



PLAN STRATEGIQUE DE LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION

2012 - 2015

Decembre 2011

REPUBLIQUE DU SENEGAL
MINISTERE DE LA SANTÉ, DE L'HYGIENE PUBLIQUE ET DE LA PREVENTION
DIRECTION DE LA SANTE
DIVISION DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION

**PLAN STRATEGIQUE DE LA
SANTE DE LA REPRODUCTION
2012 - 2015**



Decembre 2011

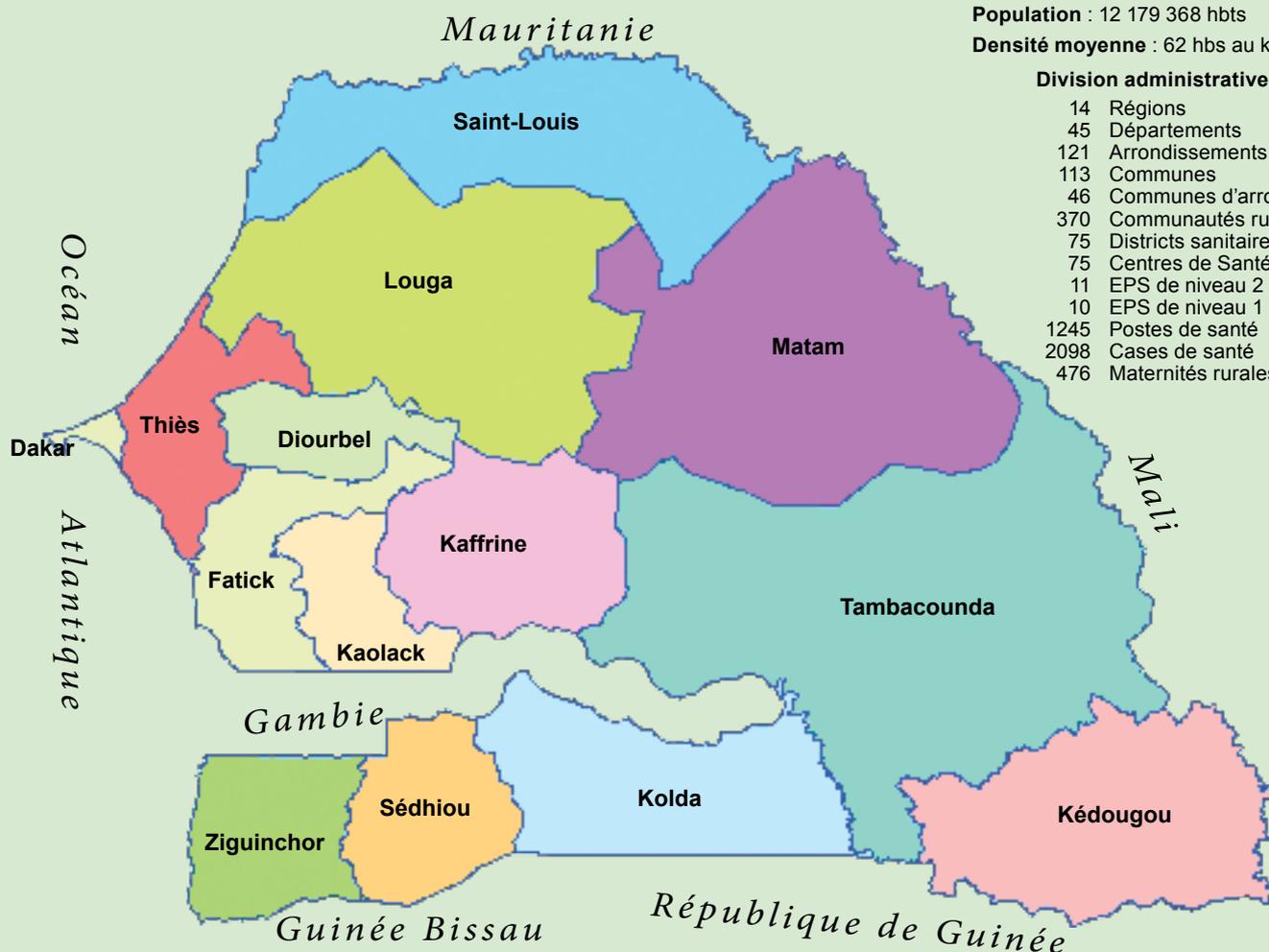


Carte du Sénégal

Superficie : 196722 km²
Population : 12 179 368 hbs
Densité moyenne : 62 hbs au km²

Division administrative

14	Régions
45	Départements
121	Arrondissements
113	Communes
46	Communes d'arrondissement
370	Communautés rurales
75	Districts sanitaires
75	Centres de Santé
11	EPS de niveau 2
10	EPS de niveau 1
1245	Postes de santé
2098	Cases de santé
476	Maternités rurales



Remerciements

Le présent plan stratégique est le fruit de la collaboration entre les différents acteurs intervenant dans le domaine de la Santé de la Reproduction : le Ministère de la Santé et ses démembrés, les autres secteurs gouvernementaux, les collectivités locales et des partenaires au développement.

Nos remerciements vont à l'ensemble des techniciens qui ont apporté leur contribution pour l'amélioration de ce document. Ces remerciements sont aussi adressés aux partenaires au développement et particulièrement à l'OMS et l'UNFPA pour leur soutien technique et financier.



PREFACE



M. Modou Diagne Fada

Ministre de la santé,
de l'hygiène publique
et de la prévention

L'amélioration de la santé de la mère, du nouveau né, de l'enfant et de l'adolescent a toujours été considérée comme une priorité de premier ordre par l'État du Sénégal. Cette volonté politique, réaffirmée au cours de ces deux dernières décennies, s'est traduite par la souscription aux engagements internationaux, l'adoption de textes législatifs et réglementaires ainsi que la mise en œuvre de documents cadres de référence en vue d'un accès universel aux services de santé.

L'important investissement consenti par les pouvoirs publics en termes d'infrastructures, de ressources humaines et financières a permis la réalisation d'avancées significatives telles que reflétées par les résultats des enquêtes démographiques et de santé 2005 et 2011.

Ces progrès obtenus grâce à l'engagement permanent des plus hautes autorités du pays, le soutien des partenaires techniques et financiers, l'implication des communautés et l'abnégation du personnel de santé, méritent d'être consolidés et renforcés afin de remporter la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale.

Cette option exige de nouveaux impératifs tendant à une synergie des actions, une fédération des initiatives et une coordination pertinente de toutes les interventions à des fins de rationalité, d'efficacité et de performance.

Le présent plan stratégique de la santé de la reproduction, dont le processus a bénéficié de l'appui technique et financier de nos partenaires au développement, de la participation active des ministères concernés et de la société civile, s'inscrit dans cette dynamique.

Il offre aux différentes parties prenantes un cadre consensuel et approprié de référence et une opportunité de réitérer leur engagement et leur motivation en faveur de la santé de la reproduction.

Le succès attendu dans ce domaine relève entièrement de notre responsabilité individuelle et collective au seul bénéfice des populations. Puisse la mise en œuvre de ce plan nous aider à franchir des pas décisifs dans l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement.

TABLES DES MATIERES

PREFACE	i
TABLES DES MATIERES	ii
SIGLES ET ABREVIATIONS	iii
CHAPITRE I: ANALYSE DE LA SITUATION	
I. Présentation du pays	4
Profil géographique	
Profil démographique	
Profil socio économique	
II. Organisation du système de santé	6
III. Situation de la santé la santé de la reproduction	8
Santé de la mère	
Santé néonatale	
La santé reproductive des adolescents et jeunes	
IV. La réponse face aux préoccupations	11
Cadre législatif et réglementaire	
Cadre institutionnel	
Amélioration de l'accessibilité, de la disponibilité et de la qualité des services SR	
Financement de la SR	
V. Problèmes prioritaires	14
L'insuffisante accessibilité et disponibilité des services de SR	
La qualité des services de santé de la reproduction est à améliorer	
L'utilisation des services est à promouvoir	
La capacité de management et de leadership des services de santé de la reproduction est à améliorer	
L'engagement des parties prenantes à tous les niveaux est à renforcer	
CHAPITRE II : CADRE STRATEGIQUE	
Vision et objectifs	
Vision	
Objectifs	
Principes directeurs	
Axes Stratégiques et interventions	
Cadre de mise en œuvre	
Cadre institutionnel	
Planification des activités	
Mécanisme de coordination	
Suivi-évaluation	
Mobilisation des ressources	
Annexes	35
Bibliographie	37



SIGLES ET ABREVIATIONS

AMIU	Aspiration Manuelle Intra-Utérine
CARMMA	Campagne d'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique
CAS	Cellule d'appui et de suivi
CCC	Communication pour un Changement de Comportement
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
COPE	Client Oriented Provider Efficient
CPN	Consultation Périnatale
CPON	Consultation Post-natale
CRFS	Centres Régionaux de Formation en Santé
DPES	Document Politique Economique et Social
DPP	Déclaration de Politique de Population
DPS	Direction de la Prévision et de la Statistique
DSR	Division de la Santé de la Reproduction
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ENDSS	Ecole Nationale de Développement Social et Sanitaire
EPS	Etablissement Public de Santé
ESPS	Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal
GATPA	Gestion Active de la Troisième Phase de l'Accouchement
IBC	Initiatives à Base Communautaire
IC	Incidence Cas
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IEC	Information, Education et Communication
MGF	Mutilations Génitales Féminines
MOMA	Mortalité et Morbidité Maternelles
OCB	Organisations Communautaires de Base
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
PBG	Programme Bajenu Gox
PF	Planification Familiale
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNDSS	Plan National de Développement Sanitaire
PNP	Politiques, Normes et Protocoles
PNPF	Programme National de Planification Familiale
POCL	Plan Opérationnel des Collectivités Locales
PTA	Plan de Travail Annuel
PTME	Prévention de la Transmission Mère/Enfant
SAA	Soins Après Avortement
SAMU	Service Ambulatoire Municipal d'Urgence
SFE	Sage Femme d'Etat
SIDA	Syndrome Immuno-Déficience Acquise
SNIS	Service National de l'Information Sanitaire
SNSR	Service National de la Santé de la Reproduction
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
SOU	Soins Obstétricaux d'Urgence
SPSR	Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction
SR	Santé de la Reproduction
SRA	Santé de la Reproduction des Adolescent(e)s
SSP	Soins de Santé Primaires
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine



Introduction

Selon la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD, Caire, 94, paragraphe 7.2), «la santé de la reproduction ou santé génésique est un état de complet bien-être physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité, dans tous les domaines liés au système de reproduction, à ses fonctions et ses processus». Lors de cette conférence, la communauté internationale a confirmé la relation étroite entre le développement, la santé de la reproduction et l'égalité des genres.

