Le Projet **POLICY**

Etude de cas sur
la santé de la reproduction

SENEGAL

Ellen Wilson

The Futures Group International
en collaboration avec
Research Triangle Institute (RTI)
Le Centre pour les activités de développement
et de population (CEDPA)

Table des matières

Remerciements **iv**

Résumé analytique **v**

Abréviations **vii**

1. Introduction **1**

2. Données générales **2**

3. Formulation de politiques **3**

A. Structures de formulation de politiques 3

B. Evolution des politiques de la planification familiale à la santé de la reproduction 9

C. Définition de la santé de la reproduction 10

D. Soutien, opposition et recherche de consensus 12

4. Mise en œuvre de la politique **15**

A. Politiques et plans opérationnels 15

B. Structures de la prestation de services 16

C. Organismes de prestation de services 17

D. Intégration 18

E. Actions sur le terrain 19

F. Contraintes 20

5. Octroi de ressources **22**

A. Niveaux de financement pour la santé de la reproduction 22

B. Principaux bailleurs de fonds 22

C. Durabilité financière 23

6. Défis **23**

Références **25**

Annexes **26**

Remerciements

L'auteur tient à faire mention de la contribution très importante faite par toutes les personnes qui ont été interviewées pour cette étude de cas. Chaque interview a pris une heure du temps du répondant, bien que certains aient offert gracieusement de lui consacrer plus de temps. Un grand nombre des questions demandaient une réflexion et discussion approfondies d'événements qui se sont déroulés depuis plusieurs années. Les répondants ont également remis un grand nombre de documents, tels que des politiques écrites se rapportant à la santé de la reproduction, des études et des plans d'exécution qui se sont avérés particulièrement utiles.

J'aimerais remercier Allé Diop, du Projet POLICY au Sénégal, qui a aidé à arranger les interviews et Badara Seye, également du Projet POLICY, qui m'a accompagnée lors de toutes les interviews et qui a clarifié un grand nombre des questions qui se sont posées. M. Seye et Dr Isseu Touré de l'USAID/Dakar ont revu un avant-projet du présent document et m'ont donné une retroalimentaion fort utile.

J'aimerais également remercier mes collègues du Projet POLICY qui ont travaillé aux études de cas sur la santé de la reproduction. Nancy Luke m'a aidée à diriger le groupe chargé de l'élaboration de l'instrument de l'enquête et des systèmes de documentation. Kokila Agarwal et Karen Hardee ont fourni conseils et directives lors des étapes de planification, d'exécution et de documentation des études de cas. Karen Hardee a revu plusieurs avant-projets du rapport de l'étude de cas. Harry Cross, Directeur du Projet POLICY, a apporté encouragement et direction lors de l'élaboration et de l'exécution des études de cas. Enfin, j'aimerais remercier mes collègues de l'USAID, Barbara Crane et Elizabeth Schoenecker pour leur soutien et examen du travail achevé.

POLICY est un projet quinquennal financé par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), dans le cadre du Contrat No. CCP-C-00-95-00023-04. Le projet est mis en œuvre par le Futures Group International, Inc., en collaboration avec Research Triangle Institute (RTI) et le Centre pour les activités de développement et de population (CEDPA). Les vues exprimées dans ce document ne reflètent pas forcément celles de l'USAID.

Résumé analytique

La Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), tenue au Caire en 1994, a intensifié l'attention accordée dans le monde entier aux politiques et programmes de santé de la reproduction. Un grand nombre de pays ont cherché à adopter les recommandations du *Programme d'action* de la CIPD et ont réorienté leurs politiques et programmes de population, insistant moins sur les objectifs démographiques en vue de réduire la croissance de la population et davantage sur l'amélioration de la santé de la reproduction de leur population. Le Projet POLICY a réalisé huit études de cas pour évaluer le processus et les progrès faits par chaque pays en ce qui concerne l'objectif de la santé de la reproduction. Le but des études de cas est de décrire le contexte de politiques pour la santé de la reproduction et le rôle qu'a joué la CIPD de 1994 au niveau de la mise sur pied et de la formulation des politiques et programmes de santé de la reproduction.

Les travaux de terrain pour l'Etude de cas du Sénégal sur la santé de la reproduction ont été réalisés du 1er au 14 août 1997. Des interviews ont été organisées avec 35 personnes participant aux programmes de santé de la reproduction à Dakar, au Sénégal. Des informations supplémentaires ont été réunies lors d'un déplacement ultérieur en novembre 1997. Les discussions ont continué avec certains des premiers répondants et quelques représentants du personnel sanitaire ainsi que des élus locaux ont été interviewés dans les régions de Louga, Fatick et Kaolack.

La Direction de la planification des ressources humaines (DPRH) du Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan (MEFP), principale organisation responsable de la planification, de la coordination et de l'évaluation des politiques et des programmes de population, a parrainé la rédaction préliminaire, en 1988, de la Déclaration de la politique de population. Mais la DPRH a été freinée dans son rôle suite à sa faible position au sein de la bureaucratie gouvernementale et au manque de soutien au niveau ministériel. Divers comités et conseils ont été créés pour améliorer la coordination entre les différentes organisations intervenant dans le domaine de la population mais ils ont été en grande partie peu opérationnels. Le Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales (MSPAS) est le chef de file de la mise en œuvre des programmes de santé de la reproduction. La plupart des aspects de la santé de la reproduction sont confiés à la Direction de l'hygiène et de la santé publique (DHSP), bien que le Programme national de planification familiale (PNPF), créé en 1991, soit une entité séparée rattachée directement au cabinet. Une telle division structurelle est à l'origine d'un désaccord quant aux responsabilités entre la DHSP et le PNPF. Le MSPAS prévoit de fusionner tous les aspects de la santé de la reproduction en un seul service de santé de la reproduction. Les autres institutions publiques participant à la santé de la reproduction sont le Ministère des Femmes, des Enfants et de la Famille (MFEF) qui est la principale entité cherchant à diminuer les pratiques de mutilation génitale des femmes, le Ministère de l'Education et le Ministère de la Jeunesse et des Sports.

Trois raisons expliquent l'ouverture du processus décisionnel au Sénégal à la participation des organisations non gouvernementales (ONG). Premièrement, les caractéristiques culturelles encouragent une discussion franche et approfondie en vue d'obtenir un consensus. Deuxièmement, le gouvernement a réalisé qu'il ne pouvait pas tout faire. Et, troisièmement, les bailleurs de fonds encouragent vivement la participation. En outre, le programme de décentralisation du gouvernement renforce les possibilités de participation régional et communautaire. En 1997, des ressources financières et des responsabilités de planification pour neuf secteurs, dont la santé, ont été transférées à 378 conseils élus localement. Bien qu'elle ait été entachée par des problèmes lors de la première année, la décentralisation offre aux groupes

communautaires et aux individus de meilleures possibilités d'exprimer leurs besoins et intérêts tout au long du processus d'élaboration du programme.

Introduite comme une conséquence de la CIPD, la santé de la reproduction est un concept relativement nouveau au Sénégal. Même après un certain nombre d'ateliers pour diffuser l'idée, le concept reste vague pour bien des personnes. La plupart des répondants pensaient que la santé de la reproduction était un terme et une approche programmatiques remplaçant la planification familiale. Certains répondants craignaient que la nouvelle priorité accordée à la santé de la reproduction ne vienne enrayer les efforts en vue de diminuer la fécondité. Vu que l'indice synthétique de fécondité reste élevé, se situant à 5,7 enfants, la réduction de la fécondité est un objectif approprié et important. D'autres répondants pensaient qu'il était plus acceptable du point de vue culturel d'insister sur la santé de la reproduction. Toutefois, le Sénégal a été moins réceptif aux éléments de la santé de la reproduction et des droits de la femme du *Programme d'action* de la CIPD qu'à ceux associés à la santé.

Le Sénégal est un pays conservateur à dominance islamique. Aussi, le soutien pour la santé de la reproduction n'est-il pas visible. Un grand nombre de répondants pensaient que la plupart de l'opposition avait été surmontée ces dernières années mais que les dirigeants politiques et les responsables des programmes restaient très prudents, craignant de prendre des initiatives jugées controversées.

Ces trois dernières années depuis le Caire, le Sénégal a élaboré des plans détaillés de santé de la reproduction mais la mise en œuvre vient juste de commencer. Plusieurs projets pilotes sont en cours visant des groupes particuliers, par exemple, les jeunes ou les hommes, ou des volets spécifiques de la santé de la reproduction, tels que la mutilation génitale de la femme ou les soins post-avortement. Les points de prestation de services sont de plus en plus orientés vers l'intégration et certains sites pilotes sont entièrement intégrés à présent.

Le gouvernement a augmenté le financement octroyé à la santé en général, bien que les bailleurs de fonds fournissent la vaste majorité des fonds consacrés à la santé de la reproduction. La durabilité ne reçoit pas beaucoup d'attention au niveau central mais au niveau local les comités de santé mobilisent de plus en plus de fonds pour couvrir un grand nombre des dépenses de fonctionnement.

Le manque d'infrastructure, d'équipement et de personnel, les aspects socioculturels liés au faible statut de la femme, les questions juridiques et réglementaires, les attitudes des prestataires de santé, les intérêts économiques bien ancrés et la surmédicalisation de la santé sont autant de contraintes entravant la mise en œuvre des programmes de santé de la reproduction.

Le principal défi à l'avenir sera d'améliorer la coordination entre les diverses institutions intervenant au niveau de la santé de la reproduction, de mobiliser un soutien à la base, de garantir une décentralisation réussie et de passer de la planification à la mise en œuvre effective. Les répondants ont insisté sur le fait que trois années seulement s'étaient écoulées depuis la CIPD et qu'il faudrait du temps pour constater son impact dans le système de soins de santé du Sénégal.

Abréviations

ASBEF	Association sénégalaise pour le bien-être familial
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement
COREPORH	Comité régional pour la population et les ressources humaines
DBC	distribution à base communautaire
DHSP	Direction de l'hygiène et de la santé publique
DPRH	Direction de la planification des ressources humaines
EDS	enquête démographique et de santé
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
IEC	information, éducation et communication
ITG	infection du tractus génital
MEFP	Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan
MFEF	Ministère des Femmes, des Enfants et de la Famille
MSPAS	Ministère de la Santé publique et de l'Action sociale
MST	maladie sexuellement transmissible
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	organisation non gouvernementale
PNPF	Programme national de planification familiale
SANFAM	Santé et famille
SIDA	syndrome d'immunodéficience acquise
SMI	santé maternelle et infantile
USAID	Agence des Etats-Unis pour le développement international
VIH	virus d'immunodéficience humaine

1. Introduction

La Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), tenue au Caire en 1994, a intensifié l'attention accordée dans le monde entier aux politiques et programmes de santé de la reproduction. Un grand nombre de pays ont cherché à adopter les recommandations du *Programme d'action* de la CIPD et ont réorienté leurs politiques et programmes de population, insistant moins sur les objectifs démographiques en vue de réduire la croissance de la population et davantage sur l'amélioration de la santé de la reproduction de leur population.

Le Projet POLICY a réalisé huit études de cas pour évaluer le processus et les progrès faits par chaque pays en ce qui concerne la santé de la reproduction. Les études de cas ont été faites au Bangladesh, au Ghana, en Inde, en Jamaïque, en Jordanie, au Népal, au Pérou et au Sénégal. Le but des rapports de pays est de décrire le contexte de politiques pour la santé de la reproduction et le rôle qu'a joué la CIPD de 1994 au niveau de la mise en place des politiques et programmes de santé de la reproduction. Un rapport récapitulant les expériences des huit pays et examinant les tendances au niveau de l'élaboration et de l'exécution des politiques et des programmes de santé de la reproduction accompagne les rapports de pays.

