

**Etude du cas du Senegal :  
Des débuts prometteurs,  
des progres inegaux**  
**Etudes de cas de repositionnement  
du planning familial**  
Décembre 2006



**USAID**  
DU PEUPLE AMERICAIN

the **ACQUIRE** project

# Rapport ACQUIRE

## **Etude du cas du Senegal : Des débuts prometteurs, des progres inegaux**

### **Etudes de cas de repositionnement du planning familial**

Décembre 2006

Par Jane Wickstrom, Abdoulaye Diagne et Alyson Smith



**USAID**  
DU PEUPLE AMERICAIN

the **ACQUIRE** project

© 2006 Le Projet ACQUIRE/EngenderHealth

C/o Engender Health  
440 Ninth Avenue  
New York NY 10001 USA  
Téléphone : 212- 561-8000  
Fax : 212-561 8067  
e-mail : [info@acquireproject.org](mailto:info@acquireproject.org)  
[www.acquireproject.org](http://www.acquireproject.org)

Cette publication a été rendue possible grâce à l'appui généreux du peuple américain, par le biais du Bureau pour la Population et la Santé Reproductive, l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID), dans les conditions énoncées dans l'accord de coopération GPO-A-00-03-00006-00. Les opinions exprimées ici sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement l'opinion de l'USAID ou du gouvernement américain.

Le projet ACQUIRE (Accès, Qualité et Utilisation dans la Santé Reproductive) est un projet de coopération financé par l'USAID et géré par Engender Health, en collaboration avec le Adventist Development and Relief Agency International (ADRA), l'IntraHealth International, Inc., le Meridian group International, Inc., et la Société pour la Femme et le Sida en Afrique (SWAA). La mission du Projet ACQUIRE est de faire progresser et d'appuyer la santé reproductive et les services de planning familial, en mettant l'accent sur les soins cliniques effectués sur place. Imprimé aux Etats-Unis D'Amérique. Imprimé sur du papier recyclé.

Citation suggérée : Wickstrom, J., Diagne, A., et Smith, A. 2006. *Repositionnement du planning familiale — Etude de cas du Sénégal : des débuts prometteurs, des progrès inégaux*. New York : Le Projet ACQUIRE/EngenderHealth.

# Tables des Matières

Reconnaisances .....	v
Sommaire .....	vii
Les principales enseign conclusions .....	vii
Introduction .....	1
Méthodologie .....	3
Découvertes .....	5
Calendrier .....	5
Qu'est ce qui a été réalisé .....	7
Tendances en TFR et CPR .....	7
Tendances urbaines et rurales en TFR et CPR .....	7
Les tendances régionales en CPR .....	8
Tendances en besoins non satisfaites .....	8
Tendances sur la taille de famille souhaitée .....	9
Le contexte .....	9
Religieux, socioculturel et les questions genre .....	9
Faible taux de VIH/SIDA .....	11
Problèmes sociaux et économiques .....	12
La décentralisation et les approches sectorielles .....	12
Qu'est-ce qui a été réalisé au niveau politique ? .....	13
Les politiques RH/FP .....	13
L'appui des bailleurs .....	14
Historique des projets USAID .....	15
L'Appui direct du FINUAP au Ministère de la Santé .....	16
Qu'est-ce qui a été réalisé en matière de programme ? .....	16
Choix de méthode et accès aux méthodes .....	16
La formation des prestataires de service .....	17
Les services .....	17
L'approvisionnement, la logistique et la logistique contraceptive .....	19
Création de besoins et d'information .....	19
Marketing social .....	20
Données pour les prises de décision .....	21
Conclusions et enseignements retenus .....	23
Références .....	25

## **Annexes**

Annexe 1 : La liste des personnes interrogées .....	27
Annexe 2 : Les documents passés en revue .....	31

## **Graphiques**

Graphique 1. TFR, utilisation de méthode contraceptive, et utilisation de méthodes contraceptives modernes, Sénégal, 1978-2005 .....	7
Graphique 2. Importance de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes, par zone résidentielle 1986-2005 .....	7
Graphique 3. Importance de l'utilisation des méthodes contraceptives, par région 1986-2005 ...	8
Graphique 4. Moyenne d'enfants nés par type d'unions 1986-2005 .....	10

## Reconnaisances

Ce rapport a été élaboré pour le Repositionnement du Planning familial, une initiative prise et financée par l'Agence Américaine pour le développement Internationale (USAID). Il a été conçu, rédigé et publié par le Projet ACQUIRE. Les auteurs de ce rapport sont Jane Wickstrom, Abdoulaye Diagne et Alyson Smith. Les contributions proviennent, entre autres, de John M. Pile et Laura McPherson (Consultant).

Les auteurs sont reconnaissants à l'endroit de Joan Robertson, Shawn Malarcher, Alexandra Todd-Lippock, Elizabeth Warnick, Ishrat Husain, et Tanvi Pandit de l'équipe Task Force de Repositionnement du Planning Familial de l'USAID pour les conseils généraux. Elizabeth Warnick nous a fait une analyse particulièrement utile de l'Enquête Démographique et Sanitaire du Sénégal de 2005 (DHS), laquelle analyse a fourni beaucoup d'informations à l'équipe. L'ancien Directeur chargé de la section Santé Population et Nutrition au Sénégal de l'USAID, Linda Lankenau a participé à l'analyse approfondie.

Les auteurs remercient l'équipe actuelle de l'unité Santé, Population et Nutrition au Sénégal de l'USAID. Il s'agit de Jennifer Adams, Mary Cobb, Brad Barker, Elizabeth Benga De, et Mathilde Ndow qui nous ont fourni d'important documents de base et d'information. La participation et les contributions de Mary Cobb sur le travail de terrain de l'équipe ont été appréciables. Le Docteur Salif Ndiaye (Centre de Recherche pour le Développement Humain) a fourni une importante analyse des données EDS de 1986, 1992, 1997, et 2005.

Le Secrétaire Général du Ministère de la Santé (MS) Moussa Mbaye nous a éclairés sur les relations structurelles du planning familial dans le Plan National de Développement Social et Sanitaire. Abdou Issa Dieng, le Conseiller Technique du Ministre de la Santé, chargé des questions de population a fourni une intéressante perspective sur le rôle du planning familial sur la stratégie de réduction de la pauvreté. Elhadji Ousseynou Faye a fourni d'importantes informations sur les politiques actuelles du Ministère de la Santé. Les Médecins chefs de Région et de district à qui nous avons rendu visite à Kaolack, Fatick, Thiès et Saint Louis nous ont montré de belles perspectives de décentralisation.

Et enfin, les auteurs remercient plusieurs personnes au Sénégal travaillant dans différentes organisations gouvernementales, non gouvernementales, dans des organisations privées et dont les connaissances et l'expertise ont contribué à l'élaboration de ce rapport.

Ce rapport a été édité par Michael Kitsch et produit par Elkin Konuk. Cette édition du rapport a été traduit par El Hadji Mor Sarr.



# Sommaire

Le planning familial sauve des vies et est considéré comme un important aspect du développement socio-économique. Bien que ceci soit largement reconnu et étayé par des documents, l'attention et les ressources destinées à améliorer les programmes de planning familial dans les pays en développement ont diminué, bien que la demande reste élevée. Ceci est particulièrement vrai pour ce qui concerne les pays au sud du Sahara. Pour toute la région, seules 14% des femmes utilisent les méthodes modernes de contraception (PRB, 2005). Pour répondre à ce besoin, l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) a identifié le Programme Repositionnement du Planning Familial pour en faire une priorité dans le cadre de son intervention en Afrique. En vue d'orienter les investissements futurs, l'USAID a appuyé cinq études de cas pays pour identifier les stratégies et les enseignements qui ont contribué à développer ou à freiner le planning familial dans la région. Ces études de cas sont utilisées par l'USAID pour orienter la stratégie de mise au point du Repositionnement du Planning Familial et renseigner sur les efforts à fournir pour identifier les investissements clé dans la région.

Le Sénégal a une réputation de leader en Afrique de l'Ouest, par la transition démocratique réussie, le bas niveau de corruption économique, et le succès des réformes économiques. En matière de soins sanitaires, le Sénégal est un grand adepte des approches et traités internationaux et possède une longue expérience de participation communautaire dans le domaine de la santé.

Cependant, malgré des débuts prometteurs concernant le programme de planning familiale, on a noté un ralentissement lors de la dernière décennie. Il est important de se pencher sur l'historique du planning familial pour se rendre compte des progrès réalisés. Jusqu'en 1980, la contraception était illégale. En 1988, le Sénégal devint le premier pays de l'Afrique de l'Ouest à adopter une politique officielle de population. Deux ans plus tard, le Programme National de Planning Familial (PNFP) a été lancé comme programme vertical. Au milieu des années 90, le programme du Sénégal était modérément solide, avec une augmentation annuelle en termes d'utilisation de méthodes modernes de 0,7% (1992-1997). En 1998, le programme a changé avec la mise en place d'un plan pour intégrer le planning familial dans la Division de la Santé Reproductive au sein de la Direction de la santé. Des personnes clé interrogées sur le programme du Sénégal ont noté qu'avec cette intégration, l'accent mis sur le planning familial a baissé. Comme l'a indiqué une des personnes interrogées « la CIPD [ la Conférence Internationale sur la Population et le Développement a apporté un vaste agenda au Sénégal, là où on avait besoin de plus d'attention su le Planning familial ». Un autre remarqua qu' « on ne pouvait pas se développer si le planning n'a pas été bien mis en place. »

Avec 25 ans de programme d'investissement de la part des bailleurs et du gouvernement, des gains substantiels ont été réalisés. De 1978 à 2005, l'indice de fécondité (TFR) a diminué de presque de deux naissances par femme (de 7,2 à 5,3) ; la prévalence contraceptive générale a presque triplé (de 3,9% à 11,8%), et l'utilisation de nouvelles méthodes a été multipliée par 17 (de 0,6% à 10,3%). Cependant, depuis le temps de ces bases de référence, les taux de prévalence des méthodes contraceptives (CPR) qui ont suivi sont demeurés relativement bas et que le taux fertilité est toujours très fort. L'augmentation de la prévalence des méthodes contraceptives modernes fut plus forte de 1992 à 1997 (0,7% par an) que pour la période 1997 – 2005 (0,3% par an). Une augmentation annuelle de 1 à 2 points de pourcentage dans le CPR indique que le programme de planning familial est viable.

## Les Principales Conclusions

Les principaux facteurs qui expliquent les faibles progrès réalisés par le Sénégal dans le domaine du planning familial sont les barrières culturelles, les barrières d'accès, l'appui des bailleurs, l'impact de la décentralisation, l'absence d'un leadership fort, la formation, la supervision, et la gestion de la qualité, et la sécurité contraceptive. L'impact de chacun de ces facteurs est décrit ci-dessous.

### Les barrières culturelles

Le Sénégal possède une longue tradition pro nataliste. La taille de famille voulue correspond à la taille de famille effective, ce qui décourage l'utilisation du planning familial. En outre, la majorité de la population est musulmane (94%) et les dirigeants musulmans ont mis du temps à faire appel au planning familial, malgré les programmes pilotes qui visaient à mobiliser leur appui. Au contraire, beaucoup de gens interprètent l'Islam comme étant opposé à l'utilisation du planning familial. De plus, la pratique de la polygamie, qui n'a pas considérablement diminué lors des 20 dernières années, encourage la procréation du fait des traditions d'héritage et la compétition entre coépouses. Le manque de modèles de communications durables destinés à faire changer les comportements est souvent cité par les personnes interrogées comme la cause principale d'une lente acceptation de la contraception au Sénégal, surtout en ce qui concerne les méthodes modernes.

### Politique, Barrières Règlementaires et de Pratique

Le planning familial a longtemps été considéré comme « l'affaire des sages femmes », limitant ainsi l'accès surtout au niveau des dispensaires. En outre, le planning familial a été sur « médicalisé » et la partialité des prestataires a influencé le choix des méthodes et l'accès global. Beaucoup de prestataires refusent de donner des contraceptifs sans l'avis de l'époux. Tandis que les politiques et les pratiques sont en train de changer et que les infirmiers sont formés pour fournir des services sélectifs, le rythme de changement est très lent. La politique du Sénégal n'appuie pas ouvertement l'accès à la contraception. A titre d'exemple, la disponibilité des contraceptifs dans le secteur privé est restreinte par la loi qui interdit de prodiguer des conseils, de prescrire ou de distribuer des contraceptifs au sein de d'une même unité sanitaire privée. L'importation et la distribution d'hormones se heurtent à un et difficile processus réglementaire aggravé par le montant élevé des taxes et des marges bénéficiaires qui augmentent les prix aux consommateurs des produits et la capacité à les acquérir.

### L'appui des bailleurs

Les bailleurs ont beaucoup contribué au programme de planning familial, mais il faut remarquer que cet appui a dans un certain sens contribué à en ralentir le rythme d'avancement. Très tôt, les bailleurs ont divisé le pays en régions/districts focaux pour des raisons financières et techniques. Une faible coordination, des efforts parallèles, et peut être une absence d'informations transversales ont produit des approches différentes de mise en œuvre dans les différentes régions et districts. Ceci a également mis à contribution l'institutionnalisation du programme au sein des partenaires au développement. A titre d'exemple, le FNUAP et l'USAID ont chacun leur propre programmes de contraception, et la synthèse des deux méthodes a révélé des différences.

