,4% en milieu rural. Ce niveau reste en deçà des normes préconisées par l'OMS (5% – 15%), même Sénégal se classe parmi les pays qui ont une meilleure performance en couverture des besoins en césarienne. Cette performance pourrait s'expliquer par la mesure de gratuité de la césarienne qui a permis à 12 066 femmes de bénéficier de la césarienne en 2014[31].

Tableau 48 : Indicateurs d'utilisation, de qualité et de sécurité des services de santé

Consultations externes par habitant et par an en 2014, population totale (Nombre)	0,56
Consultations externes par habitant et par an, enfants de moins de 5 ans (Nombre)	0,97
Taux de césarienne en 2014 (%)	4,4
Taux de succès du traitement de la tuberculose (DOTS) en 2014 (%)	84,0
Taux de mortalité des moins de 5 ans dans les établissements sanitaires en 2014 (‰)	11,0
Ratio de mortalité maternelle au sein des institutions de santé en 2014 (%)	
Taux de mortinatalité dans les établissements sanitaires en 2014 (‰)	2,0

[31] Rapport de performance du DPPD 2014-2016, version provisoire

3.2. Couverture des interventions

Le niveau de recours des femmes aux formations sanitaires pour les soins prénatals est assez appréciable aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain. Selon les résultats de l'EDS continue de 2014, plus de 96% des femmes enceintes ont effectué au moins une visite prénatale et neuf femmes sur dix en ont fait 2 à 3. Cependant, ce chiffre baisse rapidement à la quatrième visite (48,1%). L'accouchement assisté par du personnel formé n'est pas encore généralisé car deux femmes sur cinq accouchent sans assistance de personnel qualifié, quand bien même 76,9% des accouchements ont lieu dans un centre de santé (EDS Continue 2014). Cette situation s'explique notamment par le fait que les matrones et accoucheuses traditionnelles interviennent pour près de 26% des accouchements en milieu rural.

La prévalence contraceptive chez les femmes en union progresse au Sénégal mais reste modeste : 20% pour les méthodes modernes en 2014 contre 16% en 2012-2013. La contraception est beaucoup plus fréquente en milieu urbain (31.1%) qu'en milieu rural (14,4%).

Plus de sept enfants sur dix de 12-23 mois ont reçu l'ensemble des vaccins du Programme élargi de vaccination (PEV) en 2014 tandis que neuf enfants sur dix et 8 enfants sur dix ont respectivement reçu les trois doses du pentavalents et le vaccin anti rougeoleux. Cependant, le taux d'abandon entre le BCG et la rougeole qui est de 15,1% dépasse les limites recommandées pour les programmes nationaux de vaccination.

Dans le cadre de la lutte contre le paludisme, les données montrent que l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide par les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes restent limitée et plus d'une femme sur trois n'a pas reçu les deux doses de traitement préventif intermittent (PTI 2) du paludisme au cours de la grossesse. La lutte contre la tuberculose connaît un progrès avec un niveau de détection des nouveaux cas qui est passé de 68% en 2013 à 72% en 2014 et 84% des cas traités avec succès.

Tableau 49 : Indicateurs de couverture des services de santé en 2014

Indicateur	Valeur
Couverture de la première consultation des soins prénatals (%)	96,2
Couverture des quatre visites des soins prénatals (%)	48,1
2ème dose de TPI dans le cadre des soins prénatals (%)	65,9
Pourcentage de femmes enceintes séropositives sous TAR (%)	-
Proportion de naissances assistées par un personnel de santé qualifié (%)	59,0
Taux de soins postnatals (%)	62,3
Besoin non satisfait en planification familiale (%)	25,1
Taux de prévalence contraceptive (%)	20,3
Couverture vaccinale pour les 3 doses de DCT/Penta3 (%)	89,0
Couverture contre la rougeole des enfants de moins d'un an (%)	80,0
Taux de couverture des enfants complètement vaccinés (12-23 mois) (%)	74,0
Taux d'abandon BCG - Rougeole (%)	15,1
Adultes et enfants séropositifs éligibles recevant une thérapie antirétrovirale (%)	-
Taux de détection des cas de tuberculose pour les nouveaux cas à frottis positif (P. 100 000)	72,0
Pourcentage de patients tuberculeux dépistés pour le VIH (%)	80,0
Taux de chirurgie de la cataracte (Pour 1 million d'habitants)	-

Enfants de moins de cinq ans dormant sous des MII (%)	49,0
Femmes enceintes dormant sous des MII (%)	45,0

IV. Facteurs et comportements à risque

L'état nutritionnel et les pratiques de l'allaitement maternel sont des éléments déterminants de la situation sanitaire des enfants. Au Sénégal, 13% des enfants sont considérées en insuffisance pondérale, selon l'enquête EDS de 2014. Ce niveau est supérieur au seuil de 10% jugé « acceptable » selon la classification de l'OMS. Les pratiques alimentaires pourraient expliquer cette situation car même si l'allaitement maternel est quasi-généralisé pour les enfants de moins de six mois, seulement 33% des mères respectent la recommandation de l'allaitement maternel exclusif.

La prévalence du tabagisme est élevée au sein de la population sénégalaise. 55% des hommes de 15 ans et plus contre 23% chez les femmes déclarent consommer du tabac en 2014. Ce qui augmente les risques sanitaires. L'accès à des sources d'eau potables est à un niveau satisfaisant (90%). Cependant, des efforts importants restent à faire pour l'accès à des installations sanitaires améliorées, notamment en milieu rural où 2 personnes sur 3 n'y ont pas accès.

Tableau 50 : Indicateurs de mesure des facteurs et comportement à risque en santé

Indicateur	Valeur
Taux d'insuffisance pondérale à la naissance des enfants de moins de 5 ans (%)	9,0
Initiation précoce de l'allaitement maternel (%)	-
Les nourrissons nourris exclusivement au sein pendant les six premiers mois de la vie (%)	33,0
Taux d'insuffisance pondérale des enfants de moins de 5 ans (%)	12,6
Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque (%)	-
Taux de grossesse des adolescentes (15-19 ans) (%)	17,6
Utilisation de sources d'eau potable améliorées (%)	90,8
Utilisation d'installations sanitaires améliorées (%)	44,0
Prévalence du tabagisme au sein de la population adulte (homme de 15 ans et plus) (%)	55,0
Taux de mortalité des accidents de la circulation routière (%)	-

V. Etat de santé de la population

Ces deux dernières décennies ont été marquées par une amélioration de la situation sanitaire au Sénégal. Les taux de morbidité et de mortalité, notamment au sein de la population des enfants de moins de 5 ans ont connu des baisses significatives.

5.1. Morbidité

Maladies transmissibles

Le paludisme constitue toujours la première cause de morbidité mais son poids baisse rapidement au fil du temps du fait des nombreuses mesures de prévention entreprises dans le cadre du Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP). L'incidence du de la maladie est passée de 130 cas pour 1000 habitants en 2006 à 19 ‰ en 2014 selon les données du PNLP. Chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, cette incidence se situe respectivement à 15,6‰ et 1,9‰.

La prévalence du VIH au sein de la population sénégalaise n'a pas beaucoup évolué au fil du temps. Elle est estimée à 0,7% en 2005 et en 2011. Elle est de 0.8% chez les femmes âgées de 15-49 ans et de 0.5% chez les hommes du même groupe d'âge. Ce qui signifie qu'il y a 160 femmes infectées pour 100 hommes en 2011 contre un ratio de 225 pour 100 en 2005. La prévalence du VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans est de 0,5%. Elle est sept fois plus élevée chez les filles que chez les garçons (0,7% contre 0,1%).

Maladies non-transmissibles

Les femmes sénégalaises souffrent plus de maladies chroniques que les hommes et la survenue est plus précoce chez la femme que chez l'homme soit 20% contre 13%. Près de neuf personnes sur dix souffrant de maladie chronique ont été informées par un médecin (89%) et parmi eux, seulement deux tiers (66%) sont régulièrement traités. (EDS Continue 2014).

L'hypertension artérielle est la maladie chronique la plus fréquente chez les personnes adultes. C'est la principale plainte notamment chez les femmes de 15 ans et plus dont 45% souffrent d'HTA contre 27% chez les hommes. Selon les tranches d'âge, la prévalence de l'HTA chez la femme passe de 11% ente 15-19ans à 59% chez les 60 ans et plus. L'HTA concerne plus les hommes vivants en milieu rural (32%) que ceux vivant en ville (22%). Elle semble également plus élevée au sein de la population pauvre que chez les moins pauvres.

Le diabète touche 6,4% des femmes et 8,8% des hommes de 15 ans et plus au Sénégal. Les hommes appartenant aux ménages les plus riches se plaignent le plus diabète (15%) que ceux des ménages pauvres (2%).

5.2. Mortalité

La mortalité générale au Sénégal a connu une baisse progressive au fil du temps. Le taux brut de mortalité est passé de 26‰ en 1960 à 7,6‰ en 2013 (Banque Mondiale). Dans le même temps, l'espérance de vie à la naissance a presque doublé pour s'établir à 64,8.

Les mortalités spécifiques des enfants connaissent également des baisses mais restent à des niveaux encore élevés. En 2014, les données de l'EDS indiquaient que pour 1000 enfants nés vivants, 19 n'atteignent pas un mois d'âge et 33 meurent avant leur premier anniversaire. Ils sont 54 qui meurent avant d'avoir 5 ans.

Tableau 51 : Indicateurs de mortalité

Indicateur	Valeur
Taux de mortalité néonatale en 2014 (‰)	19
Taux de mortalité infantile en 2014 (‰)	33
Taux de mortalité des moins de 5 ans en 2014 (‰)	54
Ratio de mortalité maternelle en 2011 ((P. 100 000 NV))	392

La mortalité des enfants est beaucoup plus élevée en milieu rural où 77 enfants pour 1000 naissances vivantes meurent avant 5 ans contre 44 en milieu urbain. Le niveau d'éducation de la mère est également un facteur déterminant dans la mortalité des enfants.

La mortalité maternelle peine à baisser significativement au Sénégal. Elle est passée de 401 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2005 à 392 pour 100 000 naissances vivantes en 2011.

VI. Maladies à potentiel épidemique :

Parmi les maladies sous surveillance, le Sénégal enregistre plus fréquemment des cas de méningite et de rougeole. 4 cas de tétanos néonatal et un cas de maladie à virus Ebola (MVE) ont également été enregistrés en 2014.

Sur 210 cas suspects de méningite notifiés en 2014, 5 décès ont été enregistrés, soit un taux de létalité de 2,4%. Cependant, on note un remplissage non exhaustif des fiches de collecte et une insuffisance dans la transmission des résultats de laboratoire.

1 081 cas suspects de rougeole ont été notifiés et 990 cas ont fait l'objet de prélèvement. Les régions de Dakar, Thiès, Kaolack, Kedougou, Louga et Matam sont celles où les 15 cas positifs ont été enregistrés.

Sur un total de 133 cas de PFA attendus dans l'année 2014, 202 cas ont été notifiés soit 152% de taux de détection. La plupart des régions ont dépassé les 80% de notification sauf Sédhiou (60%) et Ziguinchor (71%).

Un seul cas de la MVE importé de la Guinée a été notifié en 2014. Il a été pris en charge avec succès et 74 contacts identifiés aussi bien chez les proches du patient que dans le personnel de santé ont fait l'objet de suivi par les services de santé.

Aucun cas de fièvre jaune n'a été confirmé au cours de l'année 2014. Cependant 466 cas d'ictère fébrile ont été prélevés sur 541 cas notifiés. De même le pays n'a enregistré aucun cas de choléra depuis le mois d'août 2012. La fièvre de Lassa, bien que inscrite dans le guide technique SIMR, ne figure pas parmi les maladies du système de surveillance de routine du Sénégal.

Tableau 52 : Indicateurs de surveillance épidémiologique en 2014

Indicateur	Valeur
Taux d'attaque de choléra	0
Taux de létalité de choléra	0
Taux d'attaque de méningite	1,5
Taux de létalité de méningite	2,4
Taux d'attaque de rougeole	7,4
Taux d'attaque de fièvre jaune	3,5
Taux de létalité de fièvre jaune	4,6
Taux d'attaque de fièvre Lassa	0
Taux de létalité de fièvre Lassa	0
Taux de létalité du TNN	0,0
Nombre de cas de Poliomyélite	0
Nombre de cas de ver de Guinée	0
Taux d'attaque de la maladie à virus Ebola	0,0
Taux de létalité de la MVE	0

Le système de surveillance épidémiologique du pays mérite d'être renforcé car si le délai de notification des cas s'est amélioré au fil du temps, des retards sont toujours constatés dans l'envoi des prélèvements au laboratoire et le remplissage des fiches de notification n'est pas exhaustif. De plus, 17 districts ont été silencieux sur les 76 que compte le pays.

Conlusion

L'évolution des indicateurs de santé montre que l'état de santé au Sénégal s'améliore progressivement avec des niveaux de mortalité continuellement en baisse et une espérance de vie qui a presque doublé depuis le début des indépendances. Cette situation se justifie certainement par une couverture progressive des besoins de la population par des services de santé de plus en plus rapprochés et des prestations de qualité croissante.

Malgré ces progrès, des déséquilibres persistent au sein du système de santé. On note en particulier une forte concentration des services et des personnels de santé dans les zones urbaines au détriment des populations rurales qui restent encore majoritaires. L'utilisation des services de santé pour les soins prénatals et les accouchements est encore insuffisante. Ce qui maintient la mortalité maternelle à un niveau jugé élevé. Le financement de la santé par l'Etat reste en déca des normes prescrites et l'absence d'une couverture maladie universelle limite le recours des populations aux services de santé.

La promotion de la gestion axée sur les résultats et le renforcement du système d'information sanitaires sont deux des onze objectifs du plan national de développement sanitaire 2009-2018 du Sénégal. Cela suppose que le Ministère de la Santé travaillera à renforcer la disponibilité des données sanitaires et à leur utilisation pour mesurer ses performances et orienter ses stratégies vers des actions plus efficaces et efficientes. Déjà, la réalisation régulière d'une enquête démographique et de santé (EDS) continue et la mise en place en cours d'une plateforme de gestion des données sanitaires constituent une avancée dans ce sens.

L'élaboration du profil sanitaire du Sénégal contribuera à ce processus à travers une analyse des niveaux des indicateurs de performance du secteur de la santé et en les mettant dans une perspective de comparaison sous régionale, sur la base d'indicateurs harmonisés.

Réferences

1. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie. Enquête démographique et de santé continue ; 2014. Disponible à l'adresse : http://dhsprogram.com/publications/publication-FR305-DHS-Final-Reports.cfm

2. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie. Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples du Sénégal (EDS-MICS) 2010-2011. Rapport final. Février 2012

3. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie. Rapport définitif du RGPHAE 2013 ; Septembre 2014. Disponible à l'adresse : http://www.ansd.sn/ressources/publications/2-%20Etat%20et%20structure%20de%20la%20population.pdf

4. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie. Rapport de projection de la population du Sénégal 2013-2063 ; juillet 2015

5. Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. Plan national de développement sanitaire 2009 – 2018. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/pmnch/media/events/2014/sen_pnds.pdf

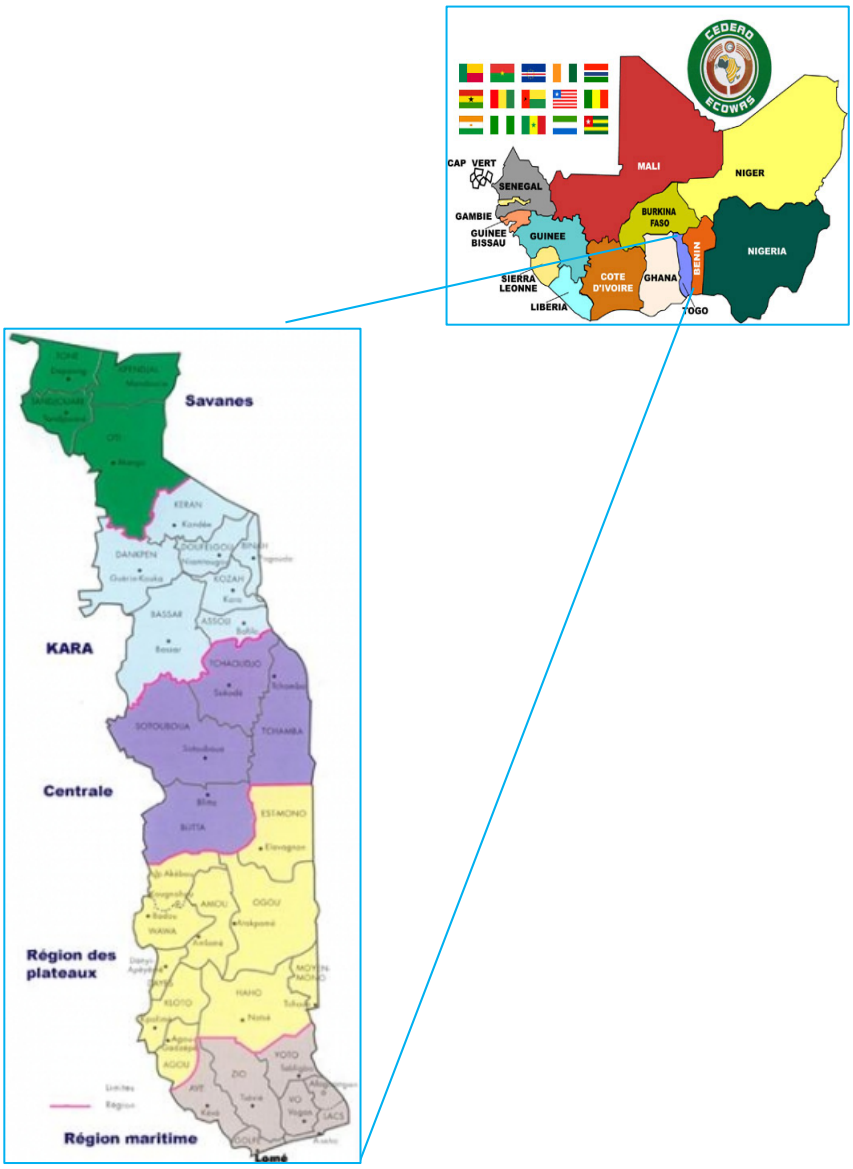
6. Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. Compact du Sénégal. Disponible à l'adresse : http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Country_Pages/Senegal/Senegal_Compact_version%207%20f%C3%A9vrier%202013%20.pdf

7. Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. Profil des ressources humaines en sante du Sénégal ; 2012. Disponible à l'adresse : http://drhsante.com/PROFILPAYS2013.pdf

8. Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. Rapport de performance du DPPD 2014-2016, version provisoire ; avril 2015

REPUBLIQUE DU TOOGO

PROFIL SANITAIRE DU TOGO



Introduction

En 2012, les pays de l'espace CEDEAO ont adopté une politique régionale de système d'information sanitaire. L'un des objectifs poursuivis par cette politique est de renforcer l'analyse, le partage et l'utilisation de l'information sanitaire pour les besoins de prise de décision en vue d'améliorer l'état de santé des populations de l'espace communautaire. L'élaboration d'un profil sanitaire procède de cette volonté des autorités de la sous-région et de l'OOAS. Il permet aux pays et aux partenaires de mieux connaitre les performances et les défis auxquels font face les systèmes de santé.

La réalisation du profil sanitaire s'est faite sur la base d'indicateurs traceurs communs de la santé pour les pays de la CEDEAO en vue de garantir une comparabilité des situations des pays. Il fait une description de la situation sanitaire et tente d'analyse les performances du système de santé en comparant les résultats atteints avec les objectifs nationaux et les normes internationales en matière de santé.

Les données utilisées sont essentiellement celles produites par le système statistique national, notamment à travers le système national d'information sanitaire. Les principales sources exploitées sont : les rapports statistiques du Ministère de la Santé et de ses programmes, le rapport de la troisième enquête démographique et de santé du Togo, les résultats du recensement général de la population et de l'habitat et les documents de politique et de stratégies nationales en matière de santé. Les données sont collectées par la Division de l'Information, des Statistiques, des Etudes et de la Recherches. Elles ont fait l'objet de validation avec l'appui technique d'une mission de l'OOAS.

Le profil sanitaire est structuré en six grandes parties qui sont : (i) la présentation du pays sur le plan géographique, administratif, socioéconomique et démographique ; (ii) la gouvernance et l'organisation du système de santé ; (iii) la prestation des services de santé ; (iv) les facteurs et comportements à risque en matière de santé ; (v) l'état de santé des populations et (vi) la surveillance épidémiologique.

I. Présentation du pays

1.1. Situation géographique

Situé en Afrique de l'Ouest, sur la côte du golfe de Guinée, le Togo est une étroite bande qui s'étale sur une superficie de 56 600 km2. Il s'étire sur une longueur de 600 km et une largeur variant entre 50 et 150 km. Il est limité au nord par le Burkina-Faso, au sud par l'Océan Atlantique, à l'est par le Bénin et à l'ouest par le Ghana.

Le pays jouit d'un climat tropical subdivisé en deux grandes zones: une zone de type guinéen au sud avec deux saisons sèches (de novembre à mars et de juillet à août) et deux saisons pluvieuses (de mars à juillet et de septembre à octobre) ; une seconde zone de type soudanien recouvrant la moitié nord et se caractérise par une seule saison de pluies (de mai à octobre) et une saison sèche (de novembre à avril).

Le climat chaud et humide du Togo est favorable à la prolifération de vecteurs de maladies et en partie responsable du profil épidémiologique national dominé par les maladies infectieuses et parasitaires.

Le relief togolais est composé principalement de deux plaines couvertes de savanes séparées par la chaîne du Togo (Atakora), orientée du nord-est au sud-ouest. Les lacs sont nombreux et le plus grand est le lac Togo.

Au plan de la gouvernance administrative, le découpage du pays est le suivant :

- niveau national: cinq régions administratives à savoir du nord au sud : Savanes, Kara, Centrale, Plateaux, Maritime. La commune de Lomé est également considérée comme une région sur le plan sanitaire;

- niveau régional : 35 préfectures et 5 Arrondissements (de Lomé) ;
- niveau local: 35 communes dont 30 communes de plein exercice et 5 communes de moyen exercice,

1.2. Situation socioéconomique

Avec un produit intérieur brut (PIB) par habitant estimé à 646,1 USD en 2014, le Togo fait partie des pays à faible revenu. Son économie connaît cependant une croissance soutenue avec une progression moyenne annuelle de son PIB d'environ 5% depuis 2010.

La croissance économique a contribué à réduire légèrement l'incidence de la pauvreté qui touchait malgré tout 58,7% des togolais en 2011 contre 61,7% en 2006. Ce niveau de pauvreté constitue une barrière à l'accès aux services de santé.

Le Togo connaît un niveau d'alphabétisation relativement élevé. Plus de trois adultes sur cinq sont alphabétisés et le taux net de scolarisation des enfants avoisine 98%. Ceci constitue une opportunité pour un développement économique et social du pays. Pour cela l'accès à l'emploi par les jeunes doit être amélioré.

Tableau 53 : Principaux indicateurs sociaux et économiques

Indicateur	Valeur
Population en 2014 (millions d'habitants)	6,8
PIIB par habitants en 2014 (USD)	646,1
Taux de croissance du PIB 2014 (%)	5,7
Incidence de la pauvreté en 2011 (%)	58,7
Taux net de scolarisation au primaire en 2013 (%)	97,5
Taux d'alphabétisation des jeunes de 15 à 24 ans en 2011 (%)	79,9
Taux d'alphabétisation des adultes de 15 ans et plus en 2011 (%)	60,4
Ratio emploi-population de 15 ans et plus en 2014 (%)	75,4
Source d'eau améliorée, en milieu rural en 2014 (%)	43,8
Accès aux installations d'assainissement améliorées en 2014 (%)	11,6

Source : Banque Mondiale

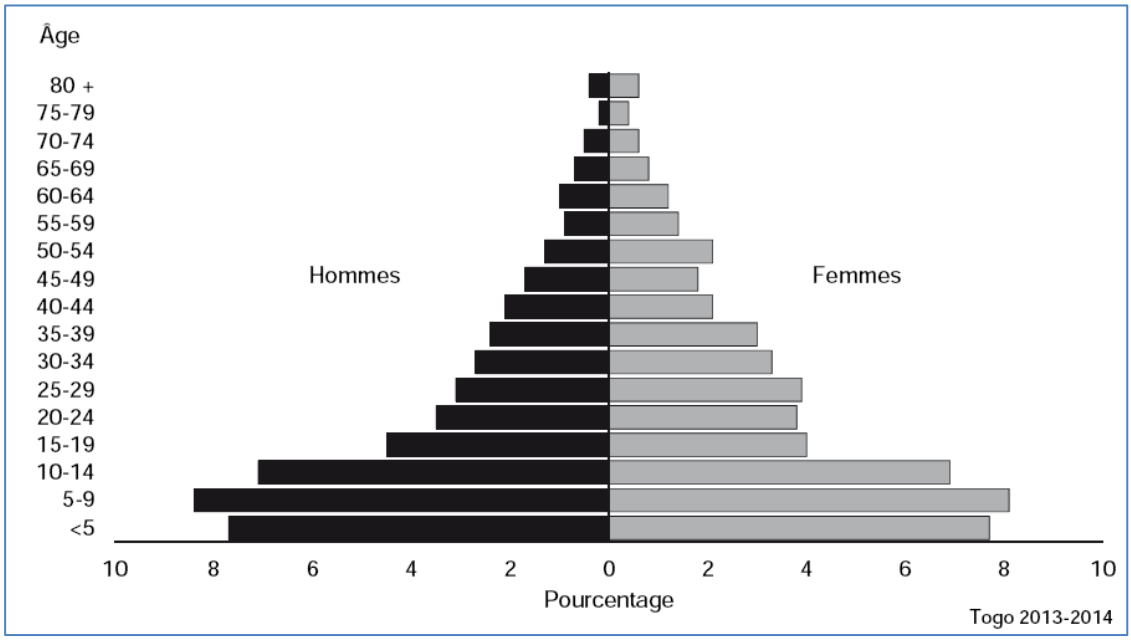
1.3. Situation démographique

Selon les résultats projetés du 4ème recensement général de la population et de l'habitat (RGPH4) de 2010, la population du Togo est estimée à 6 811 892 habitants avec une densité moyenne de 120 habitants au km² en 2014. Près d'un quart de cette population réside dans Lomé-Commune et 42% dans la région maritime. C'est une population majoritairement rurale (62,3%) et jeune (60% de moins de 25 ans). Les personnes âgées de 15 à 64 ans représentent une proportion de 54% et celles de 65 ans et plus constituent seulement 4% de la population totale du pays. Les femmes représentent 51,4% de la population.

La population du Togo connaît une croissance forte de 2,84% en moyenne par an. L'effectif de la population a plus que doublé en 29 ans (1981-2010). La jeunesse de la population et le fort taux de croissance constituent des sources de pression accrue sur les services de santé qui connaissent une réduction des effectifs et un vieillissement du personnel. Le maintien de cette tendance démographique signifierait une augmentation du gap qui pourrait compromettre les efforts consentis dans les autres domaines du développement du pays, surtout que les projections prévoient une hausse de la population de 25% à l'horizon 2020 par rapport à 2010.

La pyramide des âges issue de l'enquête démographique et de santé du Togo (EDST) réalisée en 2013-2014 (voir figure ci-dessous) est caractéristique d'une population jeune et à forte fécondité. Sa structure est similaire à celle observée dans la plupart des résultats des enquêtes effectuées au Togo depuis 1998 et au 4ème recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de 2010. Particulièrement la proportion des enfants de moins de 5 ans est moins élevée que celle du groupe d'âge 5-9 ans, ce qui pourrait s'expliquer par la baisse manifeste de la fécondité constatée depuis les années 90. L'indice synthétique de fécondité est passé de 6,4 enfants par femme en 1988 à 4,8 en 2013-2014.

Figure 23 : Pyramide des âges de la population du Togo en 203-2014



Source : EDST 2013-2014

II. Gouvernance et fonctionnement du système national de santé

2.1. Organisation du système de santé

Sur le plan administratif, le système de santé du Togo est organisé en une pyramide sanitaire à trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique. Le niveau central est représenté par le cabinet du Ministre de la Santé et le Secrétariat Général auquel sont rattachés les directions centrales et les institutions de santé à portée nationale. Le niveau intermédiaire comprend 6 directions régionales de la santé (DRS) qui coordonnent et supervisent la mise en œuvre de la politique sanitaire au niveau périphérique. Le niveau périphérique est représenté par le district sanitaire qui constitue l'entité opérationnelle décentralisée du système de santé. L'administration des districts sanitaires est assurée par les directions préfectorales de la santé (DPS) et les directions de district sanitaire (DDS).

Le système de prestations de soins est également organisé en trois niveaux de soins : primaire, secondaire et tertiaire. Le niveau primaire est constitué des structures de soins de santé primaires autour du district sanitaire et comprend deux échelons : les structures de soins de base (USP, cabinet privé de soins et PMI) et les structures de soins de première référence (HD) publiques ou privées avec ou sans Antenne chirurgicale. Le niveau secondaire est représenté par les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR)

et les hôpitaux spécialisés de référence. Enfin, le niveau tertiaire est constitué par les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et les institutions spécialisées de santé de portée nationale[32].

2.2. Politique et priorités sanitaires nationales

En mai 2010, le Togo a adhéré au pacte international pour la santé et initiatives apparentées (IHP+). Cette adhésion a eu comme conséquences l'élaboration de nouveaux documents stratégiques tels que l'analyse de la situation sectorielle, la politique nationale de la santé et le plan de développement sanitaire 2012-2015.

Le PNDS 2012-2015 est décliné en cinq programmes dont quatre « programmes d'action » visant respectivement : (i) la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, (ii) la réduction de la mortalité infantile et infanto-juvénile, (iii) le contrôle des principales maladies transmissibles, y compris les maladies tropicales négligées et (iv) la lutte contre les maladies non transmissibles. Le cinquième programme est transversal et vise le renforcement du système de santé dans le but d'un soutien des quatre programmes précédents et d'un accès universel aux services essentiels de santé.

La mise en œuvre de ces programmes repose sur des stratégies coût-efficaces répondant à la fois aux besoins de la population, aux faiblesses du système de santé ainsi qu'à la soutenabilité du cadre macro-économique.

Le droit fondamental de chaque citoyen de bénéficier du plus haut niveau de santé possible, défini comme vision de la nouvelle politique nationale de santé, et la nécessité de parvenir à l'équité dans l'accès aux soins de santé ont motivé la priorité accordée à des stratégies visant principalement à :

- rapprocher l'offre de soins des communautés ;
- renforcer l'utilisation de services ;
- améliorer la qualité des soins essentiels ;
- améliorer l'efficacité du financement de la santé.

Ces priorités stratégiques comprennent entre autres :

- le renforcement des soins au niveau familial et communautaire ;
- le renforcement et l'augmentation des structures offrant les soins obstétricaux et néonatals d'urgence et de prise en charge de certaines maladies non transmissibles (MNT) ;
- le recrutement du personnel soignant manquant dans les structures du premier échelon et les hôpitaux ;
- la mise en place d'un système de motivation pour le personnel travaillant dans les zones rurales éloignées ;
- la mise en place d'un système de financement basé sur la performance ;
- le renforcement des supervisions et de la formation continue des personnels de santé et des ASC afin de garantir une amélioration significative de la qualité des soins ;
- une disponibilité plus large du médicament générique de qualité à coût abordable et une gestion renforcée de la logistique des médicaments et fournitures essentielles ;
- la mise en place d'un système de référence fonctionnel ;
- la mise en œuvre d'actions visant à réduire les coûts d'accès aux soins de santé pour les plus vulnérables et les pauvres ;
- la mise en place d'un système d'information sanitaire de qualité et la systématisation du monitoring ;
- le renforcement de la participation communautaire.

[32] PNDS 2012-2015 du Togo

2.3. Financement de la santé

Niveau et sources de financement

En matière de financement de la santé, les résultats des comptes de la santé 2010 indiquent que les dépenses totales de santé par habitant sont de 13 553 FCFA soit 27,1 USD alors que les dépenses publiques totales de santé par habitant sont de 4 900 FCFA soit 9,8 USD.

Les dépenses publiques de santé représentent 36,3% des dépenses totales de la santé. Cependant les dépenses publiques de santé ne représentent que 6,1% des dépenses totales de l'Etat. Ce qui signifie que le Togo doit faire des efforts pour atteindre l'objectif de 15% des ressources publiques affectées à la santé tel que prôné par la déclaration des Chef d'Etat à Abuja en 2001.

Mécanismes innovants de financement de la santé

Il n'existe pas d'impôts ni de taxes spécifiques affectés au secteur de la santé. Néanmoins, face à l'insuffisance des ressources allouées au secteur de la santé, des stratégies sont mises en place dans le but d'améliorer l'accessibilité financière des populations aux soins de santé. Il s'agit notamment de :

- L'assurance maladie qui couvre pour le moment les fonctionnaires et les militaires ainsi que les affiliés ;
- La subvention de la césarienne à 90% ;
- La gratuité des ARV et des CTA ;
- La subvention des soins pour les indigents.

Dans la perspective de la mise en place d'un système de couverture universelle de la santé, une réflexion a été engagée pour déterminer des mécanismes innovants de mobilisation de ressources additionnelles. Dans ce cadre, une étude portant sur l'exploration des mécanismes potentiels de financement innovant pour la santé validée en juillet 2014 a proposé trois pistes prometteuses parmi les cinq mécanismes étudiés : (i) la taxe sur les billets d'avion, (ii) la taxe sur la téléphonie et, (iii) la taxe sur l'alcool.

Il faut noter également les réflexions sont en cours pour la mise en œuvre du financement basé sur la performance.