Basés sur leur signification épidémiologique et les recommandations du *Programme d'action* de la CIPD, les soins de santé de la reproduction de ces études de cas sont définis de la manière suivante :

- prévention de grossesse non souhaitée par le biais de **services de planification familiale ;**
- prestation de **services de maternité sans risques** pour améliorer la morbidité et la mortalité maternelle dont les services en vue d'améliorer la mortalité périnatale et néonatale ;
- prestation de **services post-avortement** et de services d'avortement sans risques, lorsqu'ils sont autorisés par la loi ;
- prévention et traitement des infections du tractus génital (**ITG**) et des maladies sexuellement transmissibles (**MST**) et du **VIH/SIDA** ;
- prestation de **services de santé de la reproduction pour les adolescents** ;
- amélioration de la **nutrition maternelle et infantile,** notamment promotion des **programmes d'allaitement au sein** ;
- dépistage et prise en charge de **problèmes gynécologiques spécifiques** tels que les **cancers de l'appareil reproducteur,** notamment le **cancer du sein** et **l'infécondité** ;
- lutte contre des **problèmes sociaux** tels que la prévention et la prise en charge de pratiques nuisibles, par exemple la **mutilation génitale de la femme** et la **violence à l'égard des femmes.**

Les études de cas des divers pays ont été réalisées par le biais d'interviews approfondies avec des répondants-clés dans les domaines de la population et de la santé de la reproduction. Il s'agissait de représentants de ministères publics, de parlements, d'institutions universitaires, d'ONG, de groupements féminins, du secteur privé, de bailleurs de fonds et du personnel sanitaire. Tous les groupes n'étaient pas représentés dans chaque étude de cas. Le guide d'interview donnait la définition et les priorités de la santé de la reproduction ; la manière dont les politiques de santé de la reproduction avaient été élaborées ; les comités ou structures responsables de l'élaboration des politiques de santé de la reproduction, notamment le niveau de participation des divers groupes ; le soutien à la santé de la reproduction ou l'opposition à celle-ci ; le rôle du secteur privé et des ONG ; la manière dont les services sont dispensés ; le financement national et international pour la santé de la reproduction et les problèmes entravant encore les politiques et programmes de

santé de la reproduction. Les interviews se concentraient sur les sections du guide où le répondant disposait des connaissances nécessaires. Le personnel ou les consultants de POLICY étaient les interviewers pour les études de cas. Au Sénégal les interviews ont été réalisées du 1er au 14 août 1997, avec 35 personnes provenant de 25 organisations ou départements différents. L'Annexe 1 donne les organisations et les affiliations des répondants interviewés. Des informations supplémentaires ont été recueillies lors d'un déplacement ultérieur en novembre 1997. Les discussions ont continué avec certains des premiers répondants et des représentants du personnel de santé et des élus locaux ont été interviewés dans les régions de Louga, Fatick et Kaolack.

2. Données générales

Situé à l'extrême Ouest du continent africain, le Sénégal est entouré au Nord par la Mauritanie, à l'Est par le Mali, au Sud par la Guinée et la Guinée-Bissau et à l'Ouest par l'océan Atlantique. Le pays a une superficie intermédiaire (121 525 kilomètres carrés). C'est un pays plat avec des sols sablonneux. Le climat est caractérisé par une saison de pluie de trois à quatre mois et une saison sèche de huit à neuf mois.

L'économie, à prépondérance agricole (arachides et mil), s'est détériorée ces dernières années suite aux sécheresses et à d'autres facteurs. La croissance du produit intérieur brut a diminué, passant de 2,6% (1984-1988) à 2% en 1994. Cherchant à relancer l'économie, le gouvernement du Sénégal a entrepris, en 1993, un programme d'ajustement structurel. Ce programme, conjugué à la dévaluation du franc CFA en janvier 1994, a commencé à produire des résultats au niveau macroéconomique, augmentant les niveaux d'investissement et jugulant l'inflation. Malgré ces améliorations, le programme d'ajustement structurel a entraîné bien des sacrifices pour la plupart de la population.

La population du Sénégal est surtout musulmane (plus de 90%) et le reste est divisé entre les chrétiens et les animistes. La polygamie est courante (47% des femmes mariées vivent une union polygame). L'âge moyen au premier mariage est jeune (16,6) mais il recule progressivement, surtout dans les zones urbaines. L'analphabétisme est élevé, se situant à 67% (Banque mondiale, 1997).

La population totale du Sénégal a augmenté, passant de 6 893 000 habitants en 1988 à 8 347 000 en 1995. Le taux d'accroissement de la population de 1990 à 1995 était de 2,7%. La fécondité a diminué légèrement, passant de 7,1 en 1978 à 6,6 en 1986, à 6 en 1992-1993 et à 5,7 en 1997. La diminution s'est concentrée dans le groupe de femmes jeunes et instruites des zones urbaines. La prévalence de la contraception reste faible : 8,1% des femmes mariées utilisent actuellement une méthode moderne, soit un accroissement des 4,8% de 1992-1993. Dans les zones rurales et chez les femmes sans instruction, la prévalence contraceptive est particulièrement faible, se situant respectivement à 2,1% et à 3,9%.

La mortalité maternelle est extrêmement élevée puisqu'elle est estimée à 510 décès pour 100 000 naissances vivantes suite essentiellement à une maternité précoce, à une parité élevée, à des soins pré et postnatals inadéquats et à la faible proportion de naissances auxquelles assiste le personnel sanitaire (selon l'enquête démographique et de santé (EDS) de 1997, 3% des naissances se font sous assistance d'un médecin et 43% avec l'assistance d'une infirmière ou d'une sage-femme).

Les taux de mortalité infantile et juvénile ont diminué de manière sensible ces 20 dernières années, surtout dans les zones rurales, bien que la diminution semble avoir atteint un plafond ces

cinq dernières années. Le taux de mortalité infanto-juvénile reste élevé, à 140 pour 1000 selon l'EDS de 1997.

Le SIDA soulève de vives préoccupations car l'épidémie a durement éprouvé d'autres pays de la région, bien qu'au Sénégal la prévalence du VIH soit faible, ne se situant qu'à 1%. De fait, la prévalence est tellement faible qu'un grand nombre de personnes participant à la lutte contre le SIDA craignent que les statistiques ne soient pas correctes et aimeraient que l'on vérifie le taux. Les statistiques sur la prévalence des MST ne sont pas fiables ; mais l'on sait que les MST sont une des grandes causes d'infécondité, problème entaché d'une honte sociale au Sénégal.

Il existe peu de données sur l'avortement et les complications post-avortement. Une des études estime que les avortements clandestins représentaient 1% de tous les accouchements et 1,3% de tous les décès maternels (Traoré, 1992), alors qu'une autre étude constate que les avortements représentaient 2,2% des accouchements et 3,4% des décès maternels (Koly, 1991).

Les données sur la mutilation génitale de la femme sont tout aussi rares. La pratique est surtout répandue chez les groupes ethniques Poulard et Mandingue, qui se concentrent à l'Est du Sénégal. En général, l'on estime que 20% des femmes sénégalaises ont été excisées.

3. Formulation de politiques

A. Structures de formulation de politiques

Politiques de population

La Direction de la planification des ressources humaines (DPRH) du Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan (MEFP) est l'entité publique responsable de la planification, de la coordination et de l'évaluation des politiques et programmes de population. Selon plusieurs répondants ainsi qu'une évaluation sectorielle réalisée par la DPRH (MEFP, 1997), l'efficacité de la DPRH a été limitée suite à une composition inadéquate du personnel et à la faible position qu'occupe la direction au sein de la hiérarchie gouvernementale. Selon un répondant d'une organisation d'assistance technique, la DPRH relevait du Ministère du Plan et bénéficiait d'un solide soutien du ministre. Mais lorsque le Ministère de l'Economie et des Finances a absorbé, en 1990, le Ministère du Plan, peu d'efforts ont été faits pour mettre les questions de population au premier plan et, sans soutien ministériel direct, la DPRH a perdu une influence considérable.

Outre la DPRH, le Sénégal a créé plusieurs entités gouvernementales différentes pour coordonner les activités de population. Mais, selon les répondants et d'après l'évaluation de la DPRH, ces entités ne sont guère fonctionnelles. Le Conseil national de la population et des ressources humaines, composé de ministres et dirigé par le président, est l'autorité suprême qui doit se rencontrer tous les deux ans pour revoir toutes les questions et recommandations concernant la Déclaration de la politique de population. Un répondant d'une organisation d'assistance technique a indiqué que, depuis six ans, le Ministre des Finances, responsable de l'organisation des réunions du Conseil, n'a pas convoqué de réunion. En outre, un Conseil interministériel – créé pour améliorer la coordination entre les ministères participant aux divers volets d'un seul plan et pour vérifier que les activités sont exécutées selon le plan – se rencontre rarement et n'est guère efficace, selon certains membres du gouvernement et répondants d'organisations d'assistance technique.

La Commission nationale pour la population et les ressources humaines est une entité consultative dont le but est de formuler des recommandations. Elle comprend des représentants de toutes les institutions responsables de la mise en œuvre de la Déclaration de la politique de population, y compris de nombreux ministères et plusieurs ONG et associations privées. Mais la commission ne s'est pas rencontrée depuis 1995.

Créé pour aider la DPRH à suivre et à évaluer les projets et les programmes de population, le Comité technique de supervision de la population est un peu plus prometteur. Le comité est composé des chefs de projet qui se rencontrent trimestriellement pour discuter des diverses questions liées à la mise en œuvre des programmes. Tel que l'indique un représentant d'une organisation d'assistance technique, "C'était très intéressant mais le gouvernement n'a pas donné de réponse aux problèmes soulevés [par le comité] et, par conséquent, les membres ont perdu leur intérêt."

Equivalents à la Commission nationale pour la population et les ressources humaines au niveau national, les Comités régionaux de la population et des ressources humaines (COREPORH) sont responsables de chacune des 10 régions du Sénégal. Les COREPORH sont un sous-groupe du Comité de développement régional, présidé par le gouverneur régional et composé des chefs régionaux des programmes publics, des chefs de département, des élus locaux (maires et représentants parlementaires de la région) ainsi que de représentants des ONG. Certains répondants ont noté que, contrairement à un grand nombre des structures nationales, ces comités régionaux sont motivés, actifs et efficaces, bien qu'ils manquent de ressources financières et de capacité technique.

Santé

Le Ministère de la Santé publique et de l'Action sociale (MSPAS) est composé de quatre directions dont chacune recoupe plusieurs divisions et services. La plupart des aspects de la santé de la reproduction sont confiés à la Direction de l'hygiène et de la santé publique (DHSP), au même titre que la hiérarchie entière des soins de santé primaires – des postes sanitaires des communautés aux bureaux des médecins chefs régionaux. Par ailleurs, la planification familiale est un programme séparé, connu sous le nom de Programme national de planification familiale (PNPF). Créé en 1991, il ne relève d'aucune direction mais est rattaché directement au cabinet. La séparation entre la santé de la reproduction et la planification familiale est accentuée par le fait que le PNPF et la DHSP sont situés dans des locaux séparés à plusieurs kilomètres l'un de l'autre.