Cette vision se retrouve dans la déclaration du Millénaire signée en septembre 2000 et dans laquelle les Etats Membres de l'ONU ont convenu d'atteindre les huit (8) Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) d'ici 2015.

Depuis plusieurs décennies, la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale constituent des préoccupations majeures pour la communauté internationale. En effet, chaque jour, 1 500 femmes meurent de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. En 2005, 536 000 décès maternels ont été notés dans le monde et la plupart d'entre eux ont eu lieu dans les pays en développement. Chaque année, au moins 1,16 millions de nouveaux meurent en Afrique subsaharienne.

En adoptant les OMD 4 et 5, la communauté internationale a voulu attirer l'attention sur l'absence de progrès réalisés dans la lutte contre ce fardeau et trouver un appui à la fois politique et financier en faveur de l'accélération des changements. Le plan d'action de Maputo élaboré par l'Union Africaine en août 2005, l'engagement d'Abuja en faveur du financement de la santé, la Vision 2010 des épouses de chefs d'états de l'Afrique de l'ouest et du centre et la CARMMA s'inscrivent dans ce cadre.

Le Sénégal a souscrit à ces différents agendas internationaux. L'amélioration de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent est considérée par l'Etat comme la priorité en matière de santé. En témoignent :

- Le premier objectif de la Déclaration de Politique de Population (DPP) de 1988 révisée en 2001 qui est de «réduire la morbidité et la mortalité, en particulier celle des mères et des enfants

par le renforcement des programmes de santé, notamment de santé de la reproduction”,

- Le premier objectif du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS II, 2009 – 2018) qui est de «réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelles et infanto juvéniles» et la première des onze orientations stratégiques qui est «l'accélération de la lutte contre la mortalité et la morbidité maternelles, néonatales et infanto juvéniles».

Cette volonté politique s'est traduite par l'élaboration de documents de référence qui ont guidé la mise en œuvre des programmes de santé de la reproduction.

L'importance et la place de la SR dans le PNDS justifie amplement l'élaboration de ce document cadre en vue de l'atteinte des OMD compte tenu du retard important noté dans ce domaine. A ce titre, le plan stratégique SR répond aux cinq besoins ci dessous :

- Obtenir un plus grand engagement des autorités et des partenaires en faveur de la santé et des droits reproductifs et sexuels des femmes et des adolescents ;
- Disposer d'un instrument à la fois fédérateur de toutes les interventions en matière de SR et flexible, mieux centré sur nos cibles prioritaires et dont l'opérationnalisation sera mieux accessible à l'échelon périphérique.
- Développer de meilleures stratégies tenant compte davantage des droits sexuels et reproductifs des femmes, du renforcement du système de santé, de l'équité dans l'offre de soins, du renforcement de l'ancrage institutionnel et du leadership des institutions en charge de la mise en œuvre des programmes de SR mais aussi d'une meilleure utilisation de l'approche multisectorielle.
- Mettre l'accent sur la responsabilité, l'imputabilité et la réédition des comptes ; et au besoin établir des contrats de performance.
- Disposer d'un cadre institutionnel approprié pour une meilleure coordination de la politique en matière de Santé de la Reproduction.

CHAPITRE 1

Analyse de la situation

- I. Présentation du pays
- II. Organisation du système de santé
- III. Situation de la santé la santé de la reproduction
- IV. La réponse face aux préoccupations
- V. Problèmes prioritaires







I. PRESENTATION DU PAYS

Profil géographique

La République du Sénégal est située en Afrique Occidentale, comprise entre 12°8 et 16°41 de latitude nord et 11°21 et 17°32 de longitude Ouest. Sa superficie est de 196722 km². Elle est limitée au Nord par la Mauritanie, à l'Est par le Mali, au Sud par la Guinée et la Guinée Bissau. A l'Ouest, le Sénégal est ouvert sur l'Océan Atlantique avec 700 km de côte. Sa pointe Ouest est la plus occidentale de toute l'Afrique continentale. Sa capitale est Dakar.

2. Profil démographique

La population du Sénégal est estimée à 12 179 368 habitants en 2010 soit une densité moyenne de 62 habitants au km². Cette moyenne cache une répartition extrêmement inégale. La région de Dakar abrite 22,4% de la population totale alors qu'elle ne couvre que 0,3% de la superficie nationale. Les régions les moins peuplées sont celles de Tambacounda (y compris Kédougou) et de Matam avec respectivement 11 et 16 habitants au km².

Le Sénégal a l'un des taux d'urbanisation les plus élevés d'Afrique noire (41,5% selon DPS 2005). Le développement des centres urbains entraîne une grande partie de la croissance de la population sénégalaise.

La population sénégalaise se caractérise par sa jeunesse. En 2005, les moins de 20 ans représentaient 54% et les plus de 65 ans 4%. A l'heure actuelle, les femmes représentent 52% de la population globale. Les femmes en âge de reproduction (15-49 ans) sont estimées à 3 124 600 et les enfants de moins de 5 ans à 1 755 800.

L'espérance de vie (H/F) à la naissance est passée de 54/57 en 2007 à 60/63 en 2010. Selon la dernière EDS, le taux brut de natalité est de 37,4 et le taux de scolarisation est de 82,6%.



3. Profil socio économique

Le gouvernement du Sénégal a mis en œuvre des stratégies de croissance et de réduction de la pauvreté (DSRP1 : 2003-2005 ; DSRP2 : 2006-2010 ; DPES : 2011-2015) depuis 2001 avec un objectif de taux de croissance de 7 à 8% pour réduire de moitié la pauvreté en 2015 pour atteindre les OMD.

C'est ainsi que d'importants résultats au plan économique et financier ont été enregistrés au cours de ces dernières années. En effet, la croissance économique réelle s'est située en moyenne autour de 5% par an dans un contexte de maîtrise de l'inflation et des autres fondamentaux de l'économie. Durant la période 2000-2006, l'inflation moyenne annuelle était à 2% et restait inférieure à celle des partenaires de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA), grâce notamment à une politique budgétaire et monétaire vertueuse et à un approvisionnement adéquat des marchés.

Ces résultats sont le fruit d'importantes réformes destinées entre autres à améliorer l'environnement du secteur privé, la gouvernance économique et financière, les infrastructures de soutien à la croissance. Cette situation a contribué à l'amélioration des conditions de vie des ménages. Il a été constaté, pour la période 2003-2005, une baisse de l'incidence de la pauvreté plus marquée en zone urbaine. En effet, la proportion des ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté est passée de 48,5% en 2002 à 42,6% en 2005 ; Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal (ESPS) 2005-2006, août 2007.

Malgré ces résultats, l'économie reste vulnérable aux chocs exogènes tels que le déficit pluviométrique, la hausse des prix du pétrole et des produits alimentaires ainsi que les effets de la crise financière internationale survenue en 2008.

Profil administratif

Le Sénégal est subdivisé en 14 régions, 45 départements, 121 arrondissements, 113 communes, 46 communes d'arrondissement et 370 communautés rurales.

Depuis l'adoption de la loi 96-06 du 22 mars 1996 portant code des collectivités locales, le Sénégal compte désormais trois ordres de collectivités locales : régions, communes et communautés rurales. A la tête de ces collectivités qui disposent de cadres favorables au développement à la base, siègent des conseillers élus investis de compétences transférées dans neuf domaines dont le secteur de la santé.

Carte du Sénégal





II. ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Le système de santé du Sénégal se présente sous forme pyramidale à trois niveaux :

- L'échelon périphérique correspond au district sanitaire et comprend 75 districts en 2010. Le district sanitaire est assimilé à une zone opérationnelle comprenant au minimum un centre de santé et un réseau de postes de santé. Il couvre une zone géographique pouvant correspondre à tout ou une partie d'un département. Chaque district ou zone opérationnelle est gérée par un médecin-chef.

Les postes de santé sont implantés dans les communes, les chefs lieux de communautés rurales ou les villages relativement peuplés et sont gérés par des infirmiers. Ils polarisent au niveau rural des infrastructures communautaires (cases de santé et maternités rurales) érigées par les populations qui en assurent la gestion par l'intermédiaire des agents de santé communautaires ou des matrones qui ont été choisis.

En 2010, le Sénégal comptait, 10 EPS de type 1, 75 districts sanitaires polarisant 75 Centres de Santé dont 23 offrent des Soins Obstétricaux d'Urgence complets (SONUC), 1 245 postes de santé, 2 098

cases de santé et 476 maternités rurales.

- L'échelon régional qui correspond à la région médicale comprend 14 régions médicales. C'est la structure de coordination du niveau régional ou intermédiaire. Elle correspond à une région administrative. Elle est dirigée par un médecin de santé publique qui est le principal animateur de l'équipe cadre composée de l'ensemble des chefs de service rattachés à la région médicale. Au niveau de chaque région, la référence est représentée par un hôpital ou établissement public de santé (EPS) de niveau 2.

Le Sénégal compte 11 établissements publics de santé (EPS) de niveau 2

- Le niveau central ou national : il comprend outre le cabinet du ministre, 7 directions, des services rattachés, 7 Hôpitaux nationaux ou établissements publics de santé de niveau 3.

La Division de la Santé de la reproduction logée au sein de la Direction de la Santé a en charge la coordination de la mise en œuvre de la politique de la santé de la reproduction. Elle comprend les bureaux et cellules suivants :

- Le bureau planification familiale ;
- Le bureau santé de la mère ;
- Le bureau santé du nouveau né ;
- Le bureau santé de la reproduction des adolescents/jeunes ;
- Le bureau promotion de la santé de la reproduction ;
- Le bureau planification suivi-évaluation et recherche ;
- La cellule logistique des produits SR ;
- La cellule administrative et financière.