2.4. Ressources humaines

En 2014, le Togo disposait de 408 médecins et 3 128 personnels de soins infirmiers et obstétricaux, soit 0,60 médecin pour 10 000 habitants, 3,261[33] infirmiers pour 10 000 habitants et 1,33 sages-femmes pour 10 000 habitants. Au regard de ces données, le Togo dispose de 4 personnels soignants pour 10 000 habitants.

Dans toutes les catégories de personnel de santé, le constat est que les effectifs disponibles sont en deçà des normes requises pour une fourniture de services de santé adéquats aux besoins de la population. D'où la nécessité de renforcer la disponibilité du personnel de santé tout en veillant à l'équité dans sa répartition géographique.

Tableau 54 : Evolution des normes en ressources humaines en 2014

Profil du personnel	Norme requise	Effectif en fin 2013	ratio en fin 2013*	Effectif en fin 2014	Ratio en fin 2014*
Médecins	1/10.000 hts	396	0,60	408	0,60
Chirurgiens-dentistes	1/10.000 hts	18	0,03	18	0,03

[33] : Les Techniciens supérieurs en soins sont comptés parmi les infirmiers

Pharmaciens	1/10.000 hts	14	0,02	17	0,02
Infirmiers (IDE+IAE)	1/4.000 hts	1238	1,86	1435	2,11
Sages-femmes/accoucheuses auxiliaires	1/4.000 hts	752	1,13	909	1,33
Personnel de laboratoire	1/4.000 hts	382	0,57	418	0,61
Personnel de réadaptation fonctionnelle	1/4.000 hts	174	0,26	205	0,30
Personnel de salubrité	1/4.000 hts	293	0,44	337	0,49
Techniciens supérieurs de soins	1/4.000 hts	650	0,98	784	1,15
Psychologues de santé	1/4.000 hts	19	0,03	18	0,03
Personnel technique	-	87	0,13	89	0,13
Personnel administratif cadre	-	286	0,43	323	0,47
Personnel administratif d'appui	-	3011	4,53	3136	4,60
Personnel hospitalier d'appui	-	2347	3,53	2294	3,37
Total		9667	14,54	10391	15,25

***Source** : Rapport MS 2014*

**** : Les ratios ont été recalculés en utilisant les effectifs de population projetés***

2.5. Disponibilité et capacité opérationnelle des services de santé

Le Togo dispose de 1019 formations sanitaires toutes catégories confondues. Au premier niveau de soins, 998 formations sanitaires dont 665 dans le secteur public et 343 dans le privé constituent les structures de premier contact. Il est à remarquer que la plupart des structures privées se concentrent dans la capitale Lomé et dans ses environs.

Le deuxième niveau de soins comprend les Centres Hospitaliers Régionaux et des hôpitaux spécialisés. Parmi les 17 formations sanitaires de deuxième niveau de soins, 10 sont en milieu urbain et 7 en milieu rural. Les 6 centres hospitaliers régionaux sont des structures publiques et les 11 hôpitaux spécialisés sont des structures privées.

Le troisième niveau de soins comprend les 3 centres hospitaliers universitaires et un hôpital spécialisé. Ils sont tous des structures publiques et sont en milieu urbain.

L'ensemble des structures sanitaires du pays donnent une couverture de 1,53 formation sanitaire pour 10 000 habitants.

En 2013 le nombre total de lits d'hospitalisation était de 4 499, soit en moyenne 1 500 personnes pour un lit d'hospitalisation, ce qui est inférieur à la norme recommandée d'au moins un lit pour 1 000 habitants. Les résultats de l'enquête SARA réalisée en 2012 montrent que 39% des formations sanitaires disposaient de tous les médicaments essentiels. Ce taux est surtout valable pour les structures sanitaires du premier niveau.

En 2014, le système de santé du Togo comptait 9 structures SONUB et 24 structures SONUC, soit une disponibilité de 2,54 structures SONU pour 500000 habitants dont 1,85 structure SONUC. On note une assez bonne couverture populationnelle des SONUC et une faible couverture en SONUB. La norme recommandée étant de 5 formations sanitaires SONU pour 500 000 habitants dont 4 structures SONUB et une structure SONUC. La plupart des structures SONUB sont en milieu rural (8/9) alors que les SONUC sont en milieu urbain (17/24).

III. Prestation des services de santé

3.1. Utilisation, qualité et sécurité des services de santé

En 2013, le nombre de consultations externes par habitant et par an était de 0,3. Ce nombre reste très inférieur au taux souhaité d'au moins une consultation par personne et par an et de deux consultations pour les enfants de moins de 5 ans. Cependant, on constate une progression du recours aux formations sanitaires avec le nombre de consultations externes passant de 1724061 en 2009 à 2 071 012 en 2013.

Le nombre de césariennes réalisées en 2013 est de 12 330, soit un taux de 4% de l'ensemble des accouchements. Ce taux est en progression depuis 2011, année au cours de laquelle la gratuité de la césarienne a été effective dans le cadre de la CARMMA.

Le taux de succès thérapeutique de la tuberculose est de 88% en 2013 selon le rapport annuel de PNLT. Ce taux est en progression constante depuis 2008 où il était de 79%.

Le ratio de mortalité maternelle dans les formations sanitaires est de 170 décès pour 10 000 naissances vivantes. Il reste élevé malgré les stratégies qui sont mises en place dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle. Le taux de mortinatalité dans les formations sanitaires est de 25‰. Les mort-nés frais représentent 47% de l'ensemble des mort-nés. Des efforts restent à faire dans le cadre de la surveillance des accouchements.

6.1. Couverture des interventions

La première consultation prénatale connait une importante variation selon le milieu : En moyenne 73% des femmes enceintes font la CPN1, 97% en milieu urbain et 58% en milieu rural. La continuité des soins prénatals n'est pas effective pour l'ensemble des femmes vues en CPN puisque 55% des femmes enceintes sont revues pour la quatrième consultation prénatale. De même, seulement 59% des naissances sont assistés par du personnel de santé qualifié. Ceci s'explique par le fait que certaines formations sanitaires et surtout les maternités sont tenues par du personnel non qualifié2[34] ou que beaucoup d'accouchements ne se font pas dans les formations sanitaires.

Au cours de ces consultations prénatales, 63,2% des femmes enceintes ont reçu la 2ème dose de Traitement Préventif Intermittent contre le paludisme. Selon la dernière EDS réalisée en 2013-2014, 71% des femmes accouchées sont vues pour les soins post-natals.

Les besoins non satisfaits en planification familiale sont de 33,6%. Ces besoins non satisfaits varient peu selon le milieu (urbain : 33% ; rural : 34%) et selon le niveau d'instruction de la femme (aucun niveau d'instruction : 34,7% ; primaire : 33,7% ; secondaire et plus : 31,7%).

Le taux de prévalence contraceptive est de 17,3%. Il est de 18,8% est milieu urbain et de 16,3% en milieu rural. Le taux de prévalence contraceptive est très influencé par le niveau d'instruction. Alors qu'elle est de 21,4% chez les femmes de niveau secondaire au moins et de 19,4% chez celles de niveau primaire, elle n'est que de 12,9% chez les femmes qui n'ont aucun niveau d'instruction.

Le pentavalent a été introduit dans le PEV depuis juillet 2008. En 2013, la couverture vaccinale en Penta 3 des enfants de 0 à 11 mois était de 82,8% et celle du VAR était de 74,3% selon l'EDST 2013-2014. Selon la même source, 61,5% des enfants de 12-23 mois sont complètement vaccinés (soit: 66,2% en milieu urbain et 58,6% en milieu rural). On constate niveau d'abandon très élevé entre le BCG et le VAR, soit 21% selon l'EDST 2013-2014. L'objectif national est de réaliser un taux d'abandon BCG-VAR inférieur à 10%.

[34] Certaines formations sanitaires/maternités sont tenues par des matrones

Le taux de détection des cas de tuberculose pour les nouveaux cas à frottis positif est de 27 pour 100 000 habitants en 2014.

Des efforts importants sont faits pour le dépistage des patients tuberculeux au VIH. En 2014, le pourcentage de patients tuberculeux dépistés pour le VIH est de 97%.

En 2013, le taux de chirurgie de la cataracte est de 411 pour 1 000 000 d'habitants, ce qui largement inférieur à la cible de 2000 cas pour 1 000 000 d'habitants.

L'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide par les groupes cibles est à un niveau insatisfaisant. L'EDS 2013 a révélé que seulement 42,8% (38% en milieu urbain et 45,4% en milieu rural) des enfants de moins de 5 ans ont dormi sous moustiquaires la veille de l'enquête. Ce taux est de 40% (35,5% en milieu urbain et 42,2% en milieu rural) pour les femmes enceintes. Les études montrent cependant qu'il faut atteindre un niveau d'utilisation générale de 80% des moustiquaires pour espérer stopper la propagation du paludisme.

IV. Facteurs et comportements à risque

4.1. Facteurs de risque

Selon l'EDST 2013-2014, le taux d'insuffisance pondérale à la naissance est de 10%. Ce taux est peu influencé par le niveau d'instruction de la mère. En effet il est de 11,6% chez les enfants des mères n'ayant aucun niveau d'instruction, de 11% chez ceux des mères ayant une instruction du niveau primaire et de 10,3% chez des mères ayant une instruction de niveau secondaire au moins.

Chez les enfants de moins de 5 ans, le taux d'insuffisance pondérale est de 16%, ce qui est supérieur au seuil acceptable de 10%. Ce taux est plus marqué en milieu rural (19%) qu'en milieu urbain (11%) et également chez les garçons (17%) que chez les filles (15%). Elle est également plus prononcée chez les enfants de 9-11 mois (24,1%).L'allaitement maternel a été initié dans l'heure suivant la naissance chez 60,6% des enfants. Ce taux est de 61,6% en milieu urbain et de 60,1% en milieu rural. Moins de six nourrissons sur dix sont exclusivement nourris au sein pendant les six premiers mois de vie, comme cela recommandé.

4.2. Comportements à risque

Selon l'EDST 2013-2014, 63,1% des hommes et 59,2% des femmes ont affirmé avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel à haut risque. Ce qui signifie qu'une personne sur quatre n'a pas utilisé de condom lors de rapports sexuels à risque. Chez les adolescentes de 15 à 19 ans, on constate que 16,5% d'entre elles sont soit enceintes ou l'ont déjà été. Ce taux varie de façon considérable selon le milieu et selon le niveau d'instruction. Il est de 11% en milieu urbain contre 21,1% en milieu rural, 35% chez les adolescentes qui n'ont aucun niveau d'instruction contre de 23,4% chez celles qui ont un niveau primaire et de 9% chez celles qui ont un niveau secondaire et plus.

Un peu plus de six personnes sur dix (64%) utilisent des sources d'eau potable améliorées. Ce niveau est très déséquilibré entre le milieu urbain (84%) et le milieu rural (48%). L'utilisation d'installations sanitaires améliorées est moins fréquente. Moins de deux personnes sur dix ont accès à de telles installations sanitaires améliorées. Ce taux est de 21% en milieu urbain et seulement de 5% en milieu rural.

La prévalence du tabagisme au sein de la population adulte (25 ans et plus) est de 6,8%. Selon le milieu, varie de 4,6% (milieu urbain) à 8,3% (milieu rural). Elle est nettement plus élevée chez les hommes (12,4%) que chez les femmes (1,8%).

V. Etat de santé

L'amélioration de l'état de santé de la population togolaise au fil des années peut être résumée par l'évolution de l'espérance de vie à la naissance qui est passée de 40,9 ans en 1961 (Banque Mondiale) à 60,8 ans en 2010 (RGPH), soit une progression moyenne de 5 mois par an. Le taux brut de mortalité est passé de 24,1‰ en 1960 à 11,3‰ en 2010 (Banque Mondiale). Des baisses similaires sont observées au niveau des mortalités spécifiques. Cette évolution positive n'est cependant pas à un rythme suffisant et les niveaux de la morbidité et de mortalités restent élevés au Togo comme dans la plupart des pays de la sous-région.

5.1. Morbidité

Maladies transmissibles

Le profil épidémiologique du Togo est dominé par les maladies transmissibles. Le paludisme constitue le plus lourd fardeau sur le système de santé du pays et considéré comme le problème majeur de santé publique dans le cadre de l'analyse de situation du plan national de développement sanitaire (PNDS) 2012-2015. Il totalise en moyenne 40% de toutes les consultations externes avec une grande vulnérabilité des enfants de moins de cinq ans. Chez cette tranche de la population, près d'un cas sur deux décès (47%) est lié au paludisme. Les données du programme National de Lutte contre le Paludisme indiquent que la prévalence de la maladie était de 160‰ en 2014 mais elle serait beaucoup plus élevée chez les enfants de moins de 5 ans, avec 33,1% (MICS 2010). A côté du paludisme, la malnutrition, les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aigües constituent les principales causes de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans au Togo.

La prévalence du VIH reste également préoccupante. Elle est estimée à 2,5% dans la population de 15 à 49 ans par l'EDST 2013-2014. Elle est deux fois plus élevée en ville (3,6%) qu'en campagne et chez les femmes (3,1%) plus que les hommes (1,7%). La prévalence est relativement faible chez les jeunes de 15 à 24 ans (0,6%). On observe des niveaux d'infection au VIH particulièrement élevé chez les personnes les plus à risques que sont : les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (19,6%), les prostituées (13,10%), les utilisateurs de drogues injectables (5,5%).

Maladies non transmissibles

Le Togo a réalisé sa dernière enquête STEPS en 2010. Elle a permis de faire une situation des facteurs à risque et certaines maladies non transmissibles.

En 2010, la prévalence de l'hypertension artérielle au niveau national était estimée à 19%, avec une legère prédominance en milieu urbain (20% contre 18% en milieu rural) et chez les hommes (21% contre 18% chez les femmes). Cette prévalence augmente avec l'âge et atteint 46% dans le groupe d'âge de 55 à 64 ans.

La prévalence du diabète (tout type confondu) était estimée à 2,6% dans l'ensemble de la population. Cependant, elle est deux fois plus élevée chez les hommes (3,5%) que chez les femmes (1,8%). Tout comme l'hypertension, les données de l'enquête STEPS indiquent une augmentation du risque avec l'âge, la prévalence passant ainsi de 1,5% chez les 15-24 ans à 11% chez les hommes âgés de 55 à 64 ans.

5.2. Mortalité

Les résultats des enquêtes démographiques et de santé du Togo montrent que les mortalités spécifiques ont considérablement diminué depuis1998. Le taux de mortalité néonatale est de 27‰ en 2013-2014 contre 40‰ en 1998. Les taux mesurés sur les dix dernières années précédant l'EDST 2013-2014 montrent que la mortalité néonatale varie peu selon le milieu : 28‰ en milieu urbain contre 30‰ en

milieu rural. En fonction du niveau d'instruction de la mère ce taux est de 32‰ pour les enfants des mères qui n'ont aucun niveau d'instruction, de 29‰ pour les enfants dont les mères ont un niveau d'instruction primaire et de 21‰ pour les enfants dont les mères ont un niveau d'instruction secondaire et plus.

Le taux de mortalité infantile est de 49‰ en 2013, soit 5% des enfants qui meurent avant leur premier anniversaire. Ce taux était de 77‰ en 1998. Chez des moins de 5 ans, c'est un peu plus de 88‰ qui meurent entre la date de leur naissance et leur cinquième anniversaire. Ce taux a également baissé sensiblement depuis 1998 où il était de contre 155‰. On constate que le milieu et le niveau d'éducation de la mère sont des facteurs qui influencent le niveau de la mortalité des enfants. Il est plus élevé en milieu rural et chez les enfants dont le niveau d'éducation de la mère est plus faible.

La mortalité maternelle reste à un niveau sensiblement élevé. Selon l'EDS 2013-2014, le ratio de mortalité maternelle est de 401 pour 100 000 naissances vivantes. Il a faiblement diminué depuis 1998 où il a été évalué à 478 pour 100 000 naissances vivantes en 1998. Cette baisse lente ne permettra pas au Togo d'atteindre la cible des objectifs du millénaire pour le développement en matière de réduction de la mortalité maternelle.

VI. Situation des maladies à potentiel épidemique

Les données de la surveillance épidémiologiques de l'année 2014 indiquent que parmi les maladies à potentiel épidémique, le Togo a connu des cas de choléra, de méningite, de rougeole et de tétanos néonatal. Il n'a enregistré aucun cas de de fièvre jaune, de fièvre de Lassa ou de maladie à virus Ebola.

Le taux d'attaque du choléra a été de 5 cas pour 100 000 habitants, soit 340 cas enregistrés ayant causé 12 décès.

Environ 354 cas de méningite ont été notifiés au niveau national, dont 4% de décès.

La rougeole a été la maladie à potentiel épidémique qui a touché le plus grand nombre de personnes en 2014. 742 cas ont été enregistrés mais fort heureusement, la létalité pour cette maladie est plus faible que le choléra et la méningite.

Une vingtaine de cas de tétanos néonatal ont été notifiés par les formations sanitaires du pays, soit une prévalence de 0,3 cas pour 100 000 habitants.

Conclusion

Les indicateurs de la santé au Togo connaissent une amélioration en termes de couverture des prestations et de réduction des morbidités mortalités. On constate par exemple que le quotient de mortalité infanto-juvénile est passée de 155 pour-mille en 1998 à 88 pour-mille en 2014. Dans le même temps, le ratio de mortalité maternelle a baissé plus lentement pour se situer à 401 décès pour 100 000 naissances vivantes.

Ces performances réalisées par le système de santé du Togo ne sont cependant pas encore à la hauteur des objectifs visés par le pays et la communauté internationale. La qualité et la couverture des prestations, l'accès aux soins de santé et l'adoption de comportements favorables à la santé par les populations restent d'importants défis à relever.

La nouvelle politique nationale de santé du Togo fondée sur la vision que chaque citoyen a le droit de bénéficier du plus haut niveau de santé témoigne d'une volonté de faire de la santé une priorité dans la politique de développement du pays. De ce fait, les autorités devront investir d'avantage dans la santé qui bénéficie actuellement d'environ 6% du budget de l'Etat, loin de l'objectif de 15% fixé par les Chefs d'Etat de l'espace CEDEAO.

Réferences

1. Ministère auprès du Président de la République, chargé de la Planification, du Développement et de l'Aménagement du Territoire. Enquête par grappes à indicateurs multiples, Mars 2012
2. Ministère auprès du Président de la République, chargé de la Planification, du Développement et de l'Aménagement du Territoire. Résultats définitifs du quatrième recensement général de la population et de l'habitat, Décembre 2011
3. Ministère de la Planification, du Développement et de l'Aménagement du Territoire. Troisième enquête démographique et de santé (EDST-III 2013-2014), Janvier 2015
4. Ministère de la Santé. Plan national de développement sanitaire du Togo : 2012-2015 ; Février 2012
5. Ministère de la Santé. Politique nationale de sante, Octobre 2011
6. Ministère de la Santé. Rapport provisoire de l'évaluation des besoins en soins obstétricaux et néonatals d'urgence (SONU) et cartographie de l'offre des services de SONU au Togo
7. Programme National de Lutte contre le Sida et les IST. Rapport annuel 2014

PARTIE III : DONNEES DES PAYS

BENIN

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Observation
	I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES						
0	**Effectif de la population**		**9 988 068**	Habitants	2014	Projections RGPH3 INSAE	Le Bénin a réalisé son RGPH 4 du 11 au 31 mai 2013.Les Résultats n'étant pas encore disponibles nous affichons les projections de RGPH3 2002
	Milieu	Urbain	3 880 396				
		Rural	6 107 672				
	Sexe	Homme	4 845 262				
		Femme	5 142 806				
	Age	0-4 ans	1 733 917				
		5-9 ans	1 704 598				
		10-14 ans	1 237 458				
		15-19 ans	963 781				
		20-24 ans	832 025				
		25-29 ans	784 975				
		30-34 ans	611 044				
		35-39 ans	502 555				
		40-44 ans	390 215				
		45-49 ans	289 253				
		50-54 ans	247 715				
		55-59 ans	137 936				
		60-64 ans	172 316				
		65 ans et +	380 280				
1	**Âge médian de la population (ans)**		**17,0**	Année	2002	RGPH 3	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Sexe	Homme	nd				
		Femme	nd				
2	**Rapport de dépendance démographique (<15 et> 64 ans)**		**94,8**	%	2002	Projections RGPH3 INSAE	
3	**Taux de croissance annuel de la population (%)**		**3,5**	%		RGPH 3	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Observation
4	**Proportion de la population dans les zones urbaines (%)**		**0,5**	%	2002	RGPH 3	
	Sexe	Homme	nd				
		Femme	nd				
	Age	0-14 ans	nd				
		15-24 ans	nd				
		25-34 ans	nd				
		35 ans et +	nd				
5	**Indice synthétique de fécondité (par femme)**		**5,6**	Enfant	2014	MICS5, 2014	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
6	**Espérance de vie à la naissance**		**63,0**	Année	2014	Projections RGPH3, 2002, INSAE	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Sexe	Homme	nd				
		Femme	nd				
7	**Taux d'alphabétisation des jeunes (15–24 ans)**		**nd**	%	2014	Enquête MICS5, 2014	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Sexe	Homme	59,6				
		Femme	43,9				
	II. INDICATEURS D'ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES SYSTEMES DE SANTE						
	II.1 Indicateurs d'intrants et de processus						
	II.1.1 Gouvernance et financement de la santé						
8	**Stratégies nationale de santé ayant les attributs de l'IHP +**		**Oui**				PNDS 2009-2018
9	**Dépenses totales de santé par habitant (USD)**		**41,2**	USD	2012	Comptes de la santé 2012	
10	**Total des dépenses publiques de santé par habitant (USD)**		**11,2**	USD	2012		
11	**Total des dépenses publiques de santé rapportées au total des dépenses de l'État, %**		**6,6**	%	2012		

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Observation
12	**Total des dépenses publiques de santé rapportées aux dépenses totales de santé, %**		**21,1**	%	2012		
	Personnel de santé						
13	**Agents professionnels de santé par 10 000 habitants**				2014	ASS 2014	
	Type de personnel	Médecins	1,5				
		Personnel infirmier et obstétrical	5,8				
		Personnel odontologique	nd				
		Personnel pharmaceutique	nd				
		Agents de santé de laboratoire	nd				
		Agents de santé publique et environnementale	nd				
		Autre personnel	nd				
14	**Médecins pour 10 000 habitants**		**1,5**				
15	**Infirmières/infirmiers pour 10 000 habitants**		**4,8**		2014		
16	**Sages-femmes pour 10 000 habitants**		**5,8**		2014		
	II.2 Indicateurs d'extrants						
	II.2.1 Disponibilité et capacité opérationnelle des services de santé						
17	**Nombre d'établissements au niveau des soins de santé primaires (publics & privés) pour 10 000 habitants**		**2,481**		2013	SARA 2013	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Type d'établissement	Public	nd				
		Privé	nd				
18	**Nombre d'établissements au niveau des soins de santé secondaires (publics & privés) pour 10 000 habitants**		**0,080**		2013	SARA 2013	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
		Public	nd				

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Observation
	Type d'établissement	Privé	nd				
19	**Nombre d'établissements au niveau des soins de santé tertiaires (publics & privés) pour 10 000 habitants**		**0,009**		2013	SARA 2013	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Type d'établissement	Public	nd				
		Privé	nd				
20	**Pourcentage des services de soins de santé (tous les niveaux) avec le personnel complets selon les normes nationales**		**nd**				
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Type d'établissement	Public	nd				
		Privé	nd				
21	**Lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants**		**nd**		2014	ASS 2014	Taux d'occupation de lit: 70%
	Type d'hôpital	Hôpital national (CNHU)	nd				
		Hôpital provincial ou régional	nd				
		Hôpital de district	nd				
22	**Disponibilité des médicaments essentiels**		**40,0**	%	2013	SARA 2013	
	Niveau de soins	Niveau tertiaire	nd				
		Niveau secondaire	nd				
		Niveau primaire	nd				
23	**Disponibilité des soins obstétricaux et néonatals d'urgence pour 500 000 habitants (essentiels et complets)**		**1,7**		2010	Enquête évaluation des SONU	
	Milieu	Urbain	3,53				
		Rural	0,3				
	Type de SONU	SONUB	0,4				
		SONUC	1,3				

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Observation
	II.3 Indicateurs de résultats						
	II.3.1 Utilisation, qualité et sécurité des services de santé						
24	**Consultations externes par habitant et par an**		**0,5**		Taux de fréquentation des services de santé	ASS 2014	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Sexe	Homme	nd				
		Femme	nd				
	Age	0-4 ans	nd				
25	**Taux de césarienne**		**8,4**	**%**	**2014**	**ASS 2014**	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
26	**Taux de réussite du traitement de la tuberculose (DOTS)**		**90,0**	%	2014	ASS 2014	
	Sexe	Homme	nd				
		Femme	nd				
27	**Taux de mortalité des moins de 5 ans dans les établissements sanitaires**		**33,1**	‰	2014	ASS 2014	Rapport entre les décès intra hospitaliers et le nombre de cas d'infection
	Sexe	Homme	32,9				
		Femme	33,4				
	5 principales causes	Paludisme grave	36,2	%			Pourcentage de décès dus aux 5 principales cause de décès par rapport à l'ensemble des décès toutes causes confondues
		Anémie	12,6				
		Malnutrition	7,4				
		Autres affections respiratoires	6,2				
		Diarrhées	2,0				
28	**Ratio de mortalité maternelle au sein des institutions de santé**		**154,6**	Pour 100 000 NV	2014	ASS 2014	
	Age	Moins de 25 ans	nd				
		25-34 ans	nd				
		35 ans et +	nd				
29	**Taux de mortinatalité dans les établissements sanitaires**		**20,5**				

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Observation
	Type de mort-né	Mort-nés frais	nd				
		Mort-nés macérés	nd				
	II.3.2 Couverture des interventions						
30	**Couverture de la première consultation des soins prénatals**		**98,0**	%	2014	ASS 2014	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
31	**Couverture des quatre visites des soins prénatals**		**28,9**	%	2014	ASS 2014	
32	**2ème dose de TPI dans le cadre des soins prénatals**		**12,5**	%	2014	MICS5, 2014	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
33	**Pourcentage de femmes enceintes séropositives sous TAR**		**nd**				
34	**Proportion de naissances assistées par un personnel de santé qualifié**		**90,3**	%	2014	ASS 2014	
35	**Taux de soins postnatals**		**37,7**	%	2015	ASS 2014	
	Période	0-6 jours	nd				
		7-42 jours	nd				
36	**Besoin non satisfait en planification familiale**		**15,7**	%	2014	MICS5, 2014	Pourcentage de femmes de 15-49 ans actuellement mariées ou en union qui sont fécondes et veulent espacer leurs naissances ou limiter le nombre d'enfants et qui n'utilisent pas actuellement une méthode de contraception
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Niveau d'instruction	Aucun niveau d'instruction	nd				
		Niveau primaire	nd				
		Niveau secondaire	nd				
37	**Taux de prévalence contraceptive**		**17,9**	%	2014	MICS5, 2014	Pourcentage de femmes de 15-49 ans actuellement mariées ou en union qui utilisent (ou dont le partenaire utilise) une
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Niveau d'instruction	Aucun niveau d'instruction	nd				
		Niveau primaire	nd				

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Observation
		Niveau secondaire	nd				méthode de contraception (traditionnelle ou moderne)
38	**Couverture vaccinale pour les 3 doses de DCT/Penta3**		**71,0**	%	2014	MICS5, 2014	
39	**Couverture contre la rougeole (moins d'un an)**		**65,0**	%	2014	MICS5, 2014	
40	**Taux de couverture des enfants complètement vaccinés (12-23 mois)**		**42,0**	%	2014	MICS5, 2014	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
41	**Taux d'abandon BCG-Rougeole**		**24,4**	%	2014	MICS5, 2014	Taux BCG - Taux rougeole
42	**Adultes et enfants séropositifs éligibles recevant une thérapie antirétrovirale, %**		**nd**				
	Sexe	Homme	nd				
		Femme	nd				
	Age	0-14 ans	nd				
		15 ans et +	nd				
43	**Taux de détection des cas de tuberculose pour les nouveaux cas à frottis positif**		**nd**				Taux Notification (pour 100 000 habitants): 39 en 2014 (annuaire statistique)
	Sexe	Homme	nd				
		Femme	nd				
44	**Pourcentage de patients tuberculeux dépistés pour le VIH**		**96,0**	%	2014	ASS 2014	
	Sexe	Homme	nd				
		Femme	nd				
45	**Taux de chirurgie de la cataracte**		**nd**				
	Sexe	Homme	nd				
		Femme	nd				
46	**Enfants de moins de cinq ans dormant sous des MII**		**72,7**	%	2014	MICS5, 2014	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Observation
47	**Femmes enceintes dormant sous des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MII)**		**47,0**	%	2014	MICS5, 2014	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	IV. Facteurs et comportements à risque						
48	**Taux d'insuffisance pondérale à la naissance**		**12,5**	%	2014	MICS5, 2014	Pourcentage de naissances vivantes les plus récentes dans les 2 dernières années qui pèsent moins de 2500 g à la naissance
	Sexe	Garçon	nd				
		Fille	nd				
	Niveau d'éducation de la mère	Aucun niveau d'instruction	nd				
		Niveau primaire	nd				
		Niveau secondaire	nd				
49	**Initiation précoce de l'allaitement maternel**		**46,6**	%	2014	MICS5, 2014	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
50	**Les nourrissons nourris exclusivement au sein pendant les six premiers mois de la vie (%)**		**41,4**	%	2014	MICS5, 2014	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
51	**Taux d'insuffisance pondérale <5 ans**		**18,0**	%	2014	MICS5, 2014	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui se situent en-dessous de moins 2 écarts-type (modéré et sévère)
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Sexe	Garçon	nd				
		Fille	nd				
	Age	< 6 mois	nd				
		6-8 mois	nd				
		9-11 mois	nd				
		12-17 mois	nd				
		18-23 mois	nd				
		24-35 mois	nd				
		36-47 mois	nd				

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Observation
		48-59 mois	nd				
52	**Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque**		**nd**	%	2014	MICS5, 2014	
	Sexe	Homme	43,7				
		Femme	34,1				
	Age	15-19 ans	nd				
		20-24 ans	nd				
53	**Taux de grossesse des adolescentes (15-19 ans)**		**16,5**	%	2012	EDS 2011-2012	
	Milieu	Urbain	11,4				
		Rural	21,4				
	Niveau d'éducation	Aucun niveau	32,4				
		Primaire	19,1				
		Secondaire 1er cycle	7,6				
		Secondaire 2nd cycle et +	3,4				
54	**Utilisation de sources d'eau potable améliorées**		**72,1**	%	2014	MICS5, 2014	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
55	**Utilisation d'installations sanitaires améliorées**		**12,7**	%	2014	MICS5, 2014	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
56	**Prévalence du tabagisme au sein de la population adulte**		**nd**	%	2014	MICS5, 2014	Population de 15 – 49 ans
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Sexe	Homme	13,8				
		Femme	1,8				
57	**Taux de mortalité des accidents de la circulation routière**		**nd**				
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Age	Moins de 25 ans	nd				
		25-34 ans	nd				

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Observation
		35 ans et +	nd				
	Moyen de locomotion	Vélo	nd				
		Motocyclette	nd				
		Véhicule automobile	nd				
	IV. Impact (État de santé)						
	IV.1 Mortalité						
58	**Taux de mortalité néonatale**		**37,8**	‰	2014	MICS5, 2014	La valeur de l'indicateur s'exprime pour 1000 naissances vivantes et fait référence à la période de 5 ans avant l'enquête
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Niveau d'éducation de la mère	Aucun niveau	nd				
		Niveau primaire	nd				
		Niveau secondaire et +	nd				
59	**Taux de mortalité infantile**		**66,5**	‰	2014	MICS5, 2014	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Niveau d'éducation de la mère	Aucun niveau	nd				
		Niveau primaire	nd				
		Niveau secondaire et +	nd				
60	**Taux de mortalité des moins de cinq ans**		**115,2**	‰	2014	MICS5, 2014	La valeur de l'indicateur s'exprime pour 1000 naissances vivantes et fait référence à la période de 5 ans avant l'enquête
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Niveau d'éducation de la mère	Aucun niveau	nd				
		Niveau primaire	nd				
		Niveau secondaire et +	nd				
61	**Ratio de mortalité maternelle**		**351,0**	P. 100000 naissances . vivantes	2014	MICS5, 2014	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Niveau d'éducation	Aucun niveau	nd				
		Niveau primaire	nd				
		Niveau secondaire et +	nd				

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Observation
	IV.2 Morbidité						
	A - Maladies transmissibles						
62	**Incidence du paludisme**		**161,0**	‰	2014	ASS 2014	
	Sexe	Homme	135,0				
		Femme	149,0				
	Age	Moins de 5 ans	323,0				
		5 ans et +	117,0				
		Femme enceinte	nd				
63	**Séroprévalence parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans**		**0,5**	%			
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
64	**Séroprévalence chez les jeunes (15-24 ans)**		**0,6**	%	2012	EDS	
	Milieu	Urbain	0,8				
		Rural	0,4				
	Sexe	Homme	0,5				
		Femme	0,9				
65	**Prévalence du VIH parmi les personnes qui sont les plus exposées au risque (MARP)**		**nd**	%			
	Catégories de personnes exposées	**Travailleuses du sexe**	20,9				
	B - Maladies non-transmissibles						
66	**Prévalence de l'hypertension chez les adultes**		**nd**	%	2012	EDS 2011-2012	15-49 ans
	Milieu	Urbain	nd				