Un répondant d'une organisation d'assistance technique a noté, "Le PNPF a été essentiellement créé par le Projet USAID de survie de l'enfant et de planification familiale. L'USAID espérait qu'en séparant la planification familiale et en lui accordant un haut placement, elle aurait plus d'influence." Mais plusieurs répondants ont noté que les choses ne se sont pas passées ainsi. Les relations entre la DHSP et le PNPF sont précaires après un certain désaccord quant au pouvoir. Le manque de liens directs du PNPF avec les centres de santé s'est avéré problématique. Vu que le PNPF ne compte pas de personnel médical et dépend de la DHSP pour les compétences techniques, il manque de crédibilité en ce qui concerne la capacité technique. Selon un répondant d'une organisation d'assistance technique, une autre difficulté liée à la division entre la DHSP et le PNPF est que le personnel est responsable auprès de la DHSP, bien que le personnel local et régional collabore généralement avec le PNPF car c'est une source de financement. Parallèlement, les répondants ont indiqué que la position élevée du PNPF au sein du MSPAS ne lui a pas fourni l'accès direct escompté auprès du Ministre et du Directeur de la santé.

Selon le *Plan national de développement sanitaire et social, 1997-2006,* un certain nombre de divisions mal coordonnées au sein du MSPAS sont responsables des différents aspects de la santé de la reproduction. Les divisions comprennent le PNPF (responsable de la survie de l'enfant, de la planification familiale et du SIDA) et, au sein de la DHSP, le Service national des grandes endémies (responsable des vaccinations et du SIDA), la Division des soins maternels et infantiles (responsable de la santé maternelle) et le Service de nutrition (responsable de la lutte contre la diarrhée, de la nutrition et de l'allaitement maternel). En outre, il existe des programmes spécifiques qui ciblent certains volets de la santé de la reproduction, par exemple le Programme national de lutte contre le SIDA. Plusieurs répondants d'ONG et d'organismes d'assistance technique ont indiqué que le PNPF et le Programme national de lutte contre le SIDA ont pour mission de s'attaquer au SIDA mais ne collaborent pas. En 1986, le MSPAS a également posé les fondements d'un programme national de réduction de la mortalité maternelle mais, vu le manque de fonds, il a mis sur pied un projet pilote plus modeste en vue de diminuer la mortalité maternelle dans la région de Tambacounda, dans l'idée d'étendre, par la suite, le projet à l'échelle nationale (MSPAS/DHSP, 1997).

Au vu de la mauvaise coordination entre les programmes, le *Plan national de développement sanitaire et social 1997-2006* propose un MSPAS restructuré et la création d'un Programme national de santé de la reproduction qui se concentrerait sur les besoins intégrés de santé de la reproduction de trois groupes cibles :

- enfants de la naissance à quatre ans – vaccination, allaitement maternel exclusif, surveillance et récupération nutritionnelles, lutte contre la diarrhée et bonnes pratiques de sevrage ;
- femmes en âge de procréer – soins prénatals et vaccinations, surveillance de l'accouchement et du post-partum, planification familiale, lutte contre les MST/SIDA, lutte contre l'infécondité ;
- adolescents – lutte contre les mutilations génitales, prévention des grossesses non désirées et des avortements et lutte contre les MST/SIDA.

Le plan indique que d'autres groupes ciblés par la santé de la reproduction tels que les hommes et les personnes âgées sont moins systématisées en ce qui concerne les problèmes sanitaires identifiés mais n'en sont pas moins intégrés dans les interventions planifiées. Aux fins d'une mise en œuvre efficace de l'approche proposée, le MSPAS serait restructuré dans le but d'éliminer le PNPF et de regrouper toute la santé de la reproduction au sein d'un Service de santé de la reproduction. Le directeur de la DHSP serait à la tête du programme avec l'assistance de trois chefs de volets (concernant les aspects suivants : mères/enfants, adolescents et troisième âge). Le Service de santé de la reproduction recouperait cinq bureaux de service : soins prénatals et accouchements, soins postnatals, planification familiale, nutrition et vaccinations.

> "L'intégration sera difficile car les habitudes sont très enracinées."
> Répondant d'une organisation d'assistance technique

Un grand nombre de répondants pensaient que la restructuration planifiée du MSPAS est une étape nécessaire et positive bien qu'ils s'attendent à une résistance au sein du MSPAS, due au fait que le personnel n'abandonnerait pas facilement les pouvoirs et suite aux liens directs avec les bailleurs de fonds. D'après un répondant d'une organisation d'assistance technique, "L'intégration sera difficile car les habitudes sont très enracinées." De fait, un des répondants au sein du MSPAS s'est opposé à la création du Service de santé de la reproduction. Il pensait que la

coordination devait être améliorée mais que les services de santé de la reproduction seraient mieux fournis par le biais de programmes verticaux.

Autres organisations publiques

Outre le MSPAS et le MEFP, plusieurs autres organismes publics jouent un rôle au niveau des divers aspects de la santé de la reproduction. Le Ministère des Femmes, des Enfants et de la Famille (MFEF) dirige l'élaboration du *Plan national d'action pour les femmes, 1997,* qui couvre divers aspects concernant les femmes dont la santé de la reproduction. Le MFEF est également le chef de file de la lutte contre la mutilation génitale de la femme. Il serait à la tête du comité national proposé sur la mutilation génitale de la femme qui comprendrait le MSPAS et les ONG intervenant dans ce domaine. Le MFEF a à sa disposition des mécanismes officiels, par exemple de liaison avec le MSPAS, pour coordonner avec d'autres ministères intervenant au niveau de la santé de la reproduction, bien qu'un répondant du MFEF ait indiqué que la coordination n'était pas très bonne.

Plusieurs organismes publics interviennent au niveau de la santé de la reproduction des jeunes dont le MSPAS, le MEFP, le Ministère de l'Education, le Ministère de la Jeunesse et des Sports et le Ministère de la Communication ainsi que plusieurs ONG. Au vu de la diversité des intervenants en ce domaine, un grand nombre de répondants ont indiqué que la coordination est particulièrement mauvaise.

Participation des ONG

> "Le gouvernement les intègre [ONG] à tous les programmes et à toutes les politiques. Ils sont obligés parce que les ONG fournissent un grand nombre de services. Et aussi parce que les bailleurs de fonds insistent."
> Répondant d'une ONG

Un grand nombre de répondants ont indiqué que le niveau de participation des ONG à la formulation des politiques de santé de la reproduction est élevé au Sénégal pour trois raisons. Premièrement, la culture encourage une discussion approfondie et ouverte pour arriver à un consensus. Deuxièmement, le gouvernement a réalisé qu'il ne pouvait pas tout faire. Et troisièmement, les bailleurs de fonds encouragent vivement la participation. Un des répondants a indiqué que "La présence des ONG est très marquée dans le domaine de la santé. Le gouvernement les intègre à tous les programmes et à toutes les politiques parce. Ils sont obligés parce les ONG fournissent un grand nombre de services. Et aussi parce que les bailleurs de fonds insistent." Deux répondants d'une organisation d'assistance technique ont indiqué que, ces dernières années, la création des ONG était devenue plus facile et que le nombre des ONG s'était nettement accru. L'un a indiqué que, "Il existe encore une certaine rivalité entre le gouvernement et les ONG mais il y a une synergie. Avant, des conflits existaient quant à l'argent et aux problèmes politiques mais, à présent, des efforts sont faits pour collaborer." Les répondants ont également noté que les ONG participaient pleinement à l'élaboration du Programme national de santé de la reproduction et joueraient un rôle important au niveau de sa mise en œuvre. D'après un représentant du MSPAS, "Les ONG sont reconnues par l'Etat et financées par les bailleurs de fonds. Elles sont impliquées dans toutes les activités : conceptualisation de programme, évaluation, recherche, formation..."

Les représentants des ONG sont des membres d'un grand nombre de conseils et de comités liés à la santé de la reproduction, notamment le Comité national de lutte contre le SIDA, la Commission nationale pour la population et les ressources humaines et les Comités régionaux de population et de ressources humaines. En 1996, un décret présidentiel était adopté, régissant les relations entre

les ONG et le gouvernement. Un représentant d'une ONG a indiqué que "Les ONG occupent maintenant une place centrale ; nous sommes des partenaires incontournables." Récemment, le gouvernement a signé un accord spécifiant les relations entre les ONG et le gouvernement ainsi que les directives pour l'octroi de fonds et la clarification des rôles. Le gouvernement se réserve le droit de travailler avec des ONG indépendantes mais une grande partie de cette collaboration avec les ONG transite par le Conseil des ONG pour le Soutien du développement, réseau de 94 ONG intervenant au niveau du développement dont la santé et la population.

Toutefois, certains répondants ont mentionné le caractère incomplet de la participation des ONG. Un répondant d'une organisation d'assistance technique a indiqué que le gouvernement avait la volonté politique de travailler en partenariat mais rencontrait parfois des problèmes au niveau de l'exécution. Un répondant d'une ONG a indiqué que le gouvernement était prêt à faire participer les ONG à la formulation de politiques mais qu'il ne voulait pas partager les ressources avec les ONG pour exécuter les activités. De plus, plusieurs répondants ont indiqué que la participation se limitait aux ONG nationales et internationales mais ne concernait pas les ONG au niveau communautaire. Un répondant d'une ONG a souligné l'importance de la participation à la base. "Si les politiques doivent répondre aux besoins de la population, les ONG doivent être associées dès le début, ce que l'Etat fait très rarement. Les programmes ne pourront être durables que s'ils répondent à des besoins ressentis par la communauté."

Un grand nombre de répondants ont souligné le rôle positif des ONG en tant que pionnières et ont noté qu'elles étaient moins bureaucratiques, plus souples et plus proches de la population que les organisations gouvernementales. Pourtant certains représentants officiels du MSPAS ont indiqué que la coordination des ONG était un problème. Un médecin chef de région fait savoir que "Les ONG exécutent ce qu'elles veulent sans tenir compte des orientations nationales. Il faut coordonner entre les intervenants mais le [bureau régional du MSPAS] ne détient aucun pouvoir sur elle."

Participation du secteur privé

Le secteur privé n'est pas associé comme un partenaire dans la santé de la reproduction. Un des répondants d'une organisation d'assistance technique a commenté que, non seulement le gouvernement ne travaille pas en partenariat avec le secteur privé mais il ne dispose de pratiquement pas d'information sur le secteur privé dont il pourrait tenir compte lors de la planification des programmes.

Participation régionale et communautaire

En 1996, le gouvernement votait une loi précisant le processus de décentralisation pour neuf secteurs dont la santé. En 1997, le gouvernement transférait des ressources financières et des pouvoirs de planification pour ces secteurs à 378 conseils élus localement (10 conseils régionaux, 48 conseils municipaux et 320 conseils communautés rurales) de l'ensemble du pays. Contrairement à d'autres secteurs, le secteur de la santé était déjà décentralisé dans le sens que les responsables du MSPAS aux niveaux régional et local formulaient des plans et établissaient des budgets répondant aux conditions locales. Mais les responsables sanitaires ne représentent pas directement les populations qu'ils desservent. Et, par conséquent, le transfert de pouvoir aux conseils locaux représente une étape importante confiant aux communautés le contrôle direct de leurs propres services de santé.

La décentralisation présente des possibilités et des défis pour l'élaboration et la mise en place de programmes de santé de la reproduction. Par le biais des conseils, les communautés pourront élaborer des programmes qui répondent davantage à leurs besoins. Elles pourront participer davantage à l'exécution d'un programme réussi que si ces programmes sont mis sur pied par des sources externes. De plus, un grand nombre de personnes et de groupes qui n'ont jamais eu l'occasion d'exprimer leurs besoins et intérêts pourront participer au processus d'élaboration du programme. Un représentant technique dans une région a souligné les impacts positifs de la décentralisation. "Depuis la décentralisation, tous les acteurs ont été mobilisés." Par contre, des problèmes se présentent car un grand nombre des élus locaux ne disposent pas des compétences de planification et de la connaissance technique de l'importance de la santé préventive en général et de la santé de la reproduction en particulier. Les techniciens de la santé qui doivent encore contribuer aux buts sanitaires nationaux craignent que les représentants locaux dépenseront les ressources pour des activités très visibles mais d'un faible impact ou qu'ils prendront sur les fonds des programmes sanitaires pour les consacrer à d'autres secteurs. Tel que l'indique un technicien du gouvernement, "Les politiciens vivent dans le court terme, ils ne réfléchissent pas dans le moyen ou le long terme."

