

2015

L'offre des anneaux vaginaux contraceptifs— La planification familiale postpartum: experience du Sénégal

Fatou Mbow
Population Council

Babacar Mane
Population Council

Saumya RamaRao
Population Council

Follow this and additional works at: https://knowledgecommons.popcouncil.org/departments_sbsr-rh

 Part of the [Demography, Population, and Ecology Commons](#), [Family, Life Course, and Society Commons](#), [International Public Health Commons](#), and the [Women's Health Commons](#)

Recommended Citation

Mbow, Fatou, Babacar Mane, and Saumya RamaRao. 2015. "L'offre des anneaux vaginaux contraceptifs— La planification familiale postpartum: experience du Sénégal." Dakar: Population Council.

This Report is brought to you for free and open access by the Population Council.

L'OFFRE DES
ANNEUX VAGINAUX
CONTRACEPTIFS

La planification familiale postpartum : expérience du Sénégal

Fatou Bintou Mbow
Babacar Mané
Saumya RamaRao





Le Population Council s'attelle aux questions cruciales de la santé et du développement – qu'il s'agisse d'endiguer la progression du VIH, d'améliorer la santé reproductive et d'offrir aux jeunes la promesse d'une vie satisfaisante et productive. Par ses travaux de recherche en biomédecine, en sciences sociales et en santé publique dans 50 pays, il s'efforce d'apporter avec ses partenaires des solutions qui conduisent à des politiques, des programmes et des technologies plus efficaces, pour améliorer la vie partout dans le monde. Fondé en 1952, le Population Council est une organisation non gouvernementale à but non lucratif. Il siège à New York sous la conduite d'un conseil d'administration international.

Population Council
Sacré Cœur 3. Lot 85. BP 21027
Dakar, Sénégal
Tel: (221) 33 859 5300
Fax: (221) 33 824 1998

popcouncil.org

Citation recommandée : Mbow FB, Mané B, et RamaRao S. 2015. "L'offre des anneaux vaginaux contraceptifs— La planification familiale postpartum: experience du Sénégal." Dakar: Population Council.

Table des matières

Remerciements.....	2
Liste des abréviations	3
Résumé exécutif	5
Introduction	8
Méthodologie.....	10
Résultats.....	11
Planification Familiale Postpartum.....	11
Intégration des services	21
Conclusion	25
Références	26

Remerciements

Les auteurs expriment leur profonde gratitude à toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce rapport en mettant à leur disposition la documentation utile et surtout pour avoir bien voulu se prêter à leurs questions et à y apporter les clarifications nécessaires. Les auteurs leur en sont très reconnaissants.

Liste des Abréviations

ACDEV	Action et Développement
ADEMAS	Agence pour le Développement du Marketing Social
AES	Allaitement Exclusif au Sein
ANSD	Agence Nationale pour la Statistique et la Démographie
ASBEF	Association Sénégalaise pour le Bien-être Familial
ASC	Agent de Santé Communautaire
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CPN	Consultations prénatales
CPON	Consultations postnatales
CRDH	Centre de Recherche pour le Développement Humain
DIU	Dispositif Intra Utérin
DLSI	Division de lutte contre le Sida
DPP	Déclaration de Politique de Population
DPES	Document de Politique Economique et Sociale
DSDOM	Dispensateur de soins à domicile
DSRSE	Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l'enfant
ECPSS	Enquête Continue sur la Prestation de service de santé au Sénégal
EPS	Etablissement public de santé
FDR	Feuille de Route
FHI	Family Health International
ICP	Infirmier/ière Chef de Poste
IEC/CCC	Information Education Communication/Communication pour le Changement de Comportement
IPM	Informed Push Model
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
ISSU	Initiative Sénégalaise de Santé Urbaine
MAMA	Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
MDP	Modèle de distribution en « Push »
MI	Micronutrient Initiative
MSH	Management Sciences for Health
MSI	Marie Stopes Internationale
OCB	Organisation Communautaire de Base
OIC/IM	Offre Initiale de Contraceptif Injectable/IntraMusculaire

OIP	Offre Initiale de Pilules dans les cases de santé
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PF	Planification Familiale
PFPP	Planification Familiale Post Partum
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement.
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNP	Politiques, Normes et Protocoles
POPAEN	Plan Opérationnel du Passage à l'Echelle Nationale
PSSC	Programme Santé USAID/Santé Communautaire
PPE	Prophylaxie Pré-Exposition
PTME	Prévention de la transmission Mère-Enfant
RAPID	Ressources pour l'Analyse de la Population et de son Impact sur le Développement
SAA	Soins Après Avortements
SE	Survie de l'Enfant
SIDA	Syndrome Immuno Déficient Acquis
SIG	Système d'Information et de Gestion
SMNI	Soin Maternel, Néonatal et Infantile
SNU	Système des Nations Unies
SOU	Soins Obstétricaux d'Urgence
SONUC	Soins Obstétricaux, Néonataux d'Urgence Complets
SPNN	Soins Préventifs pour la Survie des Nouveau-nés
SR	Santé de la Reproduction
TPC	Taux de prévalence contraceptive
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
USAID	Agence Américaine pour le Développement International
VAD	Visites à Domicile
VIH	Virus Immunodéficience Humaine

Résumé exécutif

Introduction

Au Sénégal, les efforts déployés depuis quelques années dans le domaine de la santé maternelle et néonatale ont permis d'enregistrer des résultats encourageants grâce à des interventions efficaces aussi bien au niveau des structures sanitaires qu'au niveau communautaire. Toutefois, malgré la baisse progressive des indicateurs de mortalité maternelle et infantile constatée depuis 2005, il reste encore des efforts à fournir pour l'atteinte des OMD en 2015. La Planification Familiale (PF) qui est l'une des stratégies majeures de réduction de la mortalité maternelle et infantile a connu des progrès certes, mais le taux de prévalence contraceptive demeure encore faible au regard des objectifs fixés dans le Plan National d'Action pour la Planification Familiale (PNAPF). L'ampleur des besoins non satisfaits reste toujours préoccupante, en particulier pour les femmes en période postpartum dont les taux de besoins non satisfaits avoisinent 66 pour cent (STEP UP, 2013).

Réduire les besoins non satisfaits durant la période postpartum constitue un défi majeur si l'on veut repositionner la PF et surtout atteindre les OMD relatifs à la mortalité maternelle. C'est pourquoi, l'OMS a fortement recommandé aux Etats de consacrer un rang de priorité à la planification Familiale Postpartum (PFPP).

S'inscrivant dans cette perspective, le Gouvernement du Sénégal, à travers l'adoption du PNAPF, s'est résolument engagé dans une politique de repositionnement de la PF qui s'est fixé comme objectif d'augmenter le taux de prévalence contraceptive de 12 pour cent en 2012 à 27 pour cent en 2015.

L'introduction de l'Anneau Vaginal à Progestérone (AVP) dans la gamme des méthodes contraceptives devra apporter une perspective intéressante pour la promotion de la PFPP. Pour faciliter cette introduction, il demeure important de bien comprendre le contexte dans lequel évolue le programme national de PF en général et celui de la PFPP en particulier.

Grâce à un financement de l'USAID, Population Council a procédé à une revue documentaire de l'expérience du Sénégal en matière de promotion de la PFPP. Les leçons tirées de cette revue permettront de mieux orienter l'introduction de l'AVP dans la gamme des méthodes contraceptives disponibles au niveau du programme national.

Méthodologie

Cette revue a essentiellement porté sur l'examen de documents de politiques et programmes nationaux, de plans stratégiques, de documents de Politiques, Normes, et Protocoles (PNP) des services de santé de la reproduction, de documents d'orientation...etc.

Résultats

A. PLANIFICATION FAMILIALE POSTPARTUM

Conformément aux objectifs de réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles, néonatales et infanto juvéniles, énoncé à travers des documents officiels (DPP, CIPD, PNDS, OMD), le gouvernement du Sénégal s'est résolument engagé à améliorer l'offre de services durant la période du postpartum. Cet engagement s'est manifesté à différents niveaux.

Sur le plan politique, cela s'est traduit, à travers l'adoption de politiques, programmes et documents stratégiques (ex : les documents de Politiques, normes et protocoles en SR).

Parmi ces documents stratégiques figurent, entre autres :

- La feuille de route (FDR) multisectorielle pour accélérer la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et néonatale (2006).
- Le modèle RAPID (Ressources pour l'Analyse de la Population et de son Impact sur le Développement (2009).
- Le Plan d'Action National de Planification Familiale (PANPF) 2012-2015 dont la mise en œuvre repose sur l'approche dite des 3 D (décentralisation, démocratisation des services de santé de la reproduction et délégation de tâches).
- La loi SR de 2005 fondée sur «la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et individus de décider librement et avec discernement du nombre d'enfants qu'ils souhaitent avoir et de l'espacement des naissances ».
- Le projet "Initiative Sénégalaise de Santé Urbaine" (ISSU) qui appuie depuis 2010 les efforts du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) à travers le repositionnement de la planification familiale pour l'atteinte des OMD 4 et 5.
- Sur le plan institutionnel, l'érection de la Division de la Santé de la Reproduction en Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l'Enfant (DSRSE) qui a permis d'assurer une meilleure coordination des interventions en matière de santé maternelle et infantile.

Toutefois, malgré l'existence d'un environnement politique et programmatique favorable, la promotion de la PFPP en tant qu'intervention spécifique reste à développer.

En raison des besoins non satisfaits de PF très élevés durant la période postpartum les programmes de PF devront cibler davantage les femmes appartenant à ce groupe. En effet, 95 à 98 pour cent des femmes en postpartum ne désirent pas un autre enfant dans les 2 ans suivant une naissance vivante alors que seulement 40 pour cent d'entre elles utilisent la planification familiale.

Plusieurs opportunités se présentent aux managers pour atteindre ces groupes vulnérables. C'est ainsi que, les Politiques, Normes et Protocoles des services de SR mettent l'emphasis sur l'intégration des services de SR en vue de réduire les besoins non satisfaits de PF.

Toutefois, la promotion de la PFPP, pourrait être confrontée, à l'image du programme global de PF, à certains défis, notamment la persistance des croyances et traditions religieuses, les attitudes pronatalistes, la gestion des rumeurs, etc. Toutefois, il convient de noter que les campagnes de communication autour de la PF ont contribué à dissiper ces résistances grâce à l'implication des religieux dont certains sont devenus des champions de la PF.

Au regard de la facilité de son utilisation (insertion et retrait), de son caractère discret, l'AVP qui est une méthode auto contrôlée par la femme présente des perspectives intéressantes pour l'élargissement de la gamme des méthodes contraceptives et par conséquent pour le repositionnement de la PFPP. L'AVP, du fait qu'il n'interfère pas sur la vie sexuelle ni sur le lait maternel, présente à cet effet des avantages supplémentaires.