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Observation
		Rural	nd				
	Sexe	Garçon	28,0				
		Fille	9,6				
	Age	25-34 ans	nd				
		35 ans et +	nd				
67	**Prévalence du diabète chez les adultes (25 ans et plus)**		**nd**				
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Sexe	Garçon	nd				
		Fille	nd				
	Age	25-34 ans	nd				
		35 ans et +	nd				
68	**Prévalence de la maladie mentale**		**nd**				
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Sexe	Garçon	nd				
		Fille	nd				
	V. Maladies épidémiques						
69	**Taux d'attaque de choléra**		**8,3**	P. 100000 habitants	2014	Base de données des Maladies à Potentiel Epidémique/SESS/DNSP	
70	**Taux de létalité de choléra**		**1,4**	%			
71	**Taux d'attaque de méningite**		**7,1**	P. 100000 habitants			
72	**Taux de létalité de méningite**		**12,4**	%			
73	**Taux d'attaque de rougeole**		**17,5**	P. 100000 habitants			
74	**Taux d'attaque de fièvre jaune**		**0,8**	P. 100000 habitants			
75	**Taux de létalité de fièvre jaune**		**-**	%			
76	**Taux d'attaque de fièvre Lassa**		**0,2**	P. 100000 habitants			
77	**Taux de létalité de fièvre Lassa**		**56,3**	%			
78	**Taux de létalité de TNN**		**-**	%			
79	**Nombre de cas de Poliomyélite**		**-**				
80	**Nombre de cas de ver de Guinée**		**-**				

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Observation
81	Taux d'attaque de la maladie à virus Ebola (MVE)		-	P. 100000 habitants			
82	Taux de létalité de la MVE		-	%			

BURKINA FASO

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Notes
	I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES						
0	**Effectif de la population**		**17 880 386**	Habitants	2014	Projection démographique de 2011-2020 des régions et districts sanitaires du BF	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Sexe	Homme	8 627 833				
		Femme	9 252 553				
	Age	0-4 ans	3 314 202				
		5-9 ans	2 822 781				
		10-14 ans	2 401 650				
		15-19 ans	1 938 992				
		20-24 ans	1 507 587				
		25-29 ans	1 245 455				
		30-34 ans	1 004 574				
		35-39 ans	847 386				
		40-44 ans	654 804				
		45-49 ans	565 841				
		50-54 ans	430 081				
		55-59 ans	357 434				
		60 ans et +	789 599				
1	**Âge médian de la population (ans)**		**15,5**	Année	2006	RGPH	
	Milieu	Urbain	18,7				
		Rural	14,3				
	Sexe	Homme	14,4				
		Femme	16,7				
2	**Rapport de dépendance démographique (<15 et> 64 ans)**		**100,0**	%	2006	RGPH	
3	**Taux de croissance annuel de la population (%)**		**3,1**	%	2006	RGPH	
	Milieu	Urbain	7,1				
		Rural	2,2				

4	**Proportion de la population dans les zones urbaines (%)**		**23,0**	%	2006	RGPH	
	Sexe	Homme	49,9				
		Femme	50,1				
	Age	0-14 ans	37,4				
		15-24 ans	24,4				
		25-34 ans	16,5				
		35 ans et +	21,7				
5	**Indice synthétique de fécondité**		**6,2**	Enfants	2010	EDSBF-MICS-IV	
	Milieu	Urbain	3,9				
		Rural	6,7				
6	**Espérance de vie à la naissance**		**56,7**	Année	2006	RGPH	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Sexe	Homme	55,8				
		Femme	55,7				
7	**Taux d'alphabétisation des des jeunes (15–24 ans)**		**nd**	%	2010	EDSBF-MICS-IV	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Sexe	Homme	47,4				
		Femme	32,9				
	II. INDICATEURS D'ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES SYSTEMES DE SANTE						
	II.1 Indicateurs d'intrants et de processus						
	II.1.1 Gouvernance et financement de la santé						
8	**Stratégies nationale de santé ayant les attributs de l'IHP +**		**oui**				PNDS 2011-2020 et Compact disponibles
9	**Dépenses totales de santé par habitant (USD)**		**43,9**	USD	2013	Comptes de la Santé	1 dollar = 500FCFA
10	**Total des dépenses publiques de santé par habitant (USD)**		**12,3**	USD	2013	Comptes de la Santé	
11	**Total des dépenses publiques de santé rapportées au total des dépenses de l'État**		**12,7**	%	2014	Annuaire statistique	Il s'agit des allocations budgétaires
12	**Total des dépenses publiques de santé rapportées aux dépenses totales de santé, %**		**30,0**	%	2013	Comptes de la Santé	

	II.1.2 Personnel de santé						
13	**Agents professionnels de santé par 10 000 habitants**		**nd**		2014	Annuaire statistique 2014	Les Attachés de santé ont été comptabilisés au niveau du personnel infirmier et obstétrical
	Type de personnel	Médecins	0,5				
		Personnel infirmier et obstétrical	5,7				
		Personnel odontologique	nd				
		Personnel pharmaceutique	0,2				
		Agents de santé de laboratoire	0,4				
		Agents de santé publique et environnementale	nd				
		Autre personnel					
14	**Médecins pour 10 000 habitants**		**0,5**				
15	**Infirmières/infirmiers pour 10 000 habitants**		**4,8**				
16	**Sages-femmes pour 10 000 habitants**		**1,0**				
	II.2 Indicateurs d'extrants						
	II.2.1 Disponibilité et capacité opérationnelle des services de santé						
17	**Nombre d'établissements au niveau des soins de santé primaires (publics & privés) pour 10 000 habitants**		**1,36**		2014	Annuaire statistique 2014	Les cliniques sont classées au même niveau que les Hôpitaux de district
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Type d'établissement	Public	1,13				
		Privé	0,22				
18	**Nombre d'établissements au niveau des soins de santé secondaires (publics & privés) par nombre d'habitants**		**0,01**		2014	Annuaire statistique 2014	Le privé prend en compte des polycliniques
	Milieu	Urbain	0,04				
		Rural	-				
	Type d'établissement	Public	0,01				
		Privé	0,00				

19	**Nombre d'établissements au niveau des soins de santé tertiaires (publics & privés) par nombre d'habitants**		**0,00**		2014	Annuaire statistique 2014	
	Milieu	Urbain	0,01				
		Rural	-				
	Type d'établissement	Public	0,00				
		Privé	-				
20	**Pourcentage des services de soins de santé (tous les niveaux) avec le personnel complets selon les normes nationales**		**89,8**		2014	Annuaire statistique 2014	Pourcentage de CSPS (publics) remplissant la norme minimale de 3 agents
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Type d'établissement	Public	nd				
		Privé	nd				
21	**Lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants**		**4,3**		2014	Annuaire statistique 2014	y compris lits des services de maternité, les lits d'enfants et les lits d'accouchement
	Type d'hôpital	Hôpital national	0,9				
		Hôpital provincial ou régional	0,9				
		Hôpital de district	2,6				
22	**Disponibilité des médicaments essentiels**			%	2014	Annuaire statistique 2014	Il s'agit du % des formations sanitaires qui n'ont pas connu de rupture des médicaments essentiels
	Niveau de soins	Niveau tertiaire	nd				
		Niveau secondaire	nd				
		Niveau primaire	81,3				
23	**Disponibilité des soins obstétricaux et néonatals d'urgence pour 500 000 habitants (essentiels et complets)**		**0,8**		2010	Enquête SONU	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Type de SONU	SONUB	0,1				
		SONUC	0,7				
	II.3 Résultats						
	II.3.1 Utilisation, qualité et sécurité des services de santé						
24	**Consultations externes par habitant et par an**		**0,8**		2014	Annuaire statistique 2014	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				

	Sexe	Homme	nd				
		Femme	nd				
	Age	0-4 ans	1,76				
25	**Taux de césarienne**		**2,7**	%	2014	Annuaire statistique 2014	Nombre de césariennes rapporté aux accouchements dans les FS
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
26	**Taux de réussite du traitement de la tuberculose (DOTS)**		**80,0**	%	2014	Annuaire statistique 2014	
	Sexe	Homme	nd				
		Femme	nd				
27	**Taux de mortalité des moins de 5 ans dans les établissements sanitaires (p1000)**		**58,1**	‰	2014	Annuaire statistique 2014	
	Sexe	Homme	nd				
		Femme	nd				
	5 principales causes	Paludisme grave	41,1	%	2014	Annuaire statistique 2014	Il s'agit du pourcentage de décès dus à chaque pathologie
		Infection du nouveau-né	11,9				
		Malnutrition aigüe sévère	9,2				
		Prématurité	9,0				
		Anémies	5,6				
28	**Ratio de mortalité maternelle au sein des institutions de santé**		**121,5**	P. 100 000 NV	2014	Annuaire statistique 2014	
	Age	Moins de 25 ans	nd				
		25-34 ans	nd				
		35 ans et +	nd				
29	**Taux de mortinatalité dans les établissements sanitaires (p1000 NV)**		**21,8**	‰	2014	Annuaire statistique 2014	
	Type de mort-né	Mort-nés frais	10,0				
		Mort-nés macérés	11,8				
	II.3.2 Couverture des interventions						
30	**Couverture de la première consultation des soins prénatals**		**84,8**	%	2014	Annuaire statistique 2014	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
31	**Couverture des quatre visites des soins prénatals**		**33,1**	%	2014	Annuaire statistique 2014	

32	**2ème dose de TPI dans le cadre des soins prénatals**		**66,8**	%	2014	Annuaire statistique 2014	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
33	**Pourcentage de femmes enceintes séropositives sous TAR**		**94,6**	%	2014	Annuaire statistique 2014	
34	**Proportion de naissances assistées par un personnel de santé qualifié**		**86,2**	%	2014	Annuaire statistique 2015	
35	**Taux de soins postnatals**			%	2014	Annuaire statistique 2016	
	Période	0-6 jours	57,0				
		7-42 jours	38,6				
36	**Besoin non satisfait en planification familiale**		**23,8**	%	2010	EDSBF-MICS-IV	
	Milieu	Urbain	21,4				
		Rural	24,5				
	Niveau d'instruction	Aucun niveau d'instruction	24,5				
		Niveau primaire	24,8				
		Niveau secondaire	14,8				
37	**Taux de prévalence contraceptive**		**16,0**	%	2010	EDSBF-MICS-IV	
	Milieu	Urbain	34,0				
		Rural	11,0				
	Niveau d'instruction	Aucun niveau d'instruction	12,0				
		Niveau primaire	27,0				
		Niveau secondaire	50,0				
38	**Couverture vaccinale pour les 3 doses de DCT/Penta3**		**103,1**	%	2014	Annuaire statistique 2014	
39	**Couverture contre la rougeole (moins d'un an)**		**99,7**	%	2014		
40	**Taux de couverture des enfants complètement vaccinés (12-23 mois)**		**98,7**	%	2014	Annuaire statistique 2014	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
41	**Taux d'abandon BCG-Rougeole**		**13,6**	%	2014	Rapport de la DPV	
42	**Adultes et enfants séropositifs éligibles recevant une thérapie antirétrovirale, %**		**69,0**	%	2014	Annuaire statistique 2014	
	Sexe	Homme	nd				
		Femme	nd				

	Age	0-14 ans	nd				
		15 ans et +	nd				
43	**Taux de détection des cas de tuberculose pour les nouveaux cas à frottis positif**		**31,0**	%	2014	Annuaire statistique 2014	
	Sexe	Homme	nd				
		Femme	nd				
44	**Pourcentage de patients tuberculeux dépistés pour le VIH**		**95,9**	%	2014	Annuaire statistique 2014	
	Sexe	Homme	nd				
		Femme	nd				
45	**Taux de chirurgie de la cataracte**		**nd**				
	Sexe	Homme	nd				
		Femme	nd				
46	**Enfants de moins de cinq ans dormant sous des MII**		**75,3**	%	2014	Enquête sur les indicateurs du paludisme au BF	
	Milieu	Urbain	61,8				
		Rural	68,8				
47	**Femmes enceintes dormant sous des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MII)**		**79,5**	%	2014	Enquête sur les indicateurs du paludisme au BF	
	Milieu	Urbain	73,6				
		Rural	80,8				
	III. Facteurs et comportements à risque						
48	**Taux d'insuffisance pondérale à la naissance**		**9,9**	%	2014	Annuaire statistique 2014	
	Sexe	Garçon	nd				
		Fille	nd				
	Niveau d'éducation de la mère	Aucun niveau d'instruction	nd				
		Niveau primaire	nd				
		Niveau secondaire	nd				
49	**Initiation précoce de l'allaitement maternel**		**0,4**	%	2014	Enquête Nutritionnelle	Initiation de l'allaitement maternel dans l'heure suivant la naissance
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
50	**Les nourrissons nourris exclusivement au sein pendant les six premiers mois de la vie (%)**		**50,1**	%	2014	Enquête Nutritionnelle	
	Milieu	Urbain					

		Rural					
51	**Taux d'insuffisance pondérale <5 ans**		**20,1**	%	2014	Enquête Nutritionnelle	Enfants de <5 ans présentant un déficit pondéral pour leur âge
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Sexe	Garçon	0,2				
		Fille	19,0				
	Age	0-5 mois	11,7				
		6-11 mois	23,4				
		11-23 mois	25,1				
		24-35 mois	22,7				
		36-47 mois	17,5				
		48-59 mois	18,0				
52	**Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque**			%	2010	EDSBF-MICS-IV	
	Sexe	Homme	22,2				
		Femme	62,3				
	Age	15-19 ans	nd				
		20-24 ans	nd				
53	**Taux de grossesse des adolescentes (15-19 ans)**		**23,6**	%	2010	EDSBF-MICS-IV	
	Milieu	Urbain	12,6				
		Rural	29,2				
	Niveau d'éducation	Aucun niveau	nd				
		Niveau primaire	nd				
		Niveau secondaire et +	nd				
54	**Utilisation de sources d'eau potable améliorées**		**0,8**	%	2010	EDSBF-MICS-IV	
	Milieu	Urbain	95,0				
		Rural	71,0				
55	**Utilisation d'installations sanitaires améliorées**		**15,0**	%	2010	EDSBF-MICS-IV	
	Milieu	Urbain	42,0				
		Rural	6,0				
56	**Prévalence du tabagisme au sein de la population adulte (25 ans et plus)**		**19,8**	%	2013	Enquête STEEPS	

	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Sexe	Homme	29,2				
		Femme	11,8				
57	**Taux de mortalité des accidents de la circulation routière**		**93,0**	‰	2011	Annuaire statistique 2012/Infrastructure et transports	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Age	Moins de 25 ans	nd				
		25-34 ans	nd				
		35 ans et +	nd				
	Moyen de locomotion	Vélo	nd				
		Motocyclette	nd				
		Véhicule automobile	nd				
	IV. Impact (État de santé)						
	IV.1 Mortalité						
58	**Taux de mortalité néonatale**		**28,0**	‰	2010	EDSBF-MICS-IV	La mortalité globale dans la tranche d'âge concerne les 5 dernières années avant l'enquête tandis que la désagrégation par milieu et selon le niveau d'éducation de la mère est faite sur la mortalité des 10 dernières années avant l'enquête
	Milieu	Urbain	30,0				
		Rural	35,0				
	Niveau d'éducation de la mère	Aucun niveau	36,0				
		Niveau primaire	28,0				
		Niveau secondaire et +	21,0				
59	**Taux de mortalité infantile**		**65,0**	‰	2010	EDSBF-MICS-IV	
	Milieu	Urbain	60,0				
		Rural	81,0				
	Niveau d'éducation de la mère	Aucun niveau	80,0				
		Niveau primaire	60,0				
		Niveau secondaire et +	42,0				
60	**Taux de mortalité des moins de cinq ans**		**129,0**	‰	2010	EDSBF-MICS-IV	
	Milieu	Urbain	104,0				
		Rural	156,0				
	Niveau d'éducation de la mère	Aucun niveau	156,0				
		Niveau primaire	110,0				
		Niveau secondaire et +	62,0				

61	**Ratio de mortalité maternelle**		**341,0**	P. 100000 naiss. vivantes	2010	EDSBF-MICS-IV	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Niveau d'éducation	Aucun niveau	nd				
		Niveau primaire	nd				
		Niveau secondaire et +	nd				
	IV.2 Morbidité						
	A - Maladies transmissibles						
62	**Incidence du paludisme p1000**		**463,0**	‰	2014	Annuaire statistique 2014	
	Sexe	Homme	nd				
		Femme	nd				
	Age	Moins de 5 ans	1 175,0				
		5 ans et +	301,0				
		Femme enceinte	nd				
63	**Séroprévalence parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans**		**0,3**	%	2010	EDSBF-MICS-IV	
	Milieu	Urbain	0,7				
		Rural	0,1				
64	**Séroprévalence chez les jeunes (15-24 ans)**		**0,3**	%	2010	EDSBF-MICS-IV	
	Milieu	Urbain	0,8				
		Rural	0,1				
	Sexe	Homme	0,5				
		Femme	0,3				
65	**Prévalence du VIH parmi les personnes qui sont les plus exposées au risque (MARP)**		**nd**	%	2013	Etude R2P-Pamac-IRSS	
	Catégories de personnes exposées	TS	16,1				
		HSH	3,6				
	B - Maladies non-transmissibles						
66	**Prévalence de l'hypertension chez les adultes (25 ans et plus)**		**17,6**	%	2013	Enquête STEPS	
	Milieu	Urbain	24,8				
		Rural	14,8				

	Sexe	Homme	19,4				
		Femme	18,0				
	Age	25-34 ans	10,2				
		35 ans et +	nd				
67	**Prévalence du diabète chez les adultes (25 ans et plus)**		**4,9**	%	2013	STEPS	
	Milieu	Urbain	6,3				
		Rural	4,4				
	Sexe	Homme	5,2				
		Femme	4,7				
	Age	25-34 ans	3,9				
		35 ans et +	nd				
68	**Prévalence de la maladie mentale**		**nd**				
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Sexe	Garçon	nd				
		Fille	nd				
	V. Maladies épidémiques						
69	**Taux d'attaque de choléra**		**0**	P. 100000 habitants	2014	Annuaire statistique 2014	
70	**Taux de létalité de choléra**		**0**	%			
71	**Taux d'attaque de méningite**		**20,3**	P. 100000 habitants			
72	**Taux de létalité de méningite en %**		**10,9**	%			
73	**Taux d'attaque de rougeole**		**13,3**	P. 100000 habitants			
74	**Taux d'attaque de fièvre jaune**		**0**	P. 100000 habitants			
75	**Taux de létalité de fièvre jaune**		**-**	P. 100000 habitants			
76	**Taux d'attaque de fièvre Lassa**		**0**	P. 100000 habitants			
77	**Taux de létalité de fièvre Lassa**		**-**	%			
78	**Taux de létalité de TNN**		**-**	%			
79	**Nombre de cas de Poliomyélite**		**0**				
80	**Nombre de cas de ver de Guinée**		**0**				
81	**Taux d'attaque de la maladie à virus Ebola (MVE)**		**0**	P. 100000 habitants			

82	**Taux de létalité de la MVE**	-	%			

CABO VERDE

N°	Denominação do indicador	Desagregação	Valor	unidades	Ano	Fonte	Observação
	INDICADORES SOCIODEMOGRAFICOS						
0	**Efectivo da população**		**518 467**	Habitants	2014	INE - Projecção população, Censo 2010	
	Meio	Urbano	320 413				
		Rural	198 054				
	Sexo	Masculino	258 744				
		Feminino	259 723				
	Idade	0-4 anos	50 869				
		5-9 anos	51 897				
		10-14 anos	51 649				
		15-19 anos	52 398				
		20-24 anos	54 823				
		25-29 anos	51 468				
		30-34 anos	42 402				
		35-39 anos	33 662				
		40-44 anos	26 898				
		45-49 anos	25 792				
		50-54 anos	22 368				
		55-59 anos	15 718				
		60-64 anos	10 111				
		65 anos e +	28 412				
1	**Idade média da população (anos)**		**nd**	ano	2010	INE - Censo 2010	
	Meio	Urbano	26,7				
		Rural	27,0				
	Sexo	Masculino	nd				
		Feminino	nd				
2	**Razão de dependência demográfica (<15 e> 64 anos)**		**61,4**	%	2010	INE - Censo 2010	
3	**Taxa de crescimento anual da população (%)**		**1,2**	%	2010	INE - Censo 2010	
	Meio	Urbano	nd				

N°	Denominação do indicador	Desagregação	Valor	unidades	Ano	Fonte	Observação
		Rural	nd				
4	**Proporção da população nas zonas urbanas (%)**		**0,6**	%	2010	INE - Censo 2010	
	Sexo	Masculino	49,8				
		Feminino	50,2				
	Idade	0-14 anos	30,0				
		15-24 anos	22,4				
		25-34 anos	18,3				
		35 - 64 anos	24,1				
		65 anos e +	5,1				
5	**Índice sintético de fecundidade (por mulher)**		**1,8**	criança	2014	INE - Projecção população, Censo 2010	
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
6	**Esperança de vida à nascença**		**nd**	ano	2014	INE - Projecção população, Censo 2010	
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
	Sexo	Masculino	76,1				
		Feminino	81,9				
7	**Taxa de alfabetização dos jovens (15-24 anos)**		**nd**	%	2010	INE - Censo 2010	
	Meio	Urbano	97,4				
		Rural	96,1				
	Sexo	Masculino	96,3				
		Feminino	97,4				
	II. INDICADORES DE ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS SISTEMAS DE SAUDE						
	II.1 *Input* e processo						
	II.1.1 Governação e financiamento da saúde						
8	**Estratégias nacionais de saúde com atributos de IHP +**		**nd**				
9	**Despesas totais da saúde por habitante (USD)**		**nd**				

N°	Denominação do indicador	Desagregação	Valor	unidades	Ano	Fonte	Observação
10	**Total das despesas públicas de saúde por habitante (USD)**		**nd**				
11	**Total das despesas públicas de saúde em relação ao total das despesas do Estado, %**		**nd**				
12	**Total das despesas públicas de saúde em relação às despesas totais da saúde, %**		**nd**				
	II.1.2 Pessoal da saúde						
13	**Agentes profissionais da saúde por 10 000 habitantes**		**nd**		2013	Relatorio Estatistico do MS 2013	
	Tipo de pessoal	Médicos	6,0				
		Pessoal de enfermagem e obstetrícia	11,6				
		Pessoal de odontologia	1,2				
		Pessoal farmacêutico	1,4				
		Agentes de saúde de laboratório	1,2				
		Agentes de saúde pública e ambiental	4,9				
		Outro pessoal	ND				
14	**Médicos por 10 000 habitantes**		**6,0**				
15	**Enfermeiros por 10 000 habitantes**		**11,6**		2013		
16	**Parteiras por 10 000 habitantes**		**nd**				
	II.2 Indicadores de output						
	Disponibilidade e capacidade operacional dos serviços de saúde						
17	**Número de estabelecimentos ao nível de cuidados de saúde primários (públicos e privados) por 10 000 habitantes**		**3,40**		2013	Relatorio Estatistico do MS 2013	
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
	Tipo de estabelecimento	Público	nd				
		Privado	nd				
18	**Número de estabelecimentos ao nível de cuidados de saúde secundários (públicos e privados) por 10 000 habitantes**		**0,08**		2014	INE -Projecção da população, Censo 2010	
	Meio	Urbano	nd				

N°	Denominação do indicador	Desagregação	Valor	unidades	Ano	Fonte	Observação
		Rural	nd				
	Tipo de estabelecimento	Público	nd				
		Privado	nd				
19	**Número de estabelecimentos ao nível de cuidados de saúde terciários (públicos e privados) por 10 000 habitantes**		**0,04**		2014	INE -Projecção da população, Censo 2010	
	Meio	Urbano	0,06				
		Rural	-				
	Tipo de estabelecimento	Público	0,04				
		Privado	-				
20	**Percentagem dos serviços de cuidados de saúde (todos os níveis) com pessoal completo de acordo com as normas nacionais**		**nd**				
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
	Tipo de estabelecimento	Público	nd				
		Privado	nd				
21	**Camas de hospitais por número de habitantes por 10 000 habitantes**		**20,9**		2013	Relatorio Estatistico do MS 2013	
	Tipo de hospital	Hospital nacional (Central)	2,0				
		Hospital provincial ou regional	4,0				
		Hospital distrital (Delegacia de saude)	17,0				
22	**Disponibilidade dos medicamentos essenciais**		**nd**				
	Nível de cuidados	Nível terciário	nd				
		Nível secundário	nd				
		Nível primário	nd				
23	**Disponibilidade de cuidados obstétricos e neonatal de urgência por 500 000 habitantes (de Base e Completos)**		**nd**				
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
	Tipo de SONU	SONUB	nd				

N°	Denominação do indicador	Desagregação	Valor	unidades	Ano	Fonte	Observação
		SONUC	nd				
	II.3 Indicadores de resultados/efeitos						
	II.3.1 Utilização, qualidade e segurança dos serviços de saúde						
24	**Consultas externas por habitante e por ano**		**nd**				
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
	Sexo	Masculino	nd				
		Feminino	nd				
	Idade	0-4 anos	nd				
25	**Taxa de cesariana**		**nd**				
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
26	**Taxa de sucesso de tratamento da tuberculose (DOTS)**		**nd**		2013	Relatorio Anual do PNLTL, 2013	
	Sexo	Masculino	nd				
		Feminino	nd				
27	**Taxa de mortalidade de menores de 5 anos nos estabelecimentos de saúde**		**22,5**	‰	2014	Estatisticas de mortalidade, 2014	
	Sexo	Masculino	22,00				
		Feminino	23,0				
	5 principais causas (Redigir a lista da primeira à quinta causa)	Afecções perinatais	nd				
		Anomalias congénitas	nd				
		Infecciosas e parasitárias	nd				
		Afecções respiratórias	nd				
		Traumatismos e envenenamentos	nd				
28	**Proporção da mortalidade materna nos estabelecimentos de saúde**		**9,4**		2014	Estatisticas de mortalidade, 2014	
	Idade	Menores de 25 anos	nd				
		25-34 anos	nd				
		35 anos e +	nd				

N°	Denominação do indicador	Desagregação	Valor	unidades	Ano	Fonte	Observação
29	**Taxa de nados-mortos nos estabelecimentos de saúde**		**14,1**	‰	2014	Estatisticas de mortalidade, 2014	
	Tipo de nado-morto	Nado-morto recente	nd				
		Nado-morto macerado	nd				
	II.3.2 Cobertura das intervenções						
30	**Cobertura da primeira consulta de cuidados pré-natal**		**99,4**	%	2014	Relatorio PNSR, 2014	
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
31	**Cobertura de quatro visitas de cuidados pré-natal**		**99,4**	%		Relatorio PNSR, 2014	
32	**Cobertura de 2ª dose de TPI no âmbito dos cuidados pré-natal**		**nd**				
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
33	**Percentagem de mulheres grávidas VIH+ sob TAR**		**nd**				
34	**Proporção de partos assistidos por pessoal de saúde qualificado**		**nd**		2014	Relatorio PNSR, 2014	
35	**Taxa de cuidados pós-natal**		**37,5**	%			
	Período	0-6 dias	nd				
		7-42 dias	nd				
36	**Necessidades não satisfeita em PF, %**		**nd**				
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
	Nível de instrução	Nenhum nível de instrução	nd				
		Nível primário	nd				
		Nível secundário	nd				
37	**Taxa de prevalência de contraceptivo**		**37,5**	%	2014	Relatorio PNSR, 2014	
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
	Nível de instrução	Nenhum nível de instrução	nd				

N°	Denominação do indicador	Desagregação	Valor	unidades	Ano	Fonte	Observação
		Nível primário	nd				
		Nível secundário	nd				
38	**Cobertura vacinal com 3 doses de DPT/Penta3**		**95,4**	%	2014	Relatorio PNSR, 2014	
39	**Cobertura vacinal contra o sarampo em menores de 1 ano de idade**		**90,6**	%	2014		
40	**Taxa de cobertura de crianças completamente vacinadas (12-23 meses)**		**93,2**	%	2014	Relatorio PNSR, 2014	
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
41	**Taxa de abandono BCG - Sarampo**		**6,6**	%	2014	Relatorio PNSR, 2014	
42	**Proporção de adultos e crianças seropositivos elegíveis recebendo uma terapia antiretroviral, %**		**56,2**	%	2013	Estudo socio-comportamental de seroprevalencia de VIH em UD, TPS, HSH, 2013	
	Sexo	Masculino	nd				
		Feminino	nd				
	Idade	0-14 anos	nd				
		15 anos e +	nd				
43	**Taxa de detecção de casos de tuberculose para os novos casos de esfregaço positivo**		**43,0**	%	2013	Relatorio Anual do PNLTL, 2013	
	Sexo	Masculino	nd				
		Feminino	nd				
44	**Percentagem de pacientes tuberculosos testados por VIH**		**99,3**	%	2013	Relatorio Anual do PNLTL, 2013	
	Sexo	Masculino	nd				
		Feminino	nd				
45	**Taxa de cirurgia da catarata**		**nd**				
	Sexo	Masculino	nd				
		Feminino	nd				
46	**Crianças menores de cinco anos dormindo sob MII**		**nd**				
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				

N°	Denominação do indicador	Desagregação	Valor	unidades	Ano	Fonte	Observação
47	**Mulheres grávidas dormindo sob Mosquiteiros Impregnados de Insecticida (MII)**		**nd**				
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
	III. FACTORES E COMPORTAMENTOS DE RISCO						
48	**Taxa de insuficiência ponderal à nascença**		**nd**				
	Sexo	Rapaz	nd				
		Menina	nd				
	Nível de instrução da mãe	Nenhum nível de instrução	nd				
		Nível primário	nd				
		Nível secundário	nd				
49	**Iniciação precoce de aleitamento materno**		**nd**				
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
50	**Perecentagem de crianças**		**nd**				
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
51	**Taxa de insuficiência ponderal <5 anos**		**nd**				
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
	Sexo	Masculino	nd				
		Feminino	nd				
	Idade	0-5 meses	nd				
		6-8 meses	nd				
		9-11 meses	nd				
		12-17 meses	nd				
		18-23 meses	nd				
		24-35 meses	nd				

N°	Denominação do indicador	Desagregação	Valor	unidades	Ano	Fonte	Observação
		36-47 meses	nd				
		48-59 meses	nd				
52	**Utilização do preservativo na ocasião da última relação sexual de alto risco**		**nd**				
	Sexo	Masculino	nd				
		Feminino	nd				
	Idade	15-19 anos	nd				
		20-24 anos	nd				
53	**Taxa de gravidez de adolescentes (15-19 anos)**		**18,2**	%	2014	Relatorio Anual de PNSR, 2014	
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
	Nível de instrução	Nenhum nível	nd				
		Nível primário	nd				
		Nível secundário	nd				
54	**Utilização de fontes de água potável melhoradas**		**50,0**	%	2010	Censo 2010	
	Meio	Urbano	57,2				
		Rural	38,3				
55	**Utilização de instalações de latrinas melhoradas**		**nd**				
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
56	**Prevalência do tabagismo no seio da população adulta (25 anos e mais)**		**nd**				
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
	Sexo	Masculino	nd				
		Feminino	nd				
57	**Taxa de mortalidade por acidentes de circulação rodoviária**		**nd**				
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				

N°	Denominação do indicador	Desagregação	Valor	unidades	Ano	Fonte	Observação
	Idade	Menores de 25 anos	nd				
		25-34 anos	nd				
		35 anos e +	nd				
	Meio de locomoção	Bicicleta	nd				
		Motocicleta	nd				
		Veículo automóvel	nd				
	IV. IMPACTO (ESTADO DE SAUDE)						
	IV.1 Mortalidade						
58	**Taxa de mortalidade neonatal (0 -27 DIAS)**		**15,3**	‰	2014	Estatisticas de Mortalidade, 2014	
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
	Nível de instrução da mãe	Nenhum nível	nd				
		Nível primário	nd				
		Nível secundário	nd				
59	**Taxa de mortalidade infantil**		**20,3**	‰	2014	Estatisticas de Mortalidade, 2014	
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
	Nível de instrução da mãe	Nenhum nível	nd				
		Nível primário	nd				
		Nível secundário e +	nd				
60	**Taxa de mortalidade de menores de cinco anos**		**22,5**	‰	2014	Estatisticas de Mortalidade, 2014	
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
	Nível de instrução da mãe	Nenhum nível	nd				
		Nível primário	nd				
		Nível secundário e +	nd				

N°	Denominação do indicador	Desagregação	Valor	unidades	Ano	Fonte	Observação
61	**Taxa/Razão de mortalidade materna**		**9,4**	Por 100.000 nascidos vivos	2014	Estatisticas de Mortalidade, 2014	
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
	Nível de instrução	Nenhum nível	nd				
		Nível primário	nd				
		Nível secundário e +	nd				
	IV.2 Morbidade						
	A - Doenças transmissíveis						
62	**Incidência do paludismo/10.000 HAB**		**0,9**	‰	2014	Boletim Epidemiologico, 2014	
	Sexo	Masculino	1,5				
		Feminino	0,3				
	Idade	Menores de 5 anos	0,6				
		5 anos e +	0,9				
		Mulher grávida	-				
63	**Seroprevalência entre as mulheres grávidas na faixa etária dos 15 aos 24 anos (TODAS AS IDADES)**		**0,9**	%	2014	Boletim Epidemiologico, 2014	
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
64	**Seroprevalênciaentre os jovens de 15 a 24 anos de idade**		**0,9**	%		Boletim Epidemiologico, 2014	
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
	Sexo	Masculino	nd				
		Feminino	nd				
65	**Prevalência do VIH entre as pessoas mais expostas ao risco (MARP)**		**nd**	%	2013	Estudo socio-comportamental de seroprevalencia do VIH em UD, TPS e HSH	
	Catégories de personnes exposées	Trabalhodores profissionais de sexo (TPS)	7,7				
		Usuarios de droga (UD)	3,9				