> "Le problème est d'arriver à une interprétation uniforme des textes sur la décentralisation."
> Répondant d'un bailleur de fonds

Le processus de décentralisation est extrêmement complexe et un grand nombre de détails doivent encore être mis au point. Pendant la première année (1997), un grand nombre de problèmes ont entravé la mise en œuvre. Tel que l'indique un représentant des bailleurs de fonds, "Le problème est d'arriver à une interprétation uniforme des textes sur la décentralisation." La manière dont les représentants élus locaux interprètent leur rôle semble différer grandement d'un conseil à un autre. Dans certains cas, les élus locaux semblent abdiquer leurs responsabilités. Les techniciens du gouvernement dans une région indiquent, "Les élus locaux veulent que nous fassions la planification pour eux mais nous voulons qu'ils participent à ces travaux de planification." D'autres conseils sont impatients d'exercer leur nouveau pouvoir et, par conséquent, résistent à l'ingérence des techniciens. Un médecin chef de région indique que les relations entre les représentants locaux et les techniciens de la santé sont souvent déterminées par les personnalités individuelles.

Un autre problème concerne la distribution des fonds. Un grand nombre des conseils ont indiqué qu'ils ne recevaient pas de fonds de dotation, alors que certains recevaient des fonds pour un district sanitaire entier. En outre, même si les textes sur la décentralisation indiquent que les conseils locaux doivent respecter les dépenses allouées à la santé, à l'éducation et à d'autres secteurs, certains élus locaux insistent sur leur prérogative en vue de dépenser l'argent comme ils le souhaitent.

Quels que soient les problèmes et les possibilités de la décentralisation, ses effets sont mitigés dans la mesure où les élus locaux ne contrôlent pas une proportion importante des fonds. Les bailleurs de fonds octroient une grande partie de l'argent des projets directement aux régions sanitaires, d'où le commentaire de ce responsable sanitaire régional, "La décentralisation n'est pas une réalité sur le terrain."

B. Evolution des politiques de la planification familiale à la santé de la reproduction

Avant 1980, une loi française de 1920 représentait une contrainte de poids pour les programmes de planification familiale puisqu'elle interdisait la promotion des contraceptifs. Certaines ONG fournissaient des services de planification familiale mais ce n'est qu'en 1980, quand la loi de

1920 a été abrogée, que le gouvernement a mis en place un programme de planification familiale. Même à cette époque, les répondants ont indiqué que les représentants officiels du gouvernement faisaient extrêmement attention en encourageant la planification familiale car ils craignaient que cela ne pose des risques du point de vue politiques. En 1988, le Sénégal a adopté la Déclaration de politique de la population (appelée par la suite la politique de la population) qui représentait la première politique de population en Afrique francophone. La déclaration couvre la santé maternelle et infantile (SMI) ; la fécondité et l'espacement des naissances ; la promotion des femmes, des jeunes et des personnes âgées ; le maintien de la famille ; les migrations et l'urbanisation ainsi que l'emploi. Un répondant d'une ONG a indiqué que la politique de la population témoignait de l'approbation politique officielle du programme de planification familiale et qu'elle posait ainsi les fondements des progrès de la planification familiale au Sénégal.

Peu diffusée, la politique de la population n'a guère eu d'impact pendant les premières années qui ont suivi son adoption. En outre, le Sénégal traversait une période de crise économique et politique de 1988 à 1991. De plus, certains répondants d'organisations d'assistance technique ont indiqué qu'un grand nombre de ministères responsables de la mise en œuvre de certaines parties de la politique de la population ne connaissaient pas l'existence de la politique. Les répondants ont dit que, depuis 1992, la DPRH, organisme responsable de la diffusion de la politique de la population, a réalisé des activités de sensibilisation importantes pour faire connaître la politique.

La politique de la population couvre certains éléments de la santé de la reproduction (SMI et planification familiale) mais elle ne reflète pas la nouvelle orientation axée sur la santé de la reproduction adoptée après la CIPD. Plusieurs répondants ont mentionné que la politique de la population devait être mise à jour pour intégrer les éléments se rapportant à la santé de la reproduction dont le rôle de l'homme et de la femme et les services de santé de la reproduction pour les jeunes (la politique ne mentionne actuellement que l'IEC pour les jeunes). Les répondants ont également noté que la politique de la population est une directive plutôt qu'une politique opérationnelle, faisant qu'il était difficile de la traduire en action concrète. Par exemple, elle ne contient aucune disposition pour le financement des activités et certains ministères n'ont pas les ressources nécessaires pour exécuter les activités qui leur sont confiées. De même, elle ne fixe pas d'objectifs en ce qui concerne la réalisation du programme.

La nouvelle priorité accordée à la santé de la reproduction est évidente, non seulement dans les révisions prévues de la politique de la population mais également dans tous les nouveaux programmes et projets mis au point depuis le Caire. Les répondants soulignent l'importance accordée à des groupes spéciaux tels que les jeunes, surtout les jeunes déscolarisés, les efforts faits en vue de faire participer les hommes à la planification familiale et une plus grande sensibilisation aux écarts entre les deux sexes. Un répondant du MSPAS a noté une approche multidisciplinaire à la santé de la reproduction puisque le MSPAS travaillait en collaboration avec d'autres secteurs. Un répondant d'une ONG a convenu, "Il existe une intégration d'une sensibilité non médicale. Auparavant, on pensait que la santé était réservée aux médecins mais la plupart des problèmes sanitaires au Sénégal sont des problèmes sociaux." Des aspects particuliers, tels que la violence à l'égard des femmes, reçoivent également plus d'attention. Un représentant du gouvernement indique, "Les plans en vue de lutter contre la violence font partie du Plan national d'action pour les femmes mais nous ne faisons que commencer." Les soins post-avortement sont un autre domaine dont on vient de commencer à s'occuper. Un répondant d'une organisation d'assistance technique indique que, jusqu'au Caire, le sujet était délicat du point de vue politiques et que l'organisation ne prononçait même pas le mot "avortement" mais, à présent, une plus grande sensibilisation de la question fait qu'il est possible de traiter le domaine. Les

répondants ont indiqué que la mutilation génitale de la femme recevait également plus d'attention. Un des répondants du gouvernement a indiqué que, pour la première fois, la pratique est vue comme un problème de santé.

C. Définition de la santé de la reproduction

Définition

Vu que les programmes de planification familiale sont moins bien établis au Sénégal que dans d'autres pays, le concept de la santé de la reproduction n'a pas autant évolué à partir d'expériences au niveau du pays, car étant d'une certaine provenance extérieur. Même avant la CIPD, un grand nombre de pays avaient déjà une connaissance approfondie de la santé de la reproduction, l'encourageant comme une nouvelle orientation des programmes de planification familiale. Mais au Sénégal, la santé de la reproduction est un nouveau concept adopté suite à la CIPD. Le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) a joué un rôle important pour encourager et clarifier le concept en parrainant une série d'ateliers sur l'ensemble du pays pour expliquer la santé de la reproduction. Guère surprenant que la plupart des répondants aient donc répondu que "la définition de la santé de la reproduction au Sénégal se fonde sur les recommandations de la CIPD", lorsqu'on leur a demandé d'expliquer la définition de la santé de la reproduction.

> "La santé de la reproduction a été adoptée en théorie mais pas entièrement absorbée."
> Répondant d'une organisation d'assistance technique

Les répondants ont indiqué que le concept devenait de plus en plus clair, bien qu'il soit encore entouré d'une certaine confusion. Tel que l'indique un répondant d'une organisation d'assistance technique, "La santé de la reproduction a été adoptée en théorie mais pas entièrement absorbée." Un répondant du gouvernement souligne la nécessité de clarifier davantage. "Comment pouvons-nous mettre sur pied les programmes si le concept n'est pas clair ?" Plusieurs répondants pensent que le nouveau *Programme d'actions prioritaires et d'investissements en matière de population, 1997-2001,* permettra de clarifier le concept. Plusieurs répondants ont indiqué que seuls les planificateurs au niveau supérieur comprenaient la santé de la reproduction. D'après un représentant d'un bailleur de fonds, probablement les 20% supérieurs du MSPAS sont au courant de la santé de la reproduction. Un répondant d'une ONG a fait remarquer que, "Le concept de la santé de la reproduction n'a pas été vulgarisé. Il est discuté uniquement par les intellectuels." Même parmi les répondants de haut niveau interviewés, les degrés de compréhension du concept et ses implications programmatiques variaient. Un répondant du gouvernement a demandé si la santé de la reproduction est supposée avoir des implications programmatiques, suggérant ainsi que, pour lui, le concept concernait davantage un changement rhétorique avec un impact limité sur les programmes effectifs. Un médecin et une sage-femme provenant de régions à l'extérieur de Dakar avaient entendu parler de la santé de la reproduction mais ne savaient pas de quoi il s'agissait. Le médecin a dit qu'il ne comprenait pas bien le concept. "C'est un nouveau terme mais nous travaillons depuis longtemps dans le domaine de la planification familiale, des MST et du SIDA, et de la santé maternelle. Je ne sais pas ce que cela signifie dans la pratique. Peut-être cela veut dire que nous aurons plus d'argent ? "

> "C'est un nouveau terme mais nous travaillons depuis longtemps dans le domaine de la planification familiale, des MST et du SIDA, et de la santé maternelle. Je ne sais pas ce que cela signifie dans la pratique. Peut-être cela veut dire que nous aurons plus d'argent ?"
> Prestataire de services

Tous les répondants ont compris que la santé de la reproduction était un terme qui couvre plusieurs volets différents mais ils l'ont souvent pris comme synonyme de la planification familiale. Des questions sur les politiques et programmes de santé de la reproduction ont généralement suscité une discussion des politiques et programmes de planification familiale. Les répondants ont fourni des informations sur d'autres éléments de la santé de la reproduction, tels que les MST et le SIDA, la santé maternelle ou la mutilation génitale de la femme uniquement lorsque des questions spécifiques traitaient de ces aspects.

Les répondants ont eu des réactions différentes à l'idée selon laquelle la santé de la reproduction remplace la planification familiale en tant que terme et approche. Certains expatriés (organisations d'assistance technique et bailleurs de fonds) se sont montrés préoccupés du fait que le concept de régulation des naissances puisse être relégué au second plan par la nouvelle priorité accordée à la santé de la reproduction et ont noté qu'au vu des taux élevés de fécondité et d'accroissement de la population au Sénégal, la réduction de la fécondité reste un domaine approprié et important. En règle générale, plusieurs répondants (dont le MSPAS ainsi que des représentants d'organisations d'assistance technique et d'ONG) se sont montrés préoccupés de ce que la santé de la reproduction était un domaine "trop vaste." Tel que l'indique un répondant d'une organisation d'assistance technique, "C'est dangereux d'avoir un domaine aussi vaste. Lorsqu'on inclut tout, on perd l'impact." Par contre, un grand nombre de répondants pensaient qu'il était avantageux de se concentrer sur la santé de la reproduction. D'après un répondant, "Même si c'est vague, c'est plus acceptable d'un point de vue culturel que la planification familiale." La planification familiale est souvent associée à la limitation des naissances qui va à l'encontre des valeurs religieuses et culturelles du Sénégal. Par contre, la santé occupe une place extrêmement importante et, par conséquent, la santé de la reproduction, en vertu de son nom, ainsi que de l'attention accordée à la santé, est plus acceptable.