Au moment où l'USAID continuait à travailler sur ses districts ciblés, la programmation était plus réorientée vers l'appui à la décentralisation, par la mise au point de systèmes de gestion et de financement. Le FNUAP a aussi changé d'orientation. Du planning familial, il est passé à un système santé reproductive plus intégré et une approche tournée vers le droit. Les deux transitions ont diminué l'attention portée sur le planning familial et le système gouvernemental s'est révélé incapable d'absorber le déficit. Avant 1997, l'Association Sénégalaise pour le Bien-être Familial

(ASBEF), membre au niveau local de la Fédération internationale pour la planification familiale, fournissait 17% des besoins de la nation en contraceptifs, par le biais de ses cliniques, du travail communautaire, de l'information, de l'éducation et des efforts de communication (IEC). Cependant, après 2001, lorsque la politique de Mexico a été ré instituée, l'ASBEF ne pouvait plus être subventionné par l'USAID et la population qu'elle servait a, par la suite diminué de moitié.

### **La Décentralisation et l'Intégration des Services de Santé**

L'accent mis sur le planning familial a été affaibli par la déconcentration des services gouvernementaux au niveau local et par l'intégration du planning familial dans les services de santé reproductive. Les décideurs ont affecté les ressources aux priorités définies. Un rapport a révélé qu'en un an, le secteur de la santé a perdu 30% de son budget au profit des autres secteurs. En outre, les programmes de planning familial ont été laissés à un personnel non initié et aux institutions politiques qui en savaient très peu et qui ont très peu pour développer le programme.

### **Le leadership Sénégalais**

Le planning familial n'a jamais été une priorité pour l'élite, les professionnels de la santé, ou les dirigeants du Sénégal. Des changements fréquents de sites du programme de planning familial (11 fois en 19 ans) ont fait qu'il soit difficile au programme de s'implanter au plus haut niveau. Un sénégalais averti affirme que, sans cadres supérieurs à la tête, il est difficile d'influencer les normes culturelles.

### **La formation, la supervision et la gestion de qualité**

La notion de formation et de supervision interne bien qu'étant techniquement acceptable, reste tributaire de l'appui des bailleurs en vue de payer les formateurs et les per diem des superviseurs. L'absence d'engagement au niveau national en vue de fournir la formation, la supervision et la qualité pour intervenir au-delà des districts couverts par l'USAID, ont freiné l'expansion du programme.

### **La Sécurité Contraceptive**

Le Sénégal a longtemps dépendu sur les bailleurs pour les contraceptifs et les tâches de gestion telles que la prévision. Le gouvernement s'est engagé à assurer la gestion et le financement des contraceptifs, en commençant à autoriser l'IUD pour 2006. Ce pendant, il existe des doute quant à la viabilité du système et la sécurité des contraceptifs au fil du temps.



# Introduction

Le planning familial sauve des vies et a été considéré comme un important aspect du développement socio-économique. Bien que ceci soit largement reconnu et bien documenté, très peu de ressources et d'attention ont été consacrées ces dernières années aux programmes de planning familial dans les pays en développement bien que la demande reste forte. On estime que la satisfaction des besoins non satisfaites en matière de contraceptifs dans les pays en développement éviterait 52 millions de grossesses non voulues par an, sauvant ainsi 1,5 millions de vies et éviterait à 505,000 enfants de perdre leurs mères (Singh et al, 2003).

En 2003, l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) et d'autres parties prenantes ont identifié le Repositionnement du Planning Familial comme priorité dans son intervention en Afrique.

Face à des ressources limitées, des infrastructures peu viables, et une plus grande attention orientée vers le VIH/SIDA, beaucoup de pays africains ont des difficultés à renforcer leurs programmes de planning familial et à augmenter la prévalence contraceptive. Pour orienter les investissements futurs, l'USAID a appuyé cinq études de cas spécifiques de pays pour en identifier les stratégies et les leçons apprises qui a contribué ou qui ont empêché la mise en œuvre de programmes de planning familial dans la région.

Les premières études de cas ont été menées dans trois pays qui ont réalisé des progrès considérables au cours des 10 – 20 ans : il s'agit du Ghana, du Malawi, et de la Zambie. Chacun de ces pays a connu des expériences considérables dans la prévalence des contraceptifs et la baisse de la fertilité, malgré un environnement défavorable et des ressources limitées. Bien que les programmes de ces pays ne fussent pas parfaits, les composantes de ces programmes peuvent servir de guides aux autres pays africains au sud du Sahara. Par la suite, l'USAID a entrepris des études de cas dans deux pays qui ont fait preuve d'une prévalence contraceptive relativement stable et/ou des taux de fertilité relativement stables, ou une baisse du taux de croissance : il s'agit de la Tanzanie et du Sénégal. Ces dernières études de cas montrent les aspects négatifs et positifs de la programmation du planning familial et indiquent les obstacles à éviter. Les études de cas sont utilisées pour guider la mise au point de stratégies pour le Repositionnement du Planning Familial et pour orienter les efforts d'identification des investissements clé dans la région.





# Méthodologie

Les études de cas du Sénégal et de la Tanzanie sont destinées à raconter l'histoire du planning familial dans ces pays et à identifier les obstacles majeurs que rencontre le planning familial dans un contexte de ressources limitées en Afrique au Sud du Sahara. Les deux pays ont été sélectionnés sur la base de critères mixtes équilibrés du fait que l'USAID a l'intention de prendre un échantillon représentatif de l'Afrique de l'Ouest et de l'Est. L'analyse couvre une période de 10 – 20 ans caractérisée par des contextes socio-économiques, politiques et épidémiologiques très dynamiques.

La méthodologie utilisée pour l'étude du Sénégal consiste en une combinaison de groupes de discussion et d'interviews individuels de nos principales sources (Appendice 1) et la revue des documents secondaires (Appendice 2). Cette étude fait suite au protocole de mise en place durant les études de cas de la Zambie, du Malawi et du Ghana et traite des questions suivantes dans les interviews et les recherches secondaires :

1. Quelles ont été les principales réalisations et réussites du programme de planning familial au Sénégal lors des 10 dernières années ?
2. Qu'est ce qui explique ces réalisations et succès (y compris les facteurs liés au programme, les politiques, et les facteurs culturels et sociaux)
3. Quelles ont été les principaux défis et contraintes rencontrés dans la mise en œuvre du programme de planning familial ?
4. Comment ces défis ont été relevés ?
5. Existe-t-il des régions, ou une partie de la population, qui soit plus difficile à servir pour le programme ? si oui, qu'est ce qui a été fait pour satisfaire leurs besoins ?
6. Quelles sont les priorités actuelles pour le planning familial au Sénégal ?
7. Quels sont les enseignements tirés du travail sur le planning familial ?
8. Quels sont les défis actuels du programme et qui constituent des menaces jusqu'à présent ? qu'est ce qu'on doit faire de ces défis ?

Les informations fournies dans ce rapport donnent une image du planning familial au Sénégal et indiquent les principaux enseignements. Le rapport s'est référé sur des données et de la documentation sur le planning familial au Sénégal, dont les projets et les rapports d'avancement de projets, les analyses techniques, les opérations de recherches, les relevés statistiques et le rapport préliminaire de 2004 – 2005 sur le Recensement Démographique et Sanitaire. Appendice 2 fournit un listing des deux documents et les sites internet où se trouvent des documents qui peuvent aider à avoir des informations complémentaires.



# Conclusions

## Calendrier

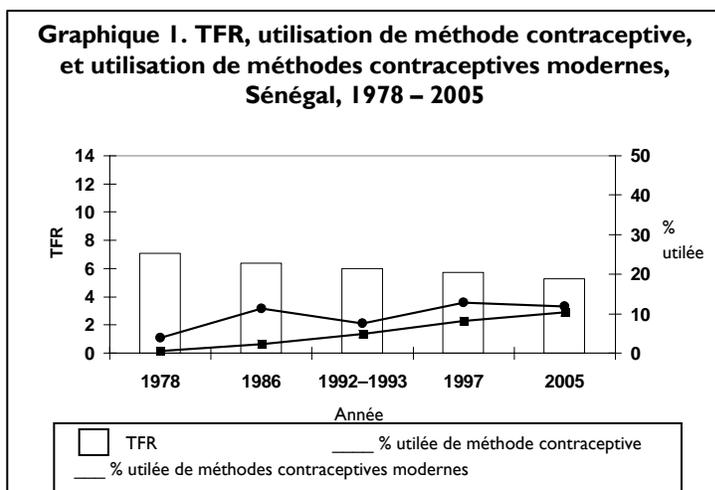
Année	Politique clé et les activités du programme	Impact PF	Contexte
1964	♦ La Clinique Croix Bleue initie le planning familial avec l'assistance financière de Pathfider Fund	Le PF commence à être introduit	La contraception est toujours illégale
1973	♦ Le code de la famille étend l'âge du mariage à 16 ans		
1974	♦ L'Association Sénégalaise pour le Bien- Etre Familial (ASBEF) membre de Fédération internationale pour la planification familiale est mise en place et commence faire du lobbying en vue de faire changer la loi de 1920 qui interdit la contraception		
1976	♦ Les leaders reconnaissent l'importance du planning familial sur les objectifs de développement		Le Président Senghor lie les 2,9% de croissance de la population avec les objectifs de développement
1978	♦ Le Sondage sur le Fertilité au Sénégal établit une base référence TFR et des données CPR	CPF moderne : 0,6% TFR: 7,2	
1979	♦ Le Secrétaire d'Etat Chargé de la Femme prend en charge le planning familial, de concert avec le Ministre de la Santé (MS) ♦ La Commission Nationale sur la Population (CONAPOPOP) est mise en place ♦ Le premier Programme Pays du FNUAP a été lancé (1979 – 1985) pour un montant de \$ 5,5 million		
1980	♦ Les dispositions de la loi anti contraceptive de 1920 sont abrogées ♦ L'ASBEF ouvre sa première clinique modèle de planning familial ♦ La Direction du Bien-être de la famille est créée au sein du Ministère des Affaires Sociales et a pour responsabilité la coordination du planning familial	Le planning familial devient légal au Sénégal	Senghor démissionne et est remplacé par Abdou Diouf du même parti
1981	♦ Le Ministère de la Santé crée la division du planning familial au sein du Service National de Santé Maternelle et Infantile (SNSI)		
1982	♦ Le Projet USAID Santé familial et Population débute dans six régions : Dakar, Thiès, Fatick, Kolda, et Ziguinchor (correspondant au Projet Santé Rurale) ♦ Le premier séminaire sur l'Islam et Population est organisé par CONAPOPOP et ASBEF.		
1983	♦ Le Projet de Bien Etre familial du FINUAP débute dans quatre régions : Diourbel, Louga, Saint Louis et Tambacounda		Le Président Diouf est réélu
1985	♦ Le premier séminaire sur l'enfant et le planning familial est organisé par l'ASBEF ♦ L'USAID commence la phase II de Santé Familial et Population et les projets de Santé Rurale, avec une augmentation substantielle de budget estimé à \$ 20 millions sur sept ans		Le septième Plan de développement du Sénégal (1985 – 1992) contient des dispositions sur planning familial
1986	♦ DHS-I Sénégal est complété	CPR moderne : 2,4% TFR: 6,6	

1988	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ La politique Nationale de Population est élaborée</li> <li>◆ Le FNUAP lance le programme 1987 – 1991 pour un montant de \$ 4 millions</li> </ul>		Le Président Diouf est réélu
1989	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Une table ronde sur Islam et population est organisée (ASBEF)</li> <li>◆ La réforme du secteur de la santé commence. Elle transfère le budget et la planification aux 48 bureaux sous l'autorité des Chefs de Districts (elle entre en vigueur pleinement en 1991)</li> </ul>		
1990	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Le Programme National de Planning familial (PNPF) est lancé</li> </ul>		
1991	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Le Ministère de la Santé sort un arrêté supprimant l'obligation de passer par un test au laboratoire avant l'utilisation des pilules ou IUD</li> </ul>		
1992	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Le Sénégal termine son DHS-2</li> <li>◆ Le projet Bien-être familial du FNUAP prend fin</li> <li>◆ Le nouveau Programme de Surveillance de l'Enfant/ Planning Familial est lancé</li> </ul>	CPR moderne : 4,8% TFR: 6,0	Le Nouveau Plan quinquennal Stratégique Pays de l'USAID 1992 – 1997 est lancé
Début des années 90	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ L'USAID appuie la formation et l'équipement pour les méthodes contraceptives chirurgicales, dont le transplacentaire de Norplant® et mini laparotomie</li> </ul>		En 1993 le Président Diouf est réélu
1994	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Le Sénégal participe à la Conférence Internationale sur la Population (IPCD) tenue au Caire et signe le Programme d'Action</li> </ul>		La dévaluation de la monnaie de l'Afrique de l'Ouest déclenche un choc économique, le redressement économique est lent
1995	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Le marketing social du condom Protec est lancé</li> </ul>		
1996	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Les premières normes concernant le planning familial sont mises en place</li> </ul>		Le Code de décentralisation de 1996 transfère la gestion de la santé de la population et affaires sociales aux Collectivités Locales
1997	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Le Sénégal termine le DHS-3</li> </ul>	CPR moderne : 8,1% TFR: 5,8	14 000 agents locaux sont élus dans les Collectivités Locales
1998	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Le Ministère de la Santé élabore un Plan National de Développement Social et Sanitaire (PNDSS) pour 1998 – 2007</li> <li>◆ Le Ministère de la Santé met en place le Plan de Développement Intégré de la Santé (PDIS) pour 1998 – 2002 qui rend opérationnel le PNDSS</li> </ul>		Le Nouveau Plan Stratégique Pays 1998 – 2006 pour le Sénégal de l'USAID s'adapte à l'approche décentralisation dans tous les secteurs (quelques efforts en matière de santé continue jusqu'en 2000 comme activités de transition)
1999	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Le M S met en place un Plan d'Action pour la Santé Maternelle et Infantile pour 2000 – 2010 qui donne plus de détails sur la santé reproductive ; le planning familial est intégré dans le plan.</li> </ul>		
2000	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Les nouveaux instruments de l'USAID sont mis en place pour rendre la stratégie de décentralisation opérationnelle</li> </ul>		Le Président Wade est élu (nouveau parti)
2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ ADEMAS lance les pilules Sécuril pour le marketing social et crée une réaction défavorable au nouveau des médias, ce qui a nécessité une publicité en faveur des génériques. Il est interdit de citer les noms de marques en publicité</li> </ul>		Le taux élevé dans les élections locales a donné lieu à un dérèglement des fonctions de conseil municipal et rural
2004-2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Sénégal termine le DHS-4</li> <li>◆ Un projet de loi sur la Santé Reproductive est introduit à l'Assemblée</li> </ul>	CPR moderne : 10,3% TFR: 5,3	