N°	Denominação do indicador	Desagregação	Valor	unidades	Ano	Fonte	Observação
		Homens que fazem sexo com homem (HSH)	15,0				
	B - Doenças não transmissíveis						
66	**Prevalência da hipertensão nos adultos (25 anos e mais)**		**nd**	%			
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
	Sexo	Masculino	nd				
		Feminino	nd				
	Idade	25-34 anos	nd				
		35 anos e +	nd				
67	**Prevalência de diabetes nos adultos (25 anos e mais)**		**nd**	%			
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
	Sexo	Masculino	nd				
		Feminino	nd				
	Idade	25-34 anos	nd				
		35 anos e +	nd				
68	**Prevalência das doenças mentais**		**nd**				
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
	Sexo	Masculino	nd				
		Feminino	nd				
	V. Doenças epidémicas						
69	**Taxa de surto da cólera**		**0**	por 100 000 habitantes	2014	Boletim Epidemiologico, 2014	
70	**Taxa de letalidade da cólera**		-				

N°	Denominação do indicador	Desagregação	Valor	unidades	Ano	Fonte	Observação
71	Taxa de surto de meningite		0	por 100 000 habitantes			
72	Taxa de letalidade de meningite		-				
73	Taxa de surto de sarampo		0	por 100 000 habitantes			
74	Taxa de surto da febre amarela		0	por 100 000 habitantes			
75	Taxa de letalidade da febre amarela		-				
76	Taxa de surto da Lassa		0	por 100 000 habitantes			
77	Taxa de letalidade da febre Lassa		-				
78	Taxa de letalidade de TNN		-				
79	Número de casos de Poliomielite		0	por 100 000 habitantes			
80	Número de casos do verme da Guiné		0	por 100 000 habitantes			
81	Taxa do surto da doença pelo vírus Ébola (DVE)		0	por 100 000 habitantes			
82	Taxa de letalidade da DVE		-				

CÔTE D'IVOIRE

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Notes
	I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES						
0	**Effectif de la population**		**22 671 331**	Habitants	2014	RGPH 2014	Données provisoires
	Milieu	Urbain	11 280 702				
		Rural	11 390 629				
	Sexe	Homme	11 708 244				
		Femme	10 963 087				
	Age	0-4 ans	3 627 669				
		5-9 ans	3 130 416				
		10-14 ans	2 655 945				
		15-19 ans	2 183 466				
		20-24 ans	2 168 432				
		25-29 ans	2 085 549				
		30-34 ans	1 774 706				
		35-39 ans	1 343 798				
		40-44 ans	985 370				
		45-49 ans	763 237				
		50-54 ans	625 516				
		55-59 ans	435 084				
		60-64 ans	330 034				
		65 ans et +	562 109				
1	**Âge médian de la population (ans)**		**18,0**	Année	2014	RGPH	Données provisoires
	Milieu	Urbain	19,0				
		Rural	16,0				
	Sexe	Homme	18,0				
		Femme	18,0				
2	**Rapport de dépendance démographique (<15 et> 64 ans)**		**76,3**	%	2014	RGPH	Données provisoires
3	**Taux de croissance annuel de la population (%)**		**2,6**	%	2014	RGPH	Données provisoires
	Milieu	Urbain	3,6	%			
		Rural	1,7	%			

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Notes
4	**Proportion de la population dans les zones urbaines (%)**		**49,8**	%	2014	RGPH	Données provisoires
	Sexe	Homme	51,6				
		Femme	48,4				
	Age	0-14 ans	41,5				
		15-24 ans	19,2				
		25-34 ans	17,0				
		35 ans et +	22,3				
5	**Indice synthétique de fécondité (par femme)**		**5,0**	Enfant	2012	EDS-MICS	
	Milieu	Urbain	3,7				
		Rural	6,3				
6	**Espérance de vie à la naissance**		**54,1**	Année	2014	PROJECTIONS INS	
	Milieu	Urbain					
		Rural					
	Sexe	Homme	52,5				
		Femme	55,8				
7	**Taux d'alphabétisation des jeunes (15–24 ans)**		**55,3**	%	2012	EDS-MICS	
	Milieu	Urbain					
		Rural					
	Sexe	Homme	66,6				
		Femme	43,9				
	II. INDICATEURS D'ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES SYSTEMES DE SANTE						
	II.1 Indicateurs d'intrants et de processus						
	II.1.1 Gouvernance et financement de la santé						
8	**Stratégies nationale de santé ayant les attributs de l'IHP +**		**OUI**				PNDS 2012-2015, Précompact signé
9	**Dépenses totales de santé par habitant (USD)**		**77,4**	USD	2010	Comptes de la santé	35442 F CFA
10	**Total des dépenses publiques de santé par habitant (USD)**		**75,0**	USD			34 155 F CFA
11	**Total des dépenses publiques de santé rapportées au total des dépenses de l'État, %**		**6,5**	%			

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Notes
12	**Total des dépenses publiques de santé rapportées aux dépenses totales de santé, %**		**18,4**	%			
	II.1.2 Personnel de santé						
13	**Agents professionnels de santé par 10 000 habitants**				2013	RASS 2013	
	Type de personnel	Médecins	1,0				
		Personnel infirmier et obstétrical	3,9				
		Personnel odontologique	0,1				
		Personnel pharmaceutique	0,3				
		Agents de santé de laboratoire	0,3				
		Agents de santé publique et environnemental e					
		Autre personnel					
14	**Médecins pour 10 000 habitants**		**1,0**				
15	**Infirmières/infirmiers pour 10 000 habitants**		**2,5**		2013	RASS 2013	
16	**Sages-femmes pour 10 000 habitants**		**1,4**				
	II.2. Indicateurs d'extrants						
	II.2.1 Disponibilité et capacité opérationnelle des services de santé						
17	**Nombre d'établissements au niveau des soins de santé primaires (publics & privés) pour 10 000 habitants**		**0,98**		2012	Carte sanitaire primaire	942 en milieu urbain et 1333 milieu rural
	Milieu	Urbain					
		Rural					
	Type d'établissemen t	Public	0,82				
		Privé	0,16				
18	**Nombre d'établissements au niveau des soins de santé secondaires (publics & privés) pour 10 000 habitants**		**0,08**		2013	Carte sanitaire primaire	Le niveau secondaire comporte les cliniques et les CHR
	Milieu	Urbain	0,00				
		Rural	-				
		Public	0,01				

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Notes
	Type d'établissement	Privé	0,07				
19	**Nombre d'établissements au niveau des soins de santé tertiaires (publics & privés) pour 10 000 habitants**		**0,01**		2013	Carte sanitaire primaire	ICA, INS, CHP, IRF, SAMU, 4 CHU et 11 Polycliniques
	Milieu	Urbain	0,00				
		Rural	-				
	Type d'établissement	Public	0,00				
		Privé	0,00				
20	**Pourcentage des services de soins de santé (tous les niveaux) avec le personnel complets selon les normes nationales**		**nd**				
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Type d'établissement	Public	nd				
		Privé	nd				
21	**Lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants**		**4,3**		2013	RASS 2013	HD = ESPC ; Hôpital provincial ou régional = établissement de première référence; Hôpital national = établissement de seconde référence
	Type d'hôpital	Hôpital national	0,6				
		Hôpital provincial ou régional	1,9				
		Hôpital de district	1,8				
22	**Disponibilité des médicaments essentiels**		**67,6**	%	2014	Enquête nationale sur les services et les produits de santé de la reproduction	il s'agit des 7 médicaments vitaux de la SR
	Niveau de soins	Niveau tertiaire	75,0				
		Niveau secondaire	78,3				
		Niveau primaire	53,8				
23	**Disponibilité des soins obstétricaux et néonatals d'urgence pour 500 000 habitants (essentiels et complets)**		**0,7**		2014	Etude SONU 2014	
	Milieu	Urbain	1,37				
		Rural	0,0				
	Type de SONU	SONUB	0,4				
		SONUC	0,3				

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Notes
	II.3 Indicateurs de résultats						
	II.3.1 Utilisation, qualité et sécurité des services de santé						
24	**Consultations externes par habitant et par an**		**0,3**		2013	Base de données Nationale 2013 (SIGVISION)	
	Milieu	Urbain					
		Rural					
	Sexe	Homme					
		Femme					
	Age	0-4 ans					
25	**Taux de césarienne**		**3,2**		2013	RASS 2013	
	Milieu	Urbain					
		Rural					
26	**Taux de réussite du traitement de la tuberculose (DOTS)**		**81,0**		2013	Annuaire des statistiques 2013	Taux de succès du traitement des TPM + en 2013
	Sexe	Homme					
		Femme					
27	**Taux de mortalité des moins de 5 ans dans les établissements sanitaires**				2013	Base de données nationale 2013 (SIGVISION)	
	Sexe	Homme					
		Femme					
	5 principales causes	Paludisme	21,0				Il s'agit du pourcentage de décès dus à chaque pathologie
		Pneumonie	20,0				
		diarrhée	15,0				
		Sida	6,0				
		Rougeole	3,0				
28	**Ratio de mortalité maternelle au sein des institutions de santé**		**121,5**	P. 100 000 NV	2013	RASS 2013	
	Age	Moins de 25 ans					
		25-34 ans					
		35 ans et +					
29	**Taux de mortinatalité dans les établissements sanitaires**		**44,0**	‰	2013	RASS 2013	
	Type de mort-né	Mort-nés frais					
		Mort-nés macérés					

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Notes
	II.3.2 Couverture des interventions						
30	**Couverture de la première consultation des soins prénatals**		**90,6**	%	2012	EDS-MICS	
	Milieu	Urbain	96,7				
		Rural	86,5				
31	**Couverture des quatre visites des soins prénatals**		**44,2**	%	2012	EDS-MICS	
32	**2ème dose de TPI dans le cadre des soins prénatals**		**47,4**	%	2013	RASS 2013	EDS 2012: TPI 17,6;urbain:20,3 ; rural:15,9
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
33	**Pourcentage de femmes enceintes séropositives sous TAR**		**20,9**	%	2013	RASS 2013	
34	**Proportion de naissances assistées par un personnel de santé qualifié**		**59,4**	%	2012	EDS-MICS	
35	**Taux de soins postnatals**		**75,8**	%			
	Période	0-6 jours	72,5				
		7-42 jours	3,3				
36	**Besoin non satisfait en planification familiale**		**27,1**	%	2012	EDS-MICS	
	Milieu	Urbain	24,8				
		Rural	28,8				
	Niveau d'instruction	Aucun niveau d'instruction	28,0				
		Niveau primaire	29,0				
		Niveau secondaire	18,5				
37	**Taux de prévalence contraceptive**		**18,2**	%	2012	EDS-MICS	toutes formes de méthodes contaceptives
	Milieu	Urbain	23,1				
		Rural	14,7				
	Niveau d'instruction	Aucun niveau d'instruction	13,0				
		Niveau primaire	25,8				
		Niveau secondaire	30,3				
38	**Couverture vaccinale pour les 3 doses de DCT/Penta3**		**63,8**	%	2012	EDS-MICS	

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Notes
39	**Couverture contre la rougeole (moins d'un an)**		**64,5**	%	2012	EDS-MICS	
40	**Taux de couverture des enfants complètement vaccinés (12-23 mois)**		**55,5**	%	2012	EDS-MICS	
	Milieu	Urbain	0,6				
		Rural	0,4				
41	**Taux d'abandon BCG-Rougeole**		**33,7**	%	2012	EDS-MICS	
42	**Adultes et enfants séropositifs éligibles recevant une thérapie antirétrovirale, %**		**57,9**	%	2013	Données sanitaires 2013 Estimation spectrum	
	Sexe	Homme					
		Femme					
	Age	0-14 ans	33,2				
		15 ans et +	60,5				
43	**Taux de détection des cas de tuberculose pour les nouveaux cas à frottis positif**		**60,0**	%	2013	Annuaire des statistiques 2013	taux de détection TPM +
	Sexe	Homme					
		Femme					
44	**Pourcentage de patients tuberculeux dépistés pour le VIH**		**89,0**		2013	Annuaire des statistiques 2013	
	Sexe	Homme					
		Femme					
45	**Taux de chirurgie de la cataracte**		**170,0**	par million d'habitants	2010	Plan Stratégique Vision 2020 2013-2015	
	Sexe	Homme					
		Femme					
46	**Enfants de moins de cinq ans dormant sous des MII**		**37,2**	%	2012	EDS-MICS	
	Milieu	Urbain	31,0				
		Rural	40,8				
47	**Femmes enceintes dormant sous des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MII)**		**40,2**	%	2012	EDS-MICS	
	Milieu	Urbain	32,2				
		Rural	45,8				
	IV. Facteurs et comportements à risque						

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Notes
48	**Taux d'insuffisance pondérale à la naissance**		**8,1**	%	2013	RASS 2013	
	Sexe	Garçon					
		Fille					
	Niveau d'éducation de la mère	Aucun niveau d'instruction					
		Niveau primaire					
		Niveau secondaire					
49	**Initiation précoce de l'allaitement maternel**		**30,8**	%	2012	EDS-MICS	
	Milieu	Urbain	33,1				
		Rural	29,4				
50	**Les nourrissons nourris exclusivement au sein pendant les six premiers mois de la vie (%)**		**12,0**	%	2012	EDS-MICS	
	Milieu	Urbain					
		Rural					
51	**Taux d'insuffisance pondérale <5 ans**		**14,9**	%	2012	EDS-MICS	
	Milieu	Urbain	11,5				
		Rural	16,8				
	Sexe	Garçon	17,8				
		Fille	12,2				
	Age	0-5 mois	12,7				
		6-8 mois	12,2				
		9-11 mois	15,3				
		12-17 mois	20,6				
		18-23 mois	17,3				
		24-35 mois	13,5				
		36-47 mois	13,7				
		48-59 mois	15,1				
52	**Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque**		**48,7**	%	2012	EDS-MICS	
	Sexe	Homme	59,0				
		Femme	38,4				

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Notes
	Age	15-19 ans					
		20-24 ans					
53	**Taux de grossesse des adolescentes (15-19 ans)**		**29,6**	%	2012	EDS-MICS	Pourcentage d'adolescentes de 15-19 ans qui ont déjà eu une naissance vivante
	Milieu	Urbain	19,4				
		Rural	45,5				
	Niveau d'éducation	Aucun niveau	38,9				
		Niveau primaire	35,5				
		Niveau secondaire et +	14,2				
54	**Utilisation de sources d'eau potable améliorées**		**78,4**	%	2012	EDS-MICS	
	Milieu	Urbain	92,4				
		Rural	67,2				
55	**Utilisation d'installations sanitaires améliorées**		**21,9**	%	2012	EDS-MICS	
	Milieu	Urbain	38,8				
		Rural	8,2				
56	**Prévalence du tabagisme au sein de la population adulte (25 ans et plus)**		**8,5**	%	2012	EDS-MICS	Pourcentage des hommes et des femmes de 15-49 ans qui fument des cigarettes ou qui consomment du tabac sous d'autres formes
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Sexe	Homme	15,1				
		Femme	1,8				
57	**Taux de mortalité des accidents de la circulation routière**		**83,2**	‰	2009	Annuaire des statistiques démographiques et sociales édition n° 7/ INS	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Age	Moins de 25 ans	nd				
		25-34 ans	nd				
		35 ans et +	nd				

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Notes
	Moyen de locomotion	Vélo	nd				
		Motocyclette	nd				
		Véhicule automobile	nd				
	IV. Impact (État de santé)						
	IV.1 Mortalité						
58	**Taux de mortalité néonatale**		**38,0**	‰	2012	EDS-MICS	
	Milieu	Urbain	39,0				
		Rural	44,0				
	Niveau d'éducation de la mère	Aucun niveau	44,0				
		Niveau primaire	42,0				
		Niveau secondaire et +	32,0				
59	**Taux de mortalité infantile**		**68,0**	‰	2012	EDS-MICS	
	Milieu	Urbain	66,0				
		Rural	82,0				
	Niveau d'éducation de la mère	Aucun niveau	80,0				
		Niveau primaire	74,0				
		Niveau secondaire et +	52,0				
60	**Taux de mortalité des moins de cinq ans**		**108,0**	‰	2012	EDS-MICS	
	Milieu	Urbain	100,0				
		Rural	125,0				
	Niveau d'éducation de la mère	Aucun niveau	124,0				
		Niveau primaire	109,0				
		Niveau secondaire et +	75,0				
61	**Ratio de mortalité maternelle**		**614,0**	P. 100000 naiss. vivantes	2012	EDS-MICS	
		Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Niveau d'éducation	Aucun niveau	nd				
		Niveau primaire	nd				
		Niveau secondaire et +	nd				
	IV.2 Morbidité						
	A - Maladies transmissibles						

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Notes
62	**Incidence du paludisme**		**106,0**	‰	2013	RASS	
	Sexe	Homme	nd				
		Femme	nd				
	Age	Moins de 5 ans	302,6	‰			
		5 ans et +	nd				
		Femme enceinte	nd				
63	**Séroprévalence parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans**		**2,5**	%	2012	EDS-MICS	Séroprévalence parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 49ans
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
64	**Séroprévalence chez les jeunes (15-24 ans)**		**1,3**	%	2012	EDS-MICS	
	Milieu	Urbain	1,4				
		Rural	1,2				
	Sexe	Homme	0,3				
		Femme	2,2				
65	**Prévalence du VIH parmi les personnes qui sont les plus exposées au risque (MARP)**			%			**Sources des données:**(1) Rapport ONUSIDA(2) Etude sur le VIH et les facteurs de risque associés chez les HSH à Abidjan(3) Enquête «Y'A PAS DRAP » Santé des personnes usagères de drogues à Abidjan(4) Document de politique de santé en milieux carcéral
	Catégories de personnes exposées	PS	28,7		2012	(1)	
		HSH	18,0		2012	(2)	
		UD	9,8		2014	(3)	
		Population carcérale	10,0		2010	(4)	
	B - Maladies non-transmissibles						
66	**Prévalence de l'hypertension chez les adultes**		**21,7**	%	2005	Rapport de l'enquête sur les facteurs à risque des maladies non transmissibles	les informations concernent la population de 15à 64 ans
	Milieu	Urbain	21,0				
		Rural	29,6				
	Sexe	Garçon	nd				

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Notes
		Fille	nd				
	Age	25-34 ans	nd				
		35 ans et +	nd				
67	**Prévalence du diabète chez les adultes (25 ans et plus)**		**5,9**	%	2013	ATLAS du diabète de la FID 6e édition	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Sexe	Garçon	nd				
		Fille	nd				
	Age	25-34 ans	nd				
		35 ans et +	nd				
68	**Prévalence de la maladie mentale**		**nd**				
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Sexe	Garçon	nd				
		Fille	nd				
	V. Maladies épidémiques						
69	**Taux d'attaque de choléra**		**1,1**	P. 100000 habitants	2014	Rapport annuel d'activité 2014 du service de surveillance épidémiologique	Notification de cas suspects Les cas de polio sont des PFA non confirmés
70	**Taux de létalité de choléra**		**6,6**	P. 100000 habitants			
71	**Taux d'attaque de méningite**		**0,6**	P. 100000 habitants			
72	**Taux de létalité de méningite**		**15,1**	%			
73	**Taux d'attaque de rougeole**		**2,7**	P. 100000 habitants			
74	**Taux d'attaque de fièvre jaune**		**3,0**	P. 100000 habitants			
75	**Taux de létalité de fièvre jaune**		**2,5**	%			
76	**Taux d'attaque de fièvre Lassa**		**nd**				
77	**Taux de létalité de fièvre Lassa**		**nd**				
78	**Taux de létalité de TNN**		**42,9**	%			
79	**Nombre de cas de Poliomyélite**		**396**				
80	**Nombre de cas de ver de Guinée**		**11**				
81	**Taux d'attaque de la maladie à virus Ebola (MVE)**		**-**				
82	**Taux de létalité de la MVE**		**-**				

GAMBIA

N°	Name of indicator	breakdown	Value	Units	Year	Source	Comments
	I. DEMOGRAPHIC INDICATORS						
0	**Population size**		**1 856 417**	inhabitants	2013	GBoS 2013 Census Draft Report	
	Area	Urban	868 540				
		Rural	987 877				
	Gender	Male	913 611				
		Female	942 806				
	Age	0-4 years	291 566				
		5-9 years	279 805				
		10-14 years	220 096				
		15-19 years	214 214				
		20-24 years	183 843				
		25-29 years	159 267				
		30-34 years	122 107				
		35-39 years	94 510				
		40-44 years	72 987				
		45-49 years	55 580				
		50-54 years	45 564				
		55-59years	26 606				
		60-64 years	30 276				
		65 years and +	59 993				
1	**Median population age(years)**		**18,0**	Year	2013	GBoS	Gbos 2013 Census Draft Report
	Area	Urban	20,0				
		Rural	16,0				
	Gender	Male	17,0				
		Female	18,0				
2	**Demographic dependency ratio (<15 and> 64 years)**		**79,0**	%	2013	GBoS	Gbos 2013 Census Draft Report
3	**Annual population growth rate(%)**		**3,1**	%	2013	GBoS	Gbos 2013 Census Draft Report
	Area	Urban	2,4				
		Rural	3,8				

N°	Name of indicator	breakdown	Value	Units	Year	Source	Comments
4	**Proportion of population in urban areas (%)**		**46,9**	%		GBoS	Gbos 2013 Census Draft Report
	Gender	Male	46,8				
		Female	53,2				
	Age	0-14 years	38,1				
		15-24 years	23,0				
		25-34 years	17,3				
		35 years and +	21,4				
5	**Total fertility rate (TFR) (Per female)**		**5,6**	Children	2013	GDHS	
	Area	Urban	4,7				
		Rural	6,8				
6	**Life expectancy at birth**		**64,0**	Year	2003	Population and Housing Census	
	Area	Urban	na				
		Rural	na				
	Gender	Male	na				
		Female	na				
7	**Youth literacy rate (15-24)**		**69.7**	%	2013	GDHS	
	Area	Urban	na				
		Rural	na				
	Gender	Male	76.7				
		Female	62.7				
	II. ORGANIZATIONAL INDICATORS AND HEALTH SYSTEM FUNCTIONING						
	II.1 Input and process indicators						
	II.1.1 Governance and health financing						
8	**National health strategies that have the attributes of the IHP +**		**Yes**				
9	**Total health expenditure per capita (USD)**		**28,1**	USD	2013	NHA 2013	Draft NHA report
10	**Total public health expenditure per capita (USD)**		**7,9**	USD	2013		Draft NHA report
11	**Total public health expenditure compared to total government expenditure,%**		**12,5**	%	2013		
12	**Total public health expenditure compared to total health expenditure,%**		**28,1**	%	2013		

N°	Name of indicator	breakdown	Value	Units	Year	Source	Comments
	II.1.2 Health personnel						
13	**Professional health workers per 10 000 inhabitants**				2014	MOH/HMIS	2014 HMIS draft report
	Type of personnel	Physicians:	1,4				
		Nurses and midwives	7,2				
		dental staff	0,1				
		Pharmacy staff	0,8				
		Laboratory health workers	1,1				
		Public and environmental health workers	0,8				
		Other personnel	NA				
14	**Medical Doctors per 10 000 inhabitants**		**1,4**			MOH/HMIS	
15	**Nurses per 10 000 inhabitants**		**5,3**		2014		
16	**Midwives per 10 000 inhabitants**		**1,9**		2014		
	II.2 Output indicators						
	II.2.1 Availability and operational capacity of health services						
17	**Number of facilities at primary health care (public & private) per 10,000 inhabitants**		**4,5**		2014	MOH/HMIS	
	Area	Urban	na				
		Rural	NA				
	Type of facility	Public	4,52				
		Private	-				
18	**Number of facilities at secondary health care (public & private) per 100,000 inhabitants**		**6,9**			MOH/HMIS	
	Area	Urban	na				
		Rural	na				
	Type of facility	Public	5,66				
		Private	1,24				
19	**Number of facilities at tertiary health care (public & private) per 100 000 inhabitants**		**0,4**				
	Area	Urban	0,92				
		Rural	na				

N°	Name of indicator	breakdown	Value	Units	Year	Source	Comments
	Type of facility	Public	0,37				
		Private	0,05				
20	**Percentage of health care services (all levels) with full staff according to national standards**		**na**				
	Area	Urban	na				
		Rural	na				
	Type of facility	Public	na				
		Private	na				
21	**Hospital beds per 10 000 inhabitants**		**837,0**				
	Type of hospital	national hospital	330,0				
		Provincial or regional hospital	Not applicable				
		District hospital	507,0				
22	**Availability of essential medicines**						
	level of care	Tertiary level	NA				
		Secondary level	NA				
		Basic/primary level	NA				
23	**Availability of emergency obstetric and neonatal care per 500 000 inhabitants (basic and comprehensive)**		**9,4**		2013	MOH&SW	
	Area	Urban	NA				
		Rural	NA				
	Type ofEmONC	BEmONC	24,0				
		CEmONC	11,0				
	II.3 Results indicators						
	II.3.1 Use, quality and safety of health services						
24	**Outpatient visits per capita per year**		**0,7**		2014	2014 HMIS Draft report	
	Area	Urban	na				
		Rural	na				
	Gender	Male	0,60				
		Female	0,8				
	Age	0-4 years	na				
25	**Cesarean rate**		**2.0**	%	2013	GDHS	
	Area	Urban	2,90				

N°	Name of indicator	breakdown	Value	Units	Year	Source	Comments
		Rural	1,1				
26	**Tuberculosis treatment success rate (DOTS)**		**89,0**	%	2013	NLTP case notification database	More than WHO target of 85%
	Gender	Male	na				
		Female	na				
27	**Mortality rate of less than 5 years in health facilities**		**15,8**	‰	2014	HMIS database	
	Gender	Male	15,3				
		Female	16,4				
	5 main causes (extract the list from the first to fifth)	Malaria	na	%			
		Aneamia	na				
		Dysentry	na				
		Typhoid Fever	na				
28	**Maternal mortality ratio in health institutions**		**na**	Per 100 000 LB			
	Age	Less than 25 years	na				
		25-34 years	na				
		35 years and +	na				
29	**Stillbirth rate in health facilities**		**28,1**		2014	HMIS database	
	Type of stillborn	Fresh stillbirths	12,2				
		macerated stillbirths	16,0				
	II.3.2 Coverage of interventions						
30	**Coverage of the first antenatal consultation**		**86.2**	%	2013	GDHS	
	Area	Urban	87.5				
		Rural	84.9				
31	**Coverage of the four antenatal care visits**		**77,6**	%	2013	GDHS	
32	**2nd dose of IPT within the ANC**		**62,0**	%	2013	GDHS	
	Area	Urban	59,5				
		Rural	64,6				
33	**Percentage of pregnant women receiving ART**		**na**	%			

N°	Name of indicator	breakdown	Value	Units	Year	Source	Comments
34	**Proportion of births attended by skilled health personnel**		**57,2**	%	2013	GDHS	
35	**Postnatal care rate**		**76,8**	%			
	Period	0-6 days :	75,8				
		7-42 days	1,0				
36	**Unmet need for family planning**		**24,9**	%	2013	GDHS	
	Area	Urban	24,4				
		Rural	25,4				
	Level of education	No Level of education	24,7				
		Basic/primary level	27,5				
		Secondary level	24,1				
37	**Contraceptive prevalence rate**		**9,0**	%	2013	GDHS	
	Area	Urban	13,0				
		Rural	5,0				
	Level of education	No Level of education	6,0				
		Basic/primary level	7,7				
		Secondary level	16,7				
38	**Vaccination coverage for three doses of DPT / Penta3**		**87,5**	%	2013	GDHS	
39	**Measles immunization coverage (less than a year)**		**87,5**	%	2013	GDHS	
40	**Coverage of fully immunized children (12-23 months)**		**76,0**	%	2013	GDHS	
	Area	Urban	67,1				
		Rural	83,9				
41	**BCG-Measles attrition rates**		**7,0**	%	2014	MOH/HMIS	2014 HMIS draft report
42	**Eligible adults and children living with HIV receiving antiretroviral therapy,%**		**na**				
	Gender	Male	na				
		Female	na				
	Age	0-14 years	na				
		15 years and +	na				
43	**Detection rate of TB cases for new smear-positive cases**		**60,0**	%	2013	NLTP case notification database	
	Gender	Male	na				

N°	Name of indicator	breakdown	Value	Units	Year	Source	Comments
		Female	na				
44	**Percentage of TB patients screened for HIV**		**88,0**	%	2013	NLTP case notification database	
	Gender	Male	na				
		Female	na				
45	**Cataract surgery rate**		**na**				
	Gender	Male	na				
		Female	na				
46	**Children under five sleeping under ITNs**		**47,0**	%	2013	GDHS	
	Area	Urban	36,2				
		Rural	37,0				
47	**Pregnant women sleeping under Insecticide Treated Nets (ITNs)**		**46,0**	%	2013	GDHS	
	Area	Urban	45,0				
		Rural	45,0				
	III. FACTORS AND RISK BEHAVIORS						
48	**Low birth weight rate**		**11,7**	%	2013	GDHS	
	Area	Urban	11,9				
		Rural	11,5				
	Mother's level of education	No Level of education	12,6				
		Basic/primary level	11,8				
		Secondary level	10,5				
49	**Early initiation to breastfeeding (initiation to breastfeeding within one hour of birth)**		**52,0**	%	2013	GDHS	2013 Final GDHS report
	Area	Urban	47,2				
		Rural	55,2				
50	**Infants exclusively breastfed for the first six months of life (%)**		**47,0**	%	2013	GDHS	2013 Final GDHS report
	Area	Urban	NA				
		Rural	NA				
51	**Underweight rate <5 years**		**16,2**	%	2013	GDHS	
	Area	Urban	10,6				
		Rural	20,6				

N°	Name of indicator	breakdown	Value	Units	Year	Source	Comments
	Gender	Boy	17,5				
		Girl	14,9				
	Age	0-5 months	8,5				
		6-8 months	11,9				
		9 -11 months	17,8				
		12 -17 months	17,8				
		18 -23 months	19,7				
		24 - 35 months	18,4				
		36 -47 months	16,3				
		48 - 59 months	16,6				
52	**Condom use at last high-risk sex**		**43,3**	%	2013, 2014	GDHS, BSS	Preliminary Report
	Sex	Male	59,8				
		Female	26,7				
	Age	15-19 years	na				
		20-24 years	na				
53	**Teenage pregnancy rate (15-19)**		**17,5**	%	2013	GDHS	2013 Final GDHS report
	Area	Urban	12,1				
		Rural	24,2				
	Education level	no education level	36,1				
		Basic/primary level	21,1				
		Secondary level and +	8,2				
54	**Use of improved drinking water sources**		**91,0**	%	2013	GDHS	2013 Final GDHS report
	Area	Urban	95,3				
		Rural	84,7				
55	**Use of improved sanitation facilities**		**37,0**	%	2013	GDHS	2013 Final GDHS report
	Area	Urban	45,9				
		Rural	24,3				
56	**Smoking prevalence in the adult population (25 and +)**		**22,5**	%			
	Area	Urban	21,8				
		Rural	22,9		2013	GDHS	
		Male	22,5				

N°	Name of indicator	breakdown	Value	Units	Year	Source	Comments
		Female	na				
57	**Mortality rate of road traffic accidents**		**na**				
	Area	Urban	na				
		Rural	na				
	Age	Less than 25 years	na				
		25-34 years	na				
		35 years and +	na				
	Means of locomotion	bicycle	na				
58		motorcycle	na				
		motor vehicle	na				
	IV. IMPACT (HEALTH STATUS)						
	Mortality						
59	**Newborn mortality rate**		**22,0**	‰	2013	GDHS	
	Area	Urban	24,0				
		Rural	29,0				
	Mother's level of education	no education level	29,0				
		Basic/primary level	30,0				
		Secondary level and +	18,0				
60	**Child mortality rate**		**20,0**	‰	2013	GDHS	
	Area	Urban	19,0				
		Rural	27,0				
	Mother's level of education	no education level	26,0				
		Basic/primary level	26,0				
		Secondary level and +	12,0				
	Under 5 Mortality rate		**54,0**	‰	2013	GDHS	
	Area	Urban	53,0				
		Rural	69,0				
	Mother's level of education	no education level	69,0				
		Basic/primary level	67,0				
		Secondary level and +	37,0				
61	**Maternal mortality ratio**		**433,0**	Per 100000 live births	2013	GDHS	

N°	Name of indicator	breakdown	Value	Units	Year	Source	Comments
	Area	Urban	na				
		Rural	na				
	Education level	no education level	na				
		Basic/primary level	na				
		Secondary level and +	na				
	IV.2 Morbidity						
	A - Communicable Diseases						
62	**Incidence of malaria per 1000**		**86,6**	‰	2013	HMIS Report	240,8938448
	Gender	Male	129,5				
		Female	101,6				
	Age	Less than 5 years	95,3				
		5 years and +	84,8				
		pregnant woman	9,7				
63	**HIV prevalence among pregnant women aged 15-24 years**		**1,2**	%	2014	Sentinell Surveillance Report	
	Area	Urban	na				
		Rural	na				
64	**HIV prevalence among young people (15-24)**		**0,3**	%	2013	GDHS	
	Area	Urban	0,2				
		Rural	0,4				
	Gender	Male	na				
		Female	na				
65	**HIV prevalence among Most at risk people (MARP)**		**na**	%	2011	IBBS	
	Catégories of people at risk	Female sex workers	15,9				
		Other key affected population	9,8				
	B - Non-Communicable Diseases						