Le Sénégal est moins réceptif aux éléments du *Programme d'action* de la CIPD liés aux droits de la femme et aux droits en matière de procréation qu'à ceux associés à la santé. Néanmoins, les éléments des droits en matière de procréation et les droits de la femme sont des priorités importantes pour le MFEF mais ne font pas partie intégrante des programmes d'autres secteurs. Plusieurs répondants ont mentionné que ni le programme national de planification familiale, ni le nouveau programme de santé de la reproduction ne traite des droits en matière de santé de la reproduction. Certains répondants pensaient que l'exclusion de ces droits est une lacune importante mais d'autres l'ont défendu. A leur avis, d'un point de vue culturel, le Sénégal n'est pas prêt à accepter le concept des droits en matière de santé de la reproduction, faisant qu'il est plus productif de parler de la santé de la reproduction uniquement du point de vue santé en général. Un répondant du gouvernement a dit qu'à son avis, les concepts des droits individuels et des droits sexuels (et surtout des droits sexuels au-delà du contexte du mariage) sont des idées occidentales. Il a ajouté, "La famille est l'unité sociale de base du Sénégal et la santé de la reproduction n'est acceptable que lorsqu'elle est exprimée en termes de la famille."

Priorités

Le gouvernement n'a pas établi des priorités claires dans le domaine de la santé de la reproduction. Son *Programme d'actions prioritaires et d'investissements en matière de population, 1997-2001* (appelé par la suite le programme de population) propose des activités pour tous les volets de la santé de la reproduction – allant de la participation des hommes à la planification familiale, à la mutilation génitale des femmes et à l'allaitement maternel. Le programme de population est exhaustif mais ne fournit

"La planification familiale et le SIDA reçoivent énormément d'attention de la part des bailleurs de fonds, alors que d'autres domaines sont négligés."
Répondant d'un bailleur de fonds

aucune indication quant aux priorités du gouvernement parmi la vaste gamme d'activités proposée. Un des répondants d'une organisation d'assistance technique a décrit le programme comme "une liste de souhaits" que le gouvernement présente aux bailleurs de fonds. Un répondant d'un bailleur de fonds indique que, pour le gouvernement, "Tout reste une priorité." (Le programme de population est discuté davantage dans la section sur les politiques et plans opérationnels.)

Les répondants ont convenu que, pour les bailleurs de fonds, la planification familiale et la lutte contre le SIDA restaient les principales priorités. Plusieurs répondants sénégalais se sont plaints de l'importance qu'accordent les bailleurs de fonds à la planification familiale, au détriment d'autres questions sanitaires. Les répondants étaient d'accord en général pour dire que la planification familiale est importante mais certains ont fait remarquer que le paludisme, qui est la principale cause de mortalité, reçoit une attention nettement moindre de la part des bailleurs de fonds. Le *Document de stratégie de population, 1997-2001,* remarque que, même dans la rubrique de la santé de la reproduction, les domaines comme la mortalité maternelle et l'infécondité ne reçoivent pas une attention suffisante. Certains répondants indiquent que les MST reçoivent moins d'attention à cause de la priorité accordée au SIDA et pourtant ces maladies restent un grave problème. Un représentant d'un bailleur de fonds est d'accord. "La planification familiale et le SIDA reçoivent énormément d'attention de la part des bailleurs de fonds, alors que d'autres domaines sont négligés." Certains répondants pensaient que l'élaboration du programme national de santé de la reproduction forcerait les bailleurs de fonds à adopter une "approche programme" pour que le financement reflète davantage les priorités du gouvernement.

D. Soutien, opposition et recherche de consensus

Plusieurs répondants ont indiqué que la recherche du consensus est d'importance critique pour faire progresser les programmes au Sénégal. Un répondant d'une organisation d'assistance technique a indiqué que, "Lorsque quelqu'un est opposé, vous ne pouvez pas le forcer. Vous devez dialoguer." La recherche d'un soutien pour les programmes de santé de la reproduction est un processus lent mais qu'on ne saurait négliger.

Le public

Un grand nombre de répondants ont indiqué que le Sénégal était un pays très conservateur du point de vue social et, partant, qu'il résistait à certains éléments de la santé de la reproduction ou à certaines approches. Par exemple, plusieurs répondants ont dit qu'il n'était pas acceptable, dans cette culture, de parler publiquement des rapports sexuels, surtout des rapports sexuels à l'extérieur du mariage, et que cela entravait les efforts de programme, surtout les programmes pour les jeunes et ceux pour la prévention des MST et du SIDA. Par exemple, la promotion de condoms cible les couples mariés et ne mentionne pas les relations extra-conjugales car les mœurs veulent que les rapports sexuels soient confinés au sein du mariage. Un répondant du gouvernement a également indiqué que certaines femmes s'opposent aux programmes traitant de la question de la mutilation génitale de la femme car de tels thèmes ne devaient pas être débattus en public. Par ailleurs, un répondant d'une organisation d'assistance technique fait savoir que, "Le public est d'accord mais ce sont les autorités qui ne veulent pas prendre de risques." Une étude récente montre que, de fait, les autorités publiques pensent qu'une plus grande circonspection est de rigueur. Selon Maynard-Tucker (1997, p.24-25), "L'approche actuelle pour [sensibiliser] les populations a été souvent critiquée par le personnel médical et les [autres répondants] pour être trop ouverte, trop abrupte et peu conforme aux normes socio-religieuses." Toutefois, l'EDS de 1997 constate que, si certaines femmes (14%) désapprouvent les messages de

planification familiale dans les médias, la vaste majorité (71%) approuve. Aussi, semble-t-il que les autorités exagèrent peut-être les questions de sensibilité culturelle.

Dirigeants religieux

> "Les politiciens n'ont qu'une influence superficielle ; les âmes des gens sont avec les *marabouts.*"
>
> Répondant d'une ONG

Le conservatisme social au Sénégal est étroitement lié à la religion. Aussi, est-il d'importance cruciale d'obtenir le soutien des dirigeants religieux, ou *marabouts,* pour la réussite des programmes et politiques de santé de la reproduction. Tel que l'indique un répondant, "Les politiciens n'ont qu'une influence superficielle ; les âmes des gens sont avec les *marabouts.*"

Afin d'obtenir le soutien des dirigeants religieux pour la santé de la reproduction, le Réseau Islam et population, parrainé par le PNUD, comprend des représentants de toutes les grandes sectes religieuses. Le réseau est l'un des quatre réseaux établis par UNICOM (les autres réseaux sont Journalistes, Parlementaires et Troisième âge). Le Réseau Islam et population évalue les programmes et politiques de santé de la reproduction d'un point de vue religieux et promeut le concept de la santé de la reproduction parmi les fidèles. Une des activités du réseau concernait la réalisation d'un livret, *La Déclaration de politique de population à la lumière des enseignements islamiques,* qui revoit la politique de la population et spécifie la position du réseau en fonction du Coran. Elle traite de la question délicate de la planification familiale et explique que l'Islam s'oppose à la limitation des naissances mais soutient vivement l'espacement des naissances pour la santé des mères et des enfants et que, par conséquent, le réseau approuve l'utilisation des contraceptifs modernes. Malgré l'exclusion de la limitation des naissances, le soutien qu'accorde en général le réseau à la contraception est un signal important car un grand nombre de musulmans pensent que le Coran interdit l'emploi de la contraception. Une telle opinion est défavorable aux programmes de planification familiale car elle limite la demande pour les services et rend le personnel prudent lorsqu'il veut encourager des services de crainte d'offenser les dirigeants religieux avec les conséquences que cela peut entraîner. Le réseau n'a pas pris de position ferme concernant la mutilation génitale de la femme. Un des répondants indique que certains dirigeants religieux approuvent la pratique et fait remarquer que le Coran ne s'y oppose pas. D'autres dirigeants indiquent que la mutilation génitale est une pratique traditionnelle et non pas religieuse et devrait être arrêtée. Le livret indique que l'avortement est interdit aux yeux de la loi islamique mais un membre du réseau fait savoir que l'Islam soutient effectivement les soins post-avortement car les médecins doivent venir en aide à ceux qui en ont besoin, tel que le demande le Coran.

Par conséquent, certains dirigeants religieux sont devenus des alliés qui aident à promouvoir activement certains éléments de la santé de la reproduction. Mais ces dirigeants ne soutiennent pas tous les volets de la santé de la reproduction et tous les dirigeants religieux ne sont pas d'accord avec la position assez progressive du réseau. Au moment des interviews faites pour cette étude (août 1997), les répondants pensaient que la plupart des dirigeants religieux soutenaient les programmes de santé de la reproduction, ou du moins ne s'y opposaient pas. Mais en novembre 1997, certains dirigeants religieux importants ont attaqué le réseau en accusant ses membres d'avoir "été achetés" par l'argent des bailleurs de fonds et ont critiqué les initiatives de santé de la reproduction telles que la promotion des condoms pour la lutte contre le SIDA. Les répondants étaient surpris par l'attaque et un quelques uns ont dit que l'opposition à la santé de la reproduction était de fait bien plus forte dans la communauté islamique qu'ils ne l'avaient pensé.

Dirigeants politiques nationaux

Un grand nombre de répondants ont indiqué que, ces dernières années, les dirigeants politiques sont devenus des défenseurs de la santé de la reproduction. Par exemple, le Président Diouf a signé plusieurs décrets soutenant la santé de la reproduction et la planification familiale. En outre, dans son discours à la nation en avril 1997, le Président a traité publiquement pour la première fois de la question de la santé de la reproduction. Un représentant d'un bailleur de fonds indique que le Président Diouf est le politicien le plus actif en Afrique de l'Ouest en ce qui concerne le soutien à la planification familiale et à la santé de la reproduction. Le Ministre de la Santé a également fait savoir qu'il soutenait la planification familiale et participe à des événements tels que le lancement récent de la campagne nationale d'IEC pour la planification familiale. Un répondant d'un bailleur de fonds indique que l'engagement du gouvernement face à la santé de la reproduction est évident, tel qu'en témoigne la création du Service de santé de la reproduction au sein du MSPAS. Un autre dit, "Je pense que l'engagement du gouvernement face à la santé de la reproduction est sincère. Il a élaboré tous ces plans et programmes de santé de la reproduction. Qu'est-ce qu'on peut attendre de plus ?"

Parallèlement, certains répondants remettent en cause la solidité de l'engagement des dirigeants politiques. Ils ne sont pas ouvertement opposés à la santé de la reproduction mais les dirigeants politiques ne font pas tous les efforts nécessaires pour faire progresser le programme de santé de la reproduction. Un représentant d'une organisation d'assistance technique dit, "Le soutien pour la planification familiale est absent aux niveaux supérieurs du gouvernement. Il n'y a pas de sentiment d'urgence." Un répondant d'un bailleur de fonds est d'accord. "Le Caire a changé le discours mais il n'a pas changé les choses sur le terrain – et elles resteront ainsi car l'engagement politique est très superficiel. Certains techniciens sont très engagés mais ce n'est pas le cas de ceux qui détiennent le pouvoir politique." Plusieurs répondants ont indiqué que le Parlement était apathique. Un répondant d'une organisation d'assistance technique a fait savoir que le Réseau parlementaire avait été le moins efficace des réseaux d'UNICOM et qu'aucune nouvelle loi sur la santé de la reproduction n'avait été adoptée depuis la CIPD. Un répondant des bailleurs de fonds indique que le MEFP est plus actif que le Parlement mais que sa priorité est davantage axée sur le domaine démographique que sur la santé de la reproduction.