## Qu'est ce qui a été réalisé ?

### Indice de fécondité, Prévalence contraceptive

Le planning familial et les indicateurs de fertilité ont connu une amélioration significative lors des 27 dernières années. Le taux de fertilité (TFR) a diminué de deux naissances par femme, passant de 7,2 en 1978 à 5,3 en 2005. Le taux global de prévalence contraceptive (CPR) a aussi augmenté de

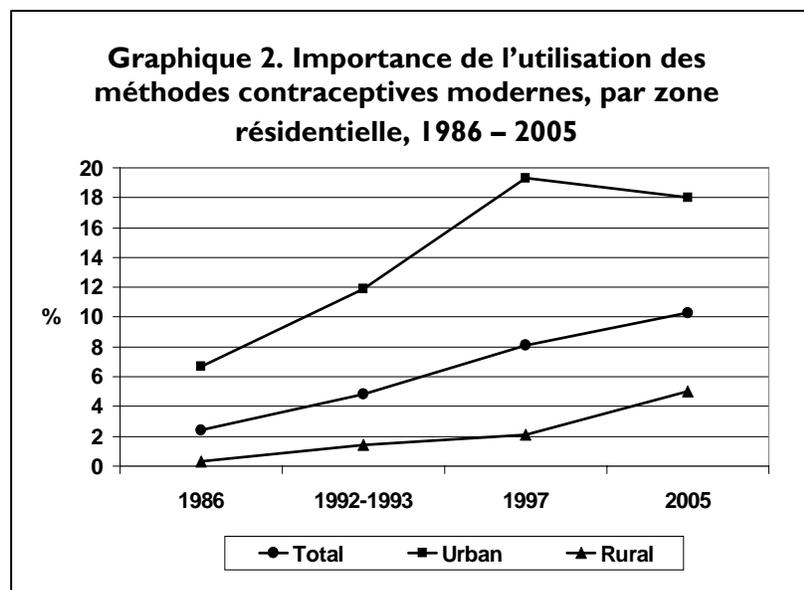


1998 (3,9%) en 2005 (11,8%) et l'utilisation des méthodes modernes a augmenté de 0,6% en 1978 à 10,3% en 2005 (figure 1) il a également eu une tendance significative à l'utilisation des méthodes modernes au détriment des méthodes traditionnelles : En 1986, des 11,3% de CPF total enregistré chez les femmes mariées, la contraception moderne ne représentait que 21% de la méthode mixte, tandis qu'en 2005, des 11,8% de l'ensemble des CPR, 87% des femmes ont eu recours aux méthodes modernes (graphique 1) (ORC Macro, 2006).

Le gain le plus élevé en indicateurs de santé reproductive est enregistré de 1992 à 1997, lorsque la méthode moderne a augmenté de 0,7% par an. Pour d'autres périodes, on a enregistré des gains plus modestes—0,4% de 1986 à 1992, et de 0,3% de 1997 à 2005. (Une augmentation annuelle de 1 – 2 % dans les CPR est une indication d'un fort programme de planning familial.)

### Tendances Rurales-Urbaines en termes de TFR et CPR

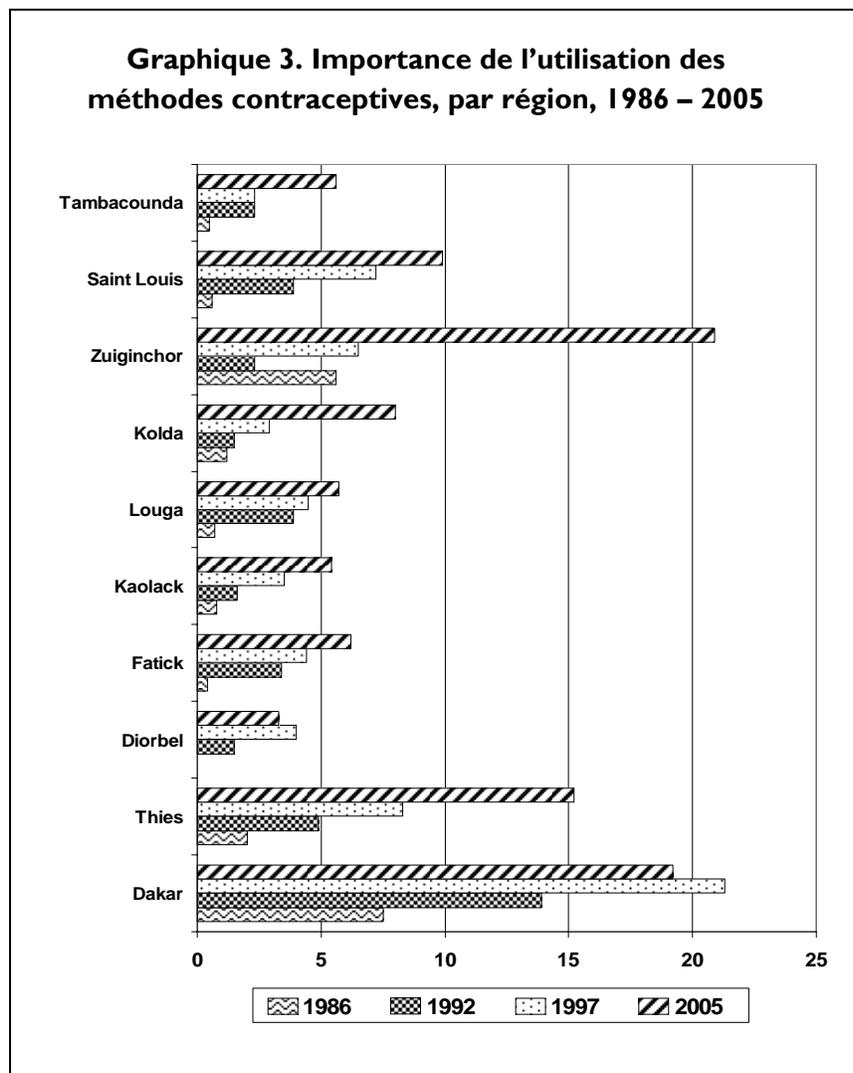
Les TFR et les CPR varient selon le niveau d'éducation et selon le milieu urbain ou rural. Dans les zones urbaines, la fertilité a baissé de 6,3 naissances par femme à 4,1 en 2005, tandis qu'en zones rurales, la fertilité a baissé de 1,5 naissances par femme, passant de 7,9 en 1982 à 6,4 en 2005.



L'utilisation dans les zones urbaines des méthodes contraceptives modernes a considérablement augmenté, passant de 6,7% en 1986 à 19,3% en 1997 pour ensuite une légère baisse entre 1997 et 2005. Par contre, l'utilisation en milieu rural de méthodes contraceptives modernes continue de connaître une hausse et a même doublé entre 1997 et 2005, bien l'utilisation générale insignifiante, avec un taux de 5% (graphique 2). Tout compte fait, la prévalence de méthodes modernes en zones urbaines fait presque quatre fois la prévalence en rurales.

## Tendances Régionaux en CPR

Les tendances en prévalence contraceptives varient selon les régions. La graphique 3 montre qu'à l'exception de Dakar, les CPR modernes ont augmenté à des taux presque constants dans la plupart des régions jusqu'en 1997. De 1997 à 2005, par contre, il y a eu une surprenante augmentation dans l'utilisation des méthodes modernes dans la plupart des zones rurales des régions de Ziguinchor et Kolda où les méthodes modernes ont fait un bond de 176% et 221% respectivement, comparé à une augmentation moyenne de 65% pour les autres régions, à l'exception de Dakar. Cette augmentation de la prévalence à Ziguinchor et à Kolda est attribuable à une plus grande utilisation des contraceptifs après 1997.



Les données du Ministère de l'Éducation montrent que dans les trois régions, (Dakar, Kolda et Ziguinchor) le niveau d'alphabétisme est plus élevé. Le Français est parlé partout dans ces zones rurales et l'accès aux soins de santé est plus facile. On doit noter que l'USAID a appuyé les régions de Ziguinchor et de Thiès au cours des ans, ce qui peut expliquer l'existence davantage de points de service. Nous n'avons pas davantage d'informations en ce qui concerne Kolda.

Seuls Dakar, Thiès et Ziguinchor ont dépassé 15% de prévalence en contraceptifs modernes en 2005, bien que le CPR pour les méthodes modernes ait baissé à Dakar entre 1997 et 2005.

## Tendances en besoins non satisfaits

Le niveau des besoins non satisfaits en terme de planning familial et surtout dans le domaine de l'espacement est

parmi les élevés au monde. Ces besoins ont légèrement augmenté : de 29,3% en 1986, il passe à 31,6% en 2005. Vingt quatre pour cent des femmes mariées et qui n'utilisent pas de contraceptifs ont déclaré vouloir espacer leurs futures naissances d'au moins deux ans, tandis que 7% voulaient limiter toutes les futures naissances (les non utilisateurs seulement) ; cet effet il existe une différence insignifiante entre les femmes urbaines et rurales. La proportion de femmes mariées n'utilisant pas de contraceptifs et désirant espacer ou limiter les naissances reste relativement inchangée depuis 1992 – 1993 (ORC Macro, 2006).

## **Tendances en ce qui concerne la taille de famille désirée**

Bien que la taille des familles ait diminué, elle reste tout de même élevée, particulièrement en zones rurales. En 1998, en moyenne, les femmes mariées désiraient avoir 5,7 enfants, un nombre identique à celui du TFR. Les femmes vivant en milieu rural désiraient avoir plus d'enfants que celles vivant en milieu urbain (6,0 contre 4,5), tandis que les femmes illettrées désiraient avoir plus d'enfants (5,8) que celles ayant fréquenté l'école primaire (4,6) et celles qui ont suivi des études secondaires ou supérieures (4,0). En moyenne les hommes mariés considèrent que 9,5 enfants constituent un nombre idéal (en 1998). Chez les femmes, le nombre d'enfants baisse à mesure que le niveau d'éducation s'élève. Les hommes en zones rurales désiraient avoir beaucoup plus d'enfants que ceux vivant en zones urbaines (Ayad & Ndiaye, 1998).

Avant 2005, les hommes et les femmes désiraient généralement avoir moins d'enfants, et la différence entre rural et urbain demeurait. En moyenne, les femmes désiraient avoir 5,4 enfants ; ce nombre est un peu plus élevé chez les femmes mariées (5,7) ; les femmes rurales voulaient plus d'enfants que celles en zones urbaines (6,2 contre 4,7) tandis que les femmes illettrées voulaient plus d'enfants (6,1) que celles ayant suivi une éducation primaire (4,9) ou secondaire ou supérieure (4,1). En moyenne, avant 2005, au Sénégal les hommes voulaient 7,2 enfants, tandis que les femmes mariées considéraient 8,3 enfants comme idéal. Comme ce fut le cas avec les dames, le nombre idéal d'enfants diminue à mesure que le niveau d'éducation s'élève, et que les hommes en zones rurales voulaient beaucoup plus d'enfants que ceux vivant en zones urbaines (9,0 contre 5,9).

En conséquence, la prévalence contraceptive a augmenté avec le niveau d'éducation. En 2005, 29,7% des femmes mariées ayant suivi au moins une éducation secondaire, utilisaient une méthode moderne, comparé à 12,6% chez celles ayant suivi une éducation primaire et 5,5% pour celles qui n'ont jamais été à l'école.

## **Contexte**

Tandis que des gains substantiels ont été réalisés, comme indiqué ci-dessus, un certain nombre de facteurs peuvent expliquer la lenteur des progrès réalisés dans l'utilisation et l'extension des services de contraception.

### **Facteurs religieux, socioculturels et les questions genre**

#### **La Religion**

L'Islam constitue la religion dominante au Sénégal. Il est pratiqué par environ 94% de la population. La communauté chrétienne (environ 4% de la population) est composée de catholiques romains, et de différents groupes de protestants. Les 2% restants pratiquent exclusivement les religions traditionnelles ou ne pratiquent aucune religion. La minorité chrétienne est concentrée aux régions de l'Est et du Sud tandis que le groupe qui pratique la religion traditionnelle est concentré à l'Ouest et au Sud.