N°	Name of indicator	breakdown	Value	Units	Year	Source	Comments
66	**Prevalence of hypertension among adults (25 and +)**		**na**				
	Area	Urban	na				
		Rural	na				
	Gender	Boy	na				
		Girl	na				
	Age	25-34 years	na				
		35 years and +	na				
67	**Prevalence of diabetes among adults (25 and +)**		**na**				
	Area	Urban	na				
		Rural	na				
	Gender	Boy	na				
		Girl	na				
	Age	25-34 years	na				
		35 years and +	na				
68	**Mental illness prevalence**		**na**				
	Area	Urban	na				
		Rural	na				
	Gender	Boy	na				
		Girl	na				
	V. EPIDEMIC DISEASES						
69	**Cholera attack rate**		**0**		2014	2014 IDSR	
70	**Cholera fatality rate**		**0**				
71	**Meningitis attack rate**		**0**				
72	**Meningitis fatality rate**		**0**				
73	**Measles attack rate**		**0**	P. 100000 inhbts			
74	**Yellow fever attack rate**		**0**	P. 100000 habitants			
75	**Yellow fever fatality rate**		**0**				
76	**Lassa fever attack rate**		**0**	P. 100000 inhbts			
77	**Lassa fever fatality rate**		**0**				
78	**TNN Fatality rate**		**0**				
79	**Number of cases of poliomyelitis**		**0**				

N°	Name of indicator breakdown	Value	Units	Year	Source	Comments
80	Number of cases of Guinea worm	0				
81	Ebola Virus disease (EVD) attack rate	0	P. 100000 inhbts			
82	EVD Fatality rate	0	%			

GHANA

N°	Name of indicator	breakdown	Value	Units	Year	Source	Comments
	I. DEMOGRAPHIC INDICATORS						
0	**Population size**		**24 658 823**	inhabitants	2010	2010 Census summary report	Population by urban/rural not available by sex
	Area	Urban	12 545 229				
		Rural	12 113 594				
	Gender	Male	12 024 845				
		Female	12 633 978				
	Age	0-4 years	3 597 752				
		5-9 years	3 179 161				
		10-14 years	2 808 669				
		15-19 years	2 635 448				
		20-24 years	2 340 761				
		25-29 years	2 168 758				
		30-34 years	1 678 018				
		35-39 years	1 431 430				
		40-44 years	1 184 842				
		45-49 years	1 040 544				
		50-54 years	866 104				
		55-59years	567 762				
		60-64 years	469 127				
		65 years and +	690 447				
1	**Median population age(years)**		**20,0**	Year	2010	2010 Census summary report	
	Area	Urban	na				
		Rural	na				
	Gender	Male	19,0				
		Female	21,0				
2	**Demographic dependency ratio (<15 and> 64 years)**		**43,1**	%	2010	2010 Census summary report	
3	**Annual population growth rate(%)**		**2,5**	%	2010	2010 Census	

N°	Name of indicator	breakdown	Value	Units	Year	Source	Comments
						summary report World Bank Population estimates	
	Area	Urban	3,8		2010		
		Rural	0,8				
4	**Proportion of population in urban areas (%)**		**50,9**	%			
	Gender	Male	na				
		Female	na				
	Age	0-14 years	34,5				
		15-24 years	21,7				
		25-34 years	17,1				
		35 years and +	26,7				
5	**Total fertility rate (TFR) (Per female)**		**4,2**	Children	2014	DHS	
	Area	Urban	3,4				
		Rural	5,2				
6	**Life expectancy at birth**		**61,1**	Year	2010	2010 Census summary report	
	Area	Urban	na				
		Rural	na				
	Gender	Male	61,8				
		Female	63,6				
7	**Youth literacy rate (15-24)**		**85.1**	%	2014	DHS	
	Area	Urban	na				
		Rural	na				
	Gender	Male	89,3				
		Female	80.9				
	II. ORGANIZATIONAL INDICATORS AND HEALTH SYSTEM FUNCTIONING						
	II.1 Input and process indicators						
	II.1.1 Governance and health financing						
8	**National health strategies that have the attributes of the IHP +**		**na**				
9	**Total health expenditure per capita (USD)**		**99,5**	USD	2013	World Bank	
10	**Total public health expenditure per capita (USD)**		**60,6**	USD	2013		

N°	Name of indicator	breakdown	Value	Units	Year	Source	Comments
11	**Total public health expenditure compared to total government expenditure,%**		**na**	%			
12	**Total public health expenditure compared to total health expenditure,%**		**na**	%			
	II.1.2 Health personnel						
13	**Professional health workers per 10 000 inhabitants**		**24,4**		2014	Facts and figures	2477 Medical officers and 9777 physician assistants
	Type of personnel	Physicians:Doctors	2 730,0				
		Nurses and midwives	12 245,0				
		dental staff	633,0				
		Pharmacy staff	2 347,0				
		Laboratory health workers	na				
		Public and environmental health workers	2 373,0				
		Other personnel	18 492,0				
14	**Medical Doctors per 10 000 inhabitants**		**1,2**		2	Facts and figures	
15	**Nurses per 10 000 inhabitants**		**12,7**		2012		
16	**Midwives per 10 000 inhabitants**						
	II.2 Output indicators						
	II.2.1 Availability and operational capacity of health services						
17	**Number of facilities at primary health care (public & private) per 10,000 inhabitants**		**na**				
	Area	Urban	na				
		Rural	na				
	Type of facility	Public	na				
		Private	na				
18	**Number of facilities at secondary health care (public & private) per 100,000 inhabitants**		**na**				
	Area	Urban	na				
		Rural	na				
	Type of facility	Public	na				
		Private	na				

N°	Name of indicator	breakdown	Value	Units	Year	Source	Comments
19	**Number of facilities at tertiary health care (public & private) per 100 000 inhabitants**		**4,0**				
	Area	Urban	4,00				
		Rural	-				
	Type of facility	Public	4,00				
		Private	-				
20	**Percentage of health care services (all levels) with full staff according to national standards**		**na**				
	Area	Urban	na				
		Rural	na				
	Type of facility	Public	na				
		Private	na				
21	**Hospital beds per 10 000 inhabitants**		**na**				
	Type of hospital	national hospital	na				
		Provincial or regional hospital	na				
		District hospital	na				
22	**Availability of essential medicines**		**na**				
	level of care	Tertiary level	na				
		Secondary level	na				
		Basic/primary level	na				
23	**Availability of emergency obstetric and neonatal care per 500 000 inhabitants (basic and comprehensive)**		**na**				
	Area	Urban	na				
		Rural	na				
	Type ofEmONC	BEmONC	na				
		CEmONC	na				
	II.3 Results indicators						
	II.3.1 Use, quality and safety of health services						
24	**Outpatient visits per capita per year**		**1,2**		2014		
	Area	Urban	na			HMIS	
		Rural	na				

N°	Name of indicator	breakdown	Value	Units	Year	Source	Comments
	Gender	Male	0,90				
		Female	1,5				
	Age	0-4 years	1,95				
25	**Cesarean rate**		**13,8**	%	2014	HMIS	
	Area	Urban	na				
		Rural	na				
26	**Tuberculosis treatment success rate (DOTS)**		**87,1**	%	2013	Facts and figures	More than WHO target of 85%
	Gender	Male	na				
		Female	na				
27	**Mortality rate of less than 5 years in health facilities**		**na**		2014		
	Gender	Male	na				
		Female	na				
	5 main causes (extract the list from the first to fifth)	Malaria	na				
		Sepsis	na				
		Birth asphyxia	na				
		Hydrocephalus	na				
		Anaemia	na				
28	**Maternal mortality ratio in health institutions**		**144,0**	Per 100 000 LB	2014	HMIS	
	Age	Less than 25 years	38,00				
		25-34 years	73,0				
		35 years and +	33,00				
29	**Stillbirth rate in health facilities**		**18,3**	‰	2014	HMIS	
	Type of stillborn	Fresh stillbirths	7,4				
		macerated stillbirths	10,8				
	II.3.2 Coverage of interventions						
30	**Coverage of the first antenatal consultation**		**97,0**	%	2014	DHS	
	Area	Urban	98,8				
		Rural	96,0				
31	**Coverage of the four antenatal care visits**		**87,0**	%	2014	DHS	

N°	Name of indicator	breakdown	Value	Units	Year	Source	Comments
32	**2nd dose of IPT within the ANC**		**38,8**	%	2014	HMIS	
	Area	Urban	na				
		Rural	na				
33	**Percentage of pregnant women receiving ART**		**61,0**	%	2014	HMIS	
34	**Proportion of births attended by skilled health personnel**		**73,7**	%	2014	DHS	
35	**Postnatal care rate**		**74,6**	%			
	Period	0-6 days :	72,5				
		7-42 days	2,1				
36	**Unmet need for family planning**		**30,0**	%	2014	DHS	
	Area	Urban	28,5				
		Rural	31,4				
	Level of education	No Level of education	17,4				
		Basic/primary level	26,8				
		Secondary level	23,7				
37	**Contraceptive prevalence rate**		**27,0**	%	2014	DHS	
	Area	Urban	26,3				
		Rural	27,0				Contraceptive prevalence rate from World Bank report
	Level of education	No Level of education	29,3				
		Basic/primary level	31,9				
		Secondary level	24,1				
38	**Vaccination coverage for three doses of DPT / Penta3**		**88,8**	%	2014	HMIS	
39	**Measles immunization coverage (less than a year)**		**86,9**	%	2014	HMIS	
40	**Coverage of fully immunized children (12-23 months)**		**84,0**	%	2011	MICS	
	Area	Urban	81,7				
		Rural	86,5				
41	**BCG-Measles attrition rates**		**13,9**	%	2014	HMIS	
42	**Eligible adults and children living with HIV receiving antiretroviral therapy,%**		**37,3**		2014	UNAIDS	Country AIDS Response progress Report (Ghana AIDS Commission)

N°	Name of indicator	breakdown	Value	Units	Year	Source	Comments
	Gender	Male	na				
		Female	na				
	Age	0-14 years	15,2		2013		
		15 years and +	35,0				
43	**Detection rate of TB cases for new smear-positive cases**		**na**	%			
	Gender	Male	na				
		Female	na				
44	**Percentage of TB patients screened for HIV**		**69,0**	%	2010	UNAIDS	Country AIDS Response progress Report (Ghana AIDS Commission)
	Gender	Male	na				
		Female	na				
45	**Cataract surgery rate**		**na**				
	Gender	Male	na				
		Female	na				
46	**Children under five sleeping under ITNs**		**46,6**	%	2014	DHS	
	Area	Urban	35,8				
		Rural	56,1				
47	**Pregnant women sleeping under Insecticide Treated Nets (ITNs)**		**58,8**	%	2014	DHS	
	Area	Urban	31,2				
		Rural	55,2				
	III. FACTORS AND RISK BEHAVIORS						
48	**Low birth weight rate**		**3,4**	%	2014	HMIS	
	Gender	Boy	2,1				
		Girl	1,3				
	Mother's level of education	No Level of education	na				
		Basic/primary level	na				
		Secondary level	na				
49	**Early initiation to breastfeeding (initiation to breastfeeding within one hour of birth)**		**55,6**	%	2014	DHS	
	Area	Urban	54,5				
		Rural	56,5				

N°	Name of indicator	breakdown	Value	Units	Year	Source	Comments
50	**Infants exclusively breastfed for the first six months of life (%)**		**52.3**	%	2014	DHS	
	Area	Urban	na				
		Rural	na				
51	**Underweight rate <5 years (children <5 years underweight for their age),%**		**13,4**	%	2014	DHS	
	Area	Urban	10,5				
		Rural	15,5				
	Gender	Boy	15,4				
		Girl	11,3				
	Age	0-5 months	4,2				
		6-8 months	13,1				
		9-11 months	12,5				
		12-17 months	11,3				
		18-23 months	14,6				
		24-35 months	13,8				
		36-47 months	11,2				
		48-59 months	8,9				
52	**Condom use at last high-risk sex(15-49)**		**na**		2014	DHS	
	Gender	Male	18,9				
		Female	11,3				
	Age	15-19 years	na				
		20-24 years	na				
53	**Teenage pregnancy rate (15-19)**		**14,2**	%	2014	DHS	
	Area	Urban	11,5				
		Rural	16,9				
	Education level	no education level	23,2				
		Basic/primary level	19,0				
		Secondary level and +	6,2				
54	**Use of improved drinking water sources**		**87,7**	%	2014	DHS	
	Area	Urban	96,0				
		Rural	79,6				
55	**Use of improved sanitation facilities**		**69,7**	%	2014	DHS	

N°	Name of indicator	breakdown	Value	Units	Year	Source	Comments
	Area	Urban	85,6				
		Rural	54,1				
56	**Smoking prevalence in the adult population**		**na**		2014	DHS	15 - 49 year old
	Area	Urban	na				
		Rural	na				
	Gender	Male	0,4				
		Female	5,1				
57	**Mortality rate of road traffic accidents**		**na**				
	Area	Urban	na				
		Rural	na				
	Age	Less than 25 years	na				
		25-34 years	na				
		35 years and +	na				
	Means of locomotion	bicycle	na				
58		motorcycle	na				
		motor vehicle	na				
	IV. IMPACT (HEALTH STATUS)						
	Mortality						
59	Neonatal mortality rate(per 1000 live births)		**29,0**	‰	2014	DHS	
	Area	Urban	33,0				
		Rural	29,0				
	Mother's level of education	no education level	30,0				
		Primary	35,0				
		Middle/JSS/JHS	28,0				
		Secondary level and +	36,0				
60	Infant mortality rate(per 1000 live births)		**41,0**	‰	2014	DHS	
	Area	Urban	49,0				
		Rural	46,0				
	Mother's level of education	no education level	53,0				
		Primary	51,0				
		Middle/JSS/JHS	42,0				

N°	Name of indicator	breakdown	Value	Units	Year	Source	Comments
		Secondary level and +	45,0				
	Under 5 Mortality rate		**60,0**	‰	2014	DHS	
	Area	Urban	64,0				
		Rural	75,0				
	Mother's level of education	no education level	92,0				
		Primary	72,0				
		Middle/JSS/JHS	54,0				
		Secondary level and +	55,0				
61	**Maternal mortality ratio**		**380,0**	Per 100000 live births	2014	DHS	
	Area	Urban	na				
		Rural	na				
	Education level	no education level	na				
		Basic/primary level	na				
		Secondary level and +	na				
	IV.2 Morbidity						
	A - Communicable Diseases						
62	**Incidence of malaria per 1000**		**265,3**	‰	2014	HMIS	
	Gender	Male	110,8				
		Female	154,5				
	Age	Less than 5 years	83,9				
		5 years and +	181,3				
		pregnant woman	5,8				
63	**HIV prevalence among pregnant women aged 15-24 years**		**2,0**	%	2014	DHS	
	Area	Urban	na				
		Rural	na				
64	**HIV prevalence among young people (15-24)**		**0,8**	%	2014	DHS	
	Area	Urban	0,6				
		Rural	1,1				
	Gender	Male	0,2				
		Female	1,5				

N°	Name of indicator	breakdown	Value	Units	Year	Source	Comments
65	**HIV prevalence among Most at risk people (MARP)**		**na**	%			
	Catégories of people at risk	Female sex workers	11,1		2013		
		Other key affected population	na				
		MSM	17,5		2013		
	B - Non-Communicable Diseases						
66	**Prevalence of hypertension among adults**		**na**	%	2014	DHS	15 - 49 YO
	Area	Urban	na				
		Rural	na				
	Gender	Boy	12,5				
		Girl	12,9				
	Age	25-34 years	na				
		35 years and +	na				
67	**Prevalence of diabetes among adults** (15 and +)		**na**				
	Area	Urban	na				
		Rural	na				
	Gender	Boy	na				
		Girl	na				
	Age	25-34 years	na				
		35 years and +	na				
68	**Mental illness prevalence**		**na**				
	Area	Urban	na				
		Rural	na				
	Gender	Boy	na				
		Girl	na				
	V. EPIDEMIC DISEASES						
69	**Cholera attack rate**		**na**				
70	**Cholera fatality rate**		**na**				

N°	Name of indicator breakdown	Value	Units	Year	Source	Comments
71	Meningitis attack rate	na				
72	Meningitis fatality rate	na				
73	Measles attack rate	na				
74	Yellow fever attack rate	na				
75	Yellow fever fatality rate	na				
76	Lassa fever attack rate	na				
77	Lassa fever fatality rate	na				
78	TNN Fatality rate	na				
79	Number of cases of poliomyelitis	na				
80	Number of cases of Guinea worm	na				
81	Ebola Virus disease (EVD) attack rate	na				
82	EVD Fatality rate	na				

GUINÉE

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Notes
	I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES						
0	**Effectif de la population (2014)**		**10 628 972**	Habitants	2014	Résultats provisoires RGPH 2014	Calculé sur la base de des effectifs du RGPH et de la structure de la population de 2015
	Milieu	Urbain	3 720 140				
		Rural	6 908 832				
	Sexe	Homme	5 142 088				
		Femme	5 486 884				
	Age	0-4 ans	1 710 590				
		5-9 ans	1 784 595				
		10-14 ans	1 602 726				
		15-19 ans	970 535				
		20-24 ans	719 256				
		25-29 ans	677 658				
		30-34 ans	504 737				
		35-39 ans	489 016				
		40-44 ans	417 913				
		45-49 ans	335 443				
		50-54 ans	399 291				
		55-59 ans	263 614				
		60-64 ans	263 130				
		65 ans et +	490 467				
1	**Âge médian de la population (ans)**		**16,1**	Année	2012	EDS MICS	
	Milieu	Urbain	18,2				
		Rural	14,9				
	Sexe	Homme	17,8				
		Femme	18,5				
2	**Rapport de dépendance démographique (<15 et> 64 ans)**		**1,1**	%	2014	Résultats provisoires RGPH 2014	
3	**Taux de croissance annuel de la population (%)**		**2,4**	%	2014	Résultats provisoires RGPH 2014	
	Milieu	Urbain	3,3	%			
		Rural	1,9	%			

4	**Proportion de la population dans les zones urbaines (%)**		**35,0**	%	2012		Plus de 50% des urbains vivent à Conakry
	Sexe	Homme	nd				
		Femme	nd				
	Age	0-14 ans	42,1				
		15-24 ans	21,1				
		25-34 ans	13,3				
		35 ans et +	23,6				
5	**Indice synthétique de fécondité (par femme)**		**5,1**	Enfant	2012	EDS MICS	
	Milieu	Urbain	3,8				
		Rural	5,8				
6	**Espérance de vie à la naissance**		**59,6**	Année	2012	EDS MICS	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Sexe	Homme	58,5				
		Femme	60,7				
7	**Taux d'alphabétisation des jeunes (15–24 ans)**		**55,4**	%	2012	EDS MICS	
	Milieu	Urbain	47,0				
		Rural	20,0				
	Sexe	Homme	71,4				
		Femme	39,4				
	II. INDICATEURS D'ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES SYSTEMES DE SANTE						
	II.1 Indicateurs d'intrants et de processus						
	II.1.1 Gouvernance et financement de la santé						
8	**Stratégie nationale de santé ayant les attributs de l'IHP +**		**Oui, PNDS 2015-2024**				
9	**Dépenses totales de santé par habitant (USD)**		**26,8**	USD	2010	CNS 2010	
10	**Total des dépenses publiques de santé par habitant (USD)**		**2,4**	USD	2010	CNS 2010	
11	**Total des dépenses publiques de santé rapportées au total des dépenses de l'État, %**		**1,5**	%	2010	CNS 2010	
12	**Total des dépenses publiques de santé rapportées aux dépenses totales de santé, %**		**8,8**	%	2010	CNS 2010	
	Personnel de santé						

13	**Agents professionnels de santé par 10 000 habitants**		**4,8**		2014	Base de données DRH MS	Personnel infirmier et obstétrical comprend: SF, ATS, Aide santé
	Type de personnel	Médecins	0,7				
		Personnel infirmier et obstétrical	3,7				
		Personnel odontologique	0,0				
		Personnel pharmaceutique	0,1				
		Agents de santé de laboratoire	0,2				
		Agents de santé publique et environnementale	-				
		Autre personnel					
14	**Médecins pour 10 000 habitants**		**0,7**		2014	Base de données DRH MS	
15	**Infirmières/infirmiers pour 10 000 habitants**						
16	**Sages-femmes pour 10 000 habitants**						
	II.2 Indicateurs d'extrants						
	II.2.1 Disponibilité et capacité opérationnelle des services de santé						
17	**Nombre d'établissements au niveau des soins de santé primaires (publics & privés) pour 10 000 habitants**		**1,66**		2013	Rapport annuel DNEHS 2013 & Annuaire statistique INS 2013	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Type d'établissement	Public	1,35				
		Privé	0,30				
18	**Nombre d'établissements au niveau des soins de santé secondaires (publics & privés) pour 10 000 habitants**		**0,08**		2013	Rapport annuel DNEHS 2013	Centres de santé amélioré (CSA), les hôpitaux préfectoraux et les centres médicaux communaux (CMC) et hôpitaux régionaux
	Milieu	Urbain	0,94				
		Rural	-				
	Type d'établissement	Public	0,03				
		Privé	0,05				
19	**Nombre d'établissements au niveau des soins de santé tertiaires (publics & privés) pour 10 000 habitants**		**0,00**		2013 - 2013	Rapport annuel DNEHS 2013 & Annuaire statistique INS 2015	Hôpitaux nationaux
	Milieu	Urbain	0,00				
		Rural	-				

	Type d'établissement	Public	0,00				
		Privé	-				
20	**Pourcentage des services de soins de santé (tous les niveaux) avec le personnel complet selon les normes nationales**		**nd**				
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Type d'établissement	Public	nd				
		Privé	nd				
21	**Lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants**		**2,3**		2013	Rapport annuel de Gestion des hôpitaux publics DNEHS 2013	Les 3 HN totalisent 1108 lits pour une population de la ville de Conakry égale à 1 682 000 habitants.
	Type d'hôpital	Hôpital national	0,1				
		Hôpital provincial ou régional	0,8				
		Hôpital de district	1,4				
22	**Disponibilité des médicaments essentiels**		**nd**				
	q	Niveau tertiaire	nd				
		Niveau secondaire	nd				
		Niveau primaire	nd				
23	**Disponibilité des soins obstétricaux et néonatals d'urgence pour 500 000 habitants (essentiels et complets)**		**nd**				
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Type de SONU	SONUB	nd				
		SONUC	nd				
	II.3 Indicateurs de résultats						
	II.3.1 Utilisation, qualité et sécurité des services de santé						
24	**Consultations externes par habitant et par an**		**0,3**		2011		Annuaire statistique 2013/INS
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Sexe	Homme	nd				
		Femme	nd				
	Age	0-4 ans	nd				
25	**Taux de césarienne**		**2,4**	%	2013		

	Milieu	Urbain	2,40			Rapport annuel de Gestion des hôpitaux publics	Taux calculé sur la base d'un chiffre populationnel non harmonisé
		Rural	-				
26	**Taux de réussite du traitement de la tuberculose (DOTS)**		**0,8**	%	2014	PNLT	Indicateur non distribué par sexe
	Sexe	Homme	nd				
		Femme	nd				
27	**Taux de mortalité des moins de 5 ans dans les établissements hospitaliers**		**35,9**	‰	2011	Annuaire statistique 2011 MSHP	
	Sexe	Homme					
		Femme					
	5 principales causes	Paludisme grave					
		Anémie					
		IRA< 3 semaines					
		Diarrhée					
		Méningite					
28	**Ratio de mortalité maternelle au sein des institutions de santé**		**76,4**		2011	Annuaire statistique 2011 MSHP	
	Age	Moins de 25 ans					
		25-34 ans					
		35 ans et +					
29	**Taux de mortinatalité dans les établissements sanitaires**		**22,3**	‰	2011	Annuaire statistique 2011 MSHP	Taux calculé par rapport à la naissance attendue. Le canevas SNIS n'a pas réparti en macéré et frais
	Type de mort-né	Mort-nés frais	nd				
		Mort-nés macérés	nd				
	II.3.2 Couverture des interventions						
30	**Couverture de la première consultation des soins prénatals**		**85,2**	%	2012	EDS-MICS 2012	Il s'agit du taux d'utilisation de la CPN ou CPN1
	Milieu	Urbain	**96,3**				
		Rural	80,8				
31	**Couverture des quatre visites des soins prénatals**		**56,6**	%	2012	EDS MICS	
32	**2ème dose de TPI dans le cadre des soins prénatals**		**17,8**	%	2012	EDS MICS	
	Milieu	Urbain	28,2				

		Rural	14,1				
33	**Pourcentage de femmes enceintes séropositives sous TAR**		**62,0**	%	2013	PNPCSP	Selon SPECTRUM sur la base du Nb de grossesse attendue
34	**Proportion de naissances assistées par un personnel de santé qualifié**		**45,3**	%	2012	EDS MICS	0-6 j cumul 30,8+2,9+3+1,2
35	**Taux de soins postnatals**		**42,1**	%			
	Période	0-6 jours	37,9				
		7-42 jours	4,2				
36	**Besoin non satisfait en planification familiale**		**20,1**	%	2012	EDS MICS	Taux correspondant pour femmes en union
	Milieu	Urbain	18,7				
		Rural	20,9				
	Niveau d'instruction	Aucun niveau d'instruction	21,0				
		Niveau primaire	22,3				
		Niveau secondaire	15,4				
37	**Taux de prévalence contraceptive**		**5,6**	%	2012	EDS MICS	Une méthode quelconque de contraception
	Milieu	Urbain	8,7				
		Rural	4,3				
	Niveau d'instruction	Aucun niveau d'instruction	4,7				
		Niveau primaire	7,6				
		Niveau secondaire	10,5				
38	**Couverture vaccinale pour les 3 doses de DCT/Penta3**		**49,8**	%	2012	EDS	PEV 2014: Penta3 (81%) et VAR (83%)
39	**Couverture contre la rougeole (moins d'un an)**		**61,8**	%	2012	EDS	
40	**Taux de couverture des enfants complètement vaccinés (12-23 mois)**		**36,5**	%	2012	EDS MICS	75% PEV 2014
	Milieu	Urbain	45,0				
		Rural	33,5				
41	**Taux d'abandon BCG-Rougeole**		**20,6**	%	2012	EDS MICS	BCG/VAR à calculer
42	**Adultes et enfants séropositifs éligibles recevant une thérapie antirétrovirale, %**		**52,0**	%	2014	PNPCSP	32 040 personnes: adultes 31 027; enfants 1013
	Sexe	Homme	nd				
		Femme	nd				
	Age	0-14 ans	nd				
		15 ans et +	nd				

43	**Taux de détection des cas de tuberculose pour les nouveaux cas à frottis positif**		**56,0**	%	2014	PNLT	p 100 000
	Sexe	Homme	nd				
		Femme	nd				
44	**Pourcentage de patients tuberculeux dépistés pour le VIH**		**24,0**	%	2014	PNLT	Proportion de positifs sur les 79% ayant accepté le test
	Sexe	Homme	nd				
		Femme	nd				
45	**Taux de chirurgie de la cataracte**		**55,0**	Pour 1 million d'habitants	2014	PNLOC	Pour 1 000 000 habitants
	Sexe	Homme					
		Femme					
46	**Enfants de moins de cinq ans dormant sous des MII**		**26,0**	%	2012	EDS	V PNLP (2014 - 19 préf)
	Milieu	Urbain	23,8				
		Rural	26,8				
47	**Femmes enceintes dormant sous des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MII)**		**28,0**	%	2012	EDS	65% des chefs de ménage ont dormi la nuit dernière (PNLP) ce en rural et urbain
	Milieu	Urbain	23,7				
		Rural	29,7				
	IV. Facteurs et comportements à risque						
48	**Taux d'insuffisance pondérale à la naissance**		**18,0**	%	2012	EDS	
	Sexe	Garçon	17,4				
		Fille	18,5				
	Niveau d'éducation de la mère	Aucun niveau d'instruction	19,7				
		Niveau primaire	15,5				
		Niveau secondaire	9,0				
49	**Initiation précoce de l'allaitement maternel**		**16,6**	%	2012	EDS	
	Milieu	Urbain	18,6				
		Rural	15,8				
50	**Les nourrissons nourris exclusivement au sein pendant les six premiers mois de la vie (%)**		**20,5**	%	2012	EDS	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
51	**Taux d'insuffisance pondérale <5 ans**		**18,0**	%	2012	EDS	

	Milieu	Urbain	9,0				
		Rural	21,0				
	Sexe	Garçon	17,4				
		Fille	18,5				
	Age	0-5 mois	8,7				
		6-8 mois	10,8				
		9-11 mois	16,1				
		12-17 mois	21,7				
		18-23 mois	22,0				
		24-35 mois	19,5				
		36 - 47 mois	18,5				
		48 - 59 mois	19,6				
52	**Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque**		**40,5**	%	EDS	2012	15-49 ans
	Sexe	Homme	49,9				
		Femme	31,1				
	Age	15-19 ans					
		20-24 ans					
53	**Taux de grossesse des adolescentes (15-19 ans)**		**34,3**	%	2012	EDS	
	Milieu	Urbain	22,6				
		Rural	42,8				
	Niveau d'éducation	Aucun niveau	47,5				
		Niveau primaire	33,8				
		Niveau secondaire et +	16,7				
54	**Utilisation de sources d'eau potable améliorées**		**75,8**	%	2012	EDS	DNHP
	Milieu	Urbain	95,1				
		Rural	66,5				
55	**Utilisation d'installations sanitaires améliorées**		**21,1**	%	2012	EDS	DNHP
	Milieu	Urbain	39,4				
		Rural	12,3	%			
56	**Prévalence du tabagisme au sein de la population**		**26,0**	%	2009	Enquête mondiale sur le tabac en Guinée	Prévalence chez 36 648 jeunes élèves âgés de 13 - 15 ans
	Milieu	Urbain	nd				

		Rural	nd				
	Sexe	Homme	0,3				
		Femme	0,2				
57	**Taux de mortalité des accidents de la circulation routière**		**2,8**	Pour cent mille habitants	2014	Service statistique Ministère en charge de la Sécurité	Ce taux est rapporté à 100 000 habitants. La létalité due aux accidents de circulation quant à elle se chiffre à 9,3%.
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Age	Moins de 25 ans	nd				
		25-34 ans	nd				
		35 ans et +	nd				
	Moyen de locomotion	Vélo	nd				
		Motocyclette	nd				
		Véhicule automobile	nd				
	IV. Impact (État de santé)						
	IV.1 Mortalité						
58	**Taux de mortalité néonatale**		**33,0**	‰	2012	EDS MICS	
	Milieu	Urbain	36,0				
		Rural	42,0				
	Niveau d'éducation de la mère	Aucun niveau	42,0				
		Niveau primaire	43,0				
		Niveau secondaire et +	24,0				
59	**Taux de mortalité infantile**		**67,0**	‰	2012	EDS MICS	
	Milieu	Urbain	55,0				
		Rural	83,0				
	Niveau d'éducation de la mère	Aucun niveau	79,0				
		Niveau primaire	75,0				
		Niveau secondaire et +	41,0				
60	**Taux de mortalité des moins de cinq ans**		**123,0**	‰	2012	EDS MICS	142 et 124 p 1000 respectivement pour les garçons et les filles
	Milieu	Urbain	87,0				
		Rural	148,0				
		Aucun niveau	139,0				

	Niveau d'éducation de la mère	Niveau primaire	126,0				
		Niveau secondaire et +	66,0				
61	**Ratio de mortalité maternelle**		**724,0**	P. 100000 naissances vivantes	2012	EDS MICS	pour 1000 femmes années d'exposition, le taux de DM peut être converti en rapport de MM (DM p 100 000 NV) en le divisant par le TGFG standardisé
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Niveau d'éducation	Aucun niveau	nd				
		Niveau primaire	nd				
		Niveau secondaire et +	nd				
	IV.2 Morbidité						
	A - Maladies transmissibles						
62	**Incidence du paludisme**		**63,0**	‰	2014	PNLP	Incidence exprimée en 1000 habitants (prévalence nationale 63 p 1000)
	Sexe	Homme	55,0				
		Femme	60,0				
	Age	Moins de 5 ans	99,0	‰			
		5 ans et +	41,0				
		Femme enceinte	69,0				
63	**Séroprévalence parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans**		**0,9**	%	2012	EDS MICS	V CNLS
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
64	**Séroprévalence chez les jeunes (15-24 ans)**		**0,9**	%	2012	EDS MICS	
	Milieu	Urbain	1,2				
		Rural	0,8				
	Sexe	Homme	1,3				
		Femme	0,4				

65	**Prévalence du VIH parmi les personnes qui sont les plus exposées au risque (MARP)**						
	Catégories de personnes exposées	Prisonniers	6,0	%	2012	Enquête de Surveillance comportementale et biologique (ESCOMB)	
		Pêcheurs	2,9				
		Miniers	5,3				
		Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	59,9				
		Hommes en uniforme	5,1				
		Professionnelles de sexe	14				
		Jeunes sexuellement actifs	2,1				
	B - Maladies non-transmissibles						
66	**Prévalence de l'hypertension chez les adultes (25 ans et plus)**		**nd**				Données fournies par les centres de santé et hôpitaux
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Sexe	Garçon	nd				
		Fille	nd				
	Age	25-34 ans	nd				
		35 ans et +	nd				
67	**Prévalence du diabète chez les adultes (25 ans et plus)**		**nd**				Données fournies par les centres de santé; DCS /PHPB_Réunion
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Sexe	Garçon	nd				
		Fille	nd				
	Age	25-34 ans	nd				
		35 ans et +	nd				
68	**Prévalence de la maladie mentale**		**nd**				Données fournies par les centres de santé
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Sexe	Garçon	nd				
		Fille	nd				
	V. Maladies épidémiques						

69	Taux d'attaque de choléra	0,4	P. 100000 habitants	2014	Base de données de la DPLM	Pop à risque 13 142 887 habitants, Rougeole 14 décès; TNN 34 décès
70	Taux de létalité de choléra	-	%			
71	Taux d'attaque de méningite	4,4	P. 100000 habitants			
72	Taux de létalité de méningite	9,5	%			
73	Taux d'attaque de rougeole	45,9	P. 100000 habitants			
74	Taux d'attaque de fièvre jaune	0,9	P. 100000 habitants			
75	Taux de létalité de fièvre jaune	4,0	%			
76	Taux d'attaque de fièvre Lassa	-				
77	Taux de létalité de fièvre Lassa	-				
78	Taux de létalité de TNN	75,0	%			
79	Nombre de cas de Poliomyélite	-				
80	Nombre de cas de ver de Guinée	nd				
81	Taux d'attaque de la maladie à virus Ebola (MVE)	31,0	P. 100000 habitants			
82	Taux de létalité de la MVE	66,8	%			