B. INTÉGRATION DES SERVICES

L'intégration des services demeure un axe stratégique majeur du Plan Stratégique National pour la SR/SE. Cette intégration repose sur la définition d'un paquet de services essentiels, à fort impact, pour améliorer la continuité des soins pour les femmes enceintes, les mères, les nouveau-nés et les enfants.

Plusieurs initiatives d'intégration des services ont été expérimentées, notamment l'approche d'Identification Systématique des Besoins de la Cliente (ISBC) dont l'objectif est d'identifier leurs besoins supplémentaires en SR lorsqu'elles viennent en consultation. D'autre part, les PNP des services de SR sont basés sur une approche systématique d'intégration des services avec la définition d'un paquet de services incluant systématiquement la PF pour chaque contact.

Toutefois, quelques défis se présentent quant à l'opérationnalisation de cette approche, notamment:

- Le déficit de ressources humaines
- La faiblesse du système de référence recours interne
- L'équité dans l'accès aux structures de santé sur le territoire
- L'intégration de la santé communautaire dans le système de santé publique
- La couverture de l'offre communautaire (soins et création de la demande)
- L'harmonisation des paquets de service et de la formation en santé communautaire
- La motivation des acteurs de mise en œuvre de la santé communautaire
- Le système d'approvisionnement en médicaments et produits essentiels
- L'organisation et le management
- Le cadre réglementaire

La levée de ces contraintes permettrait de maximiser les bénéfices de cette approche tant pour le système de santé (économie de ressources) que pour les clientes.

Conclusion

Au cours de ces dernières années, l'engagement du Gouvernement sénégalais en faveur du repositionnement de la PF a été réel. Cet intérêt s'est manifesté à travers l'adoption d'un Plan National d'Action qui s'est fixé comme objectif d'augmenter le taux de prévalence contraceptive de 12 pour cent en 2012 à 27 pour cent en 2015. Pour atteindre cet objectif, le PNAPF met l'accent sur la réduction des besoins non satisfaits qui demeurent très élevés parmi les femmes en période postpartum. Conformément aux recommandations de l'OMS, la PFPP occupe une place stratégique dans cette politique de repositionnement de la PF au Sénégal. Les PNP des services de SR prônent en effet une intégration effective de la PF à tous les niveaux de contact avec la femme quand elle se présente dans les structures de santé maternelle et infantile.

L'introduction de l'AVP, dans ce contexte, ne peut que renforcer le repositionnement de la PFPP. L'AVP de par son utilisation facile, son caractère discret et du fait qu'elle ne nécessite pas la mobilisation d'un prestataire ou d'infrastructures, présente une bonne perspective pour la promotion de la PFPP.

Toutefois, son introduction devra prendre en compte certains défis structurels liés à l'organisation des services.

Introduction

Les efforts déployés depuis quelques années dans la lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infantile ont permis d'enregistrer des résultats encourageants. L'Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples (ANSD, EDS-MICS, 2010-2011), estimait le taux de mortalité maternelle à 392 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. En 2005, ce taux était de 510 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. L'Enquête Démographique et de Santé Continue (ANSD, 2012-2013) indique par ailleurs une baisse du taux de mortalité infantile de 64 pour mille dans la période de 10-14 ans avant l'enquête à 43 pour mille dans la période de 0-4 ans (cinq dernières années), soit une baisse globale de 33 pour cent. Ces progrès réalisés seraient liés, entre autres, à une meilleure utilisation des services de santé. Selon l'Enquête Démographique et de Santé Continue (ANSD, 2012-2013), il a été noté une augmentation du taux de couverture en Consultation Prénatale (CPN) auprès de professionnels de la santé (médecins, sages-femmes, infirmières, ou Infirmiers/ères Chefs de Poste (ICP) qui passe de 74 pour cent en 1992 à 87 pour cent en 2005 et 94 pour cent en 2012-2013. Concernant l'utilisation des services de soins postnatals, l'EDS de 2010-2011 indiquait que près de sept (7) femmes sur 10 (68 pour cent) avaient reçu des soins postnatals dans les deux jours consécutifs à l'accouchement. En outre, parmi les naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, sept naissances sur dix (71 pour cent) ont eu lieu dans une structure de santé.

Toutefois, il a été noté une baisse moins importante de l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) et du taux d'utilisation de la contraception moderne. Entre 1986 et 2013, l'ISF n'est passé que de 6,4 enfants par femme à 5,3 enfants par femme, soit une baisse de 1 point en 30 ans. L'utilisation de la contraception moderne, bien qu'ayant évolué au cours de la période récente, reste encore très faible comparé aux objectifs du Plan National d'Action pour la Planification Familiale (PNAPF) fixés à 27 pour cent en 2015. L'EDS continue de 2012-2013 indiquait un taux de prévalence contraceptive de 16% pour les méthodes modernes. Malgré la baisse effective des indicateurs de mortalité maternelle et infantile, il convient de noter que des efforts restent à faire pour l'atteinte des OMD à l'horizon 2015. L'ampleur des besoins non satisfaits en matière de PF reste préoccupante. En 2010-2011, près du tiers des femmes avaient reporté des besoins non satisfaits en matière de PF. L'ampleur de ces besoins demeure surtout élevée durant la période post partum et particulièrement pour les femmes allaitantes, 60 pour cent et 66 pour cent respectivement (STEP UP, 2012).

Réduire les besoins non satisfaits de PF parmi les femmes en période post partum constitue un défi majeur pour la réduction des taux élevés de mortalité maternelle, néonatale et infantile. L'importance de la planification familiale comme stratégie majeure de réduction des niveaux élevés de mortalité maternelle, néonatale a été réaffirmée par l'OMS qui indique que " La planification familiale (PF) est définie comme un élément crucial des soins de santé dispensés pendant la période prénatale, immédiatement après l'accouchement et pendant la première année suivant l'accouchement" (OMS, 2014). Ce rôle crucial de la PF a été surtout recommandé par l'OMS pour les femmes en période post partum. En effet, l'OMS indiquait que "les femmes qui se trouvent en période post partum comptent parmi celles qui ont le plus besoin des services de PF dans la mesure où elles ne bénéficient toujours pas des prestations nécessaires pour prolonger l'intervalle entre les naissances ou éviter les grossesses non désirées et leurs conséquences".

Plusieurs raisons ont été avancées pour justifier l'importance de la PFPP (OMS, 2014):

- D'après une analyse des données provenant d'enquêtes démographiques et sanitaires réalisées dans 27 pays, 95 pour cent des femmes veulent éviter une grossesse dans les 24 mois suivant leur accouchement alors que 70 pour cent d'entre elles n'ont pas recours à la contraception (In Ross & Winfrey, 2001).
- La planification familiale permet d'éviter plus de 30 pour cent des décès maternels et 10 pour cent des décès d'enfants si les couples laissaient s'écouler plus de deux ans entre deux grossesses (in Cleland, 2006).
- Les grossesses trop rapprochées pendant la première année qui suit l'accouchement sont les grossesses les plus dangereuses pour la mère et l'enfant du fait qu'elles entraînent des risques accrus avec une issue souvent indésirable telle que la prématurité, l'insuffisance pondérale à la naissance (in Da Vanzo et al. 2007).
- Le risque de mortalité de l'enfant est maximal lorsque l'intervalle entre l'accouchement et la grossesse suivante est très court (<12 mois). Si tous les couples attendaient 24 mois pour concevoir un autre enfant, la mortalité des moins de cinq ans diminuerait de 13 pour cent. S'ils attendaient 36 mois, la diminution serait de 25 pour cent (in Rutstein, 2008).

Au niveau national, cette priorité à accorder à la planification familiale a été confirmée à travers plusieurs documents et actes officiels :

- L'adoption en 1988 d'une déclaration de Politique de Population qui prône l'espacement des naissances et non leur limitation.
- L'adoption du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) qui préconise la PF comme une des stratégies les plus efficaces pour sauver des vies et garantir l'amélioration de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent.
- L'adoption d'un plan national d'action pour la PF (PNAPF) qui s'est fixé comme objectif d'augmenter le taux de prévalence contraceptive de 12 pour cent en 2012 à 27 pour cent en 2015. Dans le cadre de l'opérationnalisation de ce plan, une vaste campagne de mobilisation contre les naissances rapprochées "Moytou Nef" a été lancée. Les axes stratégiques de ce plan reposent, entre autres, sur la démedicalisation de l'offre de services de PF à travers l'appui aux initiatives communautaires, l'élargissement de la gamme des méthodes et une plus grande autonomisation des femmes.

Dans ce contexte, les anneaux vaginaux présentent de grandes promesses pour l'atteinte de ces objectifs au regard des niveaux élevés des besoins non satisfaits parmi les femmes en période post partum. C'est ainsi que Population Council, à travers des financements de la Fondation Bill et Melinda Gates et de l'USAID, a entrepris des activités de pré-introduction d'une famille d'anneaux vaginaux destinés aux femmes en période post-partum. L'Anneau Vaginal à Progestérone (AVP) constitue un des premiers anneaux dont le processus de pré-introduction a démarré avec la mise en œuvre d'une étude d'acceptabilité.

Dans une perspective de soutien à ces efforts de pré-introduction, il demeure stratégique de : i) comprendre l'environnement politique et programmatique ainsi que les défis qui pourraient se dresser à la promotion de la PFPP ; ii) tirer les leçons apprises des expériences antérieures de promotion de la PF qui pourraient faciliter l'introduction des anneaux vaginaux dans la gamme des méthodes disponibles pour les femmes en période postpartum.

Cette présente revue documentaire s'inscrit dans cette dynamique. Elle a pour objectifs spécifiques de :

- Faire l'état des lieux sur la place des services de soins Postpartum en général et de PFPP en particulier dans les politiques et programmes ;
- Identifier les principaux défis par rapport à la PFPP ;
- Décrire les principales stratégies susceptibles de promouvoir la PFPP ;
- D'apprécier la place de l'AVP dans la promotion de la PFPP.

Ce rapport analyse par ailleurs les initiatives en matière d'intégration des services de santé de la reproduction ainsi que les principaux défis liés à cette intégration.

Méthodologie

L'élaboration de ce document s'est basée sur une revue de la documentation disponible sur le sujet qui a ainsi permis de recueillir le maximum d'informations pertinentes. En vue de décrire le contexte, cette revue a essentiellement porté sur l'examen de documents de politiques et programmes nationaux, de plans stratégiques, de documents de politiques, normes, et protocoles des services de santé de la reproduction, de documents d'orientation, etc.

Par ailleurs, des données d'enquêtes ont également été exploitées et analysées, principalement celles issues des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) et de l'Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de Santé du Sénégal. Des informations additionnelles ont été tirées à partir d'autres documents tels que le profil pays du Sénégal, des rapports de l'OMS, d'organisations non gouvernementales (ONG) et de certains partenaires intervenant dans les programmes de Santé Maternelle, Néonatale et Infantile (SMNI).