D'autres intervenants sont impliqués dans la mise en œuvre de la politique de santé de la reproduction. On peut citer :

- Le Ministère de la santé et ses différents démembrements : rôle de coordination de la politique sanitaire, de plaidoyer pour l'augmentation des ressources, de mise en œuvre et de suivi/évaluation pour rendre compte des résultats obtenus par le secteur.
- Les démembrements des autres secteurs ministériels tels que :
 - L'Economie et les Finances ;
 - Le Budget ;
 - L'Education ;
 - La Famille et la Solidarité Nationale ;
 - Les Forces Armées ;
 - L'Intérieur et la Décentralisation ;
 - La Jeunesse ;
 - L'Emploi.
- Les partenaires techniques et financiers composés des organismes de coopération bilatérale et multilatérale et qui sont déterminants dans le plaidoyer pour la mobilisation des fonds nécessaires face à l'insuffisance des ressources de l'Etat ;
- La société civile, en particulier le réseau des ONG et les associations professionnelles de la santé qui sont des agences d'exécution très actives dans l'offre de services ;
- Les collectivités locales qui sont devenues des partenaires privilégiés dans le cadre de la décentralisation. Elles participent aussi bien dans le plaidoyer pour la mobilisation des ressources que dans le financement des activités du secteur de la santé en tant que compétence transférée ;
- Les organisations communautaires de base (OCB) sont des acteurs très importants dans la mobilisation et la sensibilisation des cibles. Elles contribuent à l'amélioration des indicateurs de santé de la reproduction et peuvent aussi participer à la définition des besoins et au choix des priorités ;
- Le secteur privé joue un rôle important dans le dispositif de la santé. On distingue le secteur privé à but lucratif et le secteur à but non lucratif (secteur confessionnel et médecine d'entreprise). Ce secteur privé dispose : d'un hôpital, 32 cliniques, 414 cabinets médicaux et des services médicaux d'entreprises, 843 officines de pharmacie, 4 Grossistes répartiteurs, 3 industries pharmaceutiques 12 laboratoires privés d'analyses médicales dont 10 à Dakar et 10 Services d'Imagerie.

De l'analyse de la situation de base de la santé de la reproduction se dégagent cinq préoccupations majeures.



III. SITUATION DE LA SANTÉ LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION

1. Santé de la mère

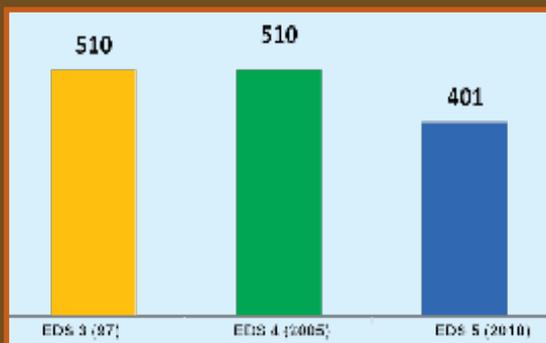
Au Sénégal, entre 1992 et 2005, le taux de mortalité maternelle a régressé de 109 points en passant de 510 pour 100 000 naissances vivantes (EDSII, 1992-93) à 401 pour 100 000 naissances vivantes (EDSIV, 2005). Bien qu'on observe une baisse de 21%, ce taux de mortalité reste encore élevé. De plus, il existe de grandes disparités entre le milieu urbain et le milieu rural où ils sont estimés respectivement à 309 pour 100 000 naissances et 472 pour 100 000 respectivement (EDSIV, 2005). Cette situation est plus préoccupante au niveau des régions périphériques telles que Tambacounda, Kolda, Matam et Ziguinchor.

Les causes de la mortalité maternelle sont dominées par les pathologies obstétricales directes (66%)¹ telles que les hémorragies, l'hypertension artérielle et ses complications, les dystocies, les infections et les avortements. Les causes obstétricales indirectes (34%) sont dues essentiellement à l'anémie et au paludisme. Une grande proportion de ces décès est le résultat de complications survenues au moment de l'accouchement et durant la période du post partum.

Les femmes sont encore trop souvent victimes d'une morbidité mal estimée mais bien réelle. En effet, elle touche 50 millions de femmes dans le monde avec 40% de séquelles graves et 15% de déficits gravissimes et invalidants. Il s'agit des fistules obstétricales (1 à 7‰ des accouchements), du prolapsus génital (4‰ des accouchements), de la stérilité secondaire, de la dyspareunie responsables d'une qualité médiocre de vie et de confort sexuel².

La fistule obstétricale est une affection sévère et débilitante, qui constitue l'une des morbidités maternelles les plus graves. Pour sa prévalence, il n'existe aucune enquête épidémiologique exhaustive sur la question au

Graphique 1 : Evolution de la mortalité maternelle



¹ Troisième enquête nationale sur la couverture obstétrico chirurgicale au Sénégal, Ministère de la Santé/OMS, Avril 2003.

² Journées Scientifiques de l'AFEMS, 13-14 juin 2006.



Sénégal. Cependant, les résultats de l'enquête MOMA³, qui couvrait six pays d'Afrique de l'Ouest dont le Sénégal réalisée en 1994-95, ont montré une incidence en milieu rural de 10,3 cas pour 100 000 accouchements (IC 95% 0-37).

Au Sénégal, le taux de mutilations génitales féminines (MGF) a connu une baisse passant de 28% (EDS IV) à 25,7%⁵ (EDS V) avec une prédominance dans les régions de Sédhiou, Kolda, Matam, Kédougou, Tambacounda et Ziguinchor. Les proportions de femmes mutilées sont plus élevées en milieu rural (27,8%) qu'en milieu urbain (23,4%). Selon les résultats de l'EDS V il a été constaté un rétrécissement de l'écart de 13 à 4 points. Les complications obstétricales sont plus fréquentes chez les excisées : prolongation anormale des 2ème et 3ème phases du travail, hémorragies, déchirures du périnée, faiblesse respiratoire et mortalité périnatale élevées.

S'agissant des avortements, à l'échelle nationale et en milieu hospitalier un total de 13719 avortements ont été enregistrés en 2007 dont 3575 pris en charge par AMIU (SNIS) et en 2006, 12613 avortements dont 3267 pris en charge par AMIU. Ces chiffres sont cependant en deçà des réalités dans les communautés⁴.

Les cancers génitaux constituent également un problème de santé publique avec beaucoup de décès suite au cancer du sein et de l'utérus.

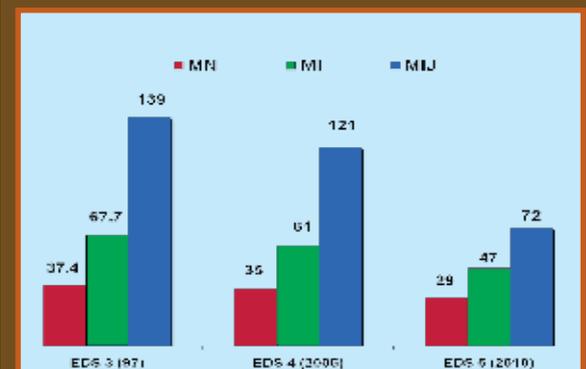
2. Santé néonatale

Les taux de mortalité néonatale, infantile et infanto juvénile ont connu une baisse significative entre 2005 et 2011. Ils sont passés de 35‰ à 29‰ pour la mortalité néonatale, de 61‰ à 47‰ pour la mortalité infantile et de 121‰ à 72‰

³ L'enquête MOMA est une enquête multicentrique en population sur la mortalité et morbidité maternelles. Elle a touché six pays : la Mauritanie, Le Sénégal, le Mali, le Burkina Faso, le Niger et la Côte d'Ivoire. Cette enquête a permis de suivre plus de 20 000 femmes pendant la grossesse et le post-partum.

⁴ Cisse et al., 2007 avortement du premier trimestre au CHU de Dakar : interet de l'AMIU médecine tropicale 2007 67.2, pp163-166

Graphique 2 : Evolution des taux de mortalité néonatale, infantile et infanto-juvénile





pour la mortalité infanto juvénile. La mortalité néonatale représente actuellement plus de la moitié de la mortalité infantile au Sénégal.

Les taux de mortalité néonatale les plus élevés se retrouvent à Fatick (56‰) et Tambacounda (56‰). Les régions de Louga et Dakar enregistrent les taux les plus faibles avec respectivement 28 et 30 pour mille. En plus, environ 60% des décès néonataux ont lieu pendant la première semaine de vie, et le nouveau-né court le plus grand risque de mourir le jour même de sa naissance.

Les causes de décès néonataux résultent généralement de trois grandes causes : les infections graves notamment la septicémie/pneumonie, le tétanos et la diarrhée (36%), l'asphyxie (23%) et la prématurité (27%)⁵.

3. La SRAJ

La cible des Adolescent(e)s/Jeunes est identifiée comme particulièrement vulnérable dans un contexte marqué par la pauvreté, le manque d'information et le chômage. La fécondité est précoce et élevée ; elle est de 101‰ pour les 15 à 19 ans avec des disparités variant de 64‰ en zone urbaine et 135‰ en zone rurale et de 212‰ pour les 20 à 24 ans (zone rurale 274‰ et zone urbaine 148‰). En effet, on constate que les adolescentes du milieu rural (26%) ont une fécondité beaucoup plus précoce que celles du milieu urbain (12%). Les différentes statistiques révèlent aussi une grande précocité de la procréation (50% des grossesses surviennent avant l'âge de 19 ans) ; la proportion des naissances chez les 15 à 19 ans représente 15,3% (EDS IV 2005). La prévalence contraceptive chez les adolescents de 15 à 19 ans reste faible et est estimée à 4,7%.