GUINÉE BISSAU

N°	Denominação do indicador	Desagregação	Valor	unidades	Ano	Fonte	Observação
	INDICADORES SOCIODEMOGRAFICOS						
0	**Efectivo da população**		**1 514 451**	Habitants	2014		
	Meio	Urbano	631 938			INstituto Nacional de Estatística (INE) Projecção População	
		Rural	882 513				
	Sexo	Masculino	740 981				
		Feminino	773 470				
	Idade	0-4 anos	269 980				
		5-9 anos	200 997				
		10-14 anos	186 982				
		15-19 anos	159 417				
		20-24 anos	151 938				
		25-29 anos	128 309				
		30-34 anos	112 676				
		35-39 anos	73 834				
		40-44 anos	63 752				
		45-49 anos	44 041				
		50-54 anos	40 370				
		55-59 anos	26 953				
		60-64 anos	19 497				
		65 anos e +	35 705				
1	**Idade média da população (anos)**		**21,7**	ano	2009	Instituto Nacional de Estatística (INE)	
	Meio	Urbano	21,8				
		Rural	21,7				
	Sexo	Masculino	21,20				
		Feminino	22,30				
2	**Razão de dependência demográfica (<15 e> 64 anos)**		**85,0**	%	2009	Instituto Nacional de Estatística (INE)	
3	**Taxa de crescimento anual da população (%)**		**2,2**	%	2009	Instituto Nacional de Estatística (INE)	
	Meio	Urbano	39,60				
		Rural	60,40				
4	**Proporção da população nas zonas urbanas (%)**		**39,6**	%	2010	INstituto Nacional de Estatística (INE) Projecção População	

N°	Denominação do indicador	Desagregação	Valor	unidades	Ano	Fonte	Observação
	Sexo	Masculino	48,5				
		Feminino	51,5				
	Idade	0-14 anos	43,4				
		15-24 anos	20,6				
		25-34 anos	15,9				
		35 anos e +	20,1				
5	**Índice sintético de fecundidade (por mulher)**		**4,9**	criança	2014	MICS 5 2014	
	Meio	Urbano					
		Rural					
6	**Esperança de vida à nascença**		**50,0**	ano	2009	INstituto Nacional de Estatística (INE) Projecção População	
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
	Sexo	Masculino	49,0				
		Feminino	51,0				
7	**Taxa de alfabetização dos jovens (15-24 anos)**			%	2014	MICS 5 2014	
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
	Sexo	Masculino	50,5				
		Feminino	70,4				
	II. INDICADORES DE ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS SISTEMAS DE SAUDE						
	II.1 *Input* e processo						
	II.1.1 Governação e financiamento da saúde						
8	**Estratégias nacionais de saúde com atributos de IHP +**		**nd**				
9	**Despesas totais da saúde por habitante (USD)**		**16,0**	USD	2013	MINSA	
10	**Total das despesas públicas de saúde por habitante (USD)**		**5,5**	USD	2013		
11	**Total das despesas públicas de saúde em relação ao total das despesas do Estado, %**		**7,8**	%	2013		
12	**Total das despesas públicas de saúde em relação às despesas totais da saúde, %**		**nd**				

N°	Denominação do indicador	Desagregação	Valor	unidades	Ano	Fonte	Observação
	II.1.2 Pessoal da saúde						
13	**Agentes profissionais da saúde por 10 000 habitantes**		**nd**		2014	DRHAS/DGASS/MINSAP	Outro pessoal, está incluido os auxiliares de enfermagem e parteiras.
	Tipo de pessoal	Médicos	1,6				
		Pessoal de enfermagem e obstetrícia	9,1				
		Pessoal de odontologia	0,1				
		Pessoal farmacêutico	0,3				
		Agentes de saúde de laboratório	1,2				
		Agentes de saúde pública e ambiental	nd				
		Outro pessoal	2,1				
14	**Médicos por 10 000 habitantes**		**1,6**				Outro pessoal, está incluido os auxiliares de enfermagem e parteiras.
15	**Enfermeiros por 10 000 habitantes**		**nd**				
16	**Parteiras por 10 000 habitantes**		**nd**				
	II.2 Indicadores de output						
	Disponibilidade e capacidade operacional dos serviços de saúde						
17	**Número de estabelecimentos ao nível de cuidados de saúde primários (públicos e privados) por 10 000 habitantes**		**nd**		2014	MINSAP	Dá uma média de 12.944 habitantes por estrutura. Sem contar com as privadas
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
	Tipo de estabelecimento	Público	117,00				
		Privado	nd				
18	**Número de estabelecimentos ao nível de cuidados de saúde secundários (públicos e privados) por 10 000 habitantes**		**nd**				
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
	Tipo de estabelecimento	Público	nd				
		Privado	nd				

N°	Denominação do indicador	Desagregação	Valor	unidades	Ano	Fonte	Observação
19	**Número de estabelecimentos ao nível de cuidados de saúde terciários (públicos e privados) por número de habitantes**		**nd**				
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
	Tipo de estabelecimento	Público	nd				
		Privado	nd				
20	**Percentagem dos serviços de cuidados de saúde (todos os níveis) com pessoal completo de acordo com as normas nacionais**		**nd**				
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
	Tipo de estabelecimento	Público	nd				
		Privado	nd				
21	**Camas de hospitais por número de habitantes por 10 000 habitantes**		**10,7**		2015	INASA	O Hospital Nacional Simão Mendes dispõe de 721 camas
	Tipo de hospital	Hospital nacional	nd				
		Hospital provincial ou regional	nd				
		Hospital distrital	nd				
22	**Disponibilidade dos medicamentos essenciais**		**nd**		2014	CECOME	
	Nível de cuidados	Nível terciário	60,0				
		Nível secundário	70,0				
		Nível primário	70,0				
23	**Disponibilidade de cuidados obstétricos e neonatal de urgência por 500 000 habitantes (de Base e Completos)**		**nd**				
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
	Tipo de SONU	SONUB	nd				
		SONUC	nd				
	II.3 Indicadores de resultados/efeitos						
	II.3.1 Utilização, qualidade e segurança dos serviços de saúde						
24	**Consultas externas por habitante e por ano**		**nd**				
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				

N°	Denominação do indicador	Desagregação	Valor	unidades	Ano	Fonte	Observação
	Sexo	Masculino	nd				
		Feminino	nd				
	Idade	0-4 anos	nd				
25	**Taxa de cesariana**		**3,9**		2014	MICS 5 2014	
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
26	**Taxa de sucesso de tratamento da tuberculose (DOTS)**		**80,6**	%	2014	Relatório Anual PNLT 2014	Sucesso terapêutico é de 80,51% - Relatório anual PNLT 2014
	Sexo	Masculino	nd				
		Feminino	nd				
27	**Taxa de mortalidade de menores de 5 anos nos estabelecimentos de saúde**		**55,4**	‰	2014	MICS 5 2014	Infanto Juvenil89%
	Sexo	Masculino	nd				
		Feminino	nd				
	5 principais causas (Redigir a lista da primeira à quinta causa)						
28	**Proporção da mortalidade maternanos estabelecimentos de saúde**		**900,0**	%	2014	MICS 5 2014	A taxa de mortalidade materna calculada é de 900 por 1000 mas não nos estabelecimentos de saúde
	Idade	Menores de 25 anos	nd				
		25-34 anos	nd				
		35 anos e +	nd				
29	**Taxa de nados-mortos nos estabelecimentos de saúde**		**nd**	‰			
	Tipo de nado-morto	Nado-morto recente	nd				
		Nado-morto macerado	nd				
	II.3.2 Cobertura das intervenções						
30	**Cobertura da primeira consulta de cuidados pré-natal**		**92,0**	%	2014	MICS 5 2014	
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				

N°	Denominação do indicador	Desagregação	Valor	unidades	Ano	Fonte	Observação
31	**Cobertura de quatro visitas de cuidados pré-natal**		**64,9**	%	2014	MICS 5 2014	
32	**Cobertura de 2ª dose de TPI no âmbito dos cuidados pré-natal**		**38,2**	%	2014	Relatório Anual PNLT 2014	
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
33	**Percentagem de mulheres grávidas VIH+ sob TAR**		**nd**				
34	**Proporção de partos assistidos por pessoal de saúde qualificado**		**45,0**	%	2014	MICS 5 2014	
35	**Taxa de cuidados pós-natal**		**nd**				
	Período	0-6 dias	nd				
		7-42 dias	nd				
36	**Necessidades não satisfeita em PF, %**		**nd**				
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
	Nível de instrução	Nenhum nível de instrução	nd				
		Nível primário	nd				
		Nível secundário	nd				
37	**Taxa de prevalência de contraceptivo**		**15,0**	%	2014	MICS 5 2014	
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
	Nível de instrução	Nenhum nível de instrução	nd				
		Nível primário	nd				
		Nível secundário	nd				
38	**Cobertura vacinal com 3 doses de DPT/Penta3**		**74,0**	%	2014	MICS 5 2014	
39	**Cobertura vacinal contra o sarampo em menores de 1 ano de idade**		**64,0**	%	2014	MICS 5 2014	
40	**Taxa de cobertura de crianças completamente vacinadas (12-23 meses)**		**59,0**	%			
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
41	**Taxa de abandono BCG - Sarampo**		**23,0**	%	2014	SIVE/PAV	
42	**Proporção de adultos e crianças seropositivos elegíveis recebendo uma terapia antiretroviral, %**		**nd**				

N°	Denominação do indicador	Desagregação	Valor	unidades	Ano	Fonte	Observação
	Sexo	Masculino	nd				
		Feminino	nd				
	Idade	0-14 anos	nd				
		15 anos e +	nd				
43	**Taxa de detecção de casos de tuberculose para os novos casos de esfregaço positivo**		**nd**				
	Sexo	Masculino	nd				
		Feminino	nd				
44	**Percentagem de pacientes tuberculosos testados por VIH**		**66,0**	%	2014	Relatório Anual PNLT 2014	Dos 2288 doentes 1510 foram testados
	Sexo	Masculino	61,1				
		Feminino	38,9				
45	**Taxa de cirurgia da catarata**		**720,0**	por milhão população	2013	Saúde Visao	Dos 2083 doentes operados1700 foram masculinos e 383 femeninos
	Sexo	Masculino					
		Feminino					
46	**Crianças menores de cinco anos dormindo sob MII**		**95,0**	%	2014	Avaliação Impacto campanha MILDA (INASA)	
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
47	**Mulheres grávidas dormindo sob Mosquiteiros Impregnados de Insecticida (MII)**		**95,0**	%	2014	Avaliação Impacto campanha MILDA (INASA)	
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
	III. FACTORES E COMPORTAMENTOS DE RISCO						
48	**Taxa de insuficiência ponderal à nascença**		**17,0**	%	2014	MICS 5 2014	
	Sexo	Rapaz	nd				
		Menina	nd				
	Nível de instrução da mãe	Nenhum nível de instrução	nd				
		Nível primário	nd				
		Nível secundário	nd				
49	**Iniciação precoce de aleitamento materno**		**33,7**	%	2014	MICS 5 2014	
	Meio	Urbano	nd				

N°	Denominação do indicador	Desagregação	Valor	unidades	Ano	Fonte	Observação
		Rural	nd				
50	**Perecentagem de crianças**		**52,5**	%	2014	MICS 5 2014	
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
51	**Taxa de insuficiência ponderal <5 anos**		**17,0**	%	2014	MICS 5 2014	Moderada grave 17% e Grave 3,6%
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
	Sexo	Masculino	nd				
		Feminino	nd				
	Idade	0-5 meses	nd				
		6-8 meses	nd				
		9-11 meses	nd				
		12-17 meses	nd				
		18-23 meses	nd				
		24-35 meses	nd				
		36-47 meses	nd				
		48-59 meses	nd				
52	**Utilização do preservativo na ocasião da última relação sexual de alto risco**		**nd**				
	Sexo	Masculino	nd				
		Feminino	nd				
	Idade	15-19 anos	nd				
		20-24 anos	nd				
53	**Taxa de gravidez de adolescentes (15-19 anos)**		**nd**				
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
	Nível de instrução	Nenhum nível	nd				
		Nível primário	nd				
		Nível secundário	nd				
54	**Utilização de fontes de água potável melhoradas**		**75,0**	%	2014	MICS 5 2014	
	Meio	Urbano	0,9				
		Rural	61,0				

N°	Denominação do indicador	Desagregação	Valor	unidades	Ano	Fonte	Observação
55	**Utilização de instalações de latrinas melhoradas**		**13,0**	%	2014	MICS 5 2014	
	Meio	Urbano	27,0				
		Rural	2,0				
56	**Prevalência do tabagismo no seio da população adulta (25 anos e mais)**		**nd**	%	2008	Inquérito GYTS	O inquérito foi realizado nas 23 escolas públicas e privadas de Bissau, nos alunos de 13 aos 15 anos de idade
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
	Sexo	Masculino	4,5				
		Feminino	7,8				
57	**Taxa de mortalidade por acidentes de circulação rodoviária**		**172,3**	‰	2014	Ministério Interior	534 acidentes; 147 feridos e 92 óbitos
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
	Idade	Menores de 25 anos	nd				
		25-34 anos	nd				
		35 anos e +	nd				
	Meio de locomoção	Bicicleta	nd				
		Motocicleta	nd				
		Veículo automóvel	nd				
	IV. IMPACTO (ESTADO DE SAUDE)						
	IV.1 Mortalidade						
58	**Taxa de mortalidade neonatal**		**43,0**	‰	2014	MICS 5 2014	
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
	Nível de instrução da mãe	Nenhum nível	nd				
		Nível primário	nd				
		Nível secundário	nd				
59	**Taxa de mortalidade infantil**		**82,0**	‰		MICS 5 2014	
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
	Nível de instrução da mãe	Nenhum nível	nd				
		Nível primário	nd				
		Nível secundário e +	nd				

N°	Denominação do indicador	Desagregação	Valor	unidades	Ano	Fonte	Observação
60	**Taxa de mortalidade de menores de cinco anos**		**55,0**	‰		MICS 5 2014	
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
	Nível de instrução da mãe	Nenhum nível	nd				
		Nível primário	nd				
		Nível secundário e +	nd				
61	**Taxa/Razão de mortalidade materna**		**nd**				
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
	Nível de instrução	Nenhum nível	nd				
		Nível primário	nd				
		Nível secundário e +	nd				
	IV.2 Morbidade						
	A - Doenças transmissíveis						
62	**Incidência do paludismo**		**84,0**	‰	2014	INASA	
	Sexo	Masculino	nd				
		Feminino	nd				
	Idade	Menores de 5 anos	nd				
		5 anos e +	nd				
		Mulher grávida	nd				
63	**Seroprevalência entre as mulheres grávidas na faixa etária dos 15 aos 24 anos**		**2,5**	%	2014		
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
64	**Seroprevalênciaentre os jovens de 15 a 24 anos de idade**		**nd**				
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
	Sexo	Masculino	nd				
		Feminino	nd				
65	**Prevalência do VIH entre as pessoas mais expostas ao risco (MARP)**		**nd**				

N°	Denominação do indicador	Desagregação	Valor	unidades	Ano	Fonte	Observação
	Catégories de personnes exposées						
	B - Doenças não transmissíveis						
66	**Prevalência da hipertensão nos adultos (25 anos e mais)**		**nd**				
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
	Sexo	Masculino	nd				
		Feminino	nd				
	Idade	25-34 anos	nd				
		35 anos e +	nd				
67	**Prevalência de diabetes nos adultos (25 anos e mais)**		**nd**	%			
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
	Sexo	Masculino	nd				
		Feminino	nd				
	Idade	25-34 anos	nd				
		35 anos e +	nd				
68	**Prevalência das doenças mentais**		**nd**				
	Meio	Urbano	nd				
		Rural	nd				
	Sexo	Masculino	nd				
		Feminino	nd				
	V. Doenças epidémicas						
69	**Taxa de surto da cólera**		**0**	por 100 000 habitantes	2014	INASA	14.229 casos Cólera em 2008 com uma taxa de letalidade de 1,6%
70	**Taxa de letalidade da cólera**		**-**				
71	**Taxa de surto de meningite**		**0**	por 100 000 habitantes			

N°	Denominação do indicador	Desagregação	Valor	unidades	Ano	Fonte	Observação
72	Taxa de letalidade de meningite		-				
73	Taxa de surto de sarampo		0	por 100 000 habitantes			
74	Taxa de surto da febre amarela		0	por 100 000 habitantes			
75	Taxa de letalidade da febre amarela		-				
76	Taxa de surto da Lassa		0	por 100 000 habitantes			
77	Taxa de letalidade da febre Lassa		-				
78	Taxa de letalidade de TNN		-				
79	Número de casos de Poliomielite		0	por 100 000 habitantes			
80	Número de casos do verme da Guiné		0	por 100 000 habitantes			
81	Taxa do surto da doença pelo vírus Ébola (DVE)		0	por 100 000 habitantes			
82	Taxa de letalidade da DVE		-				

LIBÉRIA

N°	Name of indicator	breakdown	Value	Units	Year	Source	Comments
	I. DEMOGRAPHIC INDICATORS						
0	**Population size**		**3 476 608**	inhabitants	2008	National census	
	Area	Urban	1 633 719				
		Rural	1 842 889				
	Gender	Male	1 739 945				
		Female	1 736 663				
	Age	0-4 years	534 475				
		5-9 years	501 931				
		10-14 years	421 666				
		15-19 years	375 695				
		20-24 years	342 930				
		25-29 years	291 858				
		30-34 years	219 632				
		35-39 years	203 536				
		40-44 years	155 737				
		45-49 years	118 807				
		50-54 years	82 940				
		55-59years	56 460				
		60-64 years	52 830				
		65 years and +	118 111				
1	**Median population age (years)**		**na**				
	Area	Urban	na				
		Rural	na				
	Gender	Male	na				
		Female	na				
2	**Demographic dependency ratio (<15 and> 64 years)**		**82,9**	%			
3	**Annual population growth rate (%)**		**2,1**	%			
	Area	Urban	na				
		Rural	na				

N°	Name of indicator	breakdown	Value	Units	Year	Source	Comments
4	**Proportion of population in urban areas (%)**		**0,5**	%			
	Gender	Male	49,1				
		Female	50,9				
	Age	0-14 years	na				
		15-24 years	na				
		25-34 years	na				
		35 years and +	na				
5	**Total fertility rate (TFR) (Per female)**		**4,7**	Children			
	Area	Urban	3,8				
		Rural	6,1				
6	**Life expectancy at birth**		**59,1**	Year	2010	UNDP	
	Area	Urban	na				
		Rural	na				
	Gender	Male	51,6		2008	National census	
		Female	53,9				
7	**Youth literacy rate (15-24)**		**71,6**	%	2013	LDHS	
	Area	Urban	na				
		Rural	na				
	Gender	Male	79,0				
		Female	64,2				
	II. ORGANIZATIONAL INDICATORS AND HEALTH SYSTEM FUNCTIONING						
	II.1 Input and process indicators						
	II.1.1 Governance and health financing						
8	**National health strategies that have the attributes of the IHP +**		**Yes**			National Health and Social Welfare Policy and Plan 2011–2021	
9	**Total health expenditure per capita (USD)**		**64,3**	USD	2011/2012	Health Accounts of Liberia	
10	**Total public health expenditure per capita (USD)**		**31,5**	USD			Total Health Institutionnal

N°	Name of indicator	breakdown	Value	Units	Year	Source	Comments
11	**Total public health expenditure compared to total government expenditure,%**		**7,4**	%			Expenditure per capita
12	**Total public health expenditure compared to total health expenditure,%**		**15,0**	%			
	II.1.2 Health personnel						
13	**Professional health workers per 10 000 inhabitants**				2015	Liberia Health System Assessment	Nurse (BSc and RN): 2043; Physician Assistant: 448; Certified Midwife: 627; Registered Midwife: 184
	Type of personnel	Physicians :	0,4				
		Nurses and midwives	8,2				
		dental staff	na				
		Pharmacy staff	0,2				
		Laboratory health workers	0,4				
		Public and environmental health workers	na				
		Other personnel	na				
14	**Medical Doctors per 10 000 inhabitants**		**0,4**				
15	**Nurses per 10 000 inhabitants**		**6,2**				
16	**Midwives per 10 000 inhabitants**		**2,0**				
	II.2 Output indicators						
	II.2.1 Availability and operational capacity of health services						
17	**Number of facilities at primary health care (public & private) per 10 000 inhabitants**		**1,4**		2015	Liberia Health System Assessment	572 clinics
	Area	Urban	na				
		Rural	na				
	Type of facility	Public	na				
		Private	na				
18	**Number of facilities at secondary health care (public & private) per 10 000 inhabitants**		**0,1**				48 Health Centres
	Area	Urban	na				
		Rural	na				
		Public	na				

N°	Name of indicator	breakdown	Value	Units	Year	Source	Comments
	Type of facility	Private	na				
19	**Number of facilities at tertiary health care (public & private) per 10 000 inhabitants**		**0,1**				36 Hospitals
	Area	Urban	na				
		Rural	na				
	Type of facility	Public	0,04				
		Private	0,05				
20	**Percentage of health care services (all levels) with full staff according to national standards**		**na**				
	Area	Urban	na				
		Rural	na				
	Type of facility	Public	na				
		Private	na				
21	**Hospital beds per 10 000 inhabitants**		**7,1**				
	Type of hospital	national hospital	na				
		Provincial or regional hospital	na				
		District hospital	na				
22	**Availability of essential medicines**		**na**				
	level of care	Tertiary level	na				
		Secondary level	na				
		Basic/primary level	na				
23	**Availability of emergency obstetric and neonatal care per 500 000 inhabitants (basic and comprehensive)**		**na**				
	Area	Urban	na				
		Rural	na				
	Type of EmONC	BEmONC	na				
		CEmONC	na				
	II.3 Results indicators						
	II.3.1 Use, quality and safety of health services						
24	**Outpatient visits per capita per year**		**0,8**		2014	MOHSW annual	

N°	Name of indicator	breakdown	Value	Units	Year	Source	Comments
	Area	Urban	na			report 2014	
		Rural	na				
	Gender	Male	na				
		Female	na				
	Age	0-4 years	0,75				
25	**Cesarean rate**		**na**	%			
	Area	Urban	na				
		Rural	na				
26	**Tuberculosis treatment success rate (DOTS)**		**70,0**	%	2014	MOHSW annual report 2014	
	Gender	Male	na				
		Female	na				
27	**Mortality rate of less than 5 years in health facilities**		**92,4**	‰	2014	MOHSW annual report 2014	
	Gender	Male	na				
		Female	na				
	5 main causes (extract the list from the first to fifth)	Malaria	29,5	%			
		ARI	10,8				
		anemia	10,3				
		injuries	6,1				
		Malnutrition	1,9				
28	**Maternal mortality ratio in health institutions**		**191,4**	Per 100 000 LB	2014	MOHSW annual report 2014	149 deaths in health facilities in 2014
	Age	Less than 25 years	na				
		25-34 years	na				
		35 years and +	na				
29	**Stillbirth rate in health facilities**		**na**				
	Type of stillborn	Fresh stillbirths	na				
		macerated stillbirths	na				
	II.3.2 Coverage of interventions						
30	**Coverage of the first antenatal consultation**		**95,9**	%	2013	LDHS	

N°	Name of indicator	breakdown	Value	Units	Year	Source	Comments
	Area	Urban	98,0				
		Rural	93,4				
31	**Coverage of the four antenatal care visits**		**78,1**	%	2013	LDHS	
32	**2nd dose of IPT within the ANC**		**47,6**	%	2013	LDHS	
	Area	Urban	49,9				
		Rural	45,2				
33	**Percentage of pregnant women receiving ART**		**61,0**	%	2014	MOHSW annual report 2014	
34	**Proportion of births attended by skilled health personnel**		**61,1**	%	2013	LDHS	
35	**Postnatal care rate**		**73,6**	%			
	Period	0-6 days :	72,2				
		7-42 days	1,4				
36	**Unmet need for family planning**		**31,1**	%	2013	LDHS	
	Area	Urban	29,5				
		Rural	33,0				
	Level of education	No Level of education	28,7				
		Basic/primary level	34,5				
		Secondary level	31,6				
37	**Contraceptive prevalence rate**		**20,2**	%	2013	LDHS	
	Area	Urban	23,2				
		Rural	16,8				Parmi les femmes mariées
	Level of education	No Level of education	15,3				
		Basic/primary level	19,7				
		Secondary level	28,6				
38	**Vaccination coverage for three doses of DPT / Penta3**		**71,4**	%	2013	LDHS	
39	**Measles immunization coverage (less than a year)**		**74,2**	%	2013	LDHS	
40	**Coverage of fully immunized children (12-23 months)**		**54,8**	%	2013	LDHS	
	Area	Urban	59,7				
		Rural	49,4				

N°	Name of indicator	breakdown	Value	Units	Year	Source	Comments
41	**BCG-Measles attrition rates**		**19,7**	%	2013	DHS	
42	**Eligible adults and children living with HIV receiving antiretroviral therapy,%**		**41,0**	%			
	Gender	Male	na				
		Female	na				
	Age	0-14 years	5,9				
		15 years and +	na				
43	**Detection rate of TB cases for new smear-positive cases**		**37,0**	%	2014	MOHSW annual report 2014	
	Gender	Male	na				
		Female	na				
44	**Percentage of TB patients screened for HIV**		**71,9**	%			
	Gender	Male	na				
		Female	na				
45	**Cataract surgery rate**		**na**				
	Gender	Male	na				
		Female	na				
46	**Children under five sleeping under ITNs**		**38,1**	%	2013	LDHS	
	Area	Urban	36,7				
		Rural	39,5				
47	**Pregnant women sleeping under Insecticide Treated Nets (ITNs)**		**37,1**	%	2013	LDHS	
	Area	Urban	34,0				
		Rural	40,3				
	III. FACTORS AND RISK BEHAVIORS						
48	**Low birth weight rate**		**9,7**	%	2013	LDHS	
	Gender	Boy	na				
		Girl	na				
	Mother's level of education	No Level of education	9,1				
		Basic/primary level	10,6				
		Secondary level	9,6				

N°	Name of indicator	breakdown	Value	Units	Year	Source	Comments
49	**Early initiation to breastfeeding (initiation to breastfeeding within one hour of birth)**		**61,2**	%	2013	LDHS	
	Area	Urban	62,9				
		Rural	59,5				
50	**Infants exclusively breastfed for the first six months of life (%)**		**55,0**	%	2013	LDHS	
	Area	Urban	na				
		Rural	na				
51	**Underweight rate <5 years**		**15,0**	%	2013	LDHS	
	Area	Urban	13,4				
		Rural	16,7				
	Gender	Boy	16,6				
		Girl	13,2				
	Age	0-5 months	5,7				
		6-8 monts	16,9				
		9-11 months	22,9				
		12-17 months	14,5				
		18-23 monts	19,4				
		24-35 months	16,1				
		36-47 months	15,0				
		48-59 months	12,9				
52	**Condom use at last high-risk sex**		**33,6**	%	2013	LDHS	
	Gender	Male	45,1				
		Female	22,1				
	Age	15-19 years	na				
		20-24 years	na				
53	**Teenage pregnancy rate (15-19)**		**31,3**	%	2013	LDHS	
	Area	Urban	26,3				
		Rural	41,6				
	Education level	no education level	48,9				
		Basic/primary level	30,7				
		Secondary level and +	29,1				

N°	Name of indicator	breakdown	Value	Units	Year	Source	Comments
54	**Use of improved drinking water sources**		**73,0**	%	2013		
	Area	Urban	56,6				
		Rural	85,8				
55	**Use of improved sanitation facilities**		**16,9**	%	2013	LDHS	
	Area	Urban	26,1				
		Rural	5,0				
56	**Smoking prevalence in the adult population (25 and +)**		**9,9**	%	2011	STEPS Servey	
	Area	Urban					
		Rural					
		Male	17,2				
		Female	2,8				
57	**Mortality rate of road traffic accidents**		**na**				
	Area	Urban	na				
		Rural	na				
		Less than 25 years	na				
		25-34 years	na				
		35 years and +	na				
		bicycle	na				
		motorcycle	na				
		motor vehicle	na				
	IV. IMPACT (HEALTH STATUS)						
	IV.1 Mortality						
58	**Newborn mortality rate**		**26,0**	‰	2013	LDHS	
	Area	Urban	37,0				
		Rural	31,0				
	Mother's level of education	no education level	34,0				
		Basic/primary level	35,0				
		Secondary level and +	32,0				
59	**Infant mortality rate**		**54,0**	‰	2013	LDHS	
	Area	Urban	66,0				

N°	Name of indicator	breakdown	Value	Units	Year	Source	Comments
		Rural	73,0				
	Mother's level of education	no education level	75,0				
		Basic/primary level	68,0				
		Secondary level and +	60,0				
60	**Under 5 Mortality rate**		**94,0**	‰	2013	LDHS	
	Area	Urban	106,0				
		Rural	120,0				
	Mother's level of education	no education level	122,0				
		Basic/primary level	111,0				
		Secondary level and +	97,0				
61	**Maternal mortality ratio**		**1 072,0**	Per 100000 live births	2013	LDHS	
	Area	Urban	na				
		Rural	na				
	Education level	no education level	na				
		Basic/primary level	na				
		Secondary level and +	na				
	IV.2 Morbidity						
	A - Communicable Diseases						
62	**Incidence of malaria**		**315,5**	‰	2014	MOHSV annual report 2014	2 536 868 cases of malaria cases diagnosed in 2014 in health facilities
	Gender	Male	na				
		Female	na				
	Age	Less than 5 years	398,5				
		5 years and +	277,1				
		pregnant woman	na				
63	**HIV prevalence among pregnant women aged 15-24 years**		**5,3**	%	2013	LDHS	
	Area	Urban	na				
		Rural	na				
64	**HIV prevalence among young people (15-24)**		**1,0**	%	2013	LDHS	

N°	Name of indicator	breakdown	Value	Units	Year	Source	Comments
	Area	Urban	1,3				
		Rural	0,4				
	Gender	Male	0,5				
		Female	1,4				
65	**HIV prevalence among Most at risk people (MARP)**		**na**				
	Catégories of people at risk						
	B - Non-Communicable Diseases						
66	**Prevalence of hypertension among adults (25 and +)**		**na**				
	Area	Urban	na				
		Rural	na				
	Gender	Boy	na				
		Girl	na				
	Age	25-34 years	na				
		35 years and +	na				
67	**Prevalence of diabetes among adults (25 and +)**		**na**				
	Area	Urban	na				
		Rural	na				
	Gender	Boy	na				
		Girl	na				
	Age	25-34 years	na				
		35 years and +	na				
68	**Mental illness prevalence**		**na**				
	Area	Urban	na				
		Rural	na				
	Gender	Boy	na				

N°	Name of indicator	breakdown	Value	Units	Year	Source	Comments
		Girl	na				
	V. EPIDEMIC DISEASES						
69	Cholera attack rate		**na**		2014	MOHSV annual report 2014	Nomber of cases: Measles (22); Yellow fever (4); Lassa fever (2); Ebola (8048); Ebola deaths (3446)
70	Cholera fatality rate		**na**				
71	Meningitis attack rate		**na**				
72	Meningitis fatality rate		**na**				
73	Measles attack rate		**0,7**	P. 100000 inhbts			
74	Yellow fever attack rate		**0,1**	P. 100000 habitants			
75	Yellow fever fatality rate		**na**				
76	Lassa fever attack rate		**0,1**	P. 100000 inhbts			
77	Lassa fever fatality rate		**na**				
78	TNN Fatality rate		**na**				
79	Number of cases of poliomyelitis		**na**				
80	Number of cases of Guinea worm		**na**				
81	Ebola Virus disease (EVD) attack rate		**266,4**	P. 100000 inhbts			
82	EVD Fatality rate		**42,8**	%			

MALI

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Observation
	I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES						
0	**Effectif de la population**		**17 819 000**	Habitants	2015	Direction Nationale de la Population, Projection2010-2035selon la variante moyenne	
	Milieu	Urbain	6 686 000				
		Rural	11 133 000				
	Sexe	Homme	8 925 000				
		Femme	8 894 000				
	Age	0-4 ans	3 248 000				
		5-9 ans	2 739 000				
		10-14 ans	2 329 000				
		15-19 ans	1 937 000				
		20-24 ans	1 585 000				
		25-29 ans	1 330 000				
		30-34 ans	1 127 000				
		35-39 ans	925 000				
		40-44 ans	730 000				
		45-49 ans	548 000				
		50-54 ans	402 000				
		55-59 ans	308 000				
		60-64 ans	241 000				
		65 ans et +	370 000				
1	**Âge médian de la population (ans)**		**16,5**	Année	2015	Direction Nationale de la Population, profil démographique, variante moyenne projection 2010-2035	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Sexe	Homme	nd				
		Femme	nd				
2	**Rapport de dépendance démographique (<15 et> 64 ans)**		**1,0**	%	2014	Direction Nationale de la Population, profil démographique, variante moyenne projection 2010-2035	