Résultats

A. PLANIFICATION FAMILIALE POSTPARTUM

Sur la base des données disponibles à travers la littérature, il apparaît que les questions liées à la PFPP sont très peu documentées au Sénégal. Si l'analyse des politiques et programmes ne laisse apparaître aucune mention explicite de la PFPP, en revanche, les données informent sur l'importance qui est accordée à la PF en général dans la politique globale de santé de la reproduction (SR) et dans les politiques et programmes de développement. Ainsi, la planification familiale constitue une stratégie majeure des politiques et programmes de réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile. La promotion de l'espacement des naissances, et non leur limitation, a été le message clé avancé à travers ces documents officiels.

Place de la PFPP dans la politique SR/programmes

Durant ces dernières décennies, le Sénégal a adopté plusieurs mesures sur le plan législatif, politique et programmatique qui sont directement liées à la santé de la reproduction et à la planification familiale, et qui témoignent d'une réelle volonté d'adresser ces questions.

Cet engagement politique au plus haut niveau a été confirmé à travers l'adoption en 1988 d'une Déclaration de Politique de Population (DPP), révisée en 2001 dont les objectifs majeurs, entre

autres, sont :i) réduire la morbidité et la mortalité, en particulier celle des mères et des enfants ; ii) réduire les taux de fécondité et le rythme de croissance très rapide de la population. La promotion de l'espacement des naissances constituent une stratégie majeure de cette DPP.

Cet engagement en faveur de la planification familiale a été par la suite réaffirmé à travers plusieurs documents et actes officiels, notamment :

- La feuille de route (FDR) multisectorielle pour accélérer la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et néonatale (2006) ;
- La stratégie nationale de la survie de l'enfant (2007) ;
- Le modèle RAPID (Ressources pour l'Analyse de la Population et de son Impact sur le Développement)(2009) qui est un outil de plaidoyer pour le soutien à la PF ;
- L'initiative présidentielle « Bajenu Gox » (2009) portant sur la promotion de comportements positifs par les bajenu Gox qui sont des femmes leaders au niveau de leurs communautés respectives;
- Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018 dont la première orientation stratégique porte sur « la réduction du fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelle et infanto juvénile». Pour l'atteinte de cet objectif, le PNDS accorde un rang de priorité à la relance de la planification familiale ;
- Les documents de Politique, Normes et Protocoles (PNP) en SR ;
- Le Plan Stratégique de sécurisation des produits SR (2011-2015);
- Le Plan Stratégique Nationale SR (2012-2015) ;
- Le Plan d'Action National PF (2012-2015) qui s'est fixé comme objectif d'augmenter le TPC de 12 pour cent en 2012 à 27 pour cent en 2015. Son principal objectif est d'offrir un accès équitable aux services de PF de qualité à toutes les femmes. L'approche dite des 3D (Décentralisation, Démocratisation des services de santé de la reproduction et Délégation des tâches) constitue les principes de base pour la mise en œuvre de ce plan d'action. La mise en œuvre de ce PNAPF repose par ailleurs sur les orientations stratégiques suivantes : i) la disponibilité des produits contraceptifs par la mise à l'échelle de stratégies innovantes ;ii) la distribution à base communautaire des méthodes à courte durée à travers la délégation des tâches ;iii) l'élargissement de l'offre (avec l'offre initiale de pilule et d'injectables) afin de toucher au mieux les plus défavorisées ;iv) l'implication des acteurs du secteur privé dans l'élargissement de l'offre et l'utilisation des contraceptifs, notamment à travers le marketing social, la mise en place d'un réseau de franchises sociales et de stratégies mobiles avec les cliniques mobiles.
- Au-delà des documents d'orientation technique, il a été élaboré et adopté en 2005 une loi 2005-18 sur la SR. Cette La loi est fondée sur «la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et individus de décider librement et avec discernement du nombre d'enfants qu'ils souhaitent avoir et de l'espacement des naissances. Elle implique aussi le droit à l'information nécessaire et le droit pour tous à une meilleure santé et à des services destinés à cet effet ».
- Depuis 2010, le Sénégal met en œuvre, avec l'appui de la Fondation Bill et Melinda Gates, le projet "Initiative Sénégalaise de Santé Urbaine" (ISSU) en vue d'appuyer les efforts du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) pour l'atteinte des OMD 4 et 5. Le projet ISSU appuie ainsi le gouvernement du Sénégal dans sa politique de repositionnement de la planification familiale en ciblant les populations des zones urbaines défavorisées; en développant des interventions rentables pour l'intégration effective de services PF de qualité dans les programmes de santé maternelle et néonatale, de soins du postpartum et des soins après avortement (SAA).

A travers ces différents actes, on peut affirmer un engagement très fort des autorités publiques en faveur de la fourniture de services postpartum accessibles et adaptés aux besoins des populations. Seulement, il est important de noter l'absence de politiques ou de lignes directrices explicites et spécifiques à la PFPP en tant que tels.

Les initiatives pour améliorer la fourniture de services de soins post-partum

Au cours de la dernière décennie, plusieurs initiatives ont été entreprises en vue d'améliorer la fourniture des services durant la période post partum:

- La définition d'un paquet de services de base selon le niveau incluant les soins prénataux, l'accouchement, les soins postnatals et la planification familiale, la Prévention de la Transmission Mère Enfant (PTME) du VIH, la supplémentation en vitamine A/fer/acide folique pour les femmes postpartum depuis le niveau le plus bas (case de santé) et l'appui aux initiatives communautaires avec la formation des matrones, relais communautaires, des bajenu Gox.
- En 2005, le gouvernement du Sénégal, a introduit de façon progressive une politique de subvention et de gratuité de la césarienne et des accouchements en vue de faciliter l'accès des populations les plus vulnérables aux services postpartum de base. Cette subvention touche certains produits liés à l'accouchement (kits) en vue d'améliorer la couverture des accouchements assistés par un personnel qualifié (médecin, sage-femme, infirmier et assistant infirmier). Chaque année, près de 500 millions sont ainsi mobilisés pour l'achat de ces kits.
- La formation des infirmiers pour la prise en charge précoce des complications du postpartum en vue d'améliorer l'accessibilité et la disponibilité des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base et Complets (SONUB/SONUC) et des Soins Essentiels du Nouveau-né (SENN) à différents niveaux du système de soins.
- La disponibilité et la sécurisation des médicaments et produits essentiels durant la grossesse, l'accouchement, la période postpartum et des produits de planification familiale à tous les niveaux de l'offre de SMNI.
- L'adoption, depuis 2009, d'une ligne budgétaire pour l'achat des produits contraceptifs à hauteur de 100 millions de francs CFA en complément au soutien apporté par les bailleurs de fonds tels que l'UNFPA et l'USAID.

Principales stratégies de promotion de la PFPP

Diverses initiatives de promotion de la PF en général et de la PFPP en particulier ont été expérimentées :

- La définition d'un paquet d'informations et de soins lors des consultations prénatales, de l'accouchement et lors des consultations postnatals incluant la PF. En effet, dans une perspective de s'assurer que les femmes fréquentant les services de santé maternelle reçoivent effectivement les services de PF, les protocoles des services de SR incluent systématiquement l'information et les services de PF aux différentes étapes de la surveillance de la grossesse, de l'accouchement et du postpartum.
- L'expérimentation de l'approche d'Identification Systématique des Besoins des Clients (ISBC) qui constitue un instrument pour déterminer les besoins de chaque client pour des services SR supplémentaires. Cette approche, introduite par Population Council, a été expérimentée dans des régions pilotes. Elle est actuellement adaptée dans le cadre du projet Initiatives Sénégalaises de Santé Urbaine (ISSU) dont le but est de promouvoir l'accès aux services de PF

pour les populations urbaines les plus démunies¹. L'ISBC constitue en effet une opportunité pour réduire les besoins non satisfaits de SR parmi les femmes postpartum.

- La campagne de mobilisation "Moytou Nef". Dans le cadre des activités du PNAPF, le MSAS a engagé depuis plus d'un an une vaste campagne de mobilisation autour de la promotion de l'espacement des naissances. Cette campagne vise à réduire l'incidence des naissances trop rapprochées qui sont souvent mal perçues par les populations. Cette campagne qui rencontre une forte adhésion des populations, particulièrement de la part des religieux, consitue un moment solennel pour promouvoir la PF postpartum.
- Le paquet de Soins Après Avortement (SAA): dans le cadre de la prise en charge des complications de l'avortement, un paquet de services a été défini. La PF constitue une composante esentielle des SAA. Le paquet de SAA est actuellement disponible au niveau des postes de santé et des initiatives communautaires ont été également expérimentées.
- L'offre de la pilule et des injectables (en IM et sous cutanée) par les matrones des cases de santé et les agents de santé communautaires peut être également inscrite parmi les nombreuses initiatives de promotion de la PF postpartum. Après une phase pilote qui a concerné certaines régions, l'offre initiale de la pilule va être généralisée au niveau des 14 régions que compte le pays tandis que celle des injectables (Sayana Press) se fera progressivement.

Les stratégies avancées: elles consistent de bonnes opportunités pour toucher les femmes en période postpartum. Plusieurs partenaires dont Intrahealth, MSI, UNFPA et USAID sont en train d'appuyer de telles initiatives qui vont contribuer à renforcer l'accès aux services de PFPP, notamment dans des zones éloignées où vivent généralement les populations les plus défavorisées. Par exemple, depuis 2006, le programme de santé communautaire piloté par Childfund à travers un financement de l'USAID a encouragé la participation communautaire. Ainsi, des membres de la communauté se sont portés volontaires pour servir en tant que relais communautaires de santé, matrones, ASC, Bajenu Gox, DSDOM...etc. Ces derniers ont tous été formés par les membres du consortium. Des activités de promotion pour le changement de comportement sont régulièrement menées avec ces acteurs communautaires à travers l'utilisation de leurs connaissances et aptitudes ainsi que leur influence pour promouvoir le changement de comportement favorable à la santé.

De même, certaines interventions mobiles de proximité sont déroulées pour s'assurer que les produits et services de santé de la reproduction sont accessibles aux communautés les plus éloignées et où la demande est plus forte. Marie Stopes International (MSI) par exemple est un acteur clé dans la diffusion du modèle de services mobiles de proximité en vue de faciliter la distribution de contraceptifs.

Services de santé maternelle et infantile dans la période du postpartum

Santé de la mère

Les services de santé maternelle constituent des portes d'entrée essentielles pour la promotion de la PFPP. Les consultations prénatales donnent l'occasion de faire bénéficier aux femmes de conseils appropriés sur la PF. Les services d'accouchement ainsi que les consultations postnatales assurent le continuum de services pour faire également bénéficier les femmes en période postpartum des

¹ Il s'agit du projet « Initiative Sénégalaise de Santé Urbaine » qui couvre six (6) centres urbains (Dakar, Pikine, Guédiawaye, Mbao, Mbour et Kaolack).

conseils et services sur la PF d'autant plus qu'au cours de ces dernières années, on a noté une nette amélioration de l'utilisation de ces services.