Observant que l'opposition aux programmes et politiques de santé de la reproduction n'est plus un problème en général, les répondants ont convenu que les dirigeants politiques et les responsables des programmes n'en restent pas moins très prudents, craignant que toute initiative puisse être vue comme controversée. Un représentant d'une organisation d'assistance technique indique que l'évolution pour la santé de la reproduction pour les années 90 est semblable à celle de la planification familiale dans les années 80. Par exemple, le MSPAS hésite à s'engager dans des programmes pouvant comporter des risques d'un point de vue politique. Il ne s'aventurera que s'il voit que les programmes ont été acceptés. Dans certains cas, il semble qu'une telle prudence ne soit pas nécessaire. Un répondant d'une organisation d'assistance technique indique qu'un grand nombre de représentants officiels de la santé qui, au départ, ne voulaient pas traiter d'aspects qu'ils pensaient être délicats, tels que les services de santé de la reproduction pour les jeunes ou le marketing social pour la prévention du SIDA, ont constaté que ces questions ne provoquaient pas les remous anticipés. Un représentant d'un bailleur de fonds indique que, si un grand nombre de techniciens de la santé sont très engagés, les dirigeants politiques par contre sont surtout préoccupés par le fait d'être réélus et, partant, ne veulent pas prendre de position pouvant comporter des risques, même si c'est très important pour la santé de la reproduction. La suppression du programme de distribution à base communautaire (DBC) des contraceptifs, citée par plusieurs répondants, est un exemple de prudence politique au détriment des programmes de santé de la reproduction. Selon un répondant d'une organisation d'assistance technique, le

MSPAS était convaincu de l'importance d'élargir l'accès aux contraceptifs par le biais de la DBC et était prêt à démarrer un programme de DBC. Mais vu que la distribution devait commencer peu avant les élections, l'opposition a saisi l'opportunité d'indiquer que le gouvernement participait à la "distribution anarchique" de condoms. Plutôt que d'affronter la bataille politique, le MSPAS a annulé le programme.

Elus locaux

Au vu de la décentralisation et du transfert de pouvoir concernant la programmation et les dépenses sanitaires aux communautés locales, le soutien des élus locaux est devenu extrêmement important pour les programmes et politiques de santé de la reproduction. Les élus locaux sont un groupe hétérogène avec des niveaux très disparates d'instruction et d'expérience. De plus, on connaît peu de chose sur les attitudes des élus face à la santé de la reproduction, bien qu'en général, on suppose qu'ils soient peu au courant. Aussi, faut-il voir si les niveaux d'éducation et les attitudes des dirigeants affecteront la mise en œuvre des programmes de santé de la reproduction. Certains répondants de bailleurs de fonds et d'organisations d'assistance technique, découragés par le manque d'engagement au niveau central sont par contre plus optimistes quant aux possibilités de mise en œuvre du programme à l'échelle locale.

4. Mise en œuvre de la politique

A. Politiques et plans opérationnels

Plusieurs plans différents traitent d'aspects divers de la santé de la reproduction dont le *Plan d'action post-CIPD* et le *Plan d'action national pour les femmes,* outre le programme de population et le plan national de santé susmentionnés. Un grand nombre de ces plans se recoupent, bien que chacun ait ses priorités. Le programme de population, élaboré en 1996-1997 au sein de la DPRH avec un financement du FNUAP, comprend trois volets, ou "piliers" : stratégies de population et de développement, programme national pour la santé de la reproduction et plaidoyer/IEC. Pris ensemble, les trois piliers représentent le plan de santé de la reproduction le plus complet du pays, reflétant des éléments des programmes de santé de la reproduction contenus dans d'autres plans. Le premier et le troisième des piliers entrent dans la responsabilité de la DPRH alors que le second incombe au MSPAS. Un des répondants qui a participé à l'élaboration du programme national de population indique que la DPRH était responsable de fixer les objectifs en santé de la reproduction et que le MSPAS était responsable d'élaborer des plans d'action pour atteindre les objectifs. Les répondants ont indiqué que le programme passerait de l'approche projet à l'approche programme. En regroupant toutes les activités au sein d'un seul programme au lieu de les traiter individuellement, le gouvernement espère arriver à une plus grande cohérence dans les activités et à une meilleure coordination entre les bailleurs de fonds.

B. Structures de la prestation de services

Les services de planification familiale sont fournis essentiellement par le secteur public (68%) et, en général, en milieu clinique. Le marketing social des contraceptifs est relativement faible, limité aux condoms et ce n'est que récemment qu'il couvre des points de vente autres que les pharmacies. La DBC des contraceptifs est non existante dans le secteur public et pratiquée par les ONG à petite échelle uniquement.

Les structures sanitaires sont organisées en trois niveaux : hôpitaux, centres de santé et postes de santé. En 1991, le MSPAS a défini un ensemble minimum de services devant être fournis à chaque niveau du système sanitaire mais toutes les structures sanitaires ne fournissent pas l'ensemble complet. Un représentant d'un conseil régional a mentionné qu'un grand nombre des postes de santé dans la région ne disposaient pas du personnel formé en matière de planification familiale.

Selon le plan national de santé, l'ensemble minimum de services au niveau du **poste de santé** comprend :

- des consultations curatives primaires ;
- des soins prénatals ;
- des consultations pour bébés ;
- les vaccinations ;
- la récupération nutritionnelle ; et
- la planification familiale.

Outre les activités des postes de santé, les **centres de santé** devraient fournir des services pour :

- les accouchements d'urgence ;
- les urgences médicales (soins intensifs) ;
- les urgences chirurgicales ;
- les examens de laboratoire ; et
- la radioscopie et radiographie.

C. Organismes de prestation de services

Participation communautaire

Au Sénégal, la promotion de la participation communautaire à la prestation des soins de santé était étroitement liée à la promotion des soins de santé primaires. Tout au long des années 60 et pendant une grande partie des années 70, le système sanitaire du Sénégal était calqué sur celui des pays industrialisés et la plupart des ressources étaient octroyées aux hôpitaux des centres urbains (Groupe SERDHA, 1997). Une nouvelle orientation vers les soins de santé primaires et la participation communautaire s'est développée progressivement ces 25 dernières années. Le contexte a été fixé en 1972 avec l'adoption de la Loi sur l'administration locale et territoriale qui stipule participation, déconcentration, décentralisation et régionalisation du plan de développement économique (MSPAS, 1992). Mais ce n'est qu'à la fin des années 70 que les soins de santé primaires sont véritablement devenus une priorité. Le cinquième plan de développement couvrant la période 1977-1981 insistait sur les soins de santé primaires pour la première fois en accordant la priorité aux zones rurales. En 1978, la Conférence internationale d'Alma Ata soulignait l'importance des soins de santé primaires et renforçait la nouvelle approche. Mais les changements se sont faits plus lentement sur le terrain. De 1977 à 1984, le Projet de santé rurale financé par l'USAID dans la région de Sine Saloum (connue à présent sous les noms de Fatick et Kaolack) représentait l'un des premiers efforts de grande envergure en vue de promouvoir la participation communautaire aux soins de santé. Son objectif était d'améliorer la santé des populations rurales et de mettre en place un modèle de soins de santé primaires soutenu par la communauté et pouvant être reproduit dans d'autres régions. Selon un rapport, "... le projet engageait la communauté à toutes les étapes de son développement : construction de cases de santé et de maternités, recrutement des agents de santé communautaire et recouvrement

des coûts" (Maynard-Tucker, 1997, p.12). Les comités de santé élus localement étaient responsables de la gestion des fonds provenant du recouvrement des coûts, du matériel et de l'équipement. Une autre expérience concernant les comités de santé et la participation communautaire s'est déroulée dans la ville de Pikine, à l'extérieur du Sénégal.

Ces premières expériences ont été reproduites progressivement à l'échelle nationale. En 1983, une circulaire ministérielle précisait les principes de la gestion et de l'organisation des comités de santé. Selon le MSPAS (1992), les directives étaient inadéquates, les fonds recouvrés étaient souvent gardés alors que les établissements sanitaires manquaient de médicaments, les fonds étaient mal utilisés et les autorités sanitaires et administratives ne participaient suffisamment pour éviter les abus. Face à cette situation, le MSPAS a promulgué une loi en 1992 en vue de clarifier l'organisation et le fonctionnement des comités de santé.

En 1991, le Sénégal a adopté l'Initiative de Bamako. Elaborée en premier lieu à Bamako, au Mali, lors d'une réunion en septembre 1987 des ministres africains de la santé, sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance, l'initiative renforçait encore la participation communautaire et le concept du comité de santé (McPake et al., 1993 ; Jarrett et Ofosu-Amaah, 1992). Elle vise à rationaliser les dépenses sanitaires en concentrant les soins de santé primaires sur les groupes les plus vulnérables, surtout les femmes et les enfants ainsi que les habitants des communautés reculées. Une des grandes stratégies consiste à mobiliser les fonds au niveau communautaire pour recouvrer les dépenses de fonctionnement locales, notamment les médicaments essentiels. Des comités de santé élus localement sont responsables de la gestion et du réinvestissement des fonds. L'Initiative de Bamako insiste également sur l'importance de la mobilisation communautaire pour la gestion des services sanitaires, pas simplement pour les contributions financières. Mais, jusqu'à présent, les répondants indiquent que les comités de santé se limitent à la gestion financière et ne participent guère à la promotion des services de santé. Certains projets cherchent actuellement à encourager les comités de santé à jouer un rôle plus important.

Les répondants ont convenu que l'Initiative de Bamako avait grandement amélioré la disponibilité des médicaments essentiels tout en mobilisant des ressources importantes pour le fonctionnement des formations sanitaires locales. Mais les comités de santé ne sont pas sans problèmes. Maynard-Tucker (1997) constatent qu'un grand nombre de ces comités sont trop loin des populations qu'ils desservent. Les membres ne sont plus élus de manière démocratique et, souvent, les femmes et les jeunes ne sont pas entièrement représentés. Certains clients ont indiqué qu'ils n'avaient jamais entendu parler du comité de santé ou, s'ils en avaient entendu parler, ils ne savaient pas clairement quel était son rôle. Les clients qui avaient entendu parler des comités de santé pensaient qu'ils devaient être éliminés car "ils ne servent qu'à enrichir un petit groupe de personnes" (Maynard-Tucker, 1997, p.17). Dans la présente étude de cas, plusieurs répondants ont indiqué le manque de contrôle permettant de vérifier que les fonds sont bien dépensés.

ONG

Les ONG jouent un rôle de plus en plus important au niveau de la réalisation des programmes de santé de la reproduction. Les grandes ONG nationales telles que l'Association sénégalaise pour le bien-être familial (ASBEF), affiliée locale de la Fédération internationale de la planification familiale et Santé et famille (SANFAM) ne fournissent qu'une petite proportion de l'ensemble des services de planification familiale et de santé de la reproduction. Mais les répondants ont indiqué qu'elles fixaient les normes de qualité et fournissaient une expertise technique importante à la réalisation des programmes. Les petites ONG communautaires sont un facteur important à la

base, surtout pour les activités de lutte contre le SIDA et la mutilation génitale de la femme. Les groupements féminins sont également des organisations communautaires importantes, organisées au départ à des fins politiques mais qui fournissent une structure idéale pour projets de développement. Par exemple, le MFEF a engagé un réseau de 500 groupements féminins pour réaliser des activités d'IEC liées à la santé de la reproduction. Un répondant du MFEF a indiqué que les efforts du réseau sont extrêmement importants car le MSPAS a formé des personnes en IEC uniquement jusqu'au niveau district. Les infirmiers des postes sanitaires n'ont ni le temps ni les compétences de s'engager dans l'IEC. Mais un des répondants des ONG a remarqué qu'il était surpris que le mouvement des femmes n'avait pas participé plus activement à la promotion de la santé de la reproduction. Il pensait que les femmes pouvaient être le fer de lance du changement.