3	**Taux de croissance annuel de la population (%)**		**3,6**	%	2014	RGPH 2009 / Estimations Direction Nationale de la Population	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
4	**Proportion de la population dans les zones urbaines (%)**		**37,5**	%	2014	RGPH 2009 / Estimations Direction Nationale de la Population	
	Sexe	Homme	nd				
		Femme	nd				
	Age	0-14 ans	nd				
		15-24 ans	nd				
		25-34 ans	nd				
		35 ans et +	nd				
5	**Indice synthétique de fécondité (par femme)**		**6,1**	Enfant	2013	EDSM V - 2012-2013	
	Milieu	Urbain	5,0				
		Rural	6,5				
6	**Espérance de vie à la naissance (ans)**		**55,0**	Année	2013	Fiche de données sur la POPULATION MONDIALE 2014 (POPULATION REFERENCE BUREAU)	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Sexe	Homme	55,0				
		Femme	54,0				
7	**Taux d'alphabétisation des jeunes (15–24 ans) (en %)**		**45,5**	%	2013	EDSM V - 2012-2013	
	Milieu	Urbain	73,8				
		Rural	33,5				
	Sexe	Homme	56,4				
		Femme	34,6				
	II. INDICATEURS D'ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES SYSTEMES DE SANTE						
	II.1 Indicateurs d'intrants et de processus						
	II.1.1 Gouvernance et financement de la santé						
8	**Stratégies nationale de santé ayant les attributs de l'IHP +**		**Oui**		2014	"IHP Results" Rapport de Performance 2014	
9	**Dépenses totales de santé par habitant (USD)**		**42,7**	USD	2013	Rapport Comptes de la santé 2013	
10	**Total des dépenses publiques de santé par habitant (USD)**		**21,0**	USD			

11	**Total des dépenses publiques de santé rapportées au total des dépenses de l'État, %**		**12,1**	%			
12	**Total des dépenses publiques de santérapportées aux dépenses totales de santé, %**		**48,6**	%			
	Personnel de santé						
13	**Agents professionnels de santépar 10 000 habitants**		**4,0**		2014	Base de données DRH/SDS	
	Type de personnel	Médecins	0,8				
		Personnel infirmier et obstétrical	3,1				
		Personnel odontologique	0,0				
		Personnel pharmaceutique	0,0				
		Agents de santé de laboratoire	0,2				
		Agents de santé publique et environnementale	0,0				
		Autre personnel	5,2				
14	**Médecins pour 10 000 habitants**		**0,8**		2014	Base de données DRH/SDS	
15	**Infirmières/infirmiers pour 10 000 habitants**		**3,1**				
16	**Sages-femmes pour 10 000 habitants**		**0,5**				
	II.2 Indicateurs d'extrants						
	II.2.1 Disponibilité et capacité opérationnelle des services de santé						
17	**Nombre d'établissements au niveau des soins de santé primaires (publics & privés) pour 10 000 habitants**		**0,733**		2013	Annuaire SLIS 2013	1170 CSCom et 60 CSRéf
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Type d'établissement	Public	nd				
		Privé	nd				
18	**Nombre d'établissements au niveau des soins de santé secondaires (publics & privés) pour 10 000 habitants**		**0,005**		2013	Annuaire SIH 2013	8 EPH de 2e référence
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Type d'établissement	Public	nd				
		Privé	nd				

19	**Nombre d'établissements au niveau des soins de santé tertiaires (publics & privés) pour 10 000 habitants**		**0,003**		2013	Annuaire SIH 2013	5 EPH de 3e référence
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Type d'établissement	Public	nd				
		Privé	nd				
20	**Pourcentage des services de soins de santé (tous les niveaux) avec le personnel complets selon les normes nationales**		**nd**				
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Type d'établissement	Public	nd				
		Privé	nd				
21	**Lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants**		**2,4**		2013	Annuaires 2013 (SIH et SLIS)	Pour 10.000 habitants
	Type d'hôpital	Hôpital national	0,8				
		Hôpital provincial ou régional	0,5				
		Hôpital de district	1,1				
22	**Disponibilité des médicaments essentiels**		**nd**	%	2013	Annuaire SIH 2013	
	Niveau de soins	Niveau tertiaire	88,0				
		Niveau secondaire	94,0				
		Niveau primaire	nd				
23	**Disponibilité des soins obstétricaux et néonatals d'urgence pour 500 000 habitants (essentiels et complets)**		**2,4**		2014	Rapport cartographique des SONU	Normes OMS: 1 SONUB pour 125000 habitants1 SONUC pour 500 000 habitants
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Type de SONU	SONUB	0,8				
		SONUC	1,6				
	II.3 Indicateurs de résultats						
	II.3.1 Utilisation, qualité et sécurité des services de santé						
24	**Consultations externes par habitant et par an**		**0,4**		2013	Annuaire SLIS 2013	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Sexe	Homme	nd				

		Femme	nd				
	Age	0-4 ans	0,68				
25	**Taux de césarienne**		**2,7**	%	2013	EDSM V 2012-2013	
	Milieu	Urbain	6,80				
		Rural	1,7				
26	**Taux de réussite du traitement de la tuberculose (DOTS)**		**63,0**	%	2014	Rapport revue annuelle PNLT/DNS	Norme OMS: 85%
	Sexe	Homme	nd				
		Femme	nd				
27	**Taux de mortalité des moins de 5 ans dans les établissements sanitaires**		**nd**	‰	2013	Annuaire SLIS 2013	
	Sexe	Homme (en ‰)	nd				
		Femme (en ‰)	nd				
	5 principales causes (%)	Paludisme grave	68,0				
		Malnutrition grave	17,0				
		IRA basses (pneumonie, bronchopneumonie)	2,0				
		Anémie	2,0				
		Diarrhée présumée infectieuse hors choléra	1,0				
28	**Ratio de mortalité maternelle au sein des institutions de santé**		**103,0**	Pour 100 000 NV		Annuaire SLIS et SIH 2013	600 décès pour 582571 naissances vivantes (CSCom, CSRéf, EPH)
	Age	Moins de 25 ans	nd				
		25-34 ans	nd				
		35 ans et +	nd				
29	**Taux de mortinatalité dans les établissements sanitaires**		**nd**				
	Type de mort-né	Mort-nés frais	nd				
		Mort-nés macérés	nd				
	II.3.2 Couverture des interventions						
30	**Couverture de la première consultation des soins prénatals (CPN1)**		**74,0**	%	2013	Annuaire SLIS 2013	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
31	**Couverture des quatre visites des soins prénatals**		**nd**	%			

32	**2ème dose de TPI dans le cadre des soins prénatals**		**36,0**	%	2013	Annuaire SLIS 2013	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
33	**Pourcentage de femmes enceintes séropositives sous TAR**		**73,0**	%	2014	Rapport annuel PTME 2014	
34	**Proportion de naissances assistées par un personnel de santé qualifié**		**55,0**	%	2013	Annuaire SLIS 2013	
35	**Taux de soins postnatals**		**34,0**	%			
	Période	0-6 jours	nd				
		7-42 jours	nd				
36	**Besoin non satisfait en planification familiale**		**26,0**	%	2013	EDSM V 2012-2013	
	Milieu	Urbain	23,9				
		Rural	26,5				
	Niveau d'instruction	Aucun niveau d'instruction	26,3				
		Niveau primaire	26,5				
		Niveau secondaire	22,5				
37	**Taux de prévalence contraceptive**		**10,0**	%	2013	EDSM V 2012-2013	
	Milieu	Urbain	21,8				
		Rural	6,8				
	Niveau d'instruction	Aucun niveau d'instruction	7,8				
		Niveau primaire	12,9				
		Niveau secondaire	26,5				
38	**Couverture vaccinale pour les 3 doses de DCT/Penta3**		**63,1**	%	2013	EDSM V 2012-2013	
39	**Couverture contre la rougeole (moins d'un an)**		**71,7**	%	2013	EDSM V 2012-2013	
40	**Taux de couverture des enfants complètement vaccinés (12-23 mois)**		**38,9**	%	2013	EDSM V 2012-2013	
	Milieu	Urbain	47,7				
		Rural	36,6				
41	**Taux d'abandon BCG-Rougeole**		**14,0**	%	2013	EDSM V 2012-2013	
42	**Adultes et enfants séropositifs éligibles recevant une thérapie antirétrovirale, %**		**75,5**	%	2014	Rapport CSLS et EPP/SPECTRUM	
	Sexe	Homme	58,5				
		Femme	87,2				

	Age	0-14 ans	83,4				
		15 ans et +	74,8				
43	**Taux de détection des cas de tuberculose pour les nouveaux cas à frottis positif**		**58,0**	%	2014	Rapport revue annuelle PNLT/DNS	
	Sexe	Homme	67,0				
		Femme	33,0				
44	**Pourcentage de patients tuberculeux dépistés pour le VIH**		**14,0**	%	2014		
	Sexe	Homme	nd				
		Femme	nd				
45	**Taux de chirurgie de la cataracte**		**430,0**	Par million d'habitants	2013	Annuaires SLIS et SIH 2013	PNLC: 1902 ; IOTA : 5333
	Sexe	Homme	nd				
		Femme	nd				
46	**Enfants de moins de cinq ans dormant sous des MII**		**69,0**	%		EDSM V 2012-2013	
	Milieu	Urbain	68,0				
		Rural	69,2				
47	**Femmes enceintes dormant sous des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MII)**		**73,2**	%		EDSM V 2012-2013	
	Milieu	Urbain	71,4				
		Rural	73,5				
	IV. Facteurs et comportements à risque						
48	**Taux d'insuffisance pondérale à la naissance**		**25,1**	%		EDSM V 2012-2013	
	Sexe	Garçon	nd				
		Fille	nd				
	Niveau d'éducation de la mère	Aucun niveau d'instruction	nd				
		Niveau primaire	nd				
		Niveau secondaire	nd				
49	**Initiation précoce de l'allaitement maternel (Initiation de l'allaitement maternel dans l'heure suivant la naissance)**		**57,8**	%		EDSM V 2012-2013	
	Milieu	Urbain	61,7				
		Rural	56,7				

50	**Les nourrissons nourris exclusivement au sein pendant les six premiers mois de la vie (%)**		**33,0**	%		EDSM V 2012-2013	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
51	**Taux d'insuffisance pondérale <5 ans**		**25,5**	%	2013	EDSM V 2012-2013	
	Milieu	Urbain	27,5				
		Rural	16,8				
	Sexe	Garçon	26,7				
		Fille	24,2				
	Age	< 6 mois	12,7				
		6-8 mois	13,3				
		9-11 mois	27,3				
		12-17 mois	23,8				
		18-23 mois	31,5				
		24-35 mois	31,1				
		36-47 mois	25,6				
		48-59 mois	25,1				
52	**Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque**		**26,9**	%	2013	EDSM V 2012-2013	Jeunes de 15 - 24 ans
	Sexe	Homme	34,7				
		Femme	19,2				
	Age	15-19 ans	nd				
		20-24 ans	nd				
53	**Taux de grossesse des adolescentes (15-19 ans)**		**39,0**	%	2013	EDSM V 2012-2013	
	Milieu	Urbain	25,1				
		Rural	45,8				
	Niveau d'éducation	Aucun niveau	49,3				
		Niveau primaire	42,4				
		Niveau secondaire et +	21,9				
54	**Utilisation de sources d'eau potable améliorées**		**66,4**	%	2013	EDSM V 2012-2013	
	Milieu	Urbain	93,0				
		Rural	58,6				
55	**Utilisation d'installations sanitaires améliorées**		**23,8**	%	2013	EDSM V 2012-2013	

	Milieu	Urbain	41,2				
		Rural	16,8				
56	**Prévalence du tabagisme au sein de la population adulte**		**nd**	%	2013	EDSM V 2012-2013	15 - 49 ans
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Sexe	Homme	18,1				
		Femme	1,2				
57	**Taux de mortalité des accidents de la circulation routière (en ‰)**		**88,0**	‰	2012	Agence Nationale de la Sécurité routière (anasermali.net)	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Age	Moins de 25 ans	nd				
		25-34 ans	nd				
		35 ans et +	nd				
	Moyen de locomotion	Vélo	nd				
		Motocyclette	nd				
		Véhicule automobile	nd				
	IV. Impact (État de santé)						
	IV.1 Mortalité						
58	**Taux de mortalité néonatale (en ‰)**		**34,0**	‰	2013	EDSM V 2012-2013	
	Milieu	Urbain	27,0				
		Rural	38,0				
	Niveau d'éducation de la mère	Aucun niveau	36,0				
		Niveau primaire	49,0				
		Niveau secondaire et +	23,0				
59	**Taux de mortalité infantile (en ‰)**		**56,0**	‰	2013	EDSM V 2012-2013	
	Milieu	Urbain	43,0				
		Rural	68,0				
	Niveau d'éducation de la mère	Aucun niveau	64,0				
		Niveau primaire	80,0				
		Niveau secondaire et +	38,0				
60	**Taux de mortalité des moins de cinq ans (en ‰)**		**95,0**	‰	2013	EDSM V 2012-2013	
	Milieu	Urbain	64,0				

		Rural	113,0				
	Niveau d'éducation de la mère	Aucun niveau	106,0				
		Niveau primaire	120,0				
		Niveau secondaire et +	59,0				
61	**Ratio de mortalité maternelle (pour 100.000 naissances vivantes)**		**368,0**	P. 100000 naissances. vivantes	2013	EDSM V 2012-2013	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Niveau d'éducation	Aucun niveau	nd				
		Niveau primaire	nd				
		Niveau secondaire et +	nd				
	IV.2 Morbidité						
	A - Maladies transmissibles						
62	**Incidence du paludisme**		**138,5**	‰	2013	ANNUAIRE SLIS/Rapport PNLP 2013	Indicateurs recalculés à partir des données de base
	Sexe	Homme	nd				
		Femme	nd				
	Age	Moins de 5 ans	454,5				
		5 ans et +	97,6				
		Femme enceinte	117,5				
63	**Séroprévalence parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans(en %)**		**2,5**	%		EDSM V 2012-2013	
	Milieu	Urbain	1,5				
		Rural	1,0				
64	**Séroprévalence chez les jeunes (15-24 ans)(en %)**		**0,8**	%	2013	EDSM V 2012-2013	
	Milieu	Urbain	0,9				
		Rural	0,7				
	Sexe	Homme	0,3				
		Femme	1,1				
65	**Prévalence du VIH parmi les personnes qui sont les plus exposées au risque (MARP) (en %)**		**nd**	%	2009	Enquête ISBS 2009	
	Catégories de personnes exposées	Professionnelles du sexe	24,2				
		Vendeuses ambulantes	3,7				
		Routiers	2,7				

		Coxers	3,5				
		Aide familiales	0,9				
	B - Maladies non-transmissibles						
66	**Prévalence de l'hypertension chez les adultes (25 ans et plus) (%)**		**nd**	%	2007	Etude STEPS de l'OMS 2003-2009	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Sexe	Garçon	16,6				
		Fille	25,8				
	Age	25-34 ans	nd				
		35 ans et +	nd				
67	**Prévalence du diabète chez les adultes (25 ans et plus)**		**9,3**	%	2014	Fédération Internationale du Diabète (FID)	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Sexe	Garçon	nd				
		Fille	nd				
	Age	25-34 ans	nd				
		35 ans et +	nd				
68	**Prévalence de la maladie mentale**		**nd**				
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Sexe	Garçon	nd				
		Fille	nd				
	V. Maladies épidémiques						
69	**Taux d'attaque de choléra**		-	P. 100000 habitants	2014	Rapport annuel de la Section surveillance épidémiologique de la DPLM/DNS / Annuaire SLIS 2014	
70	**Taux de létalité de choléra**		-	%			
71	**Taux d'attaque de méningite**		**1,9**	P. 100000 habitants			
72	**Taux de létalité de méningite**		**1,2**	%			
73	**Taux d'attaque de rougeole**		**3,6**	P. 100000 habitants			
74	**Taux d'attaque de fièvre jaune**		**0,8**	P. 100000 habitants			
75	**Taux de létalité de fièvre jaune**		**0,8**	%			
76	**Taux d'attaque de fièvre**		-				

77	Taux de létalité de fièvre Lassa	-				
78	Taux de létalité de TNN	38,5	%			
79	Nombre de cas de Poliomyélite	-				
80	Nombre de cas de ver de Guinée	40				
81	Taux d'attaque de la maladie à virus Ebola (MVE)	0,04	P. 100000 habitants			7 cas de MVE
82	Taux de létalité de la maladie à virus Ebola (MVE)	71,4	%			

NIGER

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Notes
	I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES						
0	**Effectif de la population**		**17 138 707**	Habitants	2012	RGPH-2012	Données définitives
	Milieu	Urbain	2 778 337				
		Rural	14 360 370				
	Sexe	Homme	8 518 818				
		Femme	8 619 889				
	Age	0-4 ans	3 696 791				
		5-9 ans	2 995 004				
		10-14 ans	2 163 813				
		15-19 ans	1 727 779				
		20-24 ans	1 320 316				
		25-29 ans	1 070 992				
		30-34 ans	897 561				
		35-39 ans	729 784				
		40-44 ans	582 219				
		45-49 ans	499 732				
		50-54 ans	392 556				
		55-59 ans	304 324				
		60-64 ans	229 406				
		65 ans et +	528 430				
1	**Âge médian de la population (ans)**		**14,0**	Année	2012	RGPH-2012	Données provisoires
	Milieu	Urbain	17,0				
		Rural	14,0				
	Sexe	Homme	14,0				
		Femme	15,0				
2	**Rapport de dépendance démographique (<15 et> 64 ans)**		**119,0**	%	2012	RGPH-2012	Données provisoires
3	Taux de croissance annuel de la population (%)		**3,9**	%	2012	RGPH-2012	Données provisoires
	Milieu	Urbain	ND	%			
		Rural		%			
4	**Proportion de la population dans les zones urbaines (%)**		**20,0**	%	2012	RGPH-2012	Données définitives

	Sexe	Homme	50,3				
		Femme	49,7				
	Age	0-14 ans	44,9				
		15-24 ans	21,8				
		25-34 ans	12,9				
		35 ans et +	20,3				
5	**Indice synthétique de fécondité**		**7,6**	Enfant	2012	EDSN-2012	Données définitives
	Milieu	Urbain	5,6				
		Rural	8,1				
6	**Espérance de vie à la naissance**		**63,5**	Année	2012	RGPH-2012	Données définitives
	Milieu	Urbain	68,10				
		Rural	62,70				
	Sexe	Homme	62,8				
		Femme	64,4				
7	**Taux d'alphabétisation des jeunes (15–24 ans)**		**27,7**	%	2012	EDSN-2012	
	Milieu	Urbain	63,6				
		Rural	16,5				
	Sexe	Homme	50,5				
		Femme	21,1				
	II. INDICATEURS D'ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES SYSTEMES DE SANTE						
	II.1 Indicateurs d'intrants et de processus						
	II.1.1 Gouvernance et financement de la santé						
8	**Stratégies nationale de santé ayant les attributs de l'IHP +**		**Oui, PDS 2011-2015**				
9	**Dépenses totales de santé par habitant (USD)**		**25,0**	USD	2013	Rapport évaluation PNS 2002-2011	
10	**Total des dépenses publiques de santé par habitant (USD)**		**8,9**	USD	2013		
11	**Total des dépenses publiques de santé rapportées au total des dépenses de l'État, %**		**6,9**	%	2013		
12	**Total des dépenses publiques de santé rapportées aux dépenses totales de santé, %**		**35,4**	%	2011		
	Personnel de santé						
13	**Agents professionnels de santé par 10 000 habitants**		**8,8**		2014	DRH/MSP	
		Médecins	0,5				

	Type de personnel	Personnel infirmier et obstétrical	7,3				
		Personnel odontologique	0,0				
		Personnel pharmaceutique	0,0				
		Agents de santé de laboratoire	0,2				
		Agents de santé publique et environnementale	0,2				
		Autre personnel	0,4				
14	**Médecins pour 10 000 habitants**		**0,5**				
15	**Infirmières/infirmiers pour 10 000 habitants**		**6,0**		2014	DRH/MSP	
16	**Sages-femmes pour 10 000 habitants**		**1,3**		2014		
	II.2 Indicateurs d'extrants						
	II.2.1 Disponibilité et capacité opérationnelle des services de santé						
17	**Nombre d'établissements au niveau des soins de santé primaires (publics & privés) pour 10 000 habitants**		**0,65**		2014	Annuaire statistique 2014	
	Milieu	Urbain	ND				
		Rural	ND				
	Type d'établissement	Public	0,52				
		Privé	0,14				
18	**Nombre d'établissements au niveau des soins de santé secondaires (publics & privés) pour 10 000 habitants**		**0,01**		2014	Annuaire statistique 2014	
	Milieu	Urbain	0,05				
		Rural	-				
	Type d'établissement	Public	0,01				
		Privé	0,00				
19	**Nombre d'établissements au niveau des soins de santé tertiaires (publics & privés) pour 10 000 habitants**		**0,01**		2014	Annuaire statistique 2014	
	Milieu	Urbain	0,01				
		Rural	ND				
	Type d'établissement	Public	0,00				
		Privé	0,00				
20	**Pourcentage des services de soins de santé (tous les niveaux) avec le personnel complets selon les normes nationales**		**23,3**	%	2014	Indicateurs PDS	Cet indicateur est calculé par niveau. La

	Milieu	Urbain	ND				valeur 23,31% est celle du niveau CSI.
		Rural	ND				
	Type d'établissement	Public	ND				
		Privé	ND				
21	**Lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants**		**0,3**		2014	Annuaire statistique 2014	
	Type d'hôpital	Hôpital national	0,1				
		Hôpital provincial ou régional	0,1				
		Hôpital de district	0,2				
22	**Disponibilité des médicaments essentiels**		**ND**				
	Niveau de soins	Niveau tertiaire	ND				
		Niveau secondaire	ND				
		Niveau primaire	ND				
23	**Disponibilité des soins obstétricaux et néonatals d'urgence pour 500 000 habitants (essentiels et complets)**		**1,8**		2014	Rapport évaluation PNS 2002-2011	
	Milieu	Urbain	ND				
		Rural	ND				
	Type de SONU	SONUB	0,8				
		SONUC	1,0				
	II.3 Indicateurs de résultats						
	II.3.1 Utilisation, qualité et sécurité des services de santé						
24	**Consultations externes par habitant et par an**		**0,6**		2014	Annuaire statistique NIGER 2014	
	Milieu	Urbain	ND				
		Rural	ND				
	Sexe	Homme	ND				
		Femme	ND				
	Age	0-4 ans	1,66				
25	**Taux de césarienne**		**2,3**	%	2014	Indicateurs PDS 2014	
	Milieu	Urbain	ND				
		Rural	ND				
26	**Taux de réussite du traitement de la tuberculose (DOTS)**		**79,0**	%	2014	Annuaire statistique NIGER 2014	
	Sexe	Homme	ND				

		Femme	ND				
27	**Taux de mortalité des moins de 5 ans dans les établissements sanitaires**		**ND**				
	Sexe	Homme	ND				
		Femme	ND				
	5 principales causes		ND				
			ND				
			ND				
			ND				
			ND				
28	**Ratio de mortalité maternelle au sein des institutions de santé**		**ND**		2014	Annuaire Statistique NIGER 2014	
	Age	Moins de 25 ans	ND				
		25-34 ans	ND				
		35 ans et +	ND				
29	**Taux de mortinatalité dans les établissements sanitaires**		**32,3**	‰	2014	Annuaire Statistique NIGER 2014	
	Type de mort-né	Mort-nés frais	ND				
		Mort-nés macérés	ND				
	II.3.2 Couverture des interventions						
30	**Couverture de la première consultation des soins prénatals**		**90,7**	%	2014	Annuaire statistique NIGER 2014	
	Milieu	Urbain	ND				
		Rural	ND				
31	**Couverture des quatre visites des soins prénatals**		**32,8**	%	2012	EDSN 2012	
32	**2ème dose de TPI dans le cadre des soins prénatals**		**51,3**	%	2014	Annuaire statistique NIGER 2014	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
33	**Pourcentage de femmes enceintes séropositives sous TAR**		**52,7**	%	2013	Rapport PTME	
34	**Proportion de naissances assistées par un personnel de santé qualifié**		**41,9**	%	2014	Annuaire statistique NIGER 2014	
35	**Taux de soins postnatals**		**30,1**	%	2014	Annuaire statistique NIGER 2014	
	Période	0-6 jours	ND				
		7-42 jours	ND				

36	**Besoin non satisfait en planification familiale**		**16,0**	%	2012	EDSN 2012	
	Milieu	Urbain	17,3				
		Rural	15,8				
	Niveau d'instruction	Aucun niveau d'instruction	15,9				
		Niveau primaire	17,5				
		Niveau secondaire	15,7				
37	**Taux de prévalence contraceptive**		**12,0**	%	2012	EDSN 2012	c'est la prévalence contraceptive moderne
	Milieu	Urbain	29,0				
		Rural	11,0				
	Niveau d'instruction	Aucun niveau d'instruction	12,0		2012	EDSN 2012	
		Niveau primaire	21,0				
		Niveau secondaire	32,0				
38	**Couverture vaccinale pour les 3 doses de DCT/Penta3**		**83,4**	%	2014	Annuaire statistique NIGER 2014	
39	**Couverture contre la rougeole (moins d'un an)**		**77,0**	%	2014	Annuaire statistique NIGER 2014	
40	**Taux de couverture des enfants complètement vaccinés (12-23 mois)**		**52,0**	%	2012	EDSN 2012	
	Milieu	Urbain	ND				
		Rural	ND				
41	**Taux d'abandon BCG-Rougeole**		**22,6**	%	2014	Annuaire statistique NIGER 2014	
42	**Adultes et enfants séropositifs éligibles recevant une thérapie antirétrovirale, %**		**26,2**		2013	Rapport ULSS	
	Sexe	Homme	22,6				
		Femme	29,7				
	Age	0-14 ans	6,0				
		15 ans et +	31,3				
43	**Taux de détection des cas de tuberculose pour les nouveaux cas à frottis positif**			%	2014	Plan stratégique TB NIGER 2015-2018	Taux de notification de nouveaux cas de TB pulmonaire à microscopie positive: 40,3/100000
	Sexe	Homme	ND				
		Femme	ND				
44	**Pourcentage de patients tuberculeux dépistés pour le VIH**		**63,0**	%	2014	Rapport annuel PNLT 2014	
	Sexe	Homme	ND				

		Femme	ND				
45	**Taux de chirurgie de la cataracte**		**764,8**	Par million d'habitants	2014	Rapport Annuel/PNSO	Objectif OOAS: 1500 TCC/million
	Sexe	Homme	ND				
		Femme	ND				
46	**Enfants de moins de cinq ans dormant sous des MII**		**20,1**	%	2012	EDSN 2012	
	Milieu	Urbain	35,0				
		Rural	18,0				
47	**Femmes enceintes dormant sous des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MII)**		**19,9**	%	2012	EDSN 2012	
	Milieu	Urbain	31,0				
		Rural	18,0				
	IV. Facteurs et comportements à risque						
48	**Taux d'insuffisance pondérale à la naissance**		**12,0**	%	2012	EDSN 2012	
	Sexe	Garçon	ND				
		Fille	ND				
	Niveau d'éducation de la mère	Aucun niveau d'instruction	12,2		2012	EDSN 2012	
		Niveau primaire	9,9				
		Niveau secondaire	12,7				
49	**Initiation précoce de l'allaitement maternel (Initiation de l'allaitement maternel dans l'heure suivant la naissance)**		**53,0**	%	2012	EDSN 2012	
	Milieu	Urbain	71,8				
		Rural	50,0				
50	**Les nourrissons nourris exclusivement au sein pendant les six premiers mois de la vie (%)**		**23,3**	%	2012	EDSN 2012	
	Milieu	Urbain	ND				
		Rural	ND				
51	**Taux d'insuffisance pondérale <5 ans (Enfants de <5 ans présentant un déficit pondéral pour leur âge), %**		**36,4**	%	2012	EDSN 2012	
	Milieu	Urbain	22,8				
		Rural	38,3				
	Sexe	Garçon	ND				
		Fille	ND				
	Age	0-5 mois	16,3				

		6-8 mois	36,8				
		9-11mois	46,1				
		12-17 mois	40,7				
		18-23 mois	44,4				
		24-35 mois	42,6				
		36-47 mois	46,7				
		48-59 mois	43,8				
52	**Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque**		**49,6**	%	2012	EDSN 2012	
	Sexe	Homme	57,1				
		Femme	28,7				
	Age	15-19 ans					
		20-24 ans					
53	**Taux de grossesse des adolescentes (15-19 ans)**		**40,0**	%	2012	EDSN 2012	
	Milieu	Urbain	17,0				
		Rural	47,0				
	Niveau d'éducation	Aucun niveau	50,0				
		Niveau primaire	33,0				
		Niveau secondaire et +	15,0				
54	**Utilisation de sources d'eau potable améliorées**		**67,0**	%	2012	EDSN 2012	
	Milieu	Urbain	97,0				
		Rural	61,0				
55	**Utilisation d'installations sanitaires améliorées**		**9,0**	%	2012	EDSN 2012	
	Milieu	Urbain	34,0				
		Rural	4,0				
56	**Prévalence du tabagisme au sein de la population adulte (15 ans et plus)**		**nd**	%	2012	EDSN 2012	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Sexe	Homme	17,7				
		Femme	2,3				
57	**Taux de mortalité des accidents de la circulation routière**		**126,8**	‰	2014	Niger en chiffres 2014	Décès pour 1 000 accidents
	Milieu	Urbain	ND				
		Rural	ND				

	Age	Moins de 25 ans	ND				
		25-34 ans	ND				
		35 ans et +	ND				
	Moyen de locomotion	Vélo	ND				
		Motocyclette	ND				
		Véhicule automobile	ND				
IV. Impact (État de santé)							
IV.1 Mortalité							
58	**Taux de mortalité néonatale**		**24,0**	‰	2012	EDSN 2012	
	Milieu	Urbain	21,0				
		Rural	33,0				
	Niveau d'éducation de la mère	Aucun niveau	32,0				
		Niveau primaire	31,0				
		Niveau secondaire et +	23,0				
59	**Taux de mortalité infantile**		**51,0**	‰	2012	EDSN 2012	
	Milieu	Urbain	42,0				
		Rural	68,0				
	Niveau d'éducation de la mère	Aucun niveau	66,0				
		Niveau primaire	60,0				
		Niveau secondaire et +	48,0				
60	**Taux de mortalité des moins de cinq ans**		**127,0**	‰	2012	EDSN 2012	
	Milieu	Urbain	83,0				
		Rural	163,0				
	Niveau d'éducation de la mère	Aucun niveau	158,0				
		Niveau primaire	121,0				
		Niveau secondaire et +	91,0				
61	**Ratio de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)**		**535,0**	P. 100000 naissance. vivantes	2012	EDSN 2012	
	Milieu	Urbain	ND				
		Rural	ND				
	Niveau d'éducation	Aucun niveau	ND				
		Niveau primaire	ND				
		Niveau secondaire et +	ND				
IV.2 Morbidité							

	A - Maladies transmissibles						
62	**Incidence du paludisme (pour 100 000 habitants)**		**14 173,7**	‰	2014	Indicateurs PDS 2014	
	Sexe	Homme	ND				
		Femme	ND				
	Age	Moins de 5 ans	ND				
		5 ans et +	ND				
		Femme enceinte	ND				
63	**Séroprévalence parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans**		**0,4**	%	2014	Rapport Surveillance sentinelle chez les femmes enceintes	
	Milieu	Urbain	0,4				
		Rural	0,5				
64	**Séroprévalence chez les jeunes (15-24 ans)**		**0,1**	%	2012	EDSN 2012	
	Milieu	Urbain	0,4				
		Rural	-				
	Sexe	Homme	ND				
		Femme	ND				
65	**Prévalence du VIH parmi les personnes qui sont les plus exposées au risque (MARP)**		**ND**	%	2011	Rapport Surveillance de seconde génération	
	Catégories de personnes exposées	Professionnelles de sexe	17,3				
		Population carcérale	2,7				
		Travailleurs migrants	1,1				
		Enseignants	0,4				
		Routiers/camionneurs	0,4				
		FDS	0				
		Miniers/orpailleurs	0,4				
		Jeunes de 15-24 ans	0				
	B - Maladies non-transmissibles						
66	**Prévalence de l'hypertension chez les adultes**		**21,2**	%	2007	Enquête STEPS 2008	
	Milieu	Urbain	ND				
		Rural	ND				
	Sexe	Homme	23,9				
		Femme	18,1				
	Age	25-34 ans	12,6				

		35 ans et +	ND				
67	**Prévalence du diabète chez les adultes**		**4,3**	%	2007	Rapport évaluation PNS 2002-2011	
	Milieu	Urbain	ND				
		Rural	ND				
	Sexe	Homme	5,0				
		Femme	3,6				
	Age	25-34 ans	5,9				
		35 ans et +	ND				
68	**Prévalence de la maladie mentale**		**ND**				
	Milieu	Urbain	ND				
		Rural	ND				
	Sexe	Garçon	ND				
		Fille	ND				
	V. Maladies épidémiques						
69	**Taux d'attaque de choléra**		**11,6**	P. 100000 habitants	2014	Direction de la surveillance et de la riposte aux épidémies	
70	**Taux de létalité de choléra**		**3,9**	%			
71	**Taux d'attaque de méningite**		**2,1**	P. 100000 habitants			
72	**Taux de létalité de méningite**		**16,2**	%			
73	**Taux d'attaque de rougeole**		**7,5**	P. 100000 habitants			
74	**Taux d'attaque de fièvre jaune**		-				
75	**Taux de létalité de fièvre jaune**		-				
76	**Taux d'attaque de fièvre Lassa**		-				
77	**Taux de létalité de fièvre Lassa**		-				
78	**Taux de létalité de TNN**		**60,0**	%			
79	**Nombre de cas de Poliomyélite**		-				
80	**Nombre de cas de ver de Guinée**		-				
81	**Taux d'attaque de la maladie à virus Ebola (MVE)**		-				
82	**Taux de létalité de la MVE**		-				