Santé de l'enfant

L'Enquête Continue sur la Prestation des Services de soins de Santé (ECPSS) réalisée en 2012 révèle que près de neuf structures publiques sur dix (88 pour cent) offraient les trois services de santé infantile: essentiellement les soins curatifs infantiles (94 pour cent), le suivi de la croissance (86 pour cent) et la vaccination infantile (83 pour cent). La disponibilité de ces services de soins infantiles constitue une opportunité pour intégrer la PFPP. Toutefois, même si ces services de vaccination de routine sont disponibles dans l'ensemble des structures, ils sont rarement offerts cinq jours ou plus dans la semaine.

Perceptions de la communauté sur l'espacement des naissances et PFPP

Avant que la PF ne soit hissée au rang des priorités, et que des efforts politiques et programmatiques ne soient déployés pour adresser cette question, la contraception était rarement utilisée au Sénégal. Bien qu'il ait été observé une évolution positive au cours des vingt dernières années, le recours à la contraception reste encore faible, contribuant ainsi de manière significative à un taux de fécondité élevé. Selon les résultats de l'EDS-Continu de 2012-2013, la prévalence contraceptive moderne est de 16 pour cent avec une disparité entre les milieux urbain (27 pour cent) et rural (9.2 pour cent).

Les données de cette enquête renseignent également que l'utilisation de la contraception vise essentiellement l'espacement plutôt que la limitation des naissances. Au Sénégal, société à dominante musulmane, les croyances et traditions religieuses ont souvent influé sur les considérations et les pratiques liées à la santé de la reproduction. Ces croyances ont un impact sur la perception de la PF en tant que concept général, et expliquent en partie la faible utilisation des contraceptifs.

Toutefois, de nos jours, grâce aux campagnes intenses de communication axées sur les avantages qu'elle présente au plan sanitaire, économique et social, la PF semble être de plus en plus acceptée, notamment chez les religieux dont l'implication dans les programmes de PF est de plus en plus effective. En effet, on assiste à l'émergence de certains champions de la PF qui à travers des sermons périodiques au niveau des médias ont permis de clarifier la position de l'islam sur la PF. Ainsi, un argumentaire religieux sur la position de l'islam par rapport à la PF ainsi que des instruments de plaidoyer à l'image du modèle RAPID ont permis de réduire les stéréotypes et les perceptions négatives sur la PF. A travers les campagnes de communication, les populations sont de plus en plus informées sur la position favorable de l'Islam par rapport à la PF, notamment quand la santé de la mère et de l'enfant est en danger.

L'Islam prône l'espacement des naissances d'au moins deux (2) ans pour garantir la santé du couple mère-enfant et pour éviter les naissances rapprochées. Cet argumentaire est de plus en plus utilisé pour justifier la maîtrise de la fécondité, en particulier dans les zones urbaines (Randall et Legrand 2003). D'autres argumentaires plus ou moins controversées indiquent que l'Islam "accepte que les couples légalement mariés puissent planifier le nombre d'enfants qu'ils souhaitent avoir en fonction de leurs moyens». Par conséquent, si une famille n'a pas les moyens de s'occuper de plusieurs enfants, elle peut recourir à des méthodes de PF afin de limiter la taille de la famille. En outre, le coût de plus en plus élevé de l'éducation des enfants justifie davantage l'adhésion des populations à la PF. Dans les zones urbaines, en particulier, les préoccupations de plus en plus importantes liées à la charge financière des enfants semblent être le facteur de motivation le plus important pour l'acceptation de la PF.

La combinaison de ces facteurs, plus particulièrement le contexte financier en mutation, peut contribuer à une acceptation de plus en plus grande de la PF notamment chez les hommes, qui, de manière générale veulent espacer les naissances. Selon l'enquête de l'EDS-MICS (ANSD, 2012), près de 52 pour cent d'entre eux voulaient avoir leur prochain enfant dans un intervalle d'au moins 2 ans.

Demande en PF et utilisation des contraceptifs chez les femmes en postpartum

L'ampleur des besoins non satisfaits de PF demeure très importante au Sénégal. Selon l'EDS-MICS de 2010-2011, le taux de besoin non satisfait était de l'ordre de 29,4 pour cent parmi les femmes mariées âgées de 15 à 49 répartis comme suit: i) 7,6 pour cent pour la limitation des naissances et de 21,8 pour cent pour l'espacement (ANSD et ICF, 2012). Ce besoin non satisfait est particulièrement élevé parmi les femmes en période postpartum comme il ressort des résultats de l'étude de Kazuzo M et Cleland J (STEP UP, 2013) qui estimait l'ampleur des besoins non satisfaits de PF à 60 pour cent parmi les femmes en postpartum et 66 pour cent parmi celles qui allaitent. Ces résultats sont corroborés par le modèle RAPID qui indiquait que 95 à 98 pour cent des femmes en postpartum ne désiraient pas d'autres enfants dans les deux ans qui suivirent un accouchement et que seulement 40 pour cent d'entre elles ont eu recours à des méthodes de planification familiale (Ministère de la Santé, de la Prévention, et de l'Hygiène Publique et de la Direction de la Santé 2009). Ceci indique ainsi que 57 à 59 pour cent des femmes en postpartum ont un besoin en planification familiale non satisfait. Par ailleurs, les résultats de l'EDS-Continue de 2012-2013 indiquent que 66 pour cent de femmes en postpartum avaient une demande de PF répartie comme suit: i) 21 pour cent ne voulant plus d'enfants ; ii) et 45 pour cent désirant espacer pour une période d'au moins deux ans la naissance de leur prochain enfant. Par ailleurs, l'utilisation effective de la contraception moderne reste toujours très faible même si des avancées ont été enregistrées récemment. Le Taux de Prévalence Contraceptive (TPC) pour les méthodes modernes était de 16 pour cent en 2013 selon l'EDS continue (ANSD, 2014). Les injectables (6 pour cent) et la pilule (5 pour cent), suivies dans une moindre mesure par les implants (3 pour cent) sont les méthodes les plus utilisées.

La pratique de l'abstinence postpartum demeure par ailleurs courante au Sénégal. En 2010, plus d'une femme sur deux (56 pour cent) n'avaient pas encore repris ses rapports sexuels deux à trois mois après la naissance du dernier enfant. A 8-9 mois après la naissance de leur enfant, plus d'une femme sur cinq (21 pour cent des mères) étaient encore en abstinence.

L'allaitement étant reconnu au Sénégal comme un moyen de prolonger l'infécondité postpartum de par son intensité et sa fréquence est une pratique culturelle qui est utilisée pendant une période particulièrement longue. La durée de l'allaitement était en moyenne de 17 mois en 1986; ce qui s'avérait être l'une des durées d'allaitement maternel des plus longues en Afrique (CESCR, 2001). Cette durée a depuis lors augmenté pour atteindre une moyenne de 20,1 mois en 2005 et 20,9 mois en 2010-2011 (CRDH et ORC Macro 2005; ANSD et ICF 2012).

Principaux défis pour la prestation de services de PF postpartum

Les défis qui pèsent sur la prestation de services de postpartum sont à l'image de ceux relatifs aux services de SR en générale. Il s'agit notamment de :

- Le faible taux d'achèvement au niveau de l'utilisation des services de CPN et de consultation postnatale. Si les femmes font leur première consultation prénatale ainsi que leur première visite postnatale, force est de constater qu'il y a une forte déperdition dans la complétude de ces visites, ce qui constitue une contrainte réelle pour parler de la PF aux femmes.

- La non disponibilité des prestataires : Le déficit de ressources humaines, notamment dans les zones rurales et leur inégale répartition sur le territoire national, constitue un obstacle majeur à l'offre de services de PF. Près de 71 pour cent des médecins et 37 pour cent des sages-femmes sont concentrées dans la région de Dakar (MSAS, carte sanitaire 2011). Pour faire face à ce déficit de ressources humaines, le MSAS est entrain d'expérimenter des initiatives en matière de délégation des tâches pour améliorer l'accès aux services de PF. C'est ainsi que l'offre initiale de pilule par les matrones va être généralisée au niveau national. De même, l'offre des injectables par les matrones et agents de santé communautaires exerçant au niveau des cases est en train de se poursuivre après l'expérience pilote.
- Les ruptures de stocks: La non disponibilité des produits constitue quelques fois des barrières pour l'utilisation des services de planification familiale. Au cours de la période récente (2010-2011) de fréquentes ruptures de produits de contraception avaient été notées. Par exemple, des ruptures d'implants ont été notées à hauteur de 80 pour cent dans le secteur public (Division de la Santé de la Reproduction et Ministère de la Santé et de l'Action Sociale). Ces pénuries indiquent que les femmes qui cherchent des contraceptifs ne sont pas toujours en mesure d'y accéder. Toutefois, avec l'introduction du Informed Push Model² (IPM), la disponibilité des produits contraceptifs s'est beaucoup améliorée. En effet, selon l'étude de la chaîne d'approvisionnement nationale menée par le MSAS en 2011, les effets de la mise en place de l'IPM à Pikine ont été immédiats et durables. Les ruptures de stock en pilules contraceptives, contraceptifs injectables, implants et dispositifs intra-utérins (DIU) ont été complètement éliminées dans les 14 établissements de santé publics du district au terme des six mois de cette phase pilote. Durant le mois qui précéda la mise en place de l'IPM, 57 pour cent des établissements étaient en rupture de stock de contraceptifs injectables et de pilules. Ce taux atteignait 86 pour cent pour les implants et 14 pour cent pour le DIU. Durant la même période-pilote, dans le district voisin de Guédiawaye où l'IPM n'avait pas été mis en place, les ruptures de stock ont persisté pour, en moyenne, 23 pour cent des établissements. Après avoir constaté l'impact considérable de ce système sur les ruptures de stock, le gouvernement décida d'étendre cette approche à l'ensemble des 140 établissements publics de la région de Dakar.
- L'insuffisance de l'offre de service SR/PF ciblant les plus vulnérables (femmes rurales, zones enclavées, les couches les plus pauvres, les femmes enceintes séropositives, les adolescentes/jeunes).
- Le coût des prestations : bien que les prix des contraceptifs soient subventionnés, les coûts réels supportés par les client(e)s constituent des barrières permanentes à leur accès, notamment dans le secteur privé où ils sont beaucoup plus élevés. L'absence de l'application d'un ticket modérateur surtout dans les zones où l'ISBC n'est pas expérimentée, contribue à augmenter les coûts d'accès aux services.
- La faible qualité des services : Au-delà du manque de conseils et d'informations, les clientes des services de PF ne sont pas souvent satisfaites de la manière dont elles sont traitées lors des visites. L'enquête du projet ISSU (CRDH et MLE, 2012) avait permis de constater que presque une femme sur quatre avait indiqué que le prestataire de services de planification familiale ne traitait pas les clientes de façon appropriée et n'avait pas apprécié la façon dont elle-même avait été traitée lors de la consultation. De même, environ 27 pour cent avaient soutenu que les

² L'ISSU et le gouvernement sénégalais ont développé un modèle de distribution en « Push » dénommée IPM, qui a été testé dans le district de Pikine entre février et juillet 2012. Ce modèle rapproche la source de l'approvisionnement (un camion de livraison transportant les produits) de la source de la demande (les utilisatrices des centres de soins) et simplifie les étapes intermédiaires. Avec l'aide d'un logisticien professionnel qui gère les stocks et les livraisons, les centres de soins n'ont plus besoin de passer la commande et de consacrer du temps à aller chercher les produits. Après sa phase pilote, ce modèle est entrain d'être étendue dans d'autres régions.

prestataires ne mettaient pas les femmes à l'aise lorsqu'elles sollicitaient des méthodes contraceptives (CRDH et MLE, 2012).