D. Intégration

Dans le secteur public, les services de SMI sont intégrés puisque une seule personne dans la plupart des postes sanitaires fournit tous les services. Mais les services ne sont pas intégrés puisque des soins différents sont disponibles à des jours différents. La planification familiale est encore davantage isolée des autres services de santé de la reproduction. Ce service est souvent fourni dans un immeuble séparé et un grand nombre de points de services ne fournissent pas du tout ce service. Toutefois, le nombre de points de services fournissant la planification familiale a augmenté ces dernières années, passant d'un total de 180 en 1994 à 350 en 1997. Un répondant d'une organisation d'assistance technique a parlé des efforts faits pour intégrer le traitement des MST dans les services de SMI. Des algorithmes syndromiques ont été élaborés et le personnel sanitaire a reçu une formation portant sur leur utilisation mais les algorithmes n'ont pas encore été intégrés aux graphiques de déroulement opérationnel du MSPAS auxquels les prestataires de soins de santé se réfèrent dans la pratique. De plus, le répondant a indiqué que certains membres du personnel ne veulent pas traiter du problème des MST.

"Nous tendons vers l'intégration."
Prestataire de services

Le FNUAP apporte un soutien au MSPAS portant sur l'intégration des services en créant des centres pilotes qui offrent des services intégrés de santé de la reproduction dans chacune des 10 régions du Sénégal. Le personnel a reçu une formation en santé de la reproduction et les centres ont été rénovés pour pouvoir dispenser des services intégrés. Actuellement, l'activité entre dans l'étape finale de réorganisation de la circulation des patients. Tel que l'indique un médecin d'un centre de santé, "Nous tendons vers l'intégration." Son centre offre tous les services tous les jours, à l'exception des vaccinations qui sont encore prévues un jour particulier. Jusqu'à présent, l'intégration dans le secteur public ne s'est faite que dans quelques centres. Des ONG, telles que l'ASBEF, fournissaient déjà, avant le Caire, toute une gamme de services intégrés de santé de la reproduction et continuent à le faire.

Un répondant d'un bailleur de fonds a indiqué que l'intégration offrait deux avantages. Premièrement, cela économise du temps pour les clients car ils n'ont pas besoin de faire de multiples déplacements pour voir différents prestataires à différents jours. Deuxièmement, l'intégration signifie que les clientes de la SMI sont d'éventuelles clientes de la planification familiale mais le répondant a fait savoir que l'intégration des services n'était pas facile. Par exemple, le personnel résiste souvent car il pense que cela signifiera un surcroît de travail, bien qu'une sage-femme ait indiqué qu'elle n'avait pas eu plus de travail lorsque son centre a intégré les services. La formation du personnel pour qu'il puisse fournir ces services intégrés représente une autre difficulté car le personnel doit s'absenter de son travail.

E. Actions sur le terrain

Outre les efforts préliminaires de l'intégration, certains projets pilotes ont commencé à mettre en œuvre le programme de santé de la reproduction. Certains petits projets se concentrent sur des nouvelles priorités ou éléments spécifiques de la santé de la reproduction. Par exemple, le Ministère de la Jeunesse et plusieurs ONG ont démarré des projets offrant des services de santé de la reproduction aux jeunes. Les efforts d'IEC ciblent les jeunes déscolarisés qui ne sont pas couverts par les programmes d'éducation à la vie familiale. D'autres nouveaux projets s'adressent tout particulièrement aux hommes, tels qu'un projet géré par l'ASBEF que fournit une information sur la planification familiale aux policiers et aux militaires.

Des projets préliminaires sont également en cours dans des domaines de santé de la reproduction qui avaient été négligés jusqu'alors, par exemple les soins post-avortement et la mutilation génitale de la femme. En 1997, le Population Council a démarré une étude de recherche opérationnelle pour tester un modèle de services intégrés pour les femmes traitées pour complications d'avortement incomplet, provoqué ou spontané. Les résultats de l'étude guideront l'élaboration d'un programme de soins post-avortement complet. Dans le domaine de la mutilation génitale de la femme, les ONG sont le chef de file, bien que le gouvernement soit également engagé à ce niveau. Par exemple, grâce au soutien de la Banque africaine de développement, le MFEF fournit une formation en IEC et un financement à un réseau de 500 groupements féminins en vue de sensibiliser aux effets nuisibles de la mutilation génitale de la femme.

F. Contraintes

Infrastructure, équipement et personnel

Selon le Plan national de santé, le Sénégal compte 52 centres de santé, un pour 150 000 habitants, loin des normes de l'OMS d'un centre pour 50 000 habitants. Le nombre de postes de santé n'a cessé d'augmenter depuis l'adoption des soins de santé primaires. En 1994, on avait 733 postes de santé, ou un pour 11 000 habitants, chiffre proche donc des normes de l'OMS, à savoir un pour 10 000 habitants.

L'analyse situationnelle de 1995 (Population Council et MSPAS, 1995) constate que la plupart des points de services ont l'eau courante (82%), l'électricité (90%), une salle d'attente (88%) et des toilettes (79%). Mais l'équipement de base manque dans une proportion importante des points de services : 57%, 64% et 87% respectivement des centres n'ont pas de spéculum, grand, moyen et petit, respectivement ; 29% n'ont pas de gants ; 22% n'ont pas de matériel pour mesurer la tension (tensiomètre) et 17% n'ont pas de stéthoscopes.

La pénurie du personnel est encore plus grave que le manque d'infrastructure et d'équipement. Plusieurs répondants ont indiqué que l'infrastructure disponible, souvent, n'est pas utilisée car il n'y a pas de personnel pour l'employer. Le plan national de santé indique que la situation sur le plan du personnel est mal gérée – le MSPAS ne fait pas un suivi attentif des départs (démissions, décès) ou du recrutement. En général, le nombre des membres du personnel sanitaire dans le secteur public diminue chaque année ; par exemple, le nombre des agents de santé est passé de 5 304 en 1993 à 4 813 en 1994 –soit une diminution de 8%. C'est surtout chez les sages-femmes et infirmiers que l'on note la diminution la plus prononcée. En outre, le personnel est concentré de manière disproportionnée à Dakar.

Questions juridiques et réglementaires

Un répondant d'une ONG a indiqué que les barrières juridiques et réglementaires entravant la santé de la reproduction avaient nettement diminué mais que plusieurs contraintes continuaient à persister.

- L'avortement est illégal dans tous les cas, bien qu'un répondant des services publics ait rappelé la proposition faite pour légaliser l'avortement dans le cas du viol ou de l'inceste. Un répondant d'une organisation d'assistance technique a indiqué que l'avortement était un sujet tabou parce qu'il était illégal et que cela limitait les efforts faits en vue de promouvoir les soins post-avortement.
- Certains répondants d'organisations d'assistance technique ont dit que le vide juridique complet concernant le SIDA avait entravé les efforts faits en ce domaine.
- Certaines lois ont un effet pronataliste sans le vouloir ; par exemple, des allocations familiales importantes pour les familles nombreuses encouragent les couples à avoir plus d'enfants.
- Aucune loi ne spécifie que les prestataires de services sont autorisés à fournir des services de planification familiale aux adolescents. Aussi, plusieurs répondants ont-ils indiqué que les prestataires hésitaient à fournir de tels services car ils peuvent facilement être attaqués par les parents ou autres membres communautaires qui désapprouvent la distribution de contraceptifs aux adolescents.

Aspects socioculturels

Outre le conservatisme social général qui entrave la mise en œuvre du programme, il existe divers facteurs socioculturels qui freinent la demande pour les programmes de santé de la reproduction. Les femmes jouent un rôle subordonné dans la société et, partant, ont moins de chance que les hommes d'être instruites, de contrôler des ressources et elles participent moins à la prise de décisions. Autant de facteurs qui diminuent leur pouvoir à demander des services de santé de la reproduction. Plusieurs conceptions erronées limitent également la demande, par exemple le fait qu'un grand nombre de personnes pensent que l'Islam interdit l'utilisation de la contraception. Un répondant d'une organisation d'assistance technique a indiqué que l'une des principales contraintes dans le domaine du SIDA est que la maladie n'est pas particulièrement visible au Sénégal – les victimes ne se montrent pas en public – aussi, les gens ont-ils même commencé à douter de son existence.

Attitudes des prestataires de services de santé

Parce qu'ils craignent qu'on les attaque, un grand nombre des prestataires des soins de santé ne fournissent pas de services de planification familiale aux jeunes à cause de leurs propres attitudes. Une sage-femme a indiqué que, jusqu'à récemment, lorsqu'elle a participé à une formation, "Je pensais qu'il n'était pas bon de donner des condoms aux adolescents. Maintenant, je comprends." En outre, les biais contre la contraception signifient souvent que les prestataires imposent des contraintes inutiles à l'utilisation de la contraception. Tel que l'indique un répondant d'une organisation d'assistance technique, "Qu'il existe ou non des lois pour le consentement de l'époux et des parents [en ce qui concerne l'utilisation de la contraception], les prestataires agissent comme si celles-ci existaient."

Intérêts économiques bien ancrés

Craignant que les programmes ne réduisent leur part du marché et marges bénéficiaires, certains pharmaciens ont bloqué les efforts faits par les programmes de marketing social et de DBC en vue de rendre les contraceptifs plus disponibles. Plusieurs répondants ont indiqué que, jusqu'à

récemment, le programme de marketing social ne pouvait vendre ses condoms que par le biais des pharmacies. Un répondant d'une organisation d'assistance technique a indiqué qu'il est particulièrement difficile de lutter contre la résistance des pharmacies parce qu'elle ne se fait pas ouvertement.

Surmédicalisation de la santé

Plusieurs répondants ont mentionné que la santé était surmédicalisée, fait également noté par une étude de 1992 (Galway, 1992). Certaines barrières ont été supprimées, par exemple les tests de laboratoire obligatoires pour obtenir la pilule mais d'autres subsistent. Par exemple, les infirmiers ne peuvent pas être certifiés pour insérer les DIU et, par conséquent, le DIU n'est pas un moyen de contraception qui peut être obtenu facilement. Des répondants d'organisations d'assistance technique et du MSPAS indiquent que le conservatisme de la communauté médicale est une barrière à la DBC. Tel que le note un répondant du MSPAS, "Les pharmacies ne sont pas la seule opposition. Vous devez également convaincre les politiciens et le personnel sanitaire", qui ont tendance à penser que la pilule devrait être uniquement distribuée par un personnel médical qualifié. Le même répondant a indiqué que, malgré la résistance de la communauté médicale, il est particulièrement important de promouvoir la DBC à cause de la pénurie du personnel.

5. Octroi de ressources

A. Niveaux de financement pour la santé de la reproduction

Généralement, le financement pour la santé est en train d'augmenter. Le gouvernement s'est engagé à accroître de 0,5% par an la proportion du budget consacrée à la santé, pour arriver à un total de 9% d'ici l'an 2000. Les contributions du gouvernement aux programmes de santé de la reproduction se font essentiellement par le biais du financement de l'infrastructure, du personnel et des dépenses de fonctionnement pour les structures sanitaires. Un représentant officiel du gouvernement a indiqué que le gouvernement ne consacrait pas un grand nombre de ressources à la santé de la reproduction. La raison pourrait en être que les contributions des bailleurs de fonds à la santé de la reproduction libèrent les ressources publiques qui peuvent être consacrées à des domaines moins susceptibles d'attirer un soutien de l'extérieur.