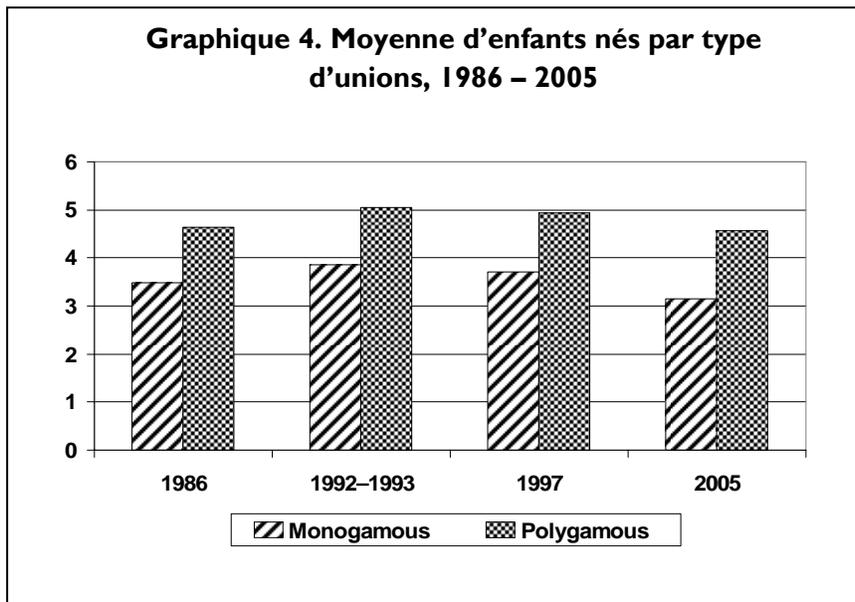
Malgré la tenue de plusieurs conférences, des voyages d'étude dans d'autres pays Islamiques, l'appui aux associations, et des communications axées sur le changement de comportement (BCC), on note toujours l'absence de leadership de la part des chefs religieux parlant en faveur du planning familial au Sénégal. L'absence de leadership a laissé la place à une mauvaise interprétation du Koran par les petits imams, ce qui a donné lieu à de nombreuses barrières religieuses contre l'utilisation de la contraception. On peut noter cependant que les différentes études DHS ont révélé que très peu de personnes interrogées ont cité la « religion » pour expliquer le non utilisation de la contraception.

La pratique de la polygamie, qui est autorisée par l’Islam, n’a pas substantiellement diminué depuis 20 ans et contribue à rendre le TFR très élevé. C’est la conséquence de compétitions entre épouses et un système d’héritage traditionnel. Les épouses ayant plus d’enfants, en particulier des enfants de sexe mâle, héritent plus que celles qui n’ont pas d’enfant/ou n’ayant que des enfants de sexe féminin. L’Enquête sur la Santé Familiale de 1978 a montré que 48,5% des femmes étaient des polygames. A titre comparatif, le chiffre du DHS de 2005 était de 40%.

Comme l’a remarqué un observateur, les intellectuels sénégalais ont 2 – 4 épouses, ce qui est considéré comme symbole de prestige. Même au sein des familles pauvres du milieu rural, il est culturellement acceptable d’avoir 2 – 3 épouses. Comme noté plus haut, la compétition entre épouses dans les familles polygamiques, poussent généralement les femmes à avoir plus d’enfants ; des normes sociales comme celles là représentent constituent des freins à davantage de planning

familial. Ceci apparait clairement sur les données qui montrent que les ménages polygamiques utilisent peu la contraception bien que la différence soit statistiquement insignifiante.

Les données du DHS montrent clairement que les femmes polygames ont plus d’enfants que celles monogames. La graphique 4 montre que la différence de la moyenne d’enfants nés de famille polygame et la moyenne d’enfants issus de famille monogame est de 1,16 de plus en 1986 à 1,43 en 2005.



### **Les questions socioculturelles et de genre**

Comme c’est le cas dans beaucoup d’autres pays de l’Afrique de l’Ouest, le sentiment pro nataliste est très fort au Sénégal. Culturellement, la norme petite famille n’a pas été adoptée. Une loi datée période coloniale qui interdisait la contraception n’a été abrogée qu’en 1980. La situation de la femme est précaire. Plus de 66% femmes sénégalaises sont illetrées. Environ 43% des diplômés de l’élémentaire sont des filles ; la proportion est moindre au niveau secondaire. Des femmes qui ont terminé leurs études secondaires, les 30% utilisent les méthodes modernes, comparé à 5% des femmes illetrées (Diop et al., 2004).

Les femmes célibataires doivent demeurer vierges jusqu’au mariage, mais la plupart ne s’y conforment pas. Le DHS de 1997 montre l’âge moyen de la première expérience sexuelle à 17,5 pour les femmes âgées entre 20 et 49 ans. Cependant, en zones urbaines, la première expérience est repoussée à 20,6 ans tandis que les femmes en milieu rural ont leur première expérience à 16,4 ans. Moins du tiers des jeunes hommes et femmes déclarent utiliser la contraception lors de leur première expérience et l’utilisation du planning familial pour les adolescents célibataires constitue un problème.

Le concept de droit individuel à la reproduction est en contradiction avec les normes et pratiques coutumières au Sénégal. Les femmes sénégalaises n'ont généralement pas de contrôle sur leur option contraceptive. L'aval du mari est particulièrement important du fait que la loi coutumière considère la femme comme inférieure et incapable de prendre sa propre décision sur beaucoup de questions. En dépit des normes et protocoles contraires, beaucoup de prestataires insistent à avoir l'accord du mari avant de fournir un service de planning familial à l'épouse, ceci pour se protéger contre la réaction du mari. Là où la femme peut accéder au service de planning familial, les injections sont les méthodes préférées des prestataires et de la femme, du fait qu'on peut dissimuler leur utilisation. En effet, une personne interrogée a déclaré que les prestataires aident les femmes à utiliser cette méthode dans le cas où l'accord du mari n'est pas clair. Le MS exige l'accord de l'époux pour ce qui concerne la ligature des trompes.

En outre, certaines femmes doivent demander l'avis de leur belle mère et souvent celui de leur coépouse avant d'accepter une méthode ou à défaut, elles utilisent les contraceptifs de manière clandestine. Les politiques officielles et les pratiques non officielles continuent d'être des freins au planning familial et impacte le taux de prévalence contraceptive.

Le taux de continuation n'est pas élevé, même si les femmes peuvent accéder au service. Presque la moitié (49%) des femmes interrogées dans le Service Provision Assessment de 2003 n'ont utilisé une méthode de façon continue que durant 12 mois ; 23% ont utilisé leur méthode pendant 12-36 mois ; et 27% ont utilisé leur méthode pendant plus de trois ans. Pour les femmes qui ont interrompu leur méthode, 14% l'ont fait parce que leur partenaire ou époux s'y sont opposé (Groupe Serdha, 2003).

L'opposition à la contraception est toujours forte au Sénégal. Les causes de non utilisation mentionnées dans l'étude préliminaire du DHS de 2005 comprennent l'opposition de son du partenaire ou des raisons religieuses (42%), des problèmes relatifs à la fertilité (tels que le fait de vouloir plus d'enfants, d'être stérile ou le fait de ne pas être sexuellement actif) (29%), manque de conscience (6% comparé à 9% en 1997) et les problèmes relatifs à la méthode (19%). La catégorie « opposition à l'utilisation » est importante et répandue dans tout le Sénégal et comprend les facteurs socioculturels, religieux, et les lois modernes et traditionnelles qui constituent des obstacles objectifs à la demande. Une enquête menée dans 15 districts de l'USAID a révélé que 29% des hommes ont cité la religion (Islam) comme motif de ne pas appuyer le planning familial (Groupe Serdha, 2003). Une enquête menée en 2005 a révélé que 12% des femmes qui n'utilisent pas le planning familial, ont dit que c'est à cause de l'opposition de leur époux. (Diop et al., 2004).

Chez les leaders communautaires, les guides religieux, les leaders des groupements et associations de femmes, le planning familial et le VIH/SIDA ne sont pas considérés comme des questions prioritaires (Ouedraogo, 2004). Ceci a été confirmé par plusieurs sources.

### **Faible taux de VIH/SIDA**

Le Sénégal a maintenu un taux global de prévalence du VIH à 0,7%. La prévalence chez les femmes enceinte est relativement faible (1,5%). Cependant, la prévalence chez les prostituées est de 20,9% et peut provoquer une augmentation exponentielle des taux d'infection si la situation n'est pas maîtrisée. Le Sénégal a rapidement réagi à l'émergence du VIH/SIDA au milieu des années 1980 et a vite pris des mesures pour prévenir la transmission du VIH/SIDA ; parmi ces mesures on peut citer la promotion de condoms, la surveillance sentinelle, les teste et les consulting confidentiels, l'information destinée aux prostituées et l'intégration du thème du VIH/SIDA dans les programmes d'éducation sexuelle. L'appui des bailleurs fut fort durant ces années : l'appui, la formation, et le BCC relatif au VIH/SIDA ont mobilisé les ressources et la main d'œuvre et ont détourné l'attention sur les autres initiatives de santé dont le planning familial.

## Les Problèmes Politiques et Economiques

Le Sénégal a été relativement stable dans le domaine politique, avec des transitions présidentielles démocratiques. Un conflit de plus de deux décennies qui oppose le gouvernement du Sénégal à un groupe séparatiste en Casamance connaît un cessez le feu depuis Décembre 2004. La moitié (50%) des jeunes n'ont pas d'emploi, 70% du monde rural vit sans électricité, la croissance moyenne en PIB est 5% par an durant la période 1995 – 2004. En 2001, 57% de la population vivait dans la pauvreté. 60% du monde rural et 45% de la population urbaine vit avec moins d'un dollar US par jour.

En 2001, le Sénégal a bénéficié d'environ 31 million de dollars US d'allègement de dette dans le cadre de l'initiative les Pays Pauvres les Plus Endettés (PPPE) (USAID, 2005). En 2004 le Sénégal bénéficie l'initiative PPPE qui annule une dette extérieure de 850 millions de dollars US sur les dix prochaines années. Le Sénégal a été déclaré éligible pour bénéficier de l'assistance du Millenium Challenge Corporation en 2004 et est encore dans le processus de mettre en place les mécanismes de la subvention.

La politique du secteur sanitaire a affecté les décisions et les services. Le Ministre de la Santé a été changé sept fois en sept ans. L'absence de leadership durable a donné lieu à une mauvaise organisation générale. L'absence d'administration dans les différentes directions empêche la mise en place d'une approche sectorielle et une gestion efficace des projets. Tandis des efforts de capacitation ont été entrepris, surtout dans la Direction de l'Administration (DAGE) et dans les centres de santé régionaux, les capacités managériales demeurent inadaptées. (Banque Mondiale, 2005).

## La Décentralisation et l'Approche Sectorielle

La citation suivante résume la qualité des efforts de décentralisation au Sénégal :

*Le model de décentralisation le plus adopté en Afrique de l'Ouest francophone semble s'orienter vers un remplacement des institutions locales existantes par de nouvelles institutions locales. Cette approche connaît de véritables difficultés : les cadres existants sont basés sur des besoins culturels et sociaux et le fait de les remplacer ou de les négliger va vraisemblablement créer des conflits. L'attitude des populations du Sénégal envers la décentralisation tend à devenir une résistance passive à une nouvelle autorité dont la légitimité n'est pas reconnue.*

(Source: Ouedraogo, Public Administration Development 2003, from Smoke, P., 2003)

Depuis le début des années 1980, le système de santé du Sénégal se décentralise petit à petit. Le rythme de décentralisation s'est accéléré au début des années 90 quand le MS a « décentralisé » l'autorité de gestion et de planification aux régions et aux districts qui étaient responsables devant l'autorité central. Un model de district sanitaire, ayant en son sein une composante de recouvrement de coût a été mis en place et financé par un prêt de la Banque Mondiale et l'Initiative de Bamako sponsorisée par l'UNICEF. Les responsabilités de planification et de gestion ont été transférées aux équipes des districts et des régions, et des programmes de recouvrement de coût gérés par la communauté ont été mis en place. (Les clients du planning familial payent eux-mêmes les services). A ce jour, un des résultats de la décentralisation est qu'il existe plus de 800 comités de santé élus dans l'ensemble du pays, dont tous ne font du planning familial leur priorité.

En janvier 1997, le gouvernement du Sénégal a mis en œuvre le Code de Décentralisation de 1996. Plus de 14 000 élus locaux sont élus dans des unités de collectivités locales. Ces unités existent parallèlement, mais avec de légères différences, aux structures du MS. Cette initiative a institué un

model entièrement « déconcentré » de décentralisation où serait versé une partie du budget de neuf ministères. Cette somme sera directement versée par le Ministère des Finances aux différentes unités de collectivités locales. Les collectivités locales ont le pouvoir de gérer leurs propres affaires dans neuf domaines de compétence dont la santé, la population et les affaires sociales. Les suggestions provenant des ministères centraux ne sont que des guides pour les collectivités locales dans leurs décisions d'affectation de ressources aux différents secteurs. Une partie relativement importante du budget du MS a été mis à la disposition des élus locaux, qui, avec des directives et des encouragements à dépenser cet argent dans le secteur de la santé, pourraient choisir de le dépenser ailleurs. Le personnel de santé est payé et supervisé par le MS, mais la plupart des endroits infranationaux où ils travaillent fonctionnent sous le contrôle financier des élus locaux.

Tandis que la première déconcentration du MS était strictement suivie et contrôlé, le nouveau model déconcentré a fini par coûter au MS beaucoup plus de ressources que tout autre ministère. Presque 30% du budget de la santé a été dépensé sur des secteurs qui ne sont pas ceux de la santé, tandis qu'aucun ministère n'a perdu plus de 5% sur la réaffectation de crédits aux collectivités locales. Il n'existe aucun cas de figure où de l'argent a été transféré hors du secteur de la santé vers le secteur de la santé (Atim, 1998).