- La faible demande de PF: l'ampleur des besoins non satisfaits de PF parmi les femmes en postpartum (66 pour cent) résulte d'une demande encore très faible pour la PF. L'inversion de cette tendance par une stimulation de la demande demeure plus que cruciale.
- La persistance des rumeurs sur la PF et la perception négative de la PF chez les femmes (20 pour cent des femmes n'utilisent pas de contraceptifs de peur que la PF soit dangereuse pour la santé). L'EDS a révélé que seulement 57 pour cent des femmes ont été informées des effets secondaires potentiels liés à la méthode contraceptive qu'elles avaient choisie.

Meilleures stratégies pour la prestation de services de PFPP et meilleurs points de contact (la CPN, l'accouchement, la vaccination)

Une intervention complète de PFPP suppose une continuité des soins pour la femme et son enfant à de nombreux points de contact du système de santé depuis la période prénatale jusqu'à 12 mois après l'accouchement. Pour ce faire, plusieurs points de contact avec le système de soins peuvent offrir des occasions d'intégrer la PFPP dans les interventions de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI).

Le tableau ci-dessous résume les recommandations de l'OMS sur les points de contact qui peuvent être saisis comme opportunité pour informer et offrir aux femmes les services de PF.

TABLEAU 1 : Chaîne de contact pour la PFPP

CHAÎNE DE POINTS DE CONTACTS POUR LA PFPP				
STADE	Grossesse	Travail et accouchement, période précédant la sortie de l'établissement (0-48 heures)	Soins postnatals, notamment prévention de la transmission mère enfant du VIH (PTME) (48 heures-6 semaines)	Prise en charge du nourrisson (4-6 semaines à 12 mois)
PRESTATION DE SERVICES	Soins prénatals en institution Test de dépistage de la grossesse dans la communauté	En institution ou à domicile en présence d'une accoucheuse qualifiée	Consultations en institution ou visites à domicile : • Si l'accouchement a lieu à domicile, dans les 24 heures qui suivent • Si l'accouchement a lieu en institution, avant la sortie de l'établissement • Le 3e jour (48-72 heures) • Entre le 7e et le 14e jour après la naissance • 6 semaines	Consultations en institution, visites à domicile ou activité communautaire : • Vaccinations (diphtérie-tétanos-coqueluche (DTC) ou vaccin pentavalent 1, 2, 3 ; rougeole, rotavirus ; rappels ; etc.) • Consultations de contrôle de la santé de l'enfant • Nutrition/suivi de la croissance • Journées spéciales (par exemple distribution de vitamine A) • Consultations de prise en charge des maladies (par exemple prise en charge intégrée des cas dans la communauté/prise en charge intégrée des maladies de l'enfant) • PTME/prise en charge et traitement antirétroviral

SOURCE : OMS. Stratégies de programmation pour la PFPP. Genève. 2014.

Ces directives de l'OMS ont été intégrées dans les Politiques, Normes et Protocoles (PNP) des services de SR du Sénégal. Au niveau des services cliniques au Sénégal, la promotion de la planification familiale, comme un acte qui sauve la vie de la mère et de l'enfant fait partie des initiatives qui ont contribué au succès relatif du programme sénégalais de réduction de la mortalité maternelle et néonatale, et plusieurs étapes constituent des opportunités pour informer les femmes sur l'intérêt de la PF.

CPN

On entend par consultations prénatales les services dispensés à une femme pour suivre son état de santé et celle de son fœtus durant le déroulement de la grossesse. Elles sont l'occasion d'encourager les femmes à accoucher en présence d'une personne qualifiée et de donner des conseils sur l'importance de la planification familiale et les options de contraception disponibles (OMS, 2006). Des informations et des conseils sur l'allaitement ou sur les autres méthodes de contraception peuvent être donnés. Pour un couple ou une femme qui ne souhaite plus d'enfant, les CPN sont également l'occasion d'offrir des conseils sur les méthodes permanentes. Les CPN qui peuvent être offertes aussi à domicile, elles aident donc à assurer le lien indispensable entre les services de soins dispensés dans la communauté et ceux qui le sont dans un établissement. Elles sont également l'occasion d'inciter les maris et les membres de la famille à encourager des comportements favorables à la santé pendant la grossesse et le postpartum. Les protocoles des services de CPN actuellement en vigueur au Sénégal intègrent toutes ces directives.

Au cours du 4^{ème} trimestre de la grossesse, à savoir la CPN de rang 4, l'information sur la PF est déjà prise en compte dans le contenu de la CPN et plus spécifiquement lors de la préparation du plan d'accouchement pour la future maman.

Travail et accouchement (0-48 h)

Ce point de contact fait intervenir différents stades du séjour dans l'établissement, notamment l'admission, le début du travail, l'accouchement, le séjour à la maternité, le postpartum immédiat et la période préalable à la sortie de l'établissement. Il est recommandé de donner des conseils sur l'importance de la planification familiale et les méthodes contraceptives notamment l'aménorrhée lactationnelle (OMS, 2006).

L'accouchement dans un établissement est une occasion exceptionnelle de discuter avec les femmes sur leurs perspectives en matière de procréation et leurs besoins du point de vue de la contraception. Plusieurs méthodes peuvent être proposées par les services de planification familiale durant la période du postpartum immédiat : l'aménorrhée lactationnelle (AL), le DIU, le préservatif et la stérilisation (masculine ou féminine). Les méthodes fondées sur les progestatifs seuls peuvent être recommandées aux femmes qui n'allaitent pas leur enfant avant qu'elles quittent l'établissement.

Sachant que les soins et conseils lors du postpartum aident à assurer une bonne santé pour la mère et le nouveau-né, au Sénégal, des actions de conseils sont fournis aux femmes juste après l'accouchement et portent essentiellement sur la pratique de l'allaitement maternel, les vaccinations et la planification familiale.

De plus, dans les heures qui suivent l'accouchement, les parturientes sont encouragées à utiliser la MAMA. Le renforcement des capacités du personnel dans ce domaine est en majeure partie assuré à travers les différentes interventions des partenaires..

CPON (48 heures–6 semaines)

Les consultations postnatales constituent également une bonne occasion de conseiller les femmes en matière d'espacement des naissances et de planification familiale. Il faut aborder les options disponibles en

matière de contraception et fournir un moyen contraceptif aux femmes qui en font la demande (OMS, 2010; OMS, 2013). L'OMS recommande que les femmes qui ont accouché dans un établissement de santé bénéficient de soins postnatals dans les 24 heures qui suivent l'accouchement. Si elles ont accouché à domicile, le premier contact postnatal devrait se faire le plus tôt possible dans les 24 heures qui suivent l'accouchement. Trois contacts postnatals supplémentaires sont recommandés: le troisième jour, entre le septième et le quatorzième jour après l'accouchement et six semaines après l'accouchement (OMS, 2013). Il est important d'atteindre les femmes avant qu'elles risquent d'avoir une grossesse non désirée en les informant sur le retour de la fécondité, les possibilités qu'elles ont d'espacer ou d'éviter les futures grossesses, et enfin les avantages de la PF pour leur santé et celle de leur nouveau-né.

Les interventions communautaires sont déterminantes pendant la période vulnérable où la femme revient chez elle après avoir accouché en institution, mais elles le sont aussi pour les femmes qui accouchent chez elles. Tant pour les accouchements en institution que pour les accouchements à domicile, l'OMS recommande que l'action de conseil et l'appui concernant l'Allaitement Maternel Exclusif (AME) fassent partie de chaque contact postnatal. Il est d'autre part recommandé qu'à l'occasion de ces contacts, des conseils soient donnés aux femmes sur l'espacement des naissances et la planification familiale en abordant avec elles les différentes options disponibles en matière de contraception et fournir les moyens contraceptifs aux femmes qui en font la demande. Il faudrait également leur donner des conseils sur les pratiques sexuelles à moindre risque, notamment l'utilisation du préservatif. Pour les femmes vivant avec le VIH, la PFPP peut être intégrée dans les services normaux de soins postnatals s'ils sont prévus dans le programme de Prévention de la Transmission Mère-Enfant.

Au Sénégal, le paquet de services pour la consultation postnatale inclut la PF. Les femmes sont orientées vers les services de PF où la gamme des choix est élargie de manière à inclure les méthodes de longue durée. Les prestations se font particulièrement à travers la promotion de la Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA) et de l'Allaitement Maternel Exclusif (AME) et l'information sur les autres méthodes de PF disponibles. Cette consultation postnatale intervient à différentes étapes : à j2-j3 ; j9-j10 et à j42. Toutes ces visites constituent des opportunités pour fournir des conseils aux mères.

Au niveau communautaire, des actions de soutien et de suivi des mères et des nouveaux-nés en période post-natale sont menées par les acteurs communautaires (Bajenu Gox, relais, matrones, ASC). Ces actions consistent essentiellement à:

- Identifier les accouchées et les nouveaux-nés dans la communauté ;
- Encourager, orienter et si possible accompagner les accouchées récentes et leurs nouveaux-nés à faire les 03 consultations post-natales (CPoN) requises ;
- Encourager les mères et leur entourage à assurer le suivi des soins essentiels de base et à pratiquer l'Allaitement Maternel Exclusif (AME) ;
- Encourager les accouchées récentes et les familles à espacer les naissances.

Le tableau suivant décrit le rôle assigné aux différents acteurs communautaires dans la période post-natale.

TABLEAU 2 : Rôle des acteurs communautaires dans la période post-natale.

Items	Acteurs communautaires (ASC-matrones, Relais)	Bajenu Gox
Promotion de la CPoN	Organise des activités d'IEC-CCC sur les avantages et période, lieu et nombre de CPoN (causeries, VAD, El..)	Peut aider les relais à organiser les activités d'IEC-CCC
Suivi post natal	-Oriente et accompagne si possible l'accouchée récente et son nouveau-né à faire les 3 CPoN -Effectue 2 visites à domicile pour le suivi des soins de l'accouchée récente et du nouveau-né	-Oriente et accompagne si possible l'accouchée récente et son nouveau-né à faire les 3 CPoN -Encourage la mère et son entourage à assurer le suivi des soins du nouveau-né et la pratique de l'AME
Planification familiale	-Fait le plaidoyer et organise les activités IEC-CCC -Conseille les femmes sur l'importance, les avantages d'espacer les naissances et les méthodes de PF -Fait le counseling sur toutes les méthodes et offre à la femme les méthodes de PF disponibles à la case -Réfère la femme au poste de santé pour méthode de PF non disponible à la case	-Fait le plaidoyer et encourage la femme et son entourage à espacer les naissances - Orienté vers la structure de santé en cas de besoin

SOURCE : MSAS. Guide de formation des Bajenu Gox. Sénégal. 2014.