SÉNÉGAL

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Notes
	I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES						
0	**Effectif de la population**		**13 508 715**	Habitants	2013	RGPH	
	Milieu	Urbain	6 102 800				
		Rural	7 405 915				
	Sexe	Homme	6 735 421				
		Femme	6 773 294				
	Age	0-4 ans	1 992 857				
		5-9 ans	2 017 018				
		10-14 ans	1 671 823				
		15-19 ans	1 430 972				
		20-24 ans	1 220 501				
		25-29 ans	1 084 652				
		30-34 ans	884 474				
		35-39 ans	700 270				
		40-44 ans	583 351				
		45-49 ans	447 402				
		50-54 ans	426 356				
		55-59 ans	303 279				
		60-64 ans	271 056				
		65 ans et +	474 695				
1	**Âge médian de la population (ans)**		**18,0**	Année	2013	RGPH	
	Milieu	Urbain	21,0				
		Rural	16,0				
	Sexe	Homme	17,0				
		Femme	19,0				
2	**Rapport de dépendance démographique (<15 et> 64 ans)**		**83,7**	%	2013	RGPH	
3	**Taux de croissance annuel de la population (%)**		**2,5**	%	2013	RGPH	
	Milieu	Urbain	3,5	%			
		Rural	1,7	%			

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Notes
4	**Proportion de la population dans les zones urbaines (%)**		**45,2**	%	2013	RGPH	
	Sexe	Homme	49,9				
		Femme	50,1				
	Age	0-14 ans	2 193 437,0				
		15-24 ans	1 296 788,0				
		25-34 ans	1 032 705,0				
		35 ans et +	1 579 869,0				
5	**Indice synthétique de fécondité**		**5,1**	Enfant	2013	RGPH	
	Milieu	Urbain	4,1				
		Rural	6,2				
6	**Espérance de vie à la naissance**		**64,8**	Année	2013	RGPH	
	Milieu	Urbain	67,40				
		Rural	62,70				
	Sexe	Homme	63,2				
		Femme	66,5				
7	**Taux d'alphabétisation des jeunes (15–24 ans)**		**55,4**	%	2013	RGPH	
	Milieu	Urbain	68,6				
		Rural	43,0				
	Sexe	Homme	60,7				
		Femme	50,5				
	II. INDICATEURS D'ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES SYSTEMES DE SANTE						
	II.1 Indicateurs d'intrants et de processus						
	II.1.1 Gouvernance et financement de la santé						
8	**Stratégies nationale de santé ayant les attributs de l'IHP +**		**oui**			PNDS 2009-2018	
9	**Dépenses totales de santé par habitant (USD)**		**50,6**	USD	2008	CNS 2006-2008	
10	**Total des dépenses publiques de santé par habitant (USD)**		**26,6**	USD	2008	CNS 2006-2008	
11	**Total des dépenses publiques de santé rapportées au total des dépenses de l'État, %**		**0,1**	%	2008	CNS 2006-2008	
12	**Total des dépenses publiques de santé rapportées aux dépenses totales de santé, %**		**0,5**	%	2008	CNS 2006-2008	
	II.1.2 Personnel de santé						

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Notes
13	**Agents professionnels de santé par 10 000 habitants**		**16,1**		2012	Profil Pays RH	
	Type de personnel	Médecins	0,8				
		Personnel infirmier et obstétrical	4,6				
		Personnel odontologique	0,2				
		Personnel pharmaceutique	0,9				
		Agents de santé de laboratoire	0,3				
		Agents de santé publique et environnementale	0,5				
		Autre personnel	8,8				
14	**Médecins pour 10 000 habitants**		**0,8**			Profil Pays RH	
15	**Infirmières/infirmiers pour 10 000 habitants**		**3,7**			Profil Pays RH	
16	**Sages-femmes pour 10 000 habitants**		**0,9**			Profil Pays RH	
	II.2 Indicateurs d'extrants						
	II.2.1 Disponibilité et capacité opérationnelle des services de santé						
17	**Nombre d'établissements au niveau des soins de santé primaires (publics & privés) pour 10 000 habitants**		**1,27**		2013	Mise à jour Carte sanitaire	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Type d'établissement	Public	0,93				
		Privé	0,34				
18	**Nombre d'établissements au niveau des soins de santé secondaires (publics & privés) pour 10 000 habitants**		**0,05**		2013	Mise à jour Carte sanitaire	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Type d'établissement	Public	0,02				
		Privé	0,03				
19	**Nombre d'établissements au niveau des soins de santé tertiaires (publics & privés) pour 10 000 habitants**		**0,01**		2013	Mise à jour Carte sanitaire	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Notes
	Type d'établissement	Public	0,01				
		Privé	0,00				
20	**Pourcentage des services de soins de santé (tous les niveaux) avec le personnel complet selon les normes nationales**		**nd**			Mise à jour Carte sanitaire	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Type d'établissement	Public	nd				
		Privé	nd				
21	**Lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants**		**3,7**				
	Type d'hôpital	Hôpital national	0,2				
		Hôpital provincial ou régional	0,2				
		Hôpital de district	0,0				
22	**Disponibilité des médicaments essentiels**		**nd**				
	Niveau de soins	Niveau tertiaire	nd				
		Niveau secondaire	nd				
		Niveau primaire	nd				
23	**Disponibilité des soins obstétricaux et néonatals d'urgence pour 500 000 habitants (essentiels et complets)**		**nd**				
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Type de SONU	SONUB	nd				
		SONUC	nd				
	II.3 Indicateurs de résultats						
	II.3.1 Utilisation, qualité et sécurité des services de santé						
24	**Consultations externes par habitant et par an**		**0,6**		2014	Annuaire 2014	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Sexe	Homme	nd				
		Femme	nd				
	Age	0-4 ans	0,97				
25	**Taux de césarienne**		**0,0**	%	2014		

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Notes
	Milieu	Urbain	0,07			EDS CONTINUE	
		Rural	0,0				
26	**Taux de réussite du traitement de la tuberculose (DOTS)**		**0,8**	%	2014	Rapport de performance	
	Sexe	Homme	nd				
		Femme	nd				
27	**Taux de mortalité des moins de 5 ans dans les établissements sanitaires**		**110,0**	‰	2014	annuaire 2014	
	Sexe	Homme	nd				
		Femme	nd				
	5 principales causes		nd				
			nd				
			nd				
			nd				
			nd				
28	**Ratio de mortalité maternelle au sein des institutions de santé**		**nd**				
	Age	Moins de 25 ans	nd				
		25-34 ans	nd				
		35 ans et +	nd				
29	**Taux de mortinatalité dans les établissements sanitaires**		**20,0**	‰	2014	ANNUAIRE 2014	
	Type de mort-né	Mort-nés frais	9,0				
		Mort-nés macérés	11,0				
	II.3.2 Couverture des interventions						
30	**Couverture de la première consultation des soins prénatals**		**96,2**	%	2014	EDS CONTINUE	
	Milieu	Urbain	99,2				
		Rural	93,8				
31	**Couverture des quatre visites des soins prénatals**		**48,1**	%	2014	EDS CONTINUE	
32	**2ème dose de TPI dans le cadre des soins prénatals**		**65,9**	%	2014	Rapport paludisme 2014	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Notes
33	**Pourcentage de femmes enceintes séropositives sous TAR**		**nd**	%			
34	**Proportion de naissances assistées par un personnel de santé qualifié**		**59,0**	%	2014	EDS CONTINUE	
35	**Taux de soins postnatals**		**62,3**	%	2014	Plateforme DHIS2 04-08-2015	
	Période	0-6 jours	53,4				
		7-42 jours	8,8				
36	**Besoin non satisfait en planification familiale**		**25,1**	%	2014	EDS CONTINUE	
	Milieu	Urbain	22,1				
		Rural	27,7				
	Niveau d'instruction	Aucun niveau d'instruction	27,1				
		Niveau primaire	21,6				
		Niveau secondaire	21,1				
37	**Taux de prévalence contraceptive**		**20,3**	%	2014	EDS CONTINUE	
	Milieu	Urbain	28,0				
		Rural	13,0				
	Niveau d'instruction	Aucun niveau d'instruction	14,3				
		Niveau primaire	29,6				
		Niveau secondaire	33,4				
38	**Couverture vaccinale pour les 3 doses de DCT/Penta3**		**89,0**	%	2014	Rapport de performance	
39	**Couverture contre la rougeole (moins d'un an)**		**80,0**	%	2014	EDS CONTINUE	
40	**Taux de couverture des enfants complètement vaccinés (12-23 mois)**		**74,0**	%	2014	EDS CONTINUE	
	Milieu	Urbain	75,0				
		Rural	73,0				
41	**Taux d'abandon BCG-Rougeole**		**15,1**	%			
42	**Adultes et enfants séropositifs éligibles recevant une thérapie antirétrovirale, %**		**nd**		2014	Rapport de performance	
	Sexe	Homme	nd				
		Femme	nd				
	Age	0-14 ans	nd				
		15 ans et +	nd				

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Notes
43	**Taux de détection des cas de tuberculose pour les nouveaux cas à frottis positif**		**72,0**	%	2014	Rapport de performance	
	Sexe	Homme	nd				
		Femme	nd				
44	**Pourcentage de patients tuberculeux dépistés pour le VIH**		**80,0**		2014	Rapport de performance	
	Sexe	Homme	nd				
		Femme	nd				
45	**Taux de chirurgie de la cataracte**		**nd**				
	Sexe	Homme	nd				
		Femme	nd				
46	**Enfants de moins de cinq ans dormant sous des MII**		**49,0**	%	2014	EDS CONTINUE	
	Milieu	Urbain	50,0				
		Rural	48,0				
47	**Femmes enceintes dormant sous des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MII)**		**45,0**	%	2014	EDS CONTINUE	
	Milieu	Urbain	44,1				
		Rural	45,9				
	IV. Facteurs et comportements à risque						
48	**Taux d'insuffisance pondérale à la naissance**		**9,0**	%	2014	Plateforme DHIS2 04-08-2015	
	Sexe	Garçon	nd				
		Fille	nd				
	Niveau d'éducation de la mère	Aucun niveau d'instruction	nd				
		Niveau primaire	nd				
		Niveau secondaire	nd				
49	**Initiation précoce de l'allaitement maternel**		**nd**	%	2014	EDS CONTINUE	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
50	**Les nourrissons nourris exclusivement au sein pendant les six premiers mois de la vie (%)**		**33,0**	%	2014	EDS CONTINUE	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Notes
51	**Taux d'insuffisance pondérale <5 ans**		**12,6**	%	2014	EDS CONTINUE	
	Milieu	Urbain	8,3				
		Rural	15,6				
	Sexe	Garçon	13,5				
		Fille	11,6				
	Age	0-5 mois	7,5				
		6-8 mois	7,2				
		9-11 mois	9,3				
		12-23 mois	11,9				
		24-35 mois	13,3				
		36-47 mois	13,7				
		48-59 mois	16,0				
52	**Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque**		**nd**				
	Sexe	Homme	nd				
		Femme	nd				
	Age	15-19 ans	nd				
		20-24 ans	nd				
53	**Taux de grossesse des adolescentes (15-19 ans)**		**17,6**	%			
	Milieu	Urbain	11,9				
		Rural	23,4				
	Niveau d'éducation	Aucun niveau	31,8				
		Niveau primaire	17,5				
		Niveau secondaire et +	8,8				
54	**Utilisation de sources d'eau potable améliorées**		**80,8**	%	2014	EDS CONTINUE	
	Milieu	Urbain	90,8				
		Rural	71,5				
55	**Utilisation d'installations sanitaires améliorées**		**44,0**	%	2014	EDS CONTINUE	
	Milieu	Urbain	55,0				
		Rural	32,0				

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Notes
56	**Prévalence du tabagisme au sein de la population adulte (25 ans et plus)**		**24,0**	%	2014	EDS CONTINUE	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Sexe	Homme	23,0				
		Femme	1,0				
57	**Taux de mortalité des accidents de la circulation routière**		**nd**				
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Age	Moins de 25 ans	nd				
		25-34 ans	nd				
		35 ans et +	nd				
	Moyen de locomotion	Vélo	nd				
		Motocyclette	nd				
		Véhicule automobile	nd				
	IV. Impact (État de santé)						
	IV.1 Mortalité						
58	**Taux de mortalité néonatale** (p. 1000)		**19,0**	‰	2014	EDS CONTINUE	
	Milieu	Urbain	15,0				
		Rural	25,0				
	Niveau d'éducation de la mère	Aucun niveau	24,0				
		Niveau primaire	17,0				
		Niveau secondaire et +	7,0				
59	**Taux de mortalité infantile (p 1000)**		**33,0**	‰	2014	EDS CONTINUE	
	Milieu	Urbain	30,0				
		Rural	46,0				
	Niveau d'éducation de la mère	Aucun niveau	43,0				
		Niveau primaire	31,0				
		Niveau secondaire et +	30,0				
60	**Taux de mortalité des moins de cinq ans pour 1000 naissances vivantes**		**54,0**	‰	2014	EDS CONTINUE	
	Milieu	Urbain	44,0				

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Notes
		Rural	77,0				
	Niveau d'éducation de la mère	Aucun niveau	70,0				
		Niveau primaire	41,0				
		Niveau secondaire et +	53,0				
61	**Ratio de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes**		**392,0**	P. 100000 naiss. vivantes	2011	EDS V	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Niveau d'éducation	Aucun niveau	nd				
		Niveau primaire	nd				
		Niveau secondaire et +	nd				
	IV.2 Morbidité						
	A - Maladies transmissibles						
62	**Incidence du paludisme pour 1000 habitants**		**18,8**	‰	2014	RAPPORT PALUDISME	2014
	Sexe	Homme	nd				
		Femme	nd				
	Age	Moins de 5 ans	15,6	‰			
		5 ans et +	26,7				
		Femme enceinte	1,9				
63	**Séroprévalence parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans**		**1,4**	%	2011	EDS V	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
64	**Séroprévalence chez les jeunes (15-24 ans)**		**0,2**	%	2011	EDS V	
	Milieu	Urbain	0,1				
		Rural	0,3				
	Sexe	Homme	0,3				
		Femme	0,1				
65	**Prévalence du VIH parmi les personnes qui sont les plus exposées au risque (MARP)**		**nd**	%	2014	Rapport de performance	
	Catégories de personnes exposées						

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Notes
	B - Maladies non-transmissibles						
66	**Prévalence de l'hypertension chez les adultes (25 ans et plus)**		**45,0**	%	2014	EDS CONTINUE	Tranche d'âge 15 ans et plus
	Milieu	Urbain	43,8				
		Rural	46,4				
	Sexe	Garçon	27,0				
		Fille	45,0				
	Age	25-34 ans	-				
		35 ans et +	55,5				
67	**Prévalence du diabète chez les adultes (25 ans et plus)**		**6,4**	%	2014	EDS CONTINUE	Tranche d'âge 15 ans et plus
	Milieu	Urbain	8,7				
		Rural	3,7				
	Sexe	Garçon	9,0				
		Fille	6,0				
	Age	25-34 ans					
		35 ans et +	8,5				
68	**Prévalence de la maladie mentale**		**nd**				
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Sexe	Garçon	nd				
		Fille	nd				
	V. Maladies épidémiques						
69	**Taux d'attaque de choléra**		-	P. 100000 habitants	2014	Rapport de la Surveillance Epidémiologique	Incidence pour 100 000 habitants
70	**Taux de létalité de choléra**		-	P. 100000 habitants			
71	**Taux d'attaque de méningite**		**1,5**	P. 100000 habitants			
72	**Taux de létalité de méningite**		**2,4**	%			
73	**Taux d'attaque de rougeole**		**7,4**	P. 100000 habitants			
74	**Taux d'attaque de fièvre jaune**		**3,5**	P. 100000 habitants			

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Notes
75	Taux de létalité de fièvre jaune		**4,6**	%			
76	Taux d'attaque de fièvre Lassa		-				
77	Taux de létalité de fièvre Lassa		-				
78	Taux de létalité de TNN		**0,0**	%			
79	Nombre de cas de Poliomyélite		-				
80	Nombre de cas de ver de Guinée		-				
81	Taux d'attaque de la maladie à virus Ebola (MVE)		**0,0**	P. 100000 habitants			
82	Taux de létalité de la MVE		-				

TOGO

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Observation
	I. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES						
0	**Effectif de la population**		**6 810 960**	Habitants	2014	Projections DGSCN	La répartition par milieu est calculée en appliquant le pourcentage du RGPH4
	Milieu	Urbain	2 567 732				
		Rural	4 243 228				
	Sexe	Homme	3 316 088				
		Femme	3 495 804				
	Age	0-4 ans	987 042				
		5-9 ans	895 353				
		10-14 ans	915 619				
		15-19 ans	705 141				
		20-24 ans	582 784				
		25-29 ans	529 478				
		30-34 ans	477 519				
		35-39 ans	402 759				
		40-44 ans	332 601				
		45-49 ans	272 086				
		50-54 ans	210 772				
		55-59 ans	158 010				
		60-64 ans	103 325				
		65 ans et +	238 472				
1	**Âge médian de la population (ans)**		**19,3**	Année			
	Milieu	Urbain					
		Rural					
	Sexe	Homme	18,3				
		Femme	20,4				
2	**Rapport de dépendance démographique (<15 et> 64 ans)**		**80,4**	%	2014	Projections DGSCN	
3	**Taux de croissance annuel de la population (%)**		**2,8**	%	2014	Projections DGSCN	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
4	**Proportion de la population dans les zones urbaines (%)**		**37,7**	%	2010	RGPH4	

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Observation
	Sexe	Homme	44,7		2013-2014	EDST 3	
		Femme	45,4				
	Age	0-14 ans	nd				
		15-24 ans	nd				
		25-34 ans	nd				
		35 ans et +	nd				
5	**Indice synthétique de fécondité (par femme)**		**4,8**	Enfant	2013-2014	EDST 3	
	Milieu	Urbain	5,7				
		Rural	3,7				
6	**Espérance de vie à la naissance**		**60,8**	Année	2010	RGPH4	
	Milieu	Urbain					
		Rural					
	Sexe	Homme	56,4				
		Femme	64,2				
7	**Taux d'alphabétisation des jeunes (15–24 ans)**		**79,7**	%	2013-2014	EDST 3	
	Milieu	Urbain					
		Rural					
	Sexe	Homme	88,8				
		Femme	70,6				
	II. INDICATEURS D'ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES SYSTEMES DE SANTE						
	II.1 Indicateurs d'intrants et de processus						
	II.1.1 Gouvernance et financement de la santé						
8	**Stratégies nationale de santé ayant les attributs de l'IHP +**		**Oui**				Mai 2010: Adhésion du pays à l'initiative IHP+
9	**Dépenses totales de santé par habitant (USD)**		**27,1**	USD	2010	Comptes de la Santé 2010	
10	**Total des dépenses publiques de santé par habitant (USD)**		**9,8**	USD	2010		
11	**Total des dépenses publiques de santé rapportées au total des dépenses de l'État, %**		**6,1**	%	2010		
12	**Total des dépenses publiques de santé rapportées aux dépenses totales de santé, %**		**36,3**	%	2010		
	Personnel de santé						

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Observation
13	**Agents professionnels de santé par 10 000 habitants**		**6,7**		2014	Rapport annuel 2014 Direction des Ressources Humaines	
	Type de personnel	Médecins	0,6				
		Personnel infirmier et obstétrical	3,4				
		Personnel odontologique	0,0				
		Personnel pharmaceutique	0,0				
		Agents de santé de laboratoire	0,6				
		Agents de santé publique et environnementale	0,5				
		Autre personnel	1,5				
14	**Médecins pour 10 000 habitants**		**0,5**			Rapport annuel 2014 Direction des Ressources Humaines	
15	**Infirmières/infirmiers pour 10 000 habitants**		**2,1**				
16	**Sages-femmes pour 10 000 habitants**		**1,3**				
	II.2 Indicateurs d'extrants						
	II.2.1 Disponibilité et capacité opérationnelle des services de santé						
17	**Nombre d'établissements au niveau des soins de santé primaires (publics & privés) pour 10 000 habitants**		**1,50**		2013	Principaux Indicateurs de santé 2013	
	Milieu	Urbain	-				
		Rural	-				
	Type d'établissement	Public	1,00				
		Privé	0,52				
18	**Nombre d'établissements au niveau des soins de santé secondaires (publics & privés) pour 10 000 habitants**		**0,03**		2013	Principaux Indicateurs de santé 2013	
	Milieu	Urbain	0,02				
		Rural	0,01				
	Type d'établissement	Public	0,01				
		Privé	0,02				
19	**Nombre d'établissements au niveau des soins de santé tertiaires (publics & privés) pour 10 000 habitants**		**0,01**		2013	Principaux Indicateurs de santé 2013	
	Milieu	Urbain	0,02				
		Rural	-				

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Observation
	Type d'établissement	Public	0,01				
		Privé	-				
20	**Pourcentage des services de soins de santé (tous les niveaux) avec le personnel complets selon les normes nationales**			%			
	Milieu	Urbain					
		Rural					
	Type d'établissement	Public					
		Privé					
21	**Lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants**		**6,8**		2013	Principaux Indicateurs de santé 2013	1500 habitants pour 1 lit d'hospitalisation
	Type d'hôpital	Hôpital national					
		Hôpital provincial ou régional					
		Hôpital de district					
22	**Disponibilité des médicaments essentiels**		**39,0**	%	2012	Enquête SARA 2012	
	Niveau de soins	Niveau tertiaire					
		Niveau secondaire					
		Niveau primaire	39,0				
23	**Disponibilité des soins obstétricaux et néonatals d'urgence pour 500 000 habitants (essentiels et complets)**		**2,5**		2012	Evaluation des Besoins en SONU 2012	Urbain SONUB: 0,08; Rural SONUB: 0,62; Urbain SONUC: 1,31; Rural SONUC : 0,54
	Milieu	Urbain	0,08				
		Rural	0,6				
	Type de SONU	SONUB	0,7				
		SONUC	1,8				
	II.3 Indicateurs de résultats						
	II.3.1 Utilisation, qualité et sécurité des services de santé						
24	**Consultations externes par habitant et par an**		**0,3**		2013	Principaux Indicateurs de santé 2013	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Sexe	Homme	nd				
		Femme	nd				
	Age	0-4 ans	nd				

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Observation
25	Taux de césarienne		**4,0**	%	2013	Principaux Indicateurs de santé 2013	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
26	**Taux de réussite du traitement de la tuberculose (DOTS)**		**88,0**	%	2013	Rapport annuel PNLT 2014	Le taux de succès thérapeutique tout sexe confondu pour la cohorte 2013 a été de 88 %
	Sexe	Homme	nd				
		Femme	nd				
27	**Taux de mortalité des moins de 5 ans dans les établissements sanitaires**		**66,1**	‰	2013	Principaux Indicateurs de santé 2013	
	Sexe	Homme					
		Femme					
	5 principales causes						
28	**Ratio de mortalité maternelle au sein des institutions de santé**		**170,0**	Pour 100 000 NV	2014	Rapport annuel 2014 DSF	
	Age	Moins de 25 ans	nd				
		25-34 ans	nd				
		35 ans et +	nd				
29	**Taux de mortinatalité dans les établissements sanitaires**		**25,0**	‰	2014	Rapport annuel 2014 DSF	
	Type de mort-né	Mort-nés frais	11,7				
		Mort-nés macérés	13,3				
	II.3.2 Couverture des interventions						
30	**Couverture de la première consultation des soins prénatals**		**73,0**	%	2013-2014	EDST 3	
	Milieu	Urbain	97,0				
		Rural	58,0				
31	**Couverture des quatre visites des soins prénatals**		**57,2**	%	2013-2014	EDST 3	
32	**2ème dose de TPI dans le cadre des soins prénatals**		**63,3**	%	2014	Rapport annuel 2014 PNLP	
	Milieu	Urbain	nd				

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Observation
		Rural	nd				
33	**Pourcentage de femmes enceintes séropositives sous TAR**		**23,5**	%			
34	**Proportion de naissances assistées par un personnel de santé qualifié**		**59,0**	%	2013-2014	EDST 3	
35	**Taux de soins postnatals**		**71,0**	%			
	Période	0-6 jours	73,2			EDST 3	
		7-41 jours	5,8				
36	**Besoin non satisfait en planification familiale**		**33,6**	%	2013-2014	EDST 3	Besoin non satisfait en planification familiale parmi les femmes en union
	Milieu	Urbain	33,0				
		Rural	34,0				
	Niveau d'instruction	Aucun niveau d'instruction	34,7				
		Niveau primaire	33,7				
		Niveau secondaire	31,7				
37	**Taux de prévalence contraceptive**		**17,3**	%	2013-2014	EDST 3	
	Milieu	Urbain	18,8				
		Rural	16,3				
	Niveau d'instruction	Aucun niveau d'instruction	12,9				
		Niveau primaire	19,4				
		Niveau secondaire	21,4				
38	**Couverture vaccinale pour les 3 doses de DCT/Penta3**		**82,8**	%	2013-2014	EDST 3	
39	**Couverture contre la rougeole (moins d'un an)**		**74,3**	%	2013-2014	EDST 3	
40	**Taux de couverture des enfants complètement vaccinés (12-23 mois)**		**61,5**	%	2013-2014	EDST 3	
	Milieu	Urbain	66,2				
		Rural	58,6				
41	**Taux d'abandon BCG-Rougeole**		**21,0**	%	2013-2014	EDST 3	Vaccination de routine
42	**Adultes et enfants séropositifs éligibles recevant une thérapie antirétrovirale, %**		**44,8**	%	2014	Rapport annuel 2014 PNLS	
	Sexe	Homme					
		Femme					
	Age	0-14 ans					

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Observation
		15 ans et +					
43	**Taux de détection des cas de tuberculose pour les nouveaux cas à frottis positif**		**nd**				Le taux en est le taux de notification des nouveaux cas à frottis positifs. En 2014, Il est de 27 pour 100 000 habitants.
	Sexe	Homme	nd				
		Femme	nd				
44	**Pourcentage de patients tuberculeux dépistés pour le VIH**		**97,0**	%	2014	Rapport annuel 2014 PNLT	
	Sexe	Homme	nd				
		Femme	nd				
45	**Taux de chirurgie de la cataracte**		**411,0**	Par million d'habitants	2013	Rapport annuel 2013 PNLC	
	Sexe	Homme	nd				
		Femme	nd				
46	**Enfants de moins de cinq ans dormant sous des MII**		**42,8**	%	2013-2014	EDST 3	
	Milieu	Urbain	38,0				
		Rural	45,4				
47	**Femmes enceintes dormant sous des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MII)**		**40,0**	%	2013-2014	EDST 3	
	Milieu	Urbain	35,5				
		Rural	42,2				
	IV. Facteurs et comportements à risque						
48	**Taux d'insuffisance pondérale à la naissance**		**10,0**	%	2010	MICS 4	
	Sexe	Garçon	nd				
		Fille	nd				
	Niveau d'éducation de la mère	Aucun niveau d'instruction	11,6				
		Niveau primaire	11,0				
		Niveau secondaire	10,3				
49	**Initiation précoce de l'allaitement maternel (Initiation de l'allaitement maternel dans l'heure suivant la naissance)**		**60,6**	%	2013-2014	EDST 3	
	Milieu	Urbain	61,6				
		Rural	60,1				

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Observation
50	**Les nourrissons nourris exclusivement au sein pendant les six premiers mois de la vie (%)**		**58,0**	%	2013-2014	EDST 3	
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
51	**Taux d'insuffisance pondérale <5 ans**		**16,0**	%	2013-2014	EDST 3	
	Milieu	Urbain	11,0				
		Rural	19,0				
	Sexe	Garçon	17,0				
		Fille	15,0				
	Age	< 6 mois	10,0				
		6-8 mois	10,2				
		9-11 mois	24,1				
		12-17 mois	15,3				
		18-23 mois	16,9				
		24-35 mois	17,5				
		36-47 mois	15,8				
		48-59 mois	16,8				
52	**Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque**		**55,9**	%	2013-2014	EDST 3	Le nombre d'enquêtés n'a pas permis de déterminer le pourcentage dans les tranches d'âge de 15-19 ans et 20-25 ans.
	Sexe	Homme	63,0				
		Femme	48,7				
	Age	15-19 ans					
		20-24 ans					
53	**Taux de grossesse des adolescentes (15-19 ans)**		**16,5**	%	2013-2014	EDST 3	
	Milieu	Urbain	11,0				
		Rural	21,1				
	Niveau d'éducation	Aucun niveau	35,0				
		Niveau primaire	23,4				
		Niveau secondaire et +	9,0				
54	**Utilisation de sources d'eau potable améliorées**		**64,0**	%	2013-2014	EDST 3	
	Milieu	Urbain	84,0				
		Rural	48,0				

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Observation
55	**Utilisation d'installations sanitaires améliorées**		**12,0**	%	2013-2014	EDST 3	
	Milieu	Urbain	21,0				
		Rural	5,0				
56	**Prévalence du tabagisme au sein de la population adulte (25 ans et plus)**		**6,8**	%	2010	Résultats Enquête STEPS TOGO	
	Milieu	Urbain	4,5				
		Rural	8,3				
	Sexe	Homme	12,4				
		Femme	1,8				
57	**Taux de mortalité des accidents de la circulation routière**		**nd**				
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Age	Moins de 25 ans	nd				
		25-34 ans	nd				
		35 ans et +	nd				
	Moyen de locomotion	Vélo	nd				
		Motocyclette	nd				
		Véhicule automobile	nd				
	IV. Impact (État de santé)						
	IV.1 Mortalité						
58	**Taux de mortalité néonatale**		**27,0**	‰	2013-2014	EDST 3	
	Milieu	Urbain	28,0				
		Rural	30,0				
	Niveau d'éducation de la mère	Aucun niveau	32,0				
		Niveau primaire	29,0				
		Niveau secondaire et +	21,0				
59	**Taux de mortalité infantile**		**49,0**	‰	2013-2014	EDST 3	
	Milieu	Urbain	47,0				
		Rural	56,0				
	Niveau d'éducation de la mère	Aucun niveau	58,0				
		Niveau primaire	53,0				

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Observation
		Niveau secondaire et +	38,0				
60	**Taux de mortalité des moins de cinq ans**		**88,0**	‰	2013-2014	EDST 3	
	Milieu	Urbain	69,0				
		Rural	106,0				
	Niveau d'éducation de la mère	Aucun niveau	108,0				
		Niveau primaire	89,0				
		Niveau secondaire et +	63,0				
61	**Ratio de mortalité maternelle**		**401,0**	P. 100000 naissance. vivantes	2013-2014	EDST 3	
	Milieu	Urbain	290,0		2010	RGPH4	
		Rural	468,0		2010	RGPH4	
	Niveau d'éducation	Aucun niveau	-				
		Niveau primaire	-				
		Niveau secondaire et +	-				
	IV.2 Morbidité						
	A - Maladies transmissibles						
62	**Incidence du paludisme (p 1000)**		**160,0**	‰	2014	Rapport annuel 2014 PNLP	
	Sexe	Homme					
		Femme					
	Age	Moins de 5 ans					
		5 ans et +					
		Femme enceinte					
63	**Séroprévalence parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans**		**0,5**	%	2013-2014	EDST 3	Calculé à partir de la prévalence du VIH chez les 15-19 ans et 20-24 ans fournie par le rapport de l'enquête sentinelle.
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
64	**Séroprévalence chez les jeunes (15-24 ans)**		**0,6**	%	2013-2014	EDST 3	
	Milieu	Urbain	0,8				
		Rural	0,4				
	Sexe	Homme	0,3				
		Femme	0,8				

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Observation
65	**Prévalence du VIH parmi les personnes qui sont les plus exposées au risque (MARP)**			%	2011	Rapports des enquêtes comportementales et de séroprévalence du VIH auprès des populations spécifiques au Togo	HSH: Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes;UDI: Utilisateurs de Drogues Injectables
	Catégories de personnes exposées	PS (Professionnels de Sexe)	13,1				
		HSH	19,6				
		UDI	5,5				
		Détenus	4,3				
	B - Maladies non-transmissibles						
66	**Prévalence de l'hypertension chez les adultes (25 ans et plus)**		**19,0**	%	2010	Résultats Enquête STEPS TOGO	
	Milieu	Urbain	20,0				
		Rural	18,4				
	Sexe	Garçon	20,6				
		Fille	17,7				
	Age	25-34 ans	15,2				
		35 ans et +	33,3				
67	**Prévalence du diabète chez les adultes (25 ans et plus)**		**2,6**	%	2010	Résultats Enquête STEPS TOGO	
	Milieu	Urbain	2,5				
		Rural	2,7				
	Sexe	Garçon	3,5				
		Fille	1,8				
	Age	25-34 ans	1,6				
		35 ans et +	4,4				
68	**Prévalence de la maladie mentale**		**ND**				
	Milieu	Urbain	nd				
		Rural	nd				
	Sexe	Garçon	nd				
		Fille	nd				
	V. Maladies épidémiques						
69	**Taux d'attaque de choléra**		**5,0**	P. 100000 habitants	2014		

N°	Dénomination de l'indicateur	Désagrégation	Valeur	Unité	Année	Source	Observation
70	Taux de létalité de choléra		3,5	%		Rapport SIMR 2014	
71	Taux d'attaque de méningite		5,2	P. 100000 habitants			
72	Taux de létalité de méningite		4,0	%			
73	Taux d'attaque de rougeole		10,9	P. 100000 habitants			
74	Taux d'attaque de fièvre jaune		-				
75	Taux de létalité de fièvre jaune		-				
76	Taux d'attaque de fièvre Lassa		-				
77	Taux de létalité de fièvre Lassa		-				
78	Taux de létalité de TNN		0,3	%			
79	Nombre de cas de Poliomyélite		-				
80	Nombre de cas de ver de Guinée		-				
81	Taux d'attaque de la maladie à virus Ebola (MVE)		-				
82	Taux de létalité de la MVE		-				