L'Approche Sectorielle (SWAp) a été instituée lors du dernier cycle programme de la Banque Mondiale qui a pris fin en 2005. On avait démarré tous les éléments de SWAp : une stratégie nationale a été conçue par le gouvernement du Sénégal pour laquelle le gouvernement du Sénégal était pleinement responsable ; l'accord des bailleurs pour appuyer la stratégie ; des mécanismes de coordination par une Réunion Annuelle Conjointe (RAC). Un processus de budgétisation, comprenant toutes les contributions des bailleurs a été mis sur pied à travers des plans d'opération annuels. Tandis que les plans étaient conformes au SWAp, l'évaluation de fin de projet de la Banque Mondiale a remarqué que la mise en œuvre n'a pas atteint les objectifs et que peu de partenaires ont utilisé les procédures et systèmes nationaux pour transmettre des ressources.

La Banque Mondiale dans l'ensemble évalué négativement le programme pour ce qui concerne la capacitation institutionnelle, la distribution des ressources (surtout aux districts), la formation et les intrants techniques, et des résultats réel en termes d'indicateurs de santé. « Etant données les ressources mobilisées dans le secteur de la santé (2% du PIB et 50 million de dollars US de la Banque Mondiale), le revenu national par tête d'habitant (670 \$ US en 2004) et la taille de la population urbaine (50%) les résultats auraient dû être meilleurs que ceux réalisés » et ne permettront pas au Sénégal d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement, comme souhaité (Banque Mondiale, 2005).

En ce qui concerne le planning familial, l'attraction exercée par la décentralisation et les réformes du secteur de la santé a détourné l'attention des autorités sur les questions spécifiques de santé et les maladies (financés par les projets) pour se focaliser sur les grandes infrastructures de santé, la gestion et les questions financières. En plus de la réduction de la contribution financière des bailleurs destinée aux biens et services, l'action des bailleurs sur des questions spécifiques telles que le planning familial est laissée à la charge de l'USAID et du FNUAP.

## **Qu'est ce qui a été fait au niveau politique ?**

### **La Santé de la Reproduction et les Politiques de Planning Familial**

Historiquement parlant, le programme de planning familial à connu des arrêts et des départs. Le programme a changé de département 11 fois en 19 ans. Dans les années 80, les leaders du planning familial au Sénégal ont été dispersés. Le Ministère du Développement Social (MSD) a été

responsabilisé par le biais de ses bureaux départementaux et régionaux. Les services cliniques de planning familial sont fournis par les districts de santé et les régions médicales sous la supervision du MS. L'information, l'éducation, et les efforts de communications (IEC) ont été confiées à la Commission Nationale de la Population (CONAPO) qui se trouve au sein du Ministère du Plan.

La Politique Nationale de Santé de 1989 a réorganisé le Ministère de la Santé Publique et du Développement Social qui devint le Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale (MSPAS), a étendu le rôle des frais de consultation avec des fonds gérés au niveau local, et a décentralisé la planification et la mise en œuvre du secteur de la santé au niveau des régions et des districts (les frais de consultations sont fixés dans les politiques et réglementation de la santé. Il faut payer pour accéder aux services et facilités du planning familial, et le plus souvent, les patients payent plus que ce qui a été fixé, en fourniture, ou droit d'inscription le plus souvent.)

Le MSPAS a lancé le Programme National de Planning Familial du Sénégal (PNPF) géré en dehors du cabinet du Ministre de la Santé. Comme programme vertical, le PNPF devint opérationnel en 1992.

Au milieu des années 90, les dirigeants sénégalais ont reconnu l'importance de l'accès aux services de santé reproductive et du planning familial. En 1996, les directives de délivrance de service de planning familial sont adoptées par le MS.

Les directives ont été rédigées par un groupe polyvalent provenant du MS, des instituts de formations et des écoles et du secteur privé prestataires de service. Etant les premières directives sur le planning familial jamais rédigées au Sénégal, elles constituent un point de repère pour des soins standardisés. Les directives précisent, par exemple, que trois paquets de pilules peuvent être donnés aux patients pour la contraception orale lors de leur première visite. Par le passé, les instructions concernant le réapprovisionnement en pilules et le calendrier des visites pour toutes les méthodes contraceptives n'étaient pas fixées. Avant même la rédaction des directives, le Sénégal a officiellement autorisé les sages femmes à effectuer des implants de Norplant<sup>®</sup> et les services IUD.

En 1998, le MS a publié le Plan National de Développement Socio-Sanitaire (PNDSS) (1998 – 2007) qui comprenait « une baisse de l'indice de fécondité » comme un des trois objectifs globaux. Cette politique a dissout le PNPF et a transféré ses responsabilités hors du Cabinet du Ministère de la Santé pour être versées dans ce qui est devenu la Division de la Santé Reproductive au sein du Département des Soins de Santé Primaire. En étant conforme aux principes de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement, cette intégration a réduit la qualité et le plaidoyer pour le planning familial au sein du MS, réduisant ainsi sa visibilité générale.

Le planning familial faisait partie d'une initiative de santé intégrée plus vaste. Le PDIS a précisé et budgétisé les cinq premières années du PNDSS. Le PDIS a consolidé les plans de développement des régions et des districts et ceux des services centraux. Il décrit en détail les modalités de la mise en œuvre du plan, les activités à mettre en œuvre, les estimations du gouvernement central, les collectivités locales, le financement des bailleurs, et le suivi évaluation. Cependant, comme on a pu remarquer avec la section SWAp, la prise de décision sur le financement et les priorités est laissée au niveau inférieur du système sociopolitique, là où la priorité n'est pas le planning familial.

### **L'appui des Bailleurs**

L'appui des bailleurs dans le secteur de la santé est diversifié. On peut citer par exemple l'appui de la Banque Mondiale, de l'Organisation Mondiale de la Santé, de l'UNICEF, du FNUAP, des agences de coopération bilatérale française, américaine, belge, allemande et japonaise. L'USAID

est un bailleur de premier rang dans le secteur de la santé au Sénégal, avec environ 20 autres bailleurs bilatéraux et multilatéraux qui interviennent. Durant la période 1998 – 2002, le gouvernement du Sénégal a couvert 60% du budget de la santé en fournissant les ressources humaines et matérielles, tandis que les bailleurs ont financé 30% du budget, pour la plupart dans le domaine de la santé préventive, le VIH/SIDA, la santé maternelle et infantile et le planning familial. Le système de recouvrement de coût devrait couvrir les 10% restants (USAID, 2002).

Comme précisé plus haut, le SWAp ne se focalise pas sur des projets ou des questions de soins de santé, mais cherche à renforcer les infrastructures, la gestion et le financement de la santé pour que les institutions locales aient l'autonomie et l'autorité leur permettant de mieux fonctionner. Tandis que l'USAID et le FNUAP continuaient à travailler sur le planning familial en dehors du « panier financement » des autres bailleurs, leurs contributions ont été souvent perçues comme des efforts moindres et parallèles dans le système de soins de santé.

### **L'Histoire des Projets USAID**

L'USAID a toujours apporté un fort soutien au programme de planning familial au Sénégal depuis le milieu des années 80. Géographiquement parlant, les zones d'intervention de l'USAID sont Dakar et 21 districts dans 4 régions (Kaolack, Louga, Thiès et Ziguinchor). L'USAID appuie aussi la politique, la formation et le marketing social dans l'ensemble du territoire. Les districts de l'USAID ont plus de 400 travailleurs de santé communautaire qui interviennent dans divers secteurs de la santé.

Les efforts de l'USAID couvrent les prestations de service (y compris par le biais d'organisations non gouvernementales), l'amélioration des données démographiques, la formation des prestataires, l'équipement des points de prestation de service, l'amélioration de la logistique, l'amélioration du système de gestion et de la qualité, la participation aux IEC/BCC, et l'encouragement des opérations de recherche et d'analyse démographique. Dans un passé récent, l'USAID a commencé à appuyer la décentralisation en aidant à améliorer tous les niveaux du système et en mettant au point des procédés pour renforcer le pouvoir des communautés locales à planifier et financer les services de santé par des initiatives dans le domaine de la santé maternelle et infantile.

Les exemples d'assistance touchent les domaines suivants :

- ◆ Travailler avec le MS pour mettre sur pied un système d'information informatisé avec les indicateurs de santé
- ◆ Mener des opérations de recherche pour une approche communautaire à Kébémér (un district qui se situe sur la route nationale Dakar Saint Louis)
- ◆ Encourager les municipalités à chercher un financement hors USAID et développer les services de santé reproductive
- ◆ Mener des interventions BCC et le plaidoyer du planning familial avec les guides religieux en vue d'obtenir leur participation dans la promotion du planning familial
- ◆ Effectuer des études sur la distribution communautaire
- ◆ Introduire le planning familial clinique dans le pays, améliorer la qualité, mettre en œuvre le choix et le consentement bien pensé, et mettre en place un système de formation interne pour les méthodes permanentes ou qui agissent sur le long terme en une échelle limitée dans les grands hôpitaux
- ◆ Former les prestataires et les travailleurs de santé communautaires dans le planning familial
- ◆ Améliorer la gestion de la santé maternelle et les services de planning familial aux niveaux communautaire, district et national

- ◆ Participer à un plaidoyer et une mobilisation sociale pour la promotion des services de santé de la reproduction de haute qualité
- ◆ Tester les mécanismes de financement de la santé dans un environnement nouveau décentralisé
- ◆ Faire la promotion du marketing social

### **L'Appui Direct du FNUAP au MS**

Le FNUAP a toujours appuyé la santé reproductive depuis 1979. Le FNUAP a travaillé au niveau national et dans quatre régions : Diourbel, Louga, Saint Louis et Tambacounda. En plus d'aider à la mise au point de services dans ces régions, l'agence a fourni beaucoup d'assistance dans le cadre du PNPF à la mise au point et au déploiement du programme scolaire d'éducation familiale (Naré, Katz, et Tolley, 1996, p. ii). Au cours des ans, depuis l'avènement de l'ICPD en 1994, l'extension du mandat du FNUAP a déplacé le planning familial de sa position centrale et prioritaire à une position où il fait partie d'une approche plus intégrée des droits et du planning familial. Aussi, conformément aux autres bailleurs multilatéraux et aux Objectifs de Développement du Millénaire, le FNUAP a affirmé que la mortalité maternelle doit être baissée, et bien que le planning familial aide à faire baisser la mortalité maternelle, il n'a pas été le point focal des programmes et appui du FNUAP. Les soins obstétricaux urgents et nécessaires, les problèmes de jeunesse, la prévention du VIH, l'excision et d'autres initiatives de santé reproductive ont été ajoutés à l'agenda du FNUAP. Au Sénégal, le FNUAP fournit un fort appui au MS. Le financement direct pour la mise au point de guides de formation, l'achat de biens et services (par le biais du système d'approvisionnement du FNUAP) ont été très appréciés.

## **Qu'est ce qui a été fait concrètement ?**

### **Choix de méthodes et Accès aux méthodes**

Au fil du temps, au Sénégal on est passé des méthodes traditionnelles de planning familial à la contraception orale et, au cours des 10 dernières années, aux produits injectables. La facilité d'utilisation et la confidentialité des injectables en ont fait les favoris des prestataires et des clients. Cependant, l'accès global aux méthodes modernes n'a pas été facile durant les premières années, du fait que les prestataires ont toujours exigé des examens, des analyse de sang et autres, et le plus souvent, l'avis de l'époux est exigé. En 1991, le MS a sorti un arrêté pour que les testes de laboratoire ne soient plus une exigence pour prescrire des pilules ou DUI.

Aussi, au début du programme, les sages femmes étaient les uniques prestataires de méthodes cliniques modernes. Il y'a eu un changement avec le programme de formation des infirmières qui a été mené de 1993 à 1998 et qui portait sur la distribution des pilules, des injectables, des condoms et des spermaticides. A partir de 2005, les sages femmes sont toujours les prestataires des implants hormonaux et de l'IUD, tandis que seuls les gynécologues pratiquaient la stérilisation féminine.

Dans la plupart des cas (57%), les femmes obtenaient leurs méthodes au près des services communautaires (centre de santé, ou poste de santé). Seul dans 17% de cas, elles se sont rendues à un centre ou poste voisin pour se procurer le service dont elles avaient besoin. Les programmes de planning familial communautaire n'ont servi que 5% des patients en condoms et un réapprovisionnement en contraceptifs oraux (il faut une ordonnance pour commencer la contraception orale), les pharmacies, les boutiques ou les marchés fournissaient 7% des clients en contraceptifs. Le reste des personnes interrogées 14% ont répondu qu'elles obtenaient leur lot d' « autres » sources (Groupe Serdha, 2003).

Le secteur privé au Sénégal est limité par un environnement très règlementé. La présence des contraceptifs dans le secteur privé est limitée par la loi qui interdit de conseiller, de prescrire ou de distribuer les contraceptifs au sein d'un seul cabinet privé. Il faut noter qu'en particulier les contraceptifs hormonaux sont strictement régulés par le gouvernement. L'obtention de l'autorisation d'importer et de distribuer les méthodes hormonales requiert un long et difficile processus qui passe par la Direction de la Pharmacie et du Médicament, l'agence de régulation pharmaceutique du pays. En outre, les taxes élevées et les marges bénéficiaires augmentent les prix à la consommation des produits et limitent le nombre de consommateurs capables d'en acheter. Il existe des lois qui interdisent la publicité sur les marques. Y compris les produits hormonaux. A présent, les femmes sénégalaises qui veulent se procurer des injectables, doivent d'abord avoir une ordonnance, pour ensuite se rendre à une officine pour acheter le produit, puis retourner chez le médecin pour l'injection. Cette lourde procédure limite l'accès (CMS, 2004).