Il est aussi à noter par ailleurs que l'âge moyen du premier rapport sexuel est de 18,7 et celui de la première union se situe à 18 ans. Les jeunes s'en trouvent ainsi plus exposés aux infections sexuellement transmissibles, au VIH/SIDA, aux grossesses précoces et/ou non désirées, aux avortements, à l'excision, aux autres pratiques

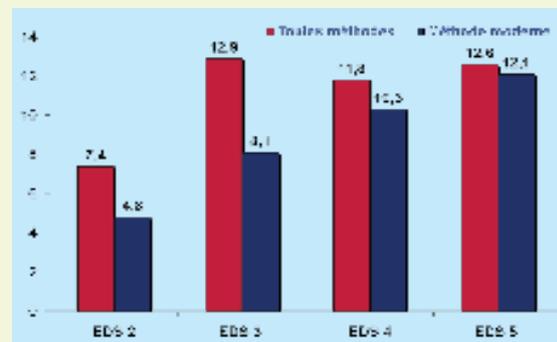
néfastes et à l'usage des substances nocives. Ainsi 50% des personnes séropositives au Sénégal ont entre 15 et 24 ans et les filles sont plus exposées que les garçons pour la tranche d'âge de 15-19 ans. Le taux d'infection est plus élevé chez les femmes (0,2%) que chez les hommes (0,1%) et croît plus rapidement. Les écarts de prévalence sont plus prononcés à 20-29 ans ; c'est dans cette tranche d'âge que les femmes ont des taux beaucoup plus élevés que les hommes (EDS IV, 2005).

Certaines pratiques traditionnelles et culturelles associées à l'initiation et au mariage précoce ont des effets négatifs sur la santé et violent les droits des adolescent(e)s/jeunes. Ainsi les adolescentes mariées à des partenaires plus âgés sont encore plus exposées à l'infection au VIH/SIDA. Elles sont isolées par rapport aux informations et aux services et ont un statut faible dans le nouveau ménage.

4. La Planification familiale

L'utilisation de la contraception générale s'est considérablement améliorée au Sénégal et a presque triplé (de 3,9% à 11,8%) entre 1986 (3,9%) et 2005 (11,8%) ; et surtout l'utilisation des méthodes contraceptives modernes a été multipliée par 17 (de 0,6% à 10,3%). Les premiers résultats de l'EDS V estiment le taux de prévalence contraceptive à 12,6%. Toutefois, il ressort de la désagrégation des données sus citées que très peu de femmes en union en zone rurale utilisent la contraception moderne (5%) contrairement aux femmes en zone urbaine (18%).

Graphique 3 : Evolution du taux de prévalence contraceptive



La prévalence contraceptive est très liée au niveau d'instruction de la femme et les différences inter régionales sont très importantes. Par ailleurs, les besoins non satisfaits en PF des femmes en union sont estimés à près de 30% (EDS IV de 2005) sans compter ceux des adolescents et des femmes adultes non en union. Et ce sont ces besoins non satisfaits qui sont à l'origine des grossesses non désirées et des avortements à risque.

⁵ The Lancet, vol.365, n°9462, 5 mars 2005, p.895



IV. LA RÉPONSE FACE AUX PRÉOCCUPATIONS

1. Cadre législatif et réglementaire

Selon l'article 17 de la Constitution, «l'Etat et les collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées.» Ainsi, la Constitution trace un cadre légal à l'accès universel aux services de santé. Dans cette optique, le Sénégal s'est engagé dans l'application de plusieurs traités, conventions et protocoles tels que :

- La Charte internationale des Droits l'homme ;
- La Charte africaine des droits de l'homme et des peuples ;
- La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes ;
- La Convention relative au droit de l'enfant, le protocole de Maputo en 2006 ;
- La Vision 2010 des premières dames d'Afrique de l'ouest et du centre, l'engagement d'Abuja sur le financement de la santé ;
- L'engagement de l'Union Africaine en faveur de la SR à travers la CARMMA en 2010.

A cela s'ajoutent d'autres mesures que sont l'adoption et la promulgation de la loi sur la santé de la reproduction en 2005, la loi pénalisant les Mutilations Génitales Féminines et la loi sur le VIH/SIDA en 2010.

2. Cadre institutionnel

Pour plus de cohérence et une meilleure articulation des stratégies avec les objectifs et engagements internationaux du pays, le gouvernement du Sénégal a adopté plusieurs mesures tendant à la mise en place d'une structure chargée de santé de la reproduction et d'élaboration de documents cadres.

Depuis l'avènement des Soins de Santé Primaires (SSP) en 1978, la structure chargée des problèmes de la mère et de l'enfant a connu plusieurs évolutions qui ont dans une certaine mesure influé les performances du secteur de la santé dans ces domaines. Durant ces deux dernières décennies, la structure en charge de ces groupes vulnérables a connu au moins quatre mutations si l'on se réfère à ses différentes dénominations. La Division de la Santé Maternelle et Infantile a cohabité avec le Programme National de Planification Familiale (PNPF) période à laquelle un accent particulier a été mis sur le renforcement de la planification familiale au Sénégal à côté du programme de maternité sans risque. Pour mieux prendre en compte les recommandations de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD, 94), la structure a été renommée «Service National de la Santé de la Reproduction» (SNSR) qui prend en charge le programme de maternité sans risque et celui de la planification familiale. En 2002, cette dénomination qui semblait donner une plus grande autonomie de gestion à la structure, a été abandonnée au profit d'une Division de la Santé de la Reproduction (DSR). Les activités de santé de la reproduction sont menées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire conformément aux Politiques, Normes et Protocoles (PNP) en vigueur.

La DSR se réfère à plusieurs documents cadres pour mener à bien ses missions. Il s'agit essentiellement :

- Du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP I) dont la troisième version, intitulée Document Politique Economique et Social (DPES), est en cours d'élaboration. Il



accorde une place de choix à la santé pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ;

- Du Plan National de Développement Sanitaire (2009-2018) dont la stratégie majeure réserve une grande priorité à la répartition équitable de l'offre de services et au financement de la demande en santé. Il vise la réduction de la mortalité maternelle et infantile et celle de l'indice synthétique de fécondité.

La réalisation des objectifs du PNDS se fait à travers la consolidation des acquis en matière de lutte contre les mortalités maternelle et infantile. Elle repose sur la mise en œuvre de la feuille de route multisectorielle pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle néonatale et infantile, le plan national de sécurisation des produits SR, la stratégie de développement de la santé des adolescent(e)s/jeunes, la stratégie nationale de lutte contre les fistules obstétricales, le document des politiques, normes et protocoles SR et le document programme «Bajenu Gox».

3. Amélioration de l'accessibilité, de la disponibilité et de la qualité des services SR

- Dans la poursuite de l'amélioration de la carte sanitaire, beaucoup d'efforts ont été faits par les pouvoirs publics, les collectivités locales et les partenaires techniques et financiers en matière de construction ou de réhabilitation et d'équipement. Cet important investissement a permis de passer de 56 districts sanitaires en 2006 à 75 en 2010 ; de disposer de 1245 postes de santé et près de 2098 cases de santé. Cinq hôpitaux et cinquante postes de santé sont en cours de construction, la Clinique Gynécologique et Obstétricale de l'hôpital A. Le Dantec est en cours de réhabilitation et six (06) centres de santé sont en voie de réalisation. Ces dernières années ont été marquées par un relèvement du plateau technique des structures sanitaires, un renforcement des moyens de supervision et une amélioration des conditions d'évacuation des

malades. Les moyens d'évacuation sanitaire ont été renforcés, soit à travers le SAMU national, soit à travers les autres structures. Ainsi, près de cent (100) ambulances médicalisées, deux (02) vedettes, sept (07) pirogues médicalisées ont été acquises. D'autres équipements tels que ceux de radiologie, mammographes, échographes, équipements de laboratoire ont été également acquis. La question de l'urgence obstétricale bien souvent imprévisible trouve un début de solution avec les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) qui sont prodigués au niveau de 35 centres de santé équipés de blocs opératoires.

- Dans la perspective d'améliorer la disponibilité des prestataires des services de santé de la mère et du nouveau-né et la qualité de l'offre, il a été procédé au renforcement des capacités de l'Ecole Nationale de Développement Social et Sanitaire (ENDSS), à la décentralisation de la formation avec la création et l'opérationnalisation de Centres Régionaux de Formation en Santé (CRFS). Le partenariat avec le secteur privé, la contractualisation pour pourvoir en personnel certains postes de santé difficiles d'accès et la formation de médecins compétents SOU et de sages-femmes en échographie, rentrent dans ce cadre. Devant les exigences de qualité en matière de santé et un souci d'harmonisation au niveau de la sous-région, le niveau de recrutement dans les écoles de formation d'infirmiers et de sages-femmes a été relevé au baccalauréat en 2009. Dans le domaine du recrutement, l'Etat du Sénégal a consenti d'énormes efforts. En effet, en 2010, 590 agents de santé ont été recrutés. Dans le cadre du partenariat, le Fonds mondial envisage, sur une période de 5 ans, de contractualiser 250 agents para médicaux pour réduire le déficit dans les zones difficiles. Ainsi 25 (13 SFE et 12 IDE) sont déjà opérationnels dans les régions de Ziguinchor, Kolda et Sédhiou.
- Dans le cadre de la sécurisation des produits de SR, il a été noté une dotation en kits césariennes des centres de santé avec SOU, l'élargissement de la gamme des produits PF à tous les niveaux, l'harmonisation des prix des sessions des contraceptifs, l'intégration des produits contraceptifs dans le circuit de distribution des médicaments essentiels et génériques (convention PNA), l'augmentation de la ligne budgétaire pour l'achat de produits contraceptifs de plus 100 millions de francs CFA. L'élaboration du plan SPSR permet de mieux disposer de produits SR sécurisés.
- Dans la même optique de renforcer la qualité, il faudra mentionner la révision des documents de PNP en 2010, la gratuité des accouchements

et des césariennes dans les 13 régions du Sénégal et 3 districts de Dakar, l'introduction de la PF à tous les niveaux, la promotion et la mise en œuvre d'un paquet de Soins Essentiels du nouveau né aussi bien au niveau des structures sanitaires qu'à l'échelon communautaire. De même l'introduction et l'extension des services de soins après avortement (SAA), l'introduction de l'audit des décès maternels et néonataux, l'extension de l'offre de PTME et de prévention du paludisme chez la femme enceinte et les enfants de moins de cinq ans, la promotion de la GATPA et du tutorat obéissent à la même logique. Dans le même ordre d'idées il importe de souligner la réparation de plus de 350 cas de cas de fistules ; la mise en place de stratégies à base communautaire, la promotion de l'IEC/CCC avec l'élaboration d'outils de plaidoyer (modèle RAPID, module REDUCE), ainsi que toutes les initiatives concourant à la prise en charge des adolescents/jeunes notamment le document les standards et le renforcement des compétences des acteurs concernés dans ce domaine.