B. Principaux bailleurs de fonds

Les principaux bailleurs de fonds dans le domaine de la population et de la santé de la reproduction sont le FNUAP, l'USAID, la Banque mondiale et, dans une mesure moindre, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, le Programme des Nations Unies pour le développement, l'OMS, la Coopération française, la Coopération canadienne et l'Union européenne. Les bailleurs de fonds interviewés pour la présente étude de cas indiquent qu'il existe une bonne coordination ces dernières années entre les programmes des bailleurs de fonds. Un comité de bailleurs de fonds, dirigé actuellement par un représentant de l'Union européenne, se rencontre périodiquement pour coordonner les activités. De fait, le comité a récemment examiné le nouveau programme de population et a préparé une réponse unifiée des donateurs. Certains collègues sénégalais ont fait savoir que, à leur avis, les bailleurs ne coordonnent pas efficacement et que le manque de cohérence entre les interventions des bailleurs de fonds, surtout

la division des régions entre ces derniers, a entraîné une fragmentation du programme de santé de la reproduction.[1]

> "Tout est payé par les bailleurs de fonds."
> Répondant d'une ONG

Tous les répondants conviennent de l'énorme présence financière des bailleurs de fonds au Sénégal. Une telle évaluation est difficile à quantifier car les variations des comptes rendus et des fluctuations des monnaies font qu'il est difficile d'obtenir des données exactes sur le financement de la santé de la reproduction. De plus, les comptes rendus du gouvernement sont incomplets car ils ne couvrent que les fonds reçus par le Sénégal et excluent les dépenses de fonctionnement des bailleurs de fonds et l'argent dépensé par les organisations d'assistance technique. Toutefois, selon un rapport, l'aide étrangère couvrait plus de 30% des dépenses de fonctionnement du secteur de la santé chaque année de 1990 à 1994. En 1994, après la dévaluation du franc CFA, la proportion est passée à 49%. Selon un répondant du MSPAS, la proportion de la santé de la reproduction couverte par l'aide étrangère, opposée à la santé en général, est bien plus élevée –peut-être jusqu'à 90%. Un des représentants d'une ONG a indiqué, "Tout est payé par les bailleurs de fonds."

Quel que soit le cas, les bailleurs de fonds subventionnent fortement le programme de planification familiale du Sénégal. Selon le *Projet document de stratégie de population, 1997-2001,* le PNPF est financé par le biais de trois grands projets aux niveaux suivants :

- Projet Survie de l'enfant/planification familiale : USAID, 36,2 millions $
- Projet Appui au PNPF : FNUAP, 2 249 millions $
- Un volet du Projet Appui au programme SMI/PF : Banque mondiale, 900 000 $

C. Durabilité financière

Le recouvrement des coûts, qui représente une source importante de financement pour le fonctionnement des districts sanitaires est également en train d'augmenter. Tel que mentionné, l'Initiative de Bamako encourage la participation communautaire à la mobilisation et à la gestion de ressources, de sorte à ce que les communautés puissent prendre en charge leurs propres besoins sur le plan de la santé. Les comités de santé de la communauté fixent des frais nominaux pour divers médicaments et services et ensuite, utilisent les fonds pour acheter plus de médicaments, payer le personnel et couvrir le budget de fonctionnement général des centres de santé et des postes de santé.

En 1996, les comités de santé ont mobilisé plus de 5 millions $ par le biais du recouvrement des coûts (MSPAS/DHSP/Division des soins de santé primaires, 1997). Le niveau n'a cessé d'augmenter puisqu'il était inférieur à 1,5 million $ en 1992 et il représente plus du double de la contribution de l'état aux budgets de fonctionnement des districts. Les répondants pensent que le recouvrement des coûts est en train de s'accroître, facteur critique pour la durabilité. Mais d'autres se préoccupent du manque de politiques visant à harmoniser les prix. Les prix sont très variables entre les communautés et, dans certaines régions plus pauvres, risquent de ne pas être à la portée des habitants. Un des répondants a indiqué que, tout particulièrement en ce qui concerne la planification familiale, le programme cherche encore à créer une demande et que les prix des

[1] Actuellement, l'USAID finance les activités de santé et de population dans quatre des dix régions administratives. Pour sa prochaine stratégie, le FNUAP a l'intention de se concentrer également dans des régions spécifiques.

contraceptifs sont trop élevés, ce qui peut représenter une barrière à l'accès. Plusieurs répondants ont également indiqué que les comités de santé ont besoin de plus de soutien pour gérer les ressources et que, dans certains cas, leurs procédures doivent être plus transparentes.

D'après plusieurs répondants, il n'existe pas de mouvement visant à renforcer la durabilité au niveau central. Un représentant d'un bailleur de fonds a indiqué que seul le niveau local s'est engagé à ce niveau parce qu'il réalise que l'argent ne viendra pas de Dakar. Un représentant d'une organisation d'assistance technique convient du fait que les comités de santé sont la seule chance de durabilité et pérennisation.

6. Défis

Les répondants indiquent que les progrès ont été lents dans le domaine de la santé de la reproduction au Sénégal mais leurs opinions quant à la situation actuelle et aux perspectives futures divergent. Certains répondants étaient optimistes, faisant remarquer les bases de soutien politique et indiquant que les programmes étaient prêts à s'étendre. D'autres étaient découragés, notant que l'impact d'années d'effort et de millions de dollars avaient été négligeables. A leur avis, il n'y a aucune raison de croire que le programme aura plus d'effet à l'avenir qu'il n'en a eu par le passé.

Quel que soit leur degré d'optimisme, les répondants sont d'accord que le Sénégal doit relever un certain nombre de défis dans les années à venir.

- **Améliorer la coordination.** La santé de la reproduction est un énorme domaine faisant appel à un grand nombre d'organisations dont plusieurs ministères, bailleurs de fonds et ONG. La coordination de toutes ces entités relève d'une tâche difficile. Les plans traitant de la santé de la reproduction envisagent un certain nombre de mécanismes de coordination mais, vu le manque de performance d'un grand nombre des entités coordinatrices existantes, on ne sait pas dans quelle mesure ces mécanismes sauront être efficaces.

- **Mobiliser le soutien à la base.** Un grand nombre des répondants ont insisté sur le fait que les dirigeants politiques ont été très prudents dans leur soutien du programme de santé de la reproduction et que le changement ne viendra pas du haut. Les politiciens se déclareront en faveur de la santé de la reproduction lorsqu'ils verront que telle est la demande de la population et que, par conséquent, cela n'implique aucun risque politique. Les répondants ont souligné l'importance de travailler avec des ONG communautaires qui sont proches de la population et d'utiliser des agents communautaires pour sensibiliser davantage les gens au niveau communautaire.

- **Rendre opérationnelle la décentralisation.** Lors de la première année de son application, la décentralisation était assez chaotique. Dans un grand nombre de cas, l'argent n'était pas transféré du niveau central, les techniciens sanitaires et les dirigeants élus localement ne comprenaient pas leurs nouveaux rôles et les responsables locaux n'avaient ni les connaissances ni les compétences nécessaires pour assumer les fonctions qu'on leur avait confié. Vu que les services sanitaires sont fournis par le biais de structures décentralisées, les programmes de santé de la reproduction ne pourront réussir que si les questions associées à la décentralisation sont résolues.

- **Passer de la planification à la mise en œuvre.** Depuis la CIPD, le Sénégal a déployé bien des efforts pour sensibiliser la population et mettre sur pied des programmes mais ces programmes sont seulement prêts maintenant à être mis en œuvre. Jusqu'à présent, seuls quelques projets pilotes ont été réalisés dans le domaine de la santé de la reproduction. Tel que l'indique ce répondant, "Nous avons un bon plan mais le défi maintenant, c'est de le mettre en œuvre."

Les répondants étaient d'avis unanime qu'il était trop tôt pour évaluer l'impact de la nouvelle priorité accordée à la santé de la reproduction, mentionnant que seules trois années s'étaient écoulées depuis la CIPD. Un répondant d'un bailleur de fonds indique qu'une leçon apprise à ce jour, c'est qu'une nouvelle approche peut être avantageuse mais qu'il n'est pas forcément facile de l'adopter. Il faut du temps pour réorienter les services de santé de la reproduction et il faudra du temps avant qu'on ne puisse voir les bénéfices de ce changement. Vu le décalage entre la mise en œuvre et l'impact, le danger, c'est que les gens abandonnent trop vite et reprennent les vieilles habitudes.

Références

Banque mondiale. 1997. *Indicateurs du développement dans le monde, 1997.* Washington, DC : Banque mondiale.

Galway, Katrina. 1992. "Notes and Reflections on Interviews with Family Planning Service Providers." Washington, DC : The Futures Group International.

Groupe SERDHA. 1997. *Etude rétrospective du secteur population et santé au Sénégal : Composante quantitative.* Washington, DC : The Futures Group International, Projet POLICY.

Jarrett, Stephen W. et Samuel Ofosu-Amaah. 1992. "Strengthening Health Services for MCH in Africa : The First Four Years of the 'Bamako Initiative.'" *Health Policy and Planning* 7(2) : 164-176.

Koly, F. 1991. *L'avortement provoqué clandestin, aspects actuels et rétrospectifs à la clinique gynécologique et obstétricale Maternité/Ecole au CHU de Dakar.* Thèse médicale inédite. Dakar : Université de Dakar.

Maynard-Tucker, Gisèle et SENECI. 1997. *Etude rétrospective du secteur population et santé au Sénégal : Composante quantitative.* Washington, DC : The Futures Group International, Projet POLICY.

McPake, Barbara, Kara Hanson et Anne Mills. 1993. "Community Financing of Health Care in Africa : An Evaluation of the Bamako Initiative." *Social Science Medicine* 36(11) : 1383-1395.

Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan (MEFP), Direction de la planification des ressources humaines (DPRH). 1997. *Projet document de stratégie de population, 1997-2001.* Dakar : MEFP.

Ministère de la Santé publique et de l'Action sociale (MSPAS), Direction de l'hygiène et de la santé publique (DHSP). 1997. *Programme national en santé de la reproduction, 1997-2001.* Dakar : MSPAS.

MSPAS, Projet de développement des ressources humaines, Unité de soutien de la composante santé. 1992. *Textes sur l'organisation et le fonctionnement des comités de santé.* Dakar : MSPAS.

MSPAS/DHSP, Division des soins de santé primaires. 1997. *Bilan de la participation financière des populations à l'effort de santé pour l'année 1996.* Dakar : MSPAS.

Population Council et MSPAS. 1995. *Situation Analysis of the Family Planning Service Delivery System in Senegal.* Dakar : Population Council et MSPAS.

Traoré, N.A. 1992. *Bilan statistique et épidémiologique des urgences obstétricales et gynécologiques au CHU, année 1989.* Thèse médicale inédite. Dakar : Université de Dakar.

Annexe 1

Organisations représentées dans les interviews

Organisations publiques	Ministère de la Santé (divers départements) ; Ministère des Femmes, des Enfants et de la Famille ; Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan, Direction des ressources humaines ; Ministère de la Jeunesse et des Sports, Projet de promotion des jeunes
Organisations non gouvernementales	Jamra, Association sénégalaise pour le bien-être familial (ASBEF), CONGAD, Réseau Islam et population, CEFOREP
Bailleurs de fonds	USAID, FNUAP, Banque mondiale, Fonds des Nations Unies pour l'enfance
Organisations d'assistance technique	Projet POLICY, Population Council, MSH/PCS, AIDSCAP, UNICOM, SOMARC
Représentants officiels et personnel sanitaire au niveau régional	Personnel de santé et dirigeants dans les régions de Louga, Fatick et Kaolack