Les établissements de santé au Sénégal ont tendance à sur médicaliser le planning familial ou à l'ignorer complètement. Comme l'a affirmé un participant, « les élites du système de santé sénégalais ne se soucient pas du planning familial et ceci se reflète dans tout le système de santé et dans la société. Elles se soucient de méthodes curatives, de procédures médicales, et d'urgence ». Ce manque d'intérêt combiné à une diminution de l'attention portée sur les activités de planning familial au fil du temps, ont donné lieu à une lente augmentation de l'utilisation des contraceptifs.

### **La formation des prestataires**

Le programme de planning familial a très tôt bénéficié de la formation des sages femmes et des médecins. Le point focal était la formation médicale et les mises à jour. Au milieu des années 90, l'USAID a appuyé la formation et l'équipement des sites pour des méthodes telles que l'implant de Norplant ou la mini laparotomie. Tandis que ceci a été réalisé avec succès dans l'un des grands hôpitaux de Dakar (Le Dantec), la stérilisation féminine n'était pas répandue et ne se fait que dans quelques hôpitaux régionaux. Un ancien formateur a noté que « c'est le service qui recevait le moins d'appui » de la part du gouvernement et des bailleurs et que la stérilisation « n'était effectuée que durant les situations de formation, souvent par les équipes de formation pays des autres pays africains. Ce n'est pas un service de routine ».

Tous les infirmiers et infirmières reçoivent une formation sur le planning familial mais ne reçoivent aucune pratique. L'USAID et le FNUAP a balisé le chemin en formant les infirmiers, mais il reste beaucoup à faire pour permettre aux méthodes et services de planning familial d'être accessibles pour la majorité de la population du Sénégal.

Comme ce fut le cas, dans les années 90, dans plusieurs projets de l'USAID, les opportunités de formation ont mis l'accent sur la gestion, le financement et les autres aspects liés au système, dont quelques mises à niveau techniques en matière de service de santé. Lors du Projet de Décentralisation de la Santé de l'USAID, par exemple, plus de 40 ateliers et séminaires ont été organisés sur la gestion financière, la planification des services de santé, et le financement communautaire de la santé. Pour des raisons de viabilité, des sessions de formation à l'interne et des curricula sur la planification et la gestion décentralisées de la santé ont été mis au point et mis en œuvre, avec un accent particulier sur la santé maternelle et infantile et la santé reproductive (Baade-Joret, 2006).

### **Les services**

Le système de santé sénégalais est décentralisé et comporte trois niveaux : le niveau le plus bas est composé des centres de santé, des postes de santé, et des agents de santé communautaires. Le

niveau intermédiaire est composé de 10 hôpitaux régionaux et de deux hôpitaux départementaux. Et le top niveau est composé de sept hôpitaux nationaux. Le rythme de croissance de la population fait qu'il soit difficile d'assurer une couverture nationale, ce qui provoque des inégalités, surtout en milieu rural où la population est pauvre. Le secteur privé, composé de cliniques, de dispensaires, et de pharmacies privés, joue un rôle important dans la prestation de service de santé. Un marché illicite de vente de médicaments existe.

Les services de planning familial existent à tous les niveaux du système, avec le niveau inférieur distribuant les pilules, les condoms et les injectables. En théorie, les niveaux inférieurs réfèrent leurs clients au niveau immédiatement supérieur pour des méthodes plus cliniques. L'efficacité de la recommandation n'est pas connue.

Les cases de santé constituent une structure périphérique (pas fonctionnel dans tous les districts), dirigée par un agent de santé communautaire bénévole et qui est rattaché à un poste de santé. S'il n'y a pas de poste de santé, un village ne peut pas avoir de case de santé selon la réglementation. Ces cases de santé se trouvent dans des villages isolés et sont mises en place pour servir les populations locales. Parfois les cases de santé dépassent leur attribution et prescrivent des antibiotiques et autres médicaments, sans un personnel formé de façon adéquate et/ou n'ayant pas d'autorisation, ou elles sont mises en place sans la supervision du poste de santé. Les cases de santé qui sont rattachées à des postes de santé et qui sont légalement gérées peuvent être de bons endroits à partir desquels on peut atteindre les couples en milieu rural avec des informations et services de planning familial.

On a essayé d'organiser la participation communautaire dans le programme de santé au Sénégal. Lorsque le programme d'accélération des soins de santé primaires a été mis sur pied par l'Initiative de Bamako (et au paravent par l'Initiative Alma Alta), des comités de gestion furent créés pour les centres de santé et les postes de santé pour assurer la représentation communautaire pour la cogestion des postes de santé et des cases de santé par le gouvernement et les communautés. On rapporte que le système de liaison ne fonctionne pas bien du fait d'un manque de motivation de la part des agents de santé communautaires (ASC) et un manque criard de matériel IEC. Les ASC ont subi une formation IUC et, de temps en temps, on leur parle de planning familial dans les discussions. Ils sont cependant frustrés par le manque de ressources pour leurs activités au niveau des cases de santé et de la communauté ; ils mentionnent également le manque de moyen de transport comme un sérieux handicap dans l'action d'informer les communautés. Les visites de supervision de la part de l'infirmier sont rares, et en général, les ASC ont l'impression d'être abandonnés à leurs propres ressources malgré leur volonté de mieux faire (Advance Africa, 2002).

L'IPPF membre, l'ASBEF, a été un acteur fondamental dans les efforts de planning familial au cours des années. Comme tous les autres membres d'IPPF, l'ASBEF a été mis en place au Sénégal en 1974 comme organisation bénévole pour régler les besoins croissants en planning familial. L'ASBEF a ouvert sa première clinique en 1980. En 1997, elle solutionnait 17% des besoins de la nation en contraceptifs par le biais de ses cliniques, de travail communautaire et d'efforts IEC (ASBEF, 2004).

Lorsque l'accord de Mexico a été réactivé, en 2001, l'ASBEF a commencé à abandonner ses activités de planning familial financées par l'USAID. En 2004, l'ASBEF a fermé ses cliniques à Fatick et Ziguinchor et ne servait que 34 000 patients dans tout le pays, ce qui représente la moitié des patients avant la restauration de l'accord de Mexico. En outre, l'PPF de la Région Afrique a transformé son action financée à titre privé en action en faveur de la santé reproductive des adolescents et la prévention du SIDA, détournant ainsi la plupart de ses ressources des services de planning familial. (De nos jours, il ne reste que peu de cliniques financées par l'ASBEF.)

SANFAM, une autre organisation non gouvernementale, a aussi joué un rôle dans la mise au point de services orientés vers les lieux de travail, en couvrant notamment 40 lieux de travail.

Il y a eu des programmes pour l'élaboration de cadres de financement, tels que les mutuels, qui sont essentiellement des programmes d'auto-assurance communautaires. Ces projets ne couvrent que les services curatifs et les clients du planning familial doivent payer eux-mêmes les services.

### **Approvisionnement, Logistique, et la Sécurité Contraceptive**

L'USAID et le FNUAP ont été les premiers fournisseurs de contraceptifs au Sénégal lors des 20 dernières années. Dans les années 80, les deux bailleurs ont fait fonctionner le système d'approvisionnement et de distribution de la logistique dans leurs régions respectives (ce qui veut dire que les régions avaient des marques différentes et des formulations différentes). Il n'y avait pas d'injectables dans les régions de l'USAID. Les systèmes FINUAP et USAID furent intégrés en 1993.

A partir de 2005, le gouvernement du Sénégal devait prendre la responsabilité d'intégrer la distribution des contraceptifs dans le circuit de distribution des médicaments essentiels, avec un magasinier chargé de la distribution des contraceptifs. Les bailleurs continuaient cependant à fournir l'assistance technique, à préparer les tableaux de distribution annuelle des contraceptifs, réceptionner et traiter les contraceptifs donnés par les bailleurs et aider à leur distribution dans l'ensemble du pays.

A la conférence nationale sur le Repositionnement du Planning Familial tenue à Accra en Février 2005, le gouvernement du Sénégal s'est engagé à mettre en place un plan d'action qui transférerait la gestion et le financement des contraceptifs au gouvernement dans le moyen terme. Le gouvernement s'est davantage engagé à fournir les DUI pour l'année 2006. Cependant, étant donné l'implication significative des bailleurs dans l'approvisionnement et la distribution durant les 25 dernières années, il existe des doutes sur la viabilité du système en ce qui concerne la sécurité contraceptive au fil du temps.

### **L'Information et la Création de Demande**

Un séminaire sur la communication tenu en 1991 a mis en exergue les activités IEC qui font la promotion de l'espacement des naissances, lesquelles activités sont axées sur les questions de santé maternelle et infantile plutôt que sur des arguments économiques. Les participants sont aussi tombés d'accord que le rôle du mari dans la prise de décision est crucial et que des programmes qui intègrent des IUC et des activités cliniques doivent être mis en œuvre. La transition IUC de la CONAPO au PNPF a fusionné les fonctions cliniques et de communication. Le logo du Programme National de Planning Familial a été élaboré lors de la période PNPF, au cours de laquelle s'est déroulée la distribution de posters et de matériels IEC.

Le PNPF et ses partenaires ont élaboré le Plan Quinquennal National du Planning Familial/VIH/ les maladies sexuellement transmissibles, la Stratégie IEC pour la Survie de l'Enfant/le planning familial (CS/PF) (1995 – 1998). Ceci met l'accent sur le développement de la participation communautaire en partenariat avec les comités de districts de santé en vue de former et d'appuyer les agents de santé communautaires dans leurs activités de vulgarisation du planning familial et de la santé maternelle (visites post natale). Les agents de santé communautaire ont été formés en relation interpersonnelle, en planification des interventions IEC, et à utiliser un nouveau kit intégré de planning familial, le matériel IEC de santé maternelle destinés aux clients et aux prestataires. Des

efforts de plaidoyer ont fait appel aux guides religieux pour la promotion du planning familial et des débats sur les questions de politique de planning familial avec les parlementaires.

Une enquête menée en 1996 a révélé une connaissance plus élargie du planning familial dans la zone cible du projet, ce qui fut plus tard confirmé par le DHS. L'enquête a aussi révélé une meilleure connaissance des pilules, de l'IUD, le condom plus que les autres méthodes. De 1997 à 2000, le programme a utilisé des stratégies CCC pour atteindre les populations spécifiques telles que les guides religieux musulmans. Une autre composante visait à accroître la participation des hommes au planning familial. Dans une enquête menée en 2003 dans 15 districts USAID, plus de 90% des hommes et femmes en âge de reproduction peuvent citer le nom d'une méthode.

Cependant, IEC n'a pas reçu beaucoup d'attention depuis la fin du PNPF, et la plupart du matériel IEC datent de cette période (1996). Cependant, la stratégie de pont d'or qui consiste à reconnaître et promouvoir des services de qualité, avec une implication majoritaire de la communauté a été pilotée au Sénégal et révèle des promesses en termes de création de demande. Le concept est que les « ponts » d'information et de besoins construits entre communautés et les services de santé vont améliorer les relations communauté-clinique et en définitive améliorer la qualité et l'utilisation des services.

## **Le Marketing Social**

Mise en place il y a de cela 17 ans, l'ADEMAS est l'organisation non gouvernementale chargée du marketing social. Le condom *Protec* sert les clients du planning familial et est vendu au groupe à haut risque VIH et aux maladies sexuellement transmissibles. *Protec* a été introduit dans le réseau pharmaceutique national en Avril 1995. En juin 1997, la distribution a été étendue aux points de vente non pharmaceutiques du commerce privé dans les zones urbaines et péri urbaines du Sénégal. Parmi ces points de vente il y a les cafés, les bars, les restaurants, les arrêts de bus, les hôtels, les boîtes de nuit, les supermarchés, les salons de coiffure, les boutiques de cosmétique, les cabines téléphoniques et les minis marchés des stations à essence.

Entre 1998 et 2000, le nombre de points de vente a augmenté de 17%. Les points de vente traditionnels (les pharmacies) continuent à vendre une bonne partie des condoms, mais les points de vente traditionnels continuent à accroître leur part du marché. Le nombre de ces points de vente non traditionnelle a augmenté de 13% mais leurs chiffres d'affaire ont augmenté de 47%. En effet, l'utilisation de condoms à des fins de planning familial s'est estompé du fait d'une plus grande utilisation aux fins de protection contre le VIH. Tandis qu'une distribution améliorée, un BCC, et une intensification des campagnes d'éducation ont fait progresser les ventes de *Protec* de 66% entre 1999 et 2003 des participants clé ont noté que la plupart des utilisateurs ne lient pas les condoms avec le planning familial. Il n'y a pas eu de messages de « protection double » ou de « utilisation double » au cours des années.

En 2000, l'ADEMAS a lancé une campagne de marketing social en faveur d'un contraceptif oral, Securil. Au moment du lancement de Securil, seule 3% des femmes utilisaient la pilule et il n'existait pas de contraceptifs oraux à bas prix dans le secteur privé. Securil visait les femmes mariées vivant en milieu urbain et ayant des revenus faibles ou moyens. Dans le secteur privé, cependant, seuls les médecins et les sages femmes peuvent prescrire des contraceptifs oraux, étant donné qu'il n'y avait pas d'autres formations reconnues par le gouvernement pour le personnel médical. L'USAID a appuyé l'ADEMAS à mettre au point un programme de formation pour les prestataires privés mettant l'accent sur la qualité du service, les relations interpersonnelles, et la gestion des effets secondaires, dans l'espoir que le gouvernement élargira le nombre de prestataires

privés autorisés à prescrire les contraceptifs oraux. (CMS Project, 2004). Le secteur privé représente maintenant 20% de la distribution des pilules et 55% de la fourniture en condoms.

L'ADEMAS vend également des sels de réhydratation orale et des moustiquaires. Si l'ADEMAS est un programme de marketing social qui fonctionne bien (USAID, 2005), le manque d'attention sur le planning familial, combiné aux barrières médicales qui freinent la progression de l'utilisation des pilules, est un handicap pour ADEMAS dans son entreprise d'aider le programme national de planning familial à accroître l'utilisation des contraceptifs.

### **Des Données pour une Prise de Décision**

La Banque Mondiale a remarqué que le secteur de la santé du Sénégal n'avait pas de systèmes adéquats de suivi évaluation des indicateurs. La Banque attribue cet état de fait au manque de leadership et de responsabilité qui a provoqué une absence de données de qualité et un mauvais système d'information. « Une absence de responsabilité dans le secteur public, due à une absence d'un système solide de suivi évaluation sur laquelle le gouvernement et les bailleurs peuvent s'appuyer, constitue une pierre d'achoppement pour le Programme Sectoriel ». Dans le domaine du planning familial et de la santé reproductive, il est clair que dans beaucoup de cas, l'USAID et les autres systèmes de recherche et d'évaluation des bailleurs ont appuyé un faible système d'information gouvernemental. Par exemple, de 1997 à 2000, un des syndicats de la fonction publique a engagé une rétention d'information en cessant de collecter, de garder et de disséminer les informations de santé. Dans le programme de planning familial, ceci a compromis la gestion des logistiques de la contraception et a provoqué des ruptures de stocks. Même en 2006, note l'USAID, le MS n'a pas un système d'information de santé performant qui lui permettrait de démontrer que des progrès sont entrain d'être réalisés pour atteindre des objectifs d'amélioration de la santé (USAID/Sénégal, 2006).

Cette situation persiste malgré une collecte extensive de données dont la plupart sont appuyées par l'USAID :

- ◆ DHS et d'autres enquêtes de population
- ◆ Analyse de situation des installations sanitaires (en 1995, 1997, 1998, et 2003)
- ◆ Enquêtes de surveillance de comportement et évaluation des enquêtes de gestion des soins pour les infections des maladies sexuellement transmissibles.

En plus d'enquêtes périodiques, l'USAID/Sénégal collecte également des données de suivi de routine sur des choses telles que le nombre et le type de contraceptifs utilisé et le nombre de vaccins inoculés (Groupe Serdha, 2003). Cependant, la faiblesse du système d'information du gouvernement a fait que les progrès sont difficiles à suivre.



## Conclusions et leçons apprises

Malgré quelques débuts prometteurs, et un programme moyennement fort au milieu des années 90, les progrès du programme de planning familial au Sénégal ont ralenti au cours de cette dernière décennie. Les raisons de ces progrès irréguliers sont notées ci-dessous

- ◆ La taille de famille désirée est égale à la taille de la famille acquise.
- ◆ Les barrières sociales, culturelles et médicales demeurent, malgré les efforts pour les solutionner.
- ◆ Le leadership et l'engagement dans le planning familial ne sont pas uniformes.
- ◆ Des changements politiques et organisationnels telles que la décentralisation et le Swap n'ont pas donné lieu à une croissance programmatique consistante.
- ◆ Les bailleurs ont réorienté leurs actions dans la deuxième partie des années 90, avec l'USAID s'orientant vers les problèmes de gestion et financement de la santé, et le FNUAP vers les services de santé reproductive intégrée, les adolescents, et le VIH/SIDA. Du fait que le leadership gouvernemental changeait constamment, il n'y avait pas de maître d'œuvre pour prendre le relais des bailleurs.
- ◆ L'intensité des activités de planning familial a baissé au fil du temps en termes de service, de formation, d'IEC/BCC, de participation du secteur privé.
- ◆ Bien que d'excellentes données soient disponibles, elles ne sont pas utilisées pour les prises de décision du programme.
- ◆ De vrais projets pilotes, tels que les projets de recherche d'actions de santé communautaire n'ont pas été pris en compte.

Les principales leçons apprises de l'expérience du Sénégal sont les suivantes :

- ◆ Le programme du Sénégal n'a pas fourni beaucoup d'efforts dans la réduction des distorsions et barrières concernant la programmation de l'offre et de la demande. Des dispositions politiques et des obstacles pratiques ont empêché les petits fournisseurs de procéder à une distribution à grande échelle des méthodes de planning familial. Les normes culturelles et sociales ont constitué un frein à un déploiement des méthodes de planning familial. Les investissements considérables qui seraient nécessaires pour lever les barrières culturelles n'ont pas été consenties en communications de changement de comportement et à l'élaboration et l'appui des initiatives locales.
- ◆ Le processus de décentralisation a détourné l'attention portée au planning familial. Les programmes de planning familial ont été laissés entre les mains des élus locaux et aux institutions politiques sans formation qui en savaient très peu et qui ont fait très peu pour les développer. Comme partie intégrante de ce processus, le planning familial fut intégré dans les services de santé reproductive, ce qui affaiblit ainsi la programmation du planning familial.
- ◆ Le leadership et le plaidoyer pour le planning familial à tous les niveaux est une composante importante du succès du programme. Le planning familial n'était pas une grande priorité pour le système de santé du Sénégal, ce qui a fait que les rares ressources et intrants provenant des bailleurs soient moins viables et efficaces. Les fréquents changements de leaders ont également limité la capacité à identifier et soutenir les initiatives de planning familial.
- ◆ Peu d'organisations communautaires ont choisi de se concentrer sur les activités de planning familial, limitant ainsi l'influence positive de la participation communautaire par le biais des comités de santé villageois. En outre, les possibilités d'utiliser les structures de santé

communautaire telles que les prestataires au niveau des postes de santé et des cases de santé n'ont pas été appuyées.





## Références

- Advance Africa. 2002. *Mapping integration of FP/MCH and STI/HIV/AIDS services in Senegal's Kaolack region*, Ministry of Health and Prevention, Senegal—Office of Health.
- ASBEF. 2004. *Document de présentation d'ASBEF*. Téléchargé le 25 juli 2006 à l'adresse : [www.alizes-eole.com](http://www.alizes-eole.com).
- Atim, C. 1998. *Contribution of mutual health organizations to financing, delivery, and access to health care: Synthesis of research in nine West and Central African countries*. Technical Report No. 18. Bethesda, MD, USA: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates, Inc. <http://www.phrplus.org/Pubs/te18fin.pdf>.
- Ayad, M., et Ndiaye, S. 1998. *Perspectives sur planification familiale, la fécondité et la santé au Sénégal: Résultats d'analyses approfondies des Enquête Démographique et de Santé au Sénégal 1986 – 1997*. Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan, Direction de la Prévision de la Statistique, Division des Statistiques Démographiques, Dakar, Sénégal; Demographic and Health Surveys, Macro International Inc.
- Baade-Joret, B. 2006. *Reflections on health care decentralization in Senegal: A development associates issue paper*. Arlington, VA, USA: Development Associates.
- Diop, N. J., et al. 2004. *Improving the reproductive health of adolescents in Senegal*. Frontiers Report. Dakar: Population Council.
- Groupe Serdha. 2003. *Enquete dans 15 districts sanitaires des regions de Fatick, Kaolack, Louga et Thies*.
- Naré, C., Katz, K., et Tolley, E. 1996. *Mesurer l'Access a l'Education et aux Services de Planification Familiale pour les Jeunes Gens a Dakar, Senegal*. CEFFEVA Dakar, Senegal, et Family Health International, Research Triangle Park, NC.
- ORC Macro. 2006. *Enquête démographique et de sante Sénégal 2005*. Dakar.
- Ouedraogo, Y. 2004. *Senegal program report from the Advance Africa Project: Interventions, achievements, and lessons learned*. Boston, MA, USA: Advance Africa/Management Sciences for Health, November.
- Population Reference Bureau (PRB). 2005. *2005 world population data sheet*. Washington, DC.
- Singh, S., et al. 2003. *Adding it up: The benefits of investing in sexual and reproductive health care*. New York: Alan Guttmacher Institute.
- U.S. Agency for International Development (USAID). 2002. *Senegal Congressional Budget Justification*. Téléchargé le 25 juli 2006 à l'adresse : [www.usaid.gov/pubs/cbj2002/afr/sn/#ads](http://www.usaid.gov/pubs/cbj2002/afr/sn/#ads).

USAID. 2005. Senegal Congressional Budget Justification. Téléchargé le 25 juli 2006 à l'adresse : [www.usaid.gov/policy/budget/cbj2005/afr/pdf/sn\\_cbj\\_fy05.pdf](http://www.usaid.gov/policy/budget/cbj2005/afr/pdf/sn_cbj_fy05.pdf).

USAID/Senegal. 2006. *Annual Program Statement, USAID/Senegal FY 2006 – 2011 capacity strengthening for resource use in the ministry of health, policy dialogue coordination, social financing mechanisms and institutions decentralization*. Dakar.

World Bank. 2005. *Implementation completion report on a credit in the amount of US \$50 million to the Republic of Senegal for an integrated health sector development project*. Washington, DC.

# Appendice I:

## La liste des personnes interrogées

### **USAID/Senegal**

Jennifer Adams, Chief, HPN  
Elisabeth Benga-De, Program Manager, Maternal Health and Family Planning  
Mary Cobb, International Development Intern, HPN  
Brad Barker, Technical Assistance in AIDS and Child Survival Advisor  
Linda Lankenau, HPN Officer 1990 – 1995, USAID/Senegal

### **USAID/Washington**

Joan Robertson, Global Health Bureau  
Shawn Malarcher, Global Health Bureau  
Alexandra Todd-Lippock, Global Health Bureau  
Elizabeth Warnick, Global Health Bureau  
Tanvi Pandit, Global Health Bureau

### **Autres Bailleurs**

Dr. Isabelle Moreira, Head of Reproductive Health Programs, UNFPA  
Dr Isseu Touré Diop, Head of Reproductive Health Programs, WHO  
Colonel Adama Ndoye, Program Manager, UNFPA, and former Director, Division of Reproductive Health, Ministry of Health

### **Ministre de la Santé, Dakar**

Moussa Mbaye, Secretary General  
Abdou Issa Dieng, Technical Advisor #3, Research, Training, Population, Poverty Reduction  
El Hadji Ousseynou Faye, Technical Officer, Division of Reproductive Health  
Aboubakry Yero Sy, Program Manager—Youth, Division of Reproductive Health  
Dr. Daouda Diop, Pharmacist, Chief of Commercial Services/Marketing/Information/Communication, National Pharmacy (PNA)  
Mme. Ndecky, responsible for midwife training, ENDS

### **Organisations non gouvernementales/Secteur privé, Dakar**

Dr. Ousmane Faye, former Chief of Party, PREMAMA/MSH Project, and former Senior Technical Advisor, EngenderHealth/Senegal  
Philippe Moreira, Chief of Party, PREMAMA/MSH  
El Hadji Dioum, Policy Advisor, PREMAMA/MSH  
Pape Babalyssa Ndao, Chief of Contraceptive Logistics, PREMAMA/MSH  
Ismail Ndiaye, Program Assistant, PREMAMA/MSH  
Soukey Diop Dieng, CEDPA  
Alle Diop, AWARE-HIV/AIDS  
Nafy Diop, Population Council, Dakar  
Jim Dean, Africare  
Mady Cisse, DISC  
Maimouna Isabelle Dieng, Executive Director, ASBEF  
Youmane Diop, Midwife, former Head of Clinic, ASBEF  
Seynabou Mbenge Sow, Director, ADEMAS

Aida Diop, Communications, ADEMÁS  
Seydou Nourou Koita, Chief of Marketing, ADEMÁS  
Mr. Mbaye, Chief of Operations, ADEMÁS  
Amadou Assane Sylla, Statistician-Demographer, Executive Coordinator, CEFOPREP  
Mr. Alpha Dieng, Director General, SANFAM  
Mme. Aminata Diallo Niang, former Reproductive Health Coordinator, SANFAM (current Regional Coordinator-Dakar, PREMOMA/MSH)  
Mr. Salif NDiaye, Demographer and Director, Centre de Recherche pour le Développement Humain (CRDH) (lead author, DHS I, II, III, IV)  
Dr Cheikh Tidiane Athie, President, ACDEV

#### **Autres agences**

Tim Rosche, former Regional Director, FPLM and Director ISTI/Senegal  
Elizabeth McDavid, Director, West and Central Africa Region, EngenderHealth  
Dr. Isaiah N'dong, Chief of Party, AWARE/EngenderHealth  
Dr. Placide Tapsoba, Population Council  
Nafy Diop, Population Council, Dakar  
Ian Askew, Regional Director, Frontiers Project, Population Council  
Amelie Sow, Program Officer, JHU/CCP

#### **Dakar région—Installations sanitaires**

Mme. MBengue, Midwife, Khouroumar Health Post  
Marieme DRAME, Midwife, Khouroumar Health Post  
Mme. Djimera Fatou Ndiaye, Chief Midwife, Head of Family Planning, Nabil Choucair Health Center  
Dr. Alioune Gaye, Chief Medical Officer, Guediawaye District (Roi Baudouin Health Center)  
Mme. Aminata Camara Diop, Midwife-Family Planning, Roi Baudouin Health Center  
Mme. Faye, Chief Midwife, Roi Baudouin Health Center

#### **Thies région**

Dr. Marie Sarr, Chief Medical Officer, Mbour District  
Mme. Tapa Ndiaye, Midwife and Reproductive Health Coordinator, Mbour District  
Mme. Diakhate, Midwife, Mbour  
Mme. Aminata Sidibe, Midwife, Mbour  
Mme. Mairam Khaire, President of l'Association de la Lutte contre le SIDA (ARLS, CEDPA Subgrantee)