4. Financement de la SR

Il convient de mettre en exergue l'augmentation du pourcentage du budget de l'État alloué à la santé (pour les dépenses de fonctionnement) qui est passé de 8,25% en 1999 à 11% en 2010. En

Il a été noté d'autres améliorations comme l'indique le tableau suivant.

Tableau 1 : Evolution des principaux indicateurs de suivi

Indicateurs SR	2008	2009	2010
Taux d'utilisation des services de consultations prénatales	79,3%	94,7%	93,3% *
Taux d'achèvement en CPN	21,3%	25,1%	
Pourcentage d'accouchements dans les structures sanitaires	70,0%	66,9%	73% *
Pourcentage d'accouchements assistés par un personnel qualifié	43,6%	52,2%	65,1%*
Pourcentage d'accouchements réalisés sous GATPA	37,1%	56,0%	
Pourcentage d'accouchements réalisés avec un partogramme	28,6%	48,2%	
Pourcentage de césariennes	2,3%	2,9%	
Taux d'utilisation des services de CPON		49,8%	
Nouveaux nés ayant bénéficié du paquet de soins immédiats à la naissance		51,7%	
Taux de recrutement en PF	2,9%	5,3%	
Prévalence contraceptive			12,1%*
Taux de mortinaissance	36‰	26‰	

Source : Rapport DSR 2009 et EDS V*

2010, sur un budget du Ministère de la santé de près de 105 milliards, l'Etat a alloué 1,5 milliards aux activités de Santé de la reproduction. La part du budget de la SR représente 3% du budget de la santé selon les comptes nationaux ou sous comptes SR (2005). Des avancées sont enregistrées en ce qui concerne la mobilisation des ressources. Ces acquis sont notés à travers les mesures hardies prises par les pourvois publics, en octroyant une subvention pour la prise en charge des accouchements et des césariennes à plus de 489 millions en 2011, et la mise à disposition d'une ligne budgétaire de 100 millions pour l'achat de produits contraceptifs.

Grâce aux importants efforts consentis par l'état, les collectivités locales, les Partenaires Techniques et Financiers et les communautés beaucoup de progrès ont été notés. Le niveau des indicateurs relatifs à la mortalité néonatale infantile et infanto juvénile ainsi que le taux d'utilisation des services appréciés selon les résultats des dernières enquêtes démographiques et de santé se sont améliorés. Entre 2005 et 2011, les taux de mortalité néonatale, infantile et infanto juvénile sont passés de 35‰ à 29‰ pour la mortalité néonatale, de 61‰ à 47‰ pour la mortalité infantile et de 121‰ à 72‰ pour la mortalité infanto juvénile.

V. PROBLÈMES PRIORITAIRES

1. L'insuffisante accessibilité et disponibilité des services de SR

- L'accessibilité géographique et financière aux services de SR est encore limitée ;
- Les ressources humaines posent un problème d'insuffisance tant en quantité qu'en qualité surtout au niveau des zones éloignées et difficiles, mais aussi de mauvaise répartition sur le plan national ;
- La couverture en structures offrant des services de santé de la reproduction (blocs SONU, espaces ados, coins du nouveau né...) est à améliorer ;
- La disponibilité des produits de santé de la reproduction est insuffisante.

3. L'utilisation des services est à promouvoir

- La faiblesse de certains indicateurs tels que : le taux d'accouchements dans les structures de santé, la fréquentation des services par les adolescents, le taux d'achèvement en consultation prénatale, le taux de recrutement en planification familiale résultant du fort taux de besoins non satisfaits demeure préoccupante ;
- Le niveau de connaissance des populations sur les questions de santé de la reproduction et principalement sur les conséquences des mariages précoces, des mutilations génitales, des avortements à risque, des fistules, est peu satisfaisant.

5. L'engagement des parties prenantes à tous les niveaux est à renforcer

- Les ressources humaines et financières allouées à la SR sont limitées ;
- L'application des textes réglementaires sur la santé de la reproduction, méconnus par une grande majorité du public, est à améliorer ;
- L'implication des différents acteurs de la santé est faible ;
- Les populations ne sont pas suffisamment impliquées dans la conception, la mise en œuvre et le suivi des activités de santé de la reproduction ;
- Les leaders communautaires ne sont assez outillés pour appréhender les interrelations entre la santé de la reproduction et les autres secteurs de développement.

2. La qualité des services de santé de la reproduction est à améliorer

- La compétence du personnel de santé en santé de la reproduction (néonatalogie, SRA, prise en charge des complications obstétricales et des fistules, les méthodes de longue durée en planification familiale,...) est à renforcer ;
- Le système de référence recours est faible et inopérant ;
- Les ruptures de produits de santé de la reproduction sont assez fréquentes ;
- Le matériel d'offre de service de santé de la reproduction est en quantité insuffisante et souvent non fonctionnel.

4. La capacité de management et de leadership des services de santé de la reproduction est à améliorer

- La coordination des interventions des différentes parties prenantes est insuffisante ;
- Le management des services de santé de la reproduction est à renforcer à tous les niveaux ;
- Le leadership de santé de la reproduction est à consolider ;
- Le partenariat et la multi-sectorialité ne sont pas suffisamment développés ;
- La planification, le suivi-évaluation et la responsabilisation ne sont pas bien pris en compte par les acteurs de la SR.

Vision

L'accès universel et équitable à des services de Santé de la Reproduction de qualité est assuré à tous les individus, familles et communautés.

Objectifs

Les objectifs stratégiques proposés reflètent le caractère prioritaire de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Ceci passe par l'offre de soins de qualité et l'accroissement de l'utilisation des services.

En plus, il est fondamental de renforcer le leadership et les capacités de gestion de la structure au niveau central en charge de la Santé de la Reproduction



CHAPITRE 2

Cadre stratégique

Axes Stratégiques et interventions

Pour l'atteinte des objectifs assignés au plan, des axes stratégiques et des interventions sont définies pour servir de cadre de référence et guider les activités prioritaires.

Compte tenu du niveau actuel des indicateurs, il s'agit de renforcer l'utilisation des services de SR en mettant l'accent sur les stratégies suivantes :

- I. Accroître le niveau d'utilisation des services de santé de la reproduction**
- II. Assurer des soins de qualité de santé de la reproduction**
- III. Améliorer le leadership et le management des programmes de santé de la reproduction**

Objectif général

Contribuer à l'amélioration de la Santé de la Reproduction des populations

Objectifs spécifiques

Accroître le niveau d'utilisation des services de santé de la reproduction

Assurer des soins de qualité de santé de la reproduction

Améliorer le leadership et le management des programmes de santé de la reproduction

Les principes qui sous tendent ce plan stratégique sont :

- Equité et accessibilité ;
- Approche participative avec meilleure implication des communautés ;
- Respect des droits des individus et la prise en compte du genre ;
- Décentralisation ;
- Démédicalisation ;
- Démocratisation ;
- Coordination et intégration ;
- Gouvernance ;
- Multisectorialité ;
- Partenariat.

OBJECTIF SPECIFIQUE 1

ACCROITRE LE NIVEAU D'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ DE LA REPRODUCTION

Compte tenu du niveau actuel des indicateurs, il s'agit de renforcer l'utilisation des services de SR en mettant l'accent sur les stratégies suivantes :



STRATEGIE 1 : Augmentation de la disponibilité et de l'accessibilité des services de SR de qualité

STRATEGIE 2 : Renforcement des capacités, des individus, des familles, des communautés et des organisations de la société civile dans la promotion de la SR

STRATEGIE 3 : Promotion des initiatives à base communautaire

STRATEGIE 1

Augmentation de la disponibilité et de l'accessibilité des services de SR de qualité



Afin de rendre effective l'application du paquet minimum de services de SR définie par niveau conformément aux politiques, normes et protocoles, d'impliquer tous les secteurs concernés et de tenir compte du niveau économique des populations.

Il est nécessaire de :

- Diffuser et mettre en œuvre le paquet minimum de soins en santé de la Reproduction à tous les niveaux ;
- Promouvoir la disponibilité des ressources humaines de qualité, du matériel, de l'équipement, des produits SR, des infrastructures et des ressources financières requis pour la mise en œuvre de ce paquet minimum ;
- Intégrer le secteur privé, parapublic et confessionnel dans l'offre de services de SR ;
- Améliorer la fonctionnalité des blocs SONU ;
- Renforcer les stratégies avancées ;
- Promouvoir les méthodes longue durée en PF ;
- Elargir la gamme des méthodes contraceptives et les produits du marketing social ;
- Mettre en œuvre les standards en santé de la reproduction des adolescents/jeunes ;
- Faire le plaidoyer pour réduire et harmoniser les tarifs des services et des produits de SR ;
- Développer et mettre en place un système de maîtrise des coûts de prestations de la SR ;
- Mettre en place un système de financement alternatif de la santé (mutuelles de santé, caisse de solidarité, subvention des accouchements et des césariennes, autres systèmes de prise en charge) à tous les niveaux ;
- Renforcer les stratégies de subvention/ gratuité des services et produits de SR.