Prise en charge du nourrisson (4–6 semaines à 12 mois)

Les consultations destinées à contrôler la santé des nourrissons et des jeunes enfants sont souvent pour les femmes les occasions les plus fréquentes, voire les seules, de se rendre dans un établissement de santé pendant la première année qui suit l'accouchement. Les services de vaccination systématique, les séances d'information, d'éducation et de communication concernant la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant (NMNJE) et, enfin, les consultations pour enfants bien portant ou enfants malades sont d'importantes occasions de débattre des questions de planification familiale avec les mères. Il y a des contacts réguliers liés à la vaccination. Les réunions organisées régulièrement sur la nutrition et l'alimentation du nourrisson, notamment le suivi et la promotion de la croissance et/ou la distribution de vitamine A, sont l'occasion d'atteindre de nombreuses femmes. Il est recommandé aux femmes de passer de l'aménorrhée lactationnelle à une autre méthode moderne de planification familiale lorsqu'elles commencent à donner des aliments de complément à leur nourrisson. Lorsqu'un enfant malade est vu par un agent de santé communautaire ou un prestataire de santé à l'occasion des consultations de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (OMS, 2008), on peut s'enquérir de l'état de santé de la mère et de ses besoins en matière de planification familiale.

Il convient de noter que toutes ces recommandations ont été reprises dans les PNP des services du Sénégal pour une plus grande intégration de la PF dans le cycle de la vie reproductive de la femme.

Dans le cadre du projet ISSU, en vue de mieux adresser les besoins non satisfaits des femmes, des sage femmes ont été recrutées et positionnées au niveau des services de vaccinations pour offrir des conseils et des services aux mères qui viennent pour la vaccination de leurs enfants.

Défis autour de l'organisation des services

Les défis majeurs qui pourraient se poser à l'offre de la PFPP sont essentiellement relatives à:

- L'absence d'un système d'orientation-recours interne : bien que l'approche d'intégration des services soit prônée, on note souvent que les prestataires ne réfèrent pas systématiquement les femmes vers l'unité de PF, surtout lorsque celle-ci se trouve éloignée.
- Le fait que l'offre de services PF soit limitée uniquement au niveau de l'unité de PF fait que les femmes ne reçoivent souvent au moment de leur visite les informations et les services PF qu'elles auraient dû recevoir avant leur sortie de la structure. Un rendez-vous leur est souvent donné, ce qui constitue une occasion manquée de leur offrir une méthode de PF.
- Le faible lien entre les interventions communautaires et les structures classiques ne permet pas de capturer toutes les clientes potentielles au niveau communautaire. La non systématisation des stratégies avancées renforce cette absence de lien avec le niveau communautaire qui ne dispose pas de la gamme des produits utilisables par les femmes en postpartum. Les expériences pilotes sur l'offre de la pilule et des injectables ne sont pas encore généralisées. Ainsi, pour acquérir certaines méthodes, les femmes sont obligées de parcourir de longues distances. Les méthodes de longue durée telles que le jodelle et le DIU ne sont pas encore disponibles au niveau communautaire.
- La disponibilité de ressources humaines bien formées : en effet, l'absence de ressources humaines au niveau des Points de Prestations de Services PF constitue une contrainte majeure qui peut jouer sur la qualité des services. Les études d'évaluation de l'offre de services de PF révèlent que les prestataires de services ne donnaient pas systématiquement aux clientes des informations sur la PF en général et sur les effets secondaires liés à l'utilisation des méthodes en particulier parce qu'elles n'avaient pas assez de temps pour faire le counseling ; par ailleurs, la faible disponibilité du personnel a pour conséquence d'allonger le temps d'attente des clientes au niveau de ces services (Population Council, étude exploratoire sur les soins respectueux aux femmes fréquentant les services de SR, 2013).

Au regard de ces contraintes, l'introduction de contraceptifs innovants, notamment celles de la famille des anneaux vaginaux apporte une perspective intéressante pour booster la PFPP.

Place des anneaux vaginaux pour la promotion de la PFPP

L'Anneau Vaginal, en tant que méthode de planification familiale pour la période postpartum, présente une valeur unique de par son design (sa présentation), son utilisation et ses avantages.

- L'AVP est un anneau flexible, libérant une faible dose d'hormone ; il n'interfère pas sur les rapports sexuels ou sur la qualité du lait maternel.
- L'AVP est une méthode entièrement contrôlée par l'utilisatrice ; il offre une protection discrète contre les grossesses ; il présente une facilité d'insertion et de retrait à la portée des femmes, même celles non instruites ; il n'interfère pas sur la vie sexuelle ; il peut être utilisé au-delà de 3 mois sans avoir besoin de se rappeler quotidiennement.
- c'est une méthode sûre pour la mère et le bébé et elle renforce la protection déjà offerte par l'allaitement maternel ; l'AVP offre ainsi une option sans souci pour les nouvelles mères qui veulent espacer leurs naissances.

- L'anneau vaginal présente une efficacité de 98.5 pour cent et ne nécessite pas la mobilisation d'infrastructures/d'intrants sanitaires quant à son offre.
- L'intégration de l'AVP dans les services de soins postpartum offre une opportunité intéressante d'élargir les options de contraception pour les femmes en période postpartum et améliorer ainsi leur accès aux services de PF. Plusieurs possibilités s'offrent ainsi pour assurer une intégration facile de l'AVP dans les services de soins postpartum, notamment lors des consultations postnatales, au niveau des services de vaccination et de prise en charge du nourrisson durant les 12 mois qui suivent l'accouchement.
- De par son usage facile, l'AVP peut facilement être positionné au niveau communautaire et intégrer les stratégies de distribution à base communautaire des produits contraceptifs ou les stratégies avancées.

B. INTÉGRATION DES SERVICES

Politiques de promotion de l'intégration des services

Conformément au plan d'action de la CIPD et aux recommandations d'autres assises internationales, le Sénégal s'est engagé vers une politique effective d'intégration des services, ceci dans une perspective d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile. L'intégration des services de santé a été établie comme un moyen d'accroître la disponibilité et l'utilisation des services de planification familiale et de santé de la reproduction et de fournir aux populations un meilleur accès aux soins de santé.

Le Plan Stratégique National pour la Survie de l'Enfant favorise à cet effet l'établissement d'un paquet de services essentiels, à fort impact, pour améliorer la continuité des soins pour les femmes enceintes, les nouveau-nés et les enfants. Par la suite, entre les années 1995 et 2000 plusieurs stratégies ont été développées pour intégrer les programmes au niveau communautaire :

- Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant au niveau Communautaire (PCIME-C)
- Promotion de la mise en œuvre d'un paquet de soins préventifs pour la survie des nouveau-nés (SPNN)
- Prévention et prise en charge systématique des difficultés liées à la grossesse, à l'accouchement et aux suites de couches
- Développement des capacités des agents intervenant dans la santé communautaire.

Cette volonté d'intégrer les services s'est manifestée à plusieurs niveaux et à travers plusieurs documents officiels :

- Le Plan National de Développement Sanitaire et Social (2009-2018) qui préconise l'intégration des services en tant qu'approche majeure pour accélérer la réduction des taux de mortalité maternelle, néonatale et infantile. La définition d'un paquet de soins intégrés pour le couple mère-enfant a été retenue pour faciliter cette intégration des services.
- Le Plan Stratégique National pour la SR qui favorise l'établissement d'un paquet de services essentiels, à fort impact, pour améliorer la continuité des soins pour les femmes enceintes, les nouveau-nés et les enfants.

- Le plan national d'action pour la PF qui préconise une intégration effective des services de PF dans tous les services de santé maternelle, néonatale et infantile pour capturer toutes les opportunités d'offre de services PF.
- La mise en place d'une Direction nationale de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l'enfant pour une meilleure intégration des interventions de santé maternelle, néonatale et infantile.

Dans la même lancée, l'USAID, dans le cadre de son soutien au PNDS du Sénégal, a accordé un financement sur cinq ans à un consortium dirigé par ChildFund en juillet 2006 pour la mise en œuvre de la composante « santé communautaire ». L'objectif du Programme Santé USAID/Santé Communautaire (PSSC I) était d'offrir un paquet de services de base, qui répondrait aux besoins les plus pressants des communautés en matière de soins de santé primaires : santé maternelle, infantile et du nouveau-né (SMNI), traitement de la diarrhée et des infections respiratoires aiguës (IRA), prévention et traitement du paludisme, prévention du VIH/SIDA et de la tuberculose, planification familiale et nutrition, entre autres.

Ce programme qui a été renouvelé pour cinq ans (oct. 2011 – sept. 2016) appuie les objectifs énoncés dans les stratégies nationales au Sénégal. Le but du Programme Santé USAID/Santé Communautaire phase II (PSSC II) est de capitaliser les réalisations du PSSC I, de rendre fonctionnels les cases et sites communautaires de santé à l'échelle nationale, de rendre disponibles les services essentiels dans les sites communautaires et les cases de santé, et d'intégrer ces dernières dans le système de santé en général. Ainsi, des priorités ont été définies autour du processus d'intégration à travers le PSSC afin de pallier entre autres les problèmes d'accès et garantir aux communautés une meilleure prise en charge sanitaire. Le PSSC II est mis en œuvre par un consortium dirigé par ChildFund qui travaille en collaboration avec Africare, Plan International, World Vision, Catholic Relief Services, Enda Santé et Enda Graf Sahel. ChildFund assure la coordination et la gestion globale du Projet. Il intervient dans toutes les 14 régions administratives du Sénégal et 72 districts sanitaires.

Actuellement le dispositif d'intervention communautaire s'appuie sur une couverture en cases de santé (2 160 cases fonctionnelles) et sites (environ 3 183 sites fonctionnels) qui a largement augmenté au cours des dernières années. Le nombre fonctionnel d'acteurs de mise en œuvre s'élève à 17 417. (Plan Stratégique SC).

Depuis lors, au niveau national, des efforts importants ont été faits pour offrir des services intégrés.

Depuis 2011, des efforts d'intégration des plans (ex : survie de l'enfant et PF) ont été notés avec la tenue d'un atelier national de planification conjointe des interventions. La restructuration de l'architecture du Ministère avec la création d'une Direction Générale de la Santé a constitué un acte fort, de même que l'élaboration d'une politique nationale de santé communautaire en cohérence avec la Stratégie Nationale de Développement Economique et Social 2013-2017 (SNDES) qui, entre autres, met l'accent sur l'accès des populations aux services sociaux de base. Pour rendre opérationnelle la volonté du gouvernement de rapprocher les prestations de services des populations, cette Politique Nationale de Santé Communautaire a été élaborée en septembre 2013 et une Cellule de Santé Communautaire créée avec pour mission d'impulser, d'organiser et de coordonner la santé communautaire.

Les services de santé reproductive intégrés

Le terme "intégration" renvoie souvent à l'unification des soins curatifs et préventifs. Toutefois, elle prend également en compte tous les aspects de la mise en œuvre des interventions, à savoir le lieu, le temps, les ressources engagées, les activités ainsi que les personnes bénéficiaires des services offerts. L'intégration des services de Santé de la Reproduction (SR) permet aux femmes d'accéder à de multiples services en général au même moment, dans le même lieu, et souvent par le même prestataire. Autrement dit, si les

services sont bien intégrés, une femme venue pour une consultation prénatale pourrait bénéficier de conseils, d'un dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST y compris le VIH) et d'un traitement si nécessaire, mais aussi de conseils sur la planification familiale, la nutrition et l'hygiène. Ainsi, les femmes ont accès à une gamme plus large de services, d'informations et de soins au cours d'une même consultation. D'où, une augmentation de l'utilisation des services et leur amélioration du point de vue de la qualité et de l'efficacité.

Au niveau communautaire, les acteurs de mise en œuvre du programme de santé communautaire ont mis en place un paquet intégré de service basé sur le Plan Opérationnel du Passage à l'Echelle Nationale (POPAEN) couvrant différents domaines d'intervention (santé de la reproduction, planification familiale, survie de l'enfant et lutte contre les maladies prioritaires de l'enfant (palu, diarrhée et IRA), nutrition avec les activités du Programme de Renforcement Nutritionnel (PRN), et maladies tropicales négligées telles que Bilharzioses, Onchocercose, etc.).

Au niveau des structures sanitaires, les services intégrés incluent les prestations suivantes :

- Santé infantile: vaccins, médicaments, vitamine A, services de soins curatifs, services ambulatoires ;
- Santé maternelle et néonatale : soins prénatals, services d'accouchement, soins néonataux, soins obstétricaux d'urgence ;
- Planification familiale et santé reproductive : méthodes contraceptives, conseils, approvisionnements, diagnostic et traitement des IST ;
- VIH/SIDA : dépistage du VIH, soins et soutien, traitement antirétroviral, PTME, Prophylaxie Pré-Exposition (PPE).

Cette intégration se matérialise le plus souvent à travers un système de référence interne au sein de la structure.

Les données issues du Profil Pays du Sénégal élaboré dans le cadre du projet STEP-UP (Consolidation des données pour une programmation des grossesses non désirées-)³ montrent que des efforts ont été déployés pour intégrer la planification familiale aux autres programmes de santé pour un élargissement de sa disponibilité. Le projet «Santé Maternelle, Néonatale et Infantile, Planification Familiale et Lutte contre le Paludisme » (SMNI/PF/PALU) a joué un rôle important dans les efforts visant à intégrer les services de planification familiale dans tous les autres services de santé de la reproduction (STEP UP, 2014). Entre 2006 et 2011, ce programme, qui a ciblé les postes de santé, les centres de santé et les hôpitaux au niveau de 11 régions, a permis la formation de 573 prestataires sur l'offre d'un paquet intégré de services de SR. (IntraHealth et Population Council, 2010a). Ce projet a également permis d'intégrer, sur une base pilote, la PF dans les services de santé du secteur privé à travers la mise en place d'un « paquet de services de planification familiale », incluant les informations sur les politiques nationales de santé, sur les normes, les protocoles, les systèmes logistiques et de prise en charge en matière de santé de la reproduction, ainsi que l'utilisation du système d'information sur la santé. Ce programme a également permis de standardiser l'offre de services de PF au niveau du secteur privé et a facilité l'intégration de ce secteur dans le système public d'approvisionnement. Par ailleurs, le projet a expérimenté des initiatives d'intégration de la PF dans les services de vaccination qui ont permis d'enrôler de nouvelles acceptrices de la PF au niveau de ces services.

³ Le projet STEP-UP est un projet financé par la coopération britannique qui vise à réduire les grossesses non désirées et l'incidence des avortements. Il concerne 6 pays et est exécuté par un consortium sous la coordination de Population Council.

Toutefois, on note que les services de planification familiale restent encore peu intégrés aux services de soins obstétricaux dans les structures de santé, ceci en dépit des directives. Selon l'enquête⁴ du projet ISSU, la grande majorité des femmes (60 à 80 pour cent) n'ont reçu aucun conseil sur la planification familiale avant ou après leur dernier accouchement dans une structure de santé. Par ailleurs, l'information sur la planification familiale n'est pas bien intégrée dans les services de soins infantiles au niveau des structures de santé. Plus de 90 pour cent des femmes qui se sont rendues dans une structure de santé pour des soins infantiles n'ont reçu ni conseils ni informations sur la planification familiale. En outre, plus de 80 pour cent des femmes n'ont reçu aucun conseil ou information sur la planification familiale lors des visites dans les structures de santé en vue d'un traitement d'IST ou de VIH.

Principaux défis à l'intégration des services de santé reproductive

Les données recueillies dans le cadre de cette revue documentaire indiquent que plusieurs défis se dressent pour une intégration effective des services de santé reproductive. Il s'agit, entre autres de :

L'équité dans l'accès aux structures de santé sur le territoire

L'accessibilité des structures sanitaires demeure toujours problématique pour la majorité des Sénégalais, en particulier pour les groupes vulnérables. En effet, le Sénégal n'a pas encore atteint les normes préconisées par l'OMS, en termes de couverture en infrastructures sanitaires et de personnel qualifié. Le nombre de structures de santé existantes (postes et cases de santé) ne permet pas à l'ensemble de la population du Sénégal de disposer d'une structure à moins de 5 km de son lieu d'habitation. De plus, la répartition de ces structures est inégale sur l'ensemble du territoire et des zones non couvertes persistent dans les régions faiblement peuplées (Matam, Tambacounda, Louga, etc.). A ce déficit de structures, s'ajoute celui des ressources humaines. En effet, il existe par exemple environ 490 postes de santé dépourvus de sages-femmes. Même si dans certaines régions telles que Dakar et Thiès, le ratio sages-femmes par PPS est a priori satisfaisant, dans d'autres régions, l'objectif d'avoir au moins une sage-femme par PPS est loin d'être atteint.

L'intégration de la santé communautaire dans le système de santé publique

Plusieurs éléments montrent qu'au Sénégal, la santé communautaire est insuffisamment intégrée au sein du système de santé. En effet, le statut des acteurs communautaires est imprécis et requiert un cadre harmonisé et une réglementation précise des responsabilités, compte tenue de la multitude des acteurs afin d'assurer une meilleure qualité de l'offre et la motivation de ces acteurs.

Par ailleurs, la supervision, des acteurs de santé communautaire par le personnel qualifié est insuffisante. Cette supervision qui doit être assurée par le personnel demeure irrégulière car la plupart des agents sont dans l'incapacité d'effectuer des supervisions faute de temps, de moyens financiers ou de moyens logistiques. Ce qui influe négativement sur la qualité des services dispensés par les acteurs de santé communautaire et une remontée appropriée des données.

L'harmonisation des paquets de service et de la formation en santé communautaire

De manière générale, il n'existe pas un curriculum de formation harmonisé pour les acteurs communautaires. La formation demeure hétérogène, ce qui affecte la qualité des services :

En ce qui concerne les Bajenu Gox, la durée de la formation est jugée insuffisante pour une assimilation correcte des connaissances et compétences requises (ex. compréhension parfois approximative des messages à la sortie de la formation, faible taux de rappel des connaissances apprises, difficulté de véhiculer des messages alignés avec les formations).

⁴ L'enquête a concerné 6 centres urbains au niveau de 3 régions : Dakar (Dakar, Pikine, Guédiawaye, Mbao), Thiès (Mbour) et Kaolack.

La motivation des acteurs de mise en œuvre de la santé communautaire

Sur le plan financier, les acteurs de santé communautaire ne sont pas assez motivés car la logique des soins de santé primaires reposait, lors de l'introduction de la santé communautaire, essentiellement sur le principe du volontariat.

Par ailleurs, l'absence de statut de ces agents constitue une source de démotivation permanente. Le déficit de supervision par les personnels qualifiés est également vécu comme un manque de reconnaissance.

Le système d'approvisionnement en médicaments et produits essentiels

La faible intégration des cases de santé et des acteurs de santé communautaire dans le système de santé se traduit par une chaîne d'approvisionnement en produits défaillante. D'où des ruptures de stock fréquentes. De plus, le personnel est rarement formé et motivé à la gestion de stocks pour assurer la pérennisation des efforts.

Même si la mise en œuvre du Push Modèle a beaucoup amélioré la situation⁵, tout même, il convient de noter que le niveau communautaire n'est pas encore pris en compte à travers cette approche.

La faible intégration de la PF dans le secteur privé

Les services de PF ne sont pas systématiquement offerts dans les structures privées. Les femmes sont souvent orientées vers d'autres structures pour bénéficier de ces services. Par exemple, la législation en vigueur ne permet pas aux cliniques privées de détenir des contraceptifs. De plus, l'intégration de la PF dans les autres unités de SR n'y est pas toujours effective.

Bénéfices attendus pour les clients/communautés et les niveaux du système de santé

L'intégration des services implique de nombreux bénéfices attendus aussi bien pour les clients, communautés que pour le système de santé.

Bénéfices attendus pour les clients/communautés :

- Meilleure prise en compte des besoins des populations à travers l'offre de soins de qualité de santé de la reproduction ;
- Elargissement des services et de la couverture médicale ;
- Accessibilité géographique et financière des soins.

Bénéfices attendus pour les niveaux du système de santé :

- Accroissement du niveau d'utilisation des services de SR
- Renforcement des capacités du personnel

⁵ Il a permis de retirer la charge de la gestion des approvisionnements au personnel médical, souvent surchargé par les activités quotidiennes, pour l'attribuer à un opérateur logistique dédié pour la circonstance.

Conclusion

Au cours de ces dernières années, l'engagement du Gouvernement sénégalais en faveur du repositionnement de la PF a été réel. Cet intérêt s'est manifesté à travers l'adoption d'un plan national d'action qui s'est fixé comme objectif d'augmenter le taux de prévalence contraceptive de 12 pour cent en 2012 à 27 pour cent en 2015. Pour atteindre cet objectif, le PNAPF met l'emphasis sur la réduction des besoins non satisfaits qui demeurent très élevés parmi les femmes en période postpartum. Conformément aux recommandations de l'OMS, la PFPP occupe une place stratégique dans cette politique de repositionnement de la PF. Les Politiques, normes et protocoles des services de SR prônent une intégration effective de la PF à tous les niveaux de contact de la femme quand elle se présente dans les structures de santé maternelle et infantile. Pour chaque visite, les PNP définissent un paquet intégré de services qui inclut systématiquement la PF :

- Lors de la CPN, plus spécifiquement lors de la 4^{ème} CPN où on propose à la femme un plan d'accouchement
- Après l'accouchement, avant sa sortie de la maternité, plus spécifiquement à j2-j3. Cette information est consolidée lors de la 2^{ème} consultation postnatale (j9) et à j42
- Les consultations pour le nourrisson constituent également des opportunités réelles pour promouvoir la PF, principalement lors des séances de vaccination.

De façon concrète, des expériences d'intégration des services ont été testées. Il s'agit de l'ISBC dont le passage à l'échelle est en cours avec la mise en œuvre du projet ISSU.

L'introduction de l'AVP, dans ce contexte, ne peut que renforcer le repositionnement de la PFPP. L'AVP de par son utilisation facile, son caractère discret et du fait qu'elle ne nécessite pas la mobilisation d'un prestataire ou d'infrastructures, présente une bonne perspective.

Toutefois, son introduction devra prendre en compte certains défis structurels liés à l'organisation des services, en particulier :

- La faible disponibilité des ressources humaines
- La faiblesse du système de référence-recours interne
- La faible intégration des interventions communautaires

Références

- Abdoul Karim GUEYE et Pape Salif SECK, 2009. *Etude de l'accessibilité des populations aux soins hospitaliers au Sénégal*, Plate-forme des acteurs non étatiques pour le suivi de l'Accord de Cotonou au Sénégal, Octobre 2009.
- Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) et ICF International. 2012. *Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples au Sénégal (EDS-MICS) 2010-2011*. Calverton, Maryland, USA: ANSD et ICF International.
- Agence Nationale de la Statistique Continue au Sénégal (EDS-Continue) 2012-2013. Calverton, Maryland, USA: ANSD et ICF International.
- Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) et ICF International. 2012. *Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de Santé (ECPSS) du Sénégal 2012-2013*. Calverton, Maryland, USA : ANSD et ICF International. Centre de Recherche pour le Développement Humain (CRDH) et ORC Macro. 2005. *Sénégal Enquête Démographique et de Santé 2005: Rapport de Synthèse*.
- ChildFund, 2011 : *Expérience Acquisée de Programme de Santé Communautaire ChildFund/USAID-Sénégal* Évaluation Finale. Programme de Santé Communautaire du Sénégal/ChildFund 2006-2011. USAID et Initiatives Inc.
- Childfund&Co, 2013. Rapport annuel d'activités Oct. 2012- Septembre 2013,
- . 2014. Santé Communautaire, Phase II, Plan d'action An 3, Oct. 2013- Sept 2014.
- Division de la Santé de la Reproduction (DSR) et Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. *Plan d'Action National de Planification Familiale 2012-2015*. République du Sénégal.
- Division de la Santé de la Reproduction (DSR) et Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. 2011. *Plan Stratégique de la Santé de la Reproduction du Sénégal 2012-2015*.
- ENDA santé "L'Initiative Sénégalaise de Santé Urbaine (ISSU)."
- Fall, Aly. n.d. "Tests de Nouveaux Modèles d'Approvisionnement des Produits Contraceptifs : Vers une couverture nationale en fin 2013." *Le Quotidien*.
- Frontiers in Reproductive Health (FRONTIERS). 2004. "Expand Access to Safe Postabortion Care Services in Rural Areas." *OR Summaries*. Washington, DC, US.
- Gueye, Maïmouna. 2011. "Promotion de la Planification Familiale: Education et Libre Choix." [Promotion of family planning: education and free choice]. *Le Soleil Online*, http://www.lesoleil.sn/index.php?option=com_content&view=article&id=9524:promotion-de-la-planification-familiale-education-et-libre-choix&catid=78:a-la-une.
- IntraHealth International. 2008. Santé Maternelle et infantile/Planification Familiale/Paludisme. Rapport Annuel Octobre 2007-Septembre 2008. Dakar, Sénégal: IntraHealth International et USAID.
- IntraHealth International et Population Council .2010. *Intégration des services au Sénégal*. Population Council et USAID, http://www.popcouncil.org/pdfs/2010RH_SenegalIntegrateServices_Brief_en.pdf.
- Lalla Touré & al, 2012. *Santé maternelle et néonatale au Sénégal : Succès et défis*. USAID, MCHIP, Avril 2012.
- London summit on family planning, 2012. Family Planning 2020 Commitments. UKAID, Bill &Melinda Gates foundation.
- Marie Stopes International (MSI). 2011. "New Programme to Deliver Vital Services in Senegal." *Marie Stopes International*, <http://www.mariestopes.org/news/new-programme-deliver-vital-services-senegal>.

- 2012. “New Social Franchise Network Launched in Senegal.” *Marie Stopes International*, <http://www.mariestopes.org/news/new-social-franchise-network-launched-senegal>.
 - n.d.b. “What We Do: Social Franchising.” *Marie Stopes International*, <http://www.mariestopes.org/what-we-do/social-franchising>.
 - n.d.c. “Where in the World: Senegal.” *Marie Stopes International*, <http://www.mariestopes.org/where-in-the-world#Senegal>.
- MEASURE Evaluation. *L'étude de cas sur les services de santé intégrés et les systèmes de suivi et évaluation (S&E)* ; MEASURE Evaluation 28 Janvier 2014.
- Ministère de la Santé et de la Prévention du Sénégal, 2002. *Mapping de l'intégration des services PF/SMI et IST/VIH/SIDA dans la région de Kaolack au Sénégal*. Direction de la Santé, Advance Africa Mars 2002.
- Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale. 2005. *Stratégie Nationale en Santé des Adolescent(e)s/Jeunes au Sénégal*. OMS et Population Council.
- Ministère de la Santé et de la prévention, 2007. *Plan national stratégique Survie de l'enfant 2007-2015*. République du Sénégal.
- Ministère de la Santé et de la prévention, 2009. *Plan Opérationnel de Passage à l'Echelle Nationale des interventions a haut impact sur la mortalité infantile juvénile au Sénégal*, République du Sénégal.
- Ministère de la Santé et de la prévention, 2010. *Programme Bajenu Gox. Promotion de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'Adolescent*. République du Sénégal
- Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. *Guide de formation des Bajenu Gox*. 2014. République du Sénégal.
- Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, 2014. *Plan National Stratégique Santé communautaire 2014-2018*. République du Sénégal.
- 2006a. Feuille de Route Multisectorielle pour Accélérer la Réduction de la Mortalité et de la Morbidité Maternelles et Néonatales au Sénégal.
- Ministère de la Santé et de la prévention. 2009. *Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018*. République du Sénégal.
- 2009b. *Sénégal: Population, Planification Familiale et Développement*. Futures Group International and USAID Health Policy Initiative, http://www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/806_1_SENEGAL_RAPID_Master_French_acc.pdf.
- Ministère de la Santé et de l'action Sociale. 2011. “BajenuGox.” *Ministère de la Santé et de l'Action Sociale*, http://www.sante.gouv.sn/index.php?option=com_content&view=article&id=1265:bajenu-gox&catid=108:anim&Itemid=68.
- Ministère de la santé, de la prévention et de l'hygiène publique et Direction de la santé. 2009. *Sénégal: Population, Planification Familiale, et Développement*. Ressources pour l'Analyse de la Population et de son Impact sur le Développement (RAPID).
- OMS, 2014. *Stratégie de programmation pour la Planification Familiale du Postpartum*. OMS, USAID, MCHIP.
- Population Council, 2013. *Delivering contraceptive vaginal rings. Family Planning and Reproductive Health to Address Unmet Need*. Year 1 work plan; USAID, GA29 Octobre 2013- Septembre 2014.
- Population Council, 2013. Etude exploratoire sur les soins respectueux aux femmes fréquentant les services de SR dans deux centres urbains principaux du Sénégal. CRDI. Fondation Helwett. 2013.

- Population Council, 2013. Technical Proposal- Promise. *Delivering a Family of contraceptive vaginal rings*. USAID. APS.NES.EE.PR.V.
- Project DELIVER. 2011. Système d'Alerte Précoce pour Prévenir la Rupture de Stock de Contraceptifs et Accroître la Disponibilité des Produits en Afrique de l'Ouest et du Centre.
- Randall, Sara and Thomas Legrand. 2003. "Reproductive Strategies and Decisions in Senegal: The Role of Child Mortality." *Population*. 58:6.
- Research Center for Human Development (CRDH) and Measurement Learning Evaluation (MLE). 2012. *2011 Baseline Survey for the Senegal Urban Health Initiative (ISSU) Household Survey: Final Report*. Chapel Hill, NC, USA: ISSU, http://www.urbanreproductivehealth.org/sites/mle/files/Final_Household_Baseline_Report_ISSU_April%2026%202012%20F.pdf.
- "Résolution des Epouses des Chefs d'Etats." 2011. *Le Patriote*, <http://news.abidjan.net/h/412981.html>.
- Roy Jacobsrein, 2014. *Accelerating Contraceptive Choice: Expanding Options through Country Leadership in Sub-Saharan Africa*. Nairobi, Kenya, 2-4 April 2014.
- Sanogo, Diouratié et al. 2004. Testing a Community Based Distribution Approach to Reproductive Health Service Delivery in Senegal (A Study of Community Agents in Kébémér). Population Council, http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/Senegal_CBD.pdf.
- Seck Ndiaye, Annette. 2012. "Discours du Sénégal" [Senegal's Discourse] at the Thirteenth Annual General Assembly of the Coalition for Reproductive Health Products. Paris, France: Reproductive Health Supplies Coalition, http://www.rhsupplies.org/fileadmin/user_upload/Paris/Documents_and_Presentations/Thursday/Discours_-_Dr_Annette_Seck.pdf.
- STEP UP: Senegal Country Profile. 2014.
- STEP UP: analyse des besoins non satisfaits de PF au Sénégal. Mars 2013
- Wade, Abdoulaye and Macky Sall. 2005. "Loi no 2005-18, du 5 Aout 2005, Relative à la Santé de la Reproduction." Dakar: UNFPA, http://www.unfpa.sn/IMG/pdf/loisurla_santereproduction.pdf.
- Wade, Abdoulaye and Souleymane Ndéné Ndiaye. 2010. "Loi n° 2010-03 du 9 Avril 2010 Relative au VIH SIDA." [Law no. 2010-03 of 9 April 2010 related to HIV AIDS]. *Journal Officiel*. Dakar, Senegal: Republic of Senegal, <http://www.jo.gouv.sn/spip.php?article8114>.
- Wilson, Ellen. n.d. *Etude de cas sur la santé de la reproduction: Sénégal*. [Case study on reproductive health: Senegal]. The POLICY Project, <http://www.policyproject.com/pubs/countryreports/senfrec.pdf>.



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



**POPULATION
COUNCIL**
Ideas. Evidence. Impact.

Sacré Cœur 3. Lot 85.
BP 21027
Dakar, Senegal
27
popcouncil.org