#### **Kaolack région**

Dr. Issa MBaye, Chief Medical Officer, Kaolack Region  
Dr. Mame Coumba Codou Faye Diouff, Chief Medical Officer, Kaolack District  
Amadou Lendor MBaye, ARPV Leona Health Post  
Cheikh Tidiane Niang, ARPV, Medina Baye  
Moussa Ndour, ARPV Keur Baka

#### **Diourbel région**

Dr. Cheikh Tacko Diop, Chief Medical Officer, Bambey District

#### **Fatick région**

Dr. Mame Touty Ndiaye, Deputy Chief Medical Officer, Fatick Region  
Mme. Seynabou Diaïte, Regional Coordinator, Reproductive Health  
Dr. Moussa Dieng, Chief Medical Officer, Guinguineo District  
Mme. Dieynaba Diallo, Reproductive Health Coordinator, Guinguineo

**Louga région**

Mme. Ndeye Michelle Sow Sakho, Midwife-Family Planning, ASBEF/Louga

**Saint Louis région**

Dr. Mamadou Diop, Chief Medical Officer, Saint Louis Region

Mme. Marie Gomis, Midwife and Director, Clinique Gomis (private clinic), Saint Louis

Mme. Soda Diouf Ba, Midwife and Coordinator, ASBEF/Saint Louis

Dr. El Hadji Lamine Dieye, Gynecologist and Chief Medical Officer, Richard Toll District

Mme. Fatma Toure, Midwife and Reproductive Health Coordinator, Richard Toll District

Mme. Marieme Aidara Gueye, Health of District Pharmacy, Richard Toll District

Mr. Amsatou Fall, Head of Voluntary Counseling and Testing Center, Richard Toll District

Dr. El Hadji Aboubacar Gassama, Chief Medical Officer, Compagnie Surcriere de Senegal (CSS)

Dr. Amand Mbaye, Doctor, Health Center, CSS



## Appendice 2: Les documents passés en revue

Ayad, M., et Ndiaye, S. 1998. *Perspectives sur planification familiale, la fécondité et la santé au Sénégal: Résultats d'analyses approfondies des Enquête Démographique et de Santé au Sénégal 1986 – 1997*. Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan, Direction de la Prévision de la Statistique, Division des Statistiques Démographiques, Dakar, Sénégal; Demographic and Health Surveys, Macro International Inc.

AVSC International. 2000. *Rapport final: Program national de transition USAID/Ministere de la Sante du Senegal pour l'amelioration de la qualite des services de la sante de la reproduction au Senegal Octobre 1998 a September 2000*. Dakar.

Banque Mondiale. 1987. *Senegal population sector report, Volume 1*, Report No. 6510-SE. Washington, DC.

Banque Mondiale. 2000. *Project appraisal document on a proposed credit in the amount of SDR 36.7 million (US\$50 million equivalent) to the Republic of Senegal for a quality education for all program in support of the First Phase of the Ten-Year Education and Training Program (PDEF)*. Washington, DC.

Banque Mondiale. 2003. *Memorandum of the President of the International Development Association to the executive directors on a country assistance strategy for the Republic of Senegal*. Washington, DC.

Banque Mondiale. 2004. *Public expenditure review*. Washington, DC.

Banque Mondiale. 2005. *Implementation completion report on a credit in the amount of US\$50 million to the Republic of Senegal for an integrated health sector development project*. Washington, DC.

Bledsoe, C. H. 2002. *Contingent lives: Fertility, time, and aging in West Africa*. Chicago et Londres: University of Chicago Press.

Bongaarts, J. 2005. *The causes of stalling fertility transition*. Policy Research Division Working Paper No. 204. New York: Population Council.

Bop, C. 2005. Islam and women's sexual health and rights in Senegal. *Muslim World Journal of Human Rights*, Vol. 2, Issue 1, Article 3, 2005.

Briggs, J., Gabra, M., et Ickx, P. 2002. *Senegal assessment: Drug management for childhood illness*. Published for the U.S. Agency for International Development by Rational Pharmaceutical Management Plus. Arlington, VA: Management Sciences for Health.

CEDPA. 2003. *Mobilizing rural women as reproductive health advocates*. Washington, DC.

- Centre de Recherche pour le Développement Humain (CRDH) et MEASURE DHS+. 2005. *Enquête démographique et de sante au Sénégal 2005 rapport preliminaire*, Dakar: Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, CRDH, et Calverton, MD, USA: MEASURE DHS+, ORC Macro.
- Commercial Market Strategies (CMS). 2003. *Country profile: Senegal—Improving access to reproductive health information, products, and services through social marketing*.
- CONAPOPOP. 1982. *L'Islam et la planificaion familiale*, Ministere du Plan et de la Cooperation, rapport du seminaire a Dakar 13 – 15 avril 1982.
- CRI Consult, Inc. 2005. *USAID/Senegal health program and strategic options assessment*. Miami, FL, USA.
- Debay, M., et al. 1998. *Program and management review of the Family Health and AIDS in West and Central Africa Project (FHA-WCA)*. Washington, DC: Population Technical Assistance Project (POPTECH).
- Diop, El Hadj, et al. 2004. *Social marketing in Senegal, CMS program results and implications*. Commercial Marketing Strategies project under USAID Contract No. HRN-C-00-90-00039-00, Washington, DC.
- Diop, N. 1987. *Structures familiales et fecondite en milieu urbain: Cas de Dakar*. Dakar : Memoire de DEA de Socio-Economie du Developpement, Ecole des Hautes Etudes en Science Sociales.
- Diop, N. J., et al. 2004. *Improving the reproductive health of adolescents in Senegal*. Dakar: Population Council.
- Diop, N. J., et al. 2004. *The TOSTAN program evaluation of a community-based education program in Senegal*. Population Council, GTZ TOSTAN. Dakar.
- Diouratié, S., et al. 2003. Improving quality of care and use of contraceptives in Senegal. *African Journal of Reproductive Health* 7(2):57–73.
- Diouratié, S., et al. 2005. *Using systematic screening to increase integration of reproductive health services delivery in Senegal*. Dakar: Population Council.
- Faye, A. D., et al. 1992. *Final report (condensed): Users' perspectives on the delivery of family planning services in a model clinic in Dakar, Senegal*. New York: Population Council.
- Population Council. 2002. *Services improve quality of care but fail to increase FP continuation*, Frontiers in Reproductive Health. Philippines and Senegal Quality of Care, OR Summary 30. Washington, DC.
- Galway, K. 1992. *Options II Project family planning regulatory activity mid-point notes and reflections on interviews with family planning service providers*. Washington, DC : Futures Group.
- Galway, K. 1992. *Projet Options II activite reglementaire de planificaion familiale au Senegal, reglements et procedures qui freinent la mise a disposition de services de planificaion familiale et encouragent la forte fecondite: Observations et activites proposees*. Washington, DC : Futures Group.

Groupement d'Ingenieurs Conseils du Sahel (INGESAHEL). 1996. *Enquete sur les connaissances, attitudes et pratiques des femmes en age de reproduction vis a vis de la planification familiales, tome 2: Synthese des enquetes qualitative*. Dakar: Ministere de la Sante et de l'Action Social, Programme National de Planificaiton Familiale.

Groupe Serdha. 2003. *Enquete dans 15 districts sanitaires des regions de Fatick, Kaolack, Louga et Thies*.

Health Sector Assessment, International Science and Technology Institute, POPTECH Project, Washington DC, 1991.

Hardee, K., et al. 1998. What have we learned from studying changes in service guidelines and practices? *International Family Planning Perspectives* 24(2):84–90.

Knowles, J. C. et al. 1994 *The private-sector delivery of health care: Senegal*. Major Applied Research Paper No. 16, Health Financing and Sustainability (HFS) Project, Abt Associates Inc., Prime Contractor, Management Sciences for Health, Subcontractor, Urban Institute, Subcontractor, AID Contract No. DPE-5974-Z-00-9026-00, Bethesda, MD.

Makinwa-Adebusoye, P. 2001. Sociocultural factors affecting fertility in Sub-Saharan Africa. Presentation at Workshop on Prospects for Fertility Decline in High-Fertility Countries, Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations Secretariat.

Mane, B. 1991. *Demographie, IEC et planification familiale en milieu rural (Monographies de villages), Region de Thies et de Fatick*, Rapport de Seminaire, Projet Sante Famliale et Population, ISTI/USAID, Ministere de Sante Publique et de l'Action Sociale. Thies.

Mensch, B. S., Singh, S., et Casterline, J. B. 2005. *Trends in the timing of first marriage among men and women in the developing world*, Policy Research Division Working Paper No. 202. New York: Population Council.

Ministère de l'Economic des Finances et du Plan, Direction de la Planification. 1994. *Declaration de la politique de population adoptee en avril 1988*, 3rd edition, Dakar.

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, Direction de la Santé Publique, Service National de la Santé Maternelle et Infantile. 1990. *Programme National de Planification Familiale*, Dakar.

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, Programme Nationale de Planification Familiale et Population Council. 1995. *Analyse situationnelle du systeme de prestation de services de planification familiale au Senegal*. The Population Council, Projet de Recherches Opérationnelles et d'Assistance Technique en Afrique II, Stratégies destinées à améliorer la prestation des services de planification familiale. Rapport Final. Dakar.

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, Programme Nationale de Planification Familiale. 1996. *Politique et normes des services de planification familiale au Senegal*. Dakar.

Ministère de la Santé. 2005. *Carte sanitaire du Senegal*. Dakar.

Ministry of Health et Prevention, Senegal—Office of Health. 2002. *Mapping integration of FP/MCH and STI/HIV/AIDS services in Senegal's Kaolack region* (English translation from French), Advance Africa.

- Naré, C., Katz, K. et Tolley, E. 1996. *Mesurer l'accès à l'éducation et aux services de planification familiale pour les jeunes gens à Dakar, Sénégal*. Dakar: CEFFEVA; and Research Triangle Park, NC: Family Health International,.
- Ndiaye, S., Sarr, I., and Ayad, M. 1988. *Enquête démographique et de santé au Sénégal 1986*. Columbia, MD, USA: Ministère de l'Économie, des Finances et du Plan, Direction de la Statistique, Division des Enquêtes et de la Démographie, et Institute for Resource Development/Westinghouse.
- Ndiaye, S., Diouf, P. D., and Ayad, M. 1994. *Enquête démographique et de santé au Sénégal (EDS-II) 1992/93*. Dakar: Ministère de l'Économie, des Finances et du Plan, Direction de la Prévision de la Statistique, Division des Statistiques Démographiques; and Calverton, MD, USA: Macro International, Inc.
- Ndiaye, S., Ayad, M., and Gaye, A. *Enquête démographique et de santé au Sénégal (EDS-III) 1997*. Dakar: Ministère de l'Économie, des Finances et du Plan, Direction de la Prévision de la Statistique, Division des Statistiques Démographiques; and Calverton, MD, USA: Macro International, Inc.
- Ndoye, M.C.A., et al. *Comment promouvoir l'utilisation des résultats d'une analyse situationnelle à l'échelle nationale expérience du Sénégal*. Dakar: Service National de la Santé de la Reproduction and Population Council (with funding from USAID under agreement N° HRN-A-00-98-00012-00 and Subagreement A199.93A).
- Nichols, D., et al. 1985. Vanguard family planning acceptors in Senegal. *Studies in Family Planning* 16(5):271–278.
- Ouedraogo, Y. 2004. *Senegal program report from the Advance Africa Project: Interventions, achievements, and lessons learned*. Boston, MA, USA : Advance Africa Project/Management Sciences for Health.
- Policy Project. 2005. *Perspectives sur le besoin non satisfait en planification familiale en Afrique de l'Ouest : le Sénégal*, presentation at the Conférence sur le Repositionnement de la Planification Familiale en Afrique de l'Ouest, Accra, Ghana, 15 – 18 février.
- Pollock, J., et al. 2003. *Senegal Maternal Health/Family Planning Project (SM/PF) interim assessment*. Dakar.
- Sanogo, D., et al. *Testing a community-based distribution approach to reproductive health service delivery in Senegal (a study of community agents in Kébémér)*. Dakar: Population Council, Ministry of Health, Division of Reproductive Health (DSR), Management Sciences for Health (MSH), and Health District of Kébémér (funded by USAID under the terms of the Frontiers in Reproductive Health Program Cooperative Agreement No. HRN-A-00-98-00012-00 and Population Council in-house project no. 8010 13049).
- Senegal MH/FP Project Staff. 2005. *Senegal Maternal Health/Family Planning Project: Final report*.
- Sow, P. B. 1984. *Enquête Sénégalaise sur la fécondité 1978, analyse complémentaire: Analyses factorielle et typologie du nombre d'enfant désirés*. Dakar: Enquête Mondiale sur la Fécondité et Ministère de l'Économie et des Finances, Direction de la Statistique.

Sow, P. B., et al. 2000. *Enquête Sénégalaise sur les indicateurs de sante 1999*. Dakar: Ministère de la Santé, Groupe SERDHA, MEASURE DHS+.

Stephens, B., and Ba, B. 1996. *Evaluation of the Senegal social marketing program*. Report submitted to USAID/Senegal.

U.S. Agency for International Development (USAID) Global Health Technical Briefs ([www.maqweb.com](http://www.maqweb.com)):

- ◆ Malarcher, S. 2005. *Family planning success stories in Sub-Saharan Africa*. September.
- ◆ Fuchs, N. 2005. *Priorities for family planning and HIV integration*. June.
- ◆ Foreit, J. R. 2005. *Postabortion family planning benefits clients and providers*. October.
- ◆ Stephenson, P., and MacDonald, P. 2005. *Family planning for postpartum women: Seizing a missed opportunity*. May.
- ◆ Jacobstein, R., and Pile, J. M. 2004. *Female sterilization: The