STRATEGIE 2

Renforcement des capacités, des individus, des familles, des communautés et des organisations de la société civile dans la promotion de la SR



La promotion de la santé est reconnue comme étant un processus qui confère aux individus une meilleure maîtrise de leur santé et plus de moyens pour l'améliorer. Malgré les progrès réalisés, certains défis méritent d'être relevés pour favoriser une participation effective individuelle et collective dans les interventions de santé

Pour cela, il importe de :

- Entreprendre la recherche sociale et opérationnelle en tenant compte de l'aspect genre afin de recenser les obstacles à l'utilisation des services ;
- Développer et mettre en œuvre un plan national de communication en SR intégrant l'aspect genre et les droits humains pour favoriser l'adoption de bonnes pratiques ;
- Favoriser la mobilisation sociale et communautaire autour de la SR (transport communautaire, système de communication, fonds communautaire, mobilisation des acteurs clés y compris les hommes, système communautaire de surveillance de la santé de la mère et du nouveau-né).

STRATEGIE 3

Promotion des initiatives à base communautaire



Dans le cadre de la stimulation de la demande de soins en SR, les IBC constituent de nos jours un pilier essentiel. A ce titre, s'inscrit le PBG qui est une approche communautaire basée sur l'exploitation des valeurs traditionnelles d'entraide à travers un fort leadership féminin.

A ce propos, il convient de :

- Renforcer la mise en œuvre du programme Bajenu Gox ;
- Promouvoir l'IEC/CCC en mettant l'accent sur le plaidoyer ;
- Développer un partenariat avec les OCB, les collectivités locales, le secteur privé, la société civile, les partenaires au développement ;
- Renforcer le système d'orientation vers les structures de santé ;
- Mener le plaidoyer auprès des leaders d'opinion en faveur de la SR ;
- Renforcer l'offre de service SR au niveau communautaire.
- Mettre à l'échelle les expériences communautaires en SR réussies ;
- Renforcer les capacités du personnel communautaire sur la SR selon les normes ;
- Identifier les rôles et responsabilités des différents acteurs communautaires impliqués dans l'offre de service.

OBJECTIF SPECIFIQUE 2

ASSURER DES SOINS DE QUALITE DE SANTE DE LA REPRODUCTION

La situation de la santé de la reproduction reste préoccupante au vu de l'état actuel des indicateurs malgré les progrès réalisés. Les disparités sont importantes entre le milieu urbain et la zone rurale. A ce titre, des efforts seront faits pour améliorer aussi bien la couverture que la qualité des soins offerts pour la mère et le nouveau né.



STRATEGIE 1 :

Plaidoyer pour une mobilisation de ressources financières suffisantes et nécessaires pour la mise en œuvre des programmes de SR

STRATEGIE 2 :

Développement des ressources humaines qualifiées en SR

STRATEGIE 3 :

Renforcement des infrastructures, des équipements, des produits / médicaments et de la maintenance

STRATEGIE 4 :

Promotion de l'approche qualité dans l'offre de services de SR

STRATEGIE 5 :

Renforcement du système d'orientation –recours

STRATEGIE 1 :



La faiblesse des ressources financières est une contrainte majeure pour la mise en œuvre des activités prioritaires identifiées. Plusieurs interventions seront requises dans ce sens.

Plaidoyer pour une mobilisation de ressources financières suffisantes et nécessaires pour la mise en œuvre des programmes de SR

A ce propos, il s'agit de :

- Elaborer, réviser et mettre en œuvre un plan de plaidoyer pour la mobilisation des ressources à tous les niveaux ;
- Mettre en œuvre un système d'allocation des ressources ;
- Faire la cartographie de l'offre de services SR.

STRATEGIE 2 : Développement des ressources humaines qualifiées en SR



La disponibilité de ressources humaines de qualité en nombre suffisant conformément aux prévisions de la carte sanitaire est une condition sine qua none pour une bonne mise en œuvre des activités planifiées à tous les niveaux.

A cet effet, il est important de :

- Renforcer les capacités des prestataires dans l'offre de services en SR ;
- Faire du plaidoyer pour renforcer l'effectif du personnel à tous les niveaux selon les normes et mettre en œuvre la politique de maintien du personnel qualifié dans les postes d'accès difficiles et éloignés ;
- Augmenter le nombre d'équipes en compétence SONU ;
- Diffuser les politiques, normes et protocoles de services en SR ;
- Intégrer les composantes SR dans les curricula de formations de base (écoles instituts et universités) ;
- Redynamiser les centres de références ;
- Impliquer les centres régionaux de formation dans les formations continues du personnel de santé ;
- Renforcer les stratégies innovantes de formation telles que le « tutorat » ;
- Assurer la délégation des tâches.

STRATEGIE 3 :

Renforcement des infrastructures, des équipements, des produits / médicaments et de la maintenance



Il s'agit de renforcer les infrastructures et les équipements tout en assurant leur maintenance ; rendre disponible les produits SR/ médicaments indispensables à l'offre de soins de qualité de SR.

A cette fin, il est essentiel de :

- Renforcer la couverture en infrastructures selon les standards et programmes de SR ;
- Renforcer la logistique et les équipements SR au niveau des structures ;
- Mettre en place un système de maintenance des équipements et infrastructures à tous les niveaux ;
- Mettre en œuvre le plan de sécurisation des produits SR.

STRATEGIE 4 :

Promotion de l'approche qualité dans l'offre de services de SR



Il s'agit de délivrer à chaque patient les soins selon les normes conformément à l'état actuel de la science médicale, en vue de satisfaire les droits des clients et les besoins des prestataires.

Dans ce cadre, il importe de :

- Appliquer et suivre la mise en œuvre des politiques, normes et protocoles en SR ;
- Institutionnaliser les audits de décès maternels et néonataux, l'accréditation des structures de prise en charge (PF, nouveau-né, adolescent(e)/jeunes), audit des données SR ;
- Assurer la régularité de la supervision formative /COPE ;
- Réviser régulièrement les politiques, normes et protocoles en SR tous les 2 ans ;
- Consolider et étendre les initiatives d'e-sante.

STRATEGIE 5 : Renforcement du système d'orientation –recours



Pour assurer une gestion appropriée des complications maternelles et néonatales en SR, il faut établir d'une manière efficace la communication entre les différents prestataires de services et les différents niveaux de soins dans les délais.

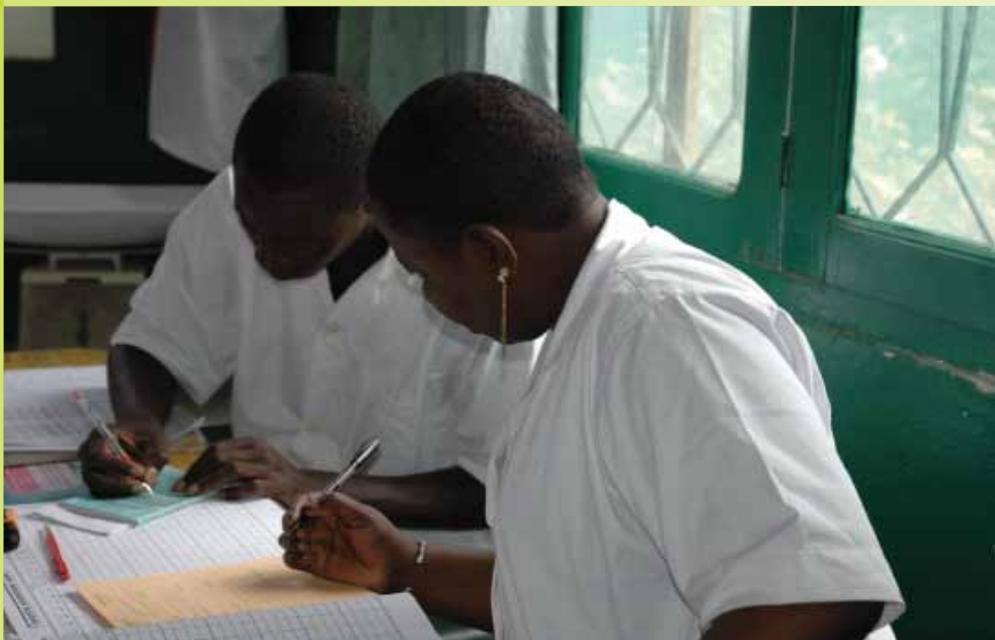
Dans cette perspective, il convient :

- Augmenter le parc d'ambulances et les moyens de communication ;
- Renforcer les capacités du personnel dans la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales ;
- Redynamiser le système de gestion de la référence /contre référence à tous les échelons de la pyramide sanitaire ;
- Capitaliser les expériences communautaires réussies en matière d'orientation recours.

OBJECTIF SPECIFIQUE 3

AMELIORER LE LEADERSHIP ET LE MANAGEMENT DES PROGRAMME DE SANTE DE LA REPRODUCTION

Le développement des capacités de leadership et de management constitue un élément incontournable pour espérer relever les défis auxquels la SR doit faire face. En effet, il est essentiel, pour atteindre les objectifs fixés, d'avoir les capacités de s'adapter à un environnement de plus en plus complexe et changeant, de soutenir le système, d'améliorer le moral et la motivation des acteurs malgré les ressources insuffisantes. Par ailleurs, la recherche de financement pour faire face aux nombreux défis de développement repose sur une stratégie efficace de mobilisation de ressources.



A ce titre, il faudra mettre en œuvre des stratégies efficaces pour rendre les structures fonctionnelles avec une bonne autonomie dans leur gestion. Par conséquent, une disponibilité suffisante de personnels qualifiés à tous les niveaux et l'existence de cadre de concertation opérationnel rendant compte régulièrement du niveau d'exécution des actions à travers des réunions régulières s'avèrent nécessaires.

STRATEGIE 1 :

Renforcement de la volonté politique

STRATEGIE 2 :

Renforcement du partenariat et de la multi sectorialité

STRATEGIE 3 :

Développement de la surveillance, de l'évaluation et de la responsabilité

STRATEGIE 4 :

Renforcement de la communication institutionnelle

STRATEGIE 1 :

Renforcement de la volonté politique



La volonté politique s'est bien manifestée et existe à travers des déclarations et d'autres actions. Il convient de la rendre plus effective par des interventions qui permettront d'améliorer l'environnement juridique, de renforcer l'aspect genre et le niveau de financement des activités de SR.

Il s'agit de :

- Renforcer le plaidoyer pour un environnement politique, législatif et réglementaire plus favorable ;
- Mobiliser des ressources nécessaires à la mise en œuvre des programmes de SR.

STRATEGIE 2 :

Renforcement du partenariat et de la multi sectorialité



Les interventions permettront d'impliquer les parties prenantes concernées aux différents niveaux et à toutes les étapes dans la planification la mise en œuvre le suivi et l'évaluation.

La portée des problèmes liés à la SR dépasse largement le champ d'action de la santé publique. La résolution de ces problèmes nécessite une mobilisation générale de tous les acteurs du développement qu'ils soient politique, économique, social ou culturel.

Dans cette optique, il s'agit de mener des actions en vue de :

- Renforcer le partenariat avec les associations, les partenaires techniques et financiers, les ordres professionnels, les réseaux, les communautés, la société civile et les autres secteurs de développement ;
- Renforcer le partenariat public - privé et parapublic ;
- impliquer le secteur privé et parapublic dans la gestion des activités de SR (formation, supervision, transmission des données SR...);
- Renforcer les cadres formels de concertation à tous les niveaux ;
- Favoriser la participation active de tous les acteurs concernés à travers la mise en place d'un cadre formel.

STRATEGIE 3 :

Développement de la surveillance, de l'évaluation et de la responsabilité



L'information sanitaire de qualité joue un rôle important dans la gestion des programmes de santé. La recherche opérationnelle constitue le parent pauvre du système de santé en général et spécifiquement au niveau de la SR ; à cela s'ajoute la non disponibilité de l'information sanitaire de qualité.

Tous ces constats font que pour un bon suivi du niveau d'exécution du plan stratégique, il importe de :

- Renforcer le système d'information sanitaire pour la gestion du programme ;
- Mettre en place un système d'évaluation basé sur les résultats ;
- Mettre en place un système (au niveau national ou local) qui augmente la responsabilité des prestataires ;
- Promouvoir la recherche opérationnelle (Systématiser les enquêtes de perceptions pour mesurer la qualité de l'offre de service ;
- Faire la cartographie de l'offre de services SR ;
- Institutionnaliser les supervisions à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

STRATEGIE 4 : Renforcement de la communication



Les résultats d'évaluation des programmes de SR ont révélé des insuffisances en matière de communication de nature à amoindrir leurs performances.

Pour y remédier, il nécessite de :

- Faire le Marketing des programmes de SR ;
- Améliorer la communication interne et externe (site Web, célébration campagnes et journées en SR, diffusion plan national de communication SR, fonctionnalité des comités... ;
- Coordonner des interventions avec le secteur privé et les autres secteurs de développement.

La mise en œuvre du plan stratégique se base sur les principes de la décentralisation, du partenariat, de la multisectorialité et de l'intégration.

1. Cadre institutionnel

La mise en œuvre de ce présent plan stratégique fait appel à la synergie de tous les acteurs du secteur public, de la société civile, du secteur privé et de coopération bi et multilatérale. Elle relève du ministère de la santé, de l'hygiène publique et de la prévention à travers les directions centrales, la division de la santé de la reproduction, les régions médicales et les districts de santé.

Le Ministre de la santé, de l'hygiène publique et de la prévention se chargera du suivi de la bonne mise en œuvre de ce plan. Il assurera le plaidoyer auprès du Parlement, du Gouvernement, des collectivités locales et des partenaires au développement pour leur meilleure implication en vue d'un positionnement du plan aux instances de décision.

La division de la santé de la reproduction, placée sous la tutelle de la direction de la santé, est chargée d'organiser et de coordonner les activités préventives et curatives en matière de santé de la reproduction. A ce titre, elle est chargée de diffuser, de promouvoir et de faire le suivi de la mise en œuvre de ce plan stratégique. Ainsi, conformément aux recommandations du PNDS II, il faudra mettre en place une direction en charge de la santé de la mère, du nouveau né, de l'enfant et de l'adolescent avec une meilleure autonomie de gestion.

Les régions médicales, chargées de l'appui technique et managérial, devront s'impliquer davantage dans la diffusion et la coordination des activités du plan stratégique. Elles devront aussi, assurer la promotion de la collaboration multisectorielle et du partenariat avec les ONG et la société civile.

Les districts sanitaires sont chargés de l'organisation de la mise en œuvre des activités promotionnelles, préventives et curatives en

santé de la reproduction. Ils devront veiller à la prise en compte du plan stratégique dans les plans de travail annuel de leurs zones de responsabilité.

Les autres secteurs du développement tels que les ministères de l'économie et des finances, de la famille, de l'éducation, de la jeunesse, des collectivités locales devront chacun en ce qui le concerne s'approprier ce plan et apporter un appui technique et financier nécessaire.

Les collectivités locales, la société civile, les communautés et les ONG contribueront au plaidoyer, au financement et à la promotion de la Santé de la Reproduction, conformément à leurs attributions et compétences dans ce domaine. Elles seront associées à toutes les étapes de l'exécution du plan.

Les Partenaires Techniques et Financiers seront impliqués dans le processus de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation des lignes d'actions préconisées. Leurs appuis technique et financier seront requis à tous les niveaux.

2. Planification des activités

Le système de planification du plan stratégique se base sur celui du PNDS II. Le plan stratégique décrit les axes stratégiques et les lignes d'action en matière de Santé de la Reproduction. Les différents centres de décisions (DSR, régions médicales et districts sanitaires) élaboreront chaque année leurs plans de travail annuel. Au niveau des districts les PTA prendront en compte les plans opératoires des Collectivités locales.

La CAS/PNDS et la DSR veilleront à la prise en compte de ce plan stratégique dans les PTA et POCL.

3. Mécanisme de coordination

La coordination de ce plan sera par diverses instances :

- Au niveau national: le comité national de lutte contre la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale de la feuille de route assurera le pilotage de ce plan stratégique. La fonctionnalité

de ce comité devra être améliorée par une tenue régulière des réunions trimestrielles et une meilleure implication des acteurs des autres secteurs ministériels et les représentants des partenaires de la société civile, des ONG et des bailleurs de fonds. La présidence est assurée par le Ministre de la santé, de l'hygiène publique et de la prévention ; le secrétariat est assuré par la DSR.

La coordination se fera aussi avec le comité de suivi du plan stratégique de sécurisation des produits SR et les autres comités de coordination et de pilotage des problèmes prioritaires du Ministère de la santé.

- Au niveau régional: le médecin-chef représentera le comité de comitage. Il veillera à la prise en compte de ce plan dans les PTA des districts et de la région médicale. Il devra tenir des réunions de suivi de ce plan en impliquant les autres secteurs ministériels, les ONG, les représentants locaux des partenaires technique et financiers et les autorités locales. Le cadre des comités régionaux de développement pourra être utilisé à cet effet.
- Au niveau district et poste de santé: la coordination sera identique à celle du niveau régional et sera assurée par le médecin-chef de district sous l'autorité du préfet. Les réunions pourront se tenir lors des comités départementaux de développement.
- Au niveau des postes de santé : l'infirmier-chef de poste assurera la coordination sous l'autorité du sous-préfet. Les réunions pourront se tenir lors des comités locaux de développement.

4. Suivi-évaluation

Un plan de suivi-évaluation sera élaboré. Il permettra d'améliorer le suivi et la coordination des intervention de ce plan stratégique. Il aura comme objectif principal d'identifier et de renseigner systématiquement les indicateurs de processus, de résultats, d'effets et d'impact. Il devra prendre en compte les éléments suivants:

- La définition des indicateurs d'impact, d'effet et de processus. Pour chaque indicateur identifié, il sera proposé une définition opérationnelle, le mode de calcul, la fréquence de mise à jour, les sources possibles et les limites. Cela se fera de manière consensuelle avec toutes les parties prenantes. Il sera retenu une liste d'indicateurs traceurs. Cependant, chaque district pourra ajouter d'autres indicateurs opérationnels afin d'améliorer son suivi.
- La collecte des données se basera sur le système national d'information sanitaire. Il faudra que ce dernier soit renforcé et que des mécanismes soient trouvés afin de contourner les rétentions des données. Il faudra, aussi, améliorer la disponibilité, l'exhaustivité et la promptitude des

données. Des outils logiciels de traitement des données et d'analyse des indicateurs devront être développés.

- La définition d'un système de suivi de la mise en oeuvre à tous les niveaux de la pyramide sanitaire:
 - la tenue d'une réunion annuelle de revue et de planification. Cette activité permettra de faire le bilan de la mise en oeuvre des PTA SR de la DSR, des régions médicales et des partenaires au développement. Elle impliquera donc tous ces acteurs précités et sera placée sous l'autorité du Cabinet du ministre de la santé.
 - la tenue de réunions de revues trimestrielles SR. Elles seront organisées par les régions médicales en collaboration avec la DSR. Elles permettront de faire le suivi des activités SR, les niveaux de performances; et de proposer des solutions aux problèmes de mise en oeuvre.
 - le suivi pourra se faire aussi lors des réunions de coordination des régions et des districts.
 - l'organisation de missions de supervisions de la mise en oeuvre du plan stratégique. Elles seront organisées tous les six mois et seront assurées par les membres du comité de pilotage du plan stratégique. Les médecins-chefs de régions et de districts profiteront de leurs supervision pour apprécier l'état de mise en oeuvre des activités SR.
- En plus de ce suivi régulier, une évaluation à mi parcours du plan stratégique sera réalisée en 2013 sous la coordination du comité technique de suivi. L'évaluation finale se fera en 2015. Le comité pourra suggérer la mise en oeuvre d'enquêtes quantitatives et/ou qualitatives et s'appuyer sur les résultats des évaluations faites dans le cadre des autres programmes nationaux tels que la Stratégie de Réduction de la Pauvreté, le Programme National de Développement Local.

En plus des données quantitatives, des enquêtes qualitatives permettront de renseigner les perceptions des populations sur le degré de satisfaction par rapport aux services reçus et leur niveau d'implication. Elles permettront aussi aux acteurs et professionnels de santé d'apprécier la qualité des soins, les aspects de gestion des programmes.

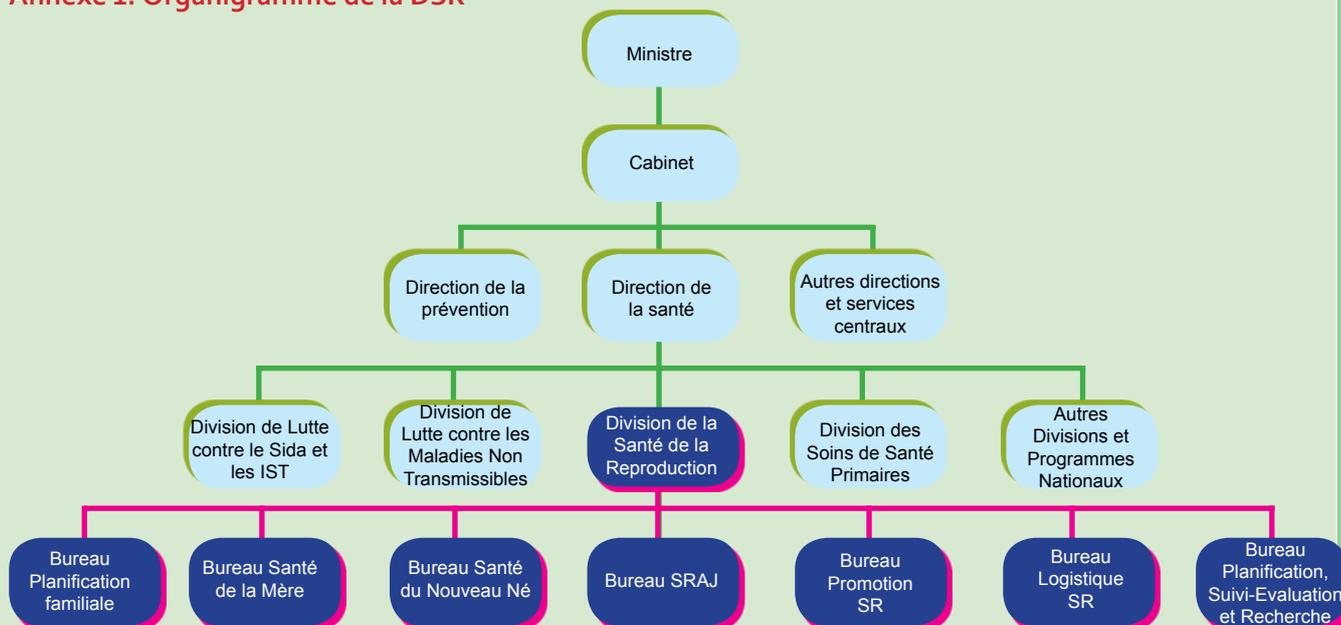
5. Mobilisation des ressources

Elle sera assurée par l'Etat, les bailleurs de fonds, le secteur privé, les ONG et les populations. Un plan de financement de ce plan sera élaboré. Le ministère en charge de la santé et le comité de pilotage assureront le plaidoyer en faveur de la mobilisation des ressources nécessaires.



Annexes

Annexe 1: Organigramme de la DSR



Annexe 2 : Indicateurs de performance et cibles

Indicateurs	Situation de base	Cible pour 2010	Cible pour 2015
Mortalité Maternelle	401/100000 NV	301/100 000NV	200/100000 NV
Mortalité Néonatale	35/1000 NV	25,5/1000 NV	16/1000 NV
Accouchement assisté par un personnel qualifié	52%	56%	60%
Taux de prévalence contraceptive (Hypothèse : programme efficace, augmentation de 1% par an)	10,30%	15,30%	20,30%
Besoins non satisfait en PF	35%	22,50%	10%
Taux de fécondité chez les adolescentes	101/1000	-	-
Taux de la couverture en soins prénatal (au moins 1 visite et au moins 4 visites)	Utilisation : 93% Couverture : 39,8% (SNIS 2004)	95%	98%
Pourcentage d'accouchements en structures	62%	71%	80%
Taux de césariennes	2% (dsr - 2008)	5,7%	15%
Proportion de femmes enceintes séropositives sous ARV prophylactiques dans le cadre de la PTME	-		
Proportion de population connaissant les signes de danger des complications obstétricales et néonatales.	-		
Taux de létalité obstétricale au sein des structures SOU	4,0%		0,02
Couverture des besoins en SONU satisfaits	19,4%		
Proportions de nouveau- nés avec faible poids de naissance	10%	8,5%	7%
Prévalence de l'excision chez les filles de 15 à 19 ans	25%	22,5%	20%
Nombre de centres de santé offrant des SOUC	17		
Taux de disponibilité des structures offrant des SOUB	0,25 pr 500000 Hbts		
% des femmes porteuses de fistules obstétricales dépistées bénéficiant d'un traitement			
Taux de besoins en PF non satisfaits	32%		

- : absence de données

Annexe 3 : Liste des participants

Prénoms & Noms	Service/Institution
Dr. Mame Cor Ndour	Abt
Kambaye El Hadji Oumar	ADEMAS
Hamath Wone	ASBEF/Dakar
Mohamadou Keïta	CAF/SP
Aminata MBodji	CAS/PNDS
Amadou Assane Sylla	CEFOREP
Dr. Moustapha Thiam	CGO
Maïmouna Sow	Child Fund
Marième Fall	Child Fund
Dr. Kombaté Monfomba Douti	Consultant
Mary Jo Lazear	Consultante ILM
Khady NDiaye	DANSE
Mame Omar Guèye	DER
Dr. Mamadou Dieng	District de Touba
Aminata Camara	DPPDH/MEF
Mamadou Wade	DRH
Massaer Touré	DRH
Pr. Oumar Faye	DS
Dr. Siga Diop Deme	DS Kébémér
Aissatou Sano	DSR
Cheikh Bamba Diop	DSR
Dr. Aida Tall Sall	DSR
Dr. Bocar Mamadou Daff	DSR
Dr. Cheikh Tidiane Niang	DSR
Dr. Mariétou Diop	DSR
Dr. Ndèye Fatouma Ndiaye	DSR
Khady Sy	DSR
Ly Ndèye Maguette Diop	DSR
Mme Coly Aïssatou Sano	DSR
Safiétou Diop Fall	DSR
Sébastiana Diatta	DSR
Dr. Karim Seck	FHI
Issa Labou	HOGGY
Dr. Ndack Wadji Ly	ILM
Dr. Fatou Ndiaye	Intra health
Dr. Papa Baba Lissa NDao	Intra health
Henriette NGuessan	JICA
Dr. Mady Ba	MSP/Dakar
Dr. Farba Lamine Sall	OMS
Dr. Fatim Tall Thiam	OMS
Dr. Seipati Mothebesoane-Anoh	OMS
Dr. Fanding Badji	Projet ISSU
Oumoul Khaïry Niang	Projet village du millénaire
Maguette Sy Gaye	Réseau Siggil Jigeen
Dr. Doudou Sène	RM Kédougou
Ndèye Bineta Fall	RM Saint-Louis
Dr. Kalidou Konté	RM Sédhïou
Dr. Amadou Diack	RM Thiès
Awa Cheikh Sèye NDiaye	SNEIPS
Dr. Kémo Diédhiou	SNIS



Bibliographie

Cisse et al. 2007- Avortement du premier trimestre au CHU de Dakar : intérêt de l'AMIU médecine tropicale 2007 67.2, pp163-166.

Fonds des Nations Unies pour l'enfance UNICEF- Rapport sur la situation des enfants dans le monde 2009, la Santé maternelle et néonatale.

Maputo – Plan d'Action pour la Mise en œuvre du Cadre d'Orientation Continental pour la Promotion des Droits et de la Santé en matière de sexualité et de Reproduction en Afrique 2007-2010, septembre 2006.

Ministère de l'Economie et des Finances, Déclaration de la Politique de Population, Dakar 2002.

Ministère de l'Economie et des Finances, Document de Stratégies de Réduction de la Pauvreté DSRP : Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie ANSD ; juin 2006.

Ministère de l'Economie et des Finances, Estimation de la Population du Sénégal de 2005 à 2015, Direction de la Prévision et de la Statistique (DPS) Janvier 2006.

Ministère de l'Economie et des Finances/ANSD 2005-2011, Enquêtes Démographiques et de Santé du Sénégal.

Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale - Direction de la Santé- Division de la Santé de la Reproduction ; Feuille de Route Multisectorielle pour accélérer la réduction de la Mortalité et de la Morbidité Maternelles et Néonatales au Sénégal 2006-2015.

Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale - Direction de la Santé- Division de la Santé de la Reproduction, Troisième enquête nationale sur la couverture obstétrico-chirurgicale au Sénégal, Avril 2003.

Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale - Direction de la Santé - Division de la Santé de la Reproduction, Documents Politiques, Normes et Protocoles en Santé de la Reproduction, 2011.

Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, Service National de l'Information Sanitaire, Carte Sanitaire 2008.

Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, Stratégie Nationale en Santé de Adolescent(e)/jeunes du Sénégal, Dakar, juin 2005.

Ministère de la Santé et de la Prévention, Direction de la Santé - Division de la Santé de la Reproduction, Plan Stratégique pour la Sécurisation des Produits de SR, 2011-2015, Dakar 2010.

Ministère de la Santé et de la Prévention, Direction de la Santé - Division de la Santé de la Reproduction, Stratégie Nationale de Lutte contre les Fistules Obstétricales, Dakar 2009.

Ministère de la Santé et de la Prévention, Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018, Dakar, janvier 2009.

Ministère de la Santé et de la Prévention, Plan National et Stratégique pour la survie de l'enfant 2007-2015, Dakar, juillet 2007.

Ministère de la Santé et de la Prévention, Protocole d'accord entre le Ministère de la Santé et de la Prévention et la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement sur « le Réapprovisionnement et la Gestion des produits contraceptifs », Dakar, Janvier 2011.

Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Prévention, Direction de la Santé - Division de la Santé de la Reproduction, Standards de Services de Santé Adaptés aux Adolescent(e)/jeunes du Sénégal, Dakar, Avril 2011.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) - Rapport sur la santé dans le monde 2005, « Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant ».

The Lancet, vol.365, n°9462, 5 mars 2005, p.895.

UNFPA - Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) 1994, Rapport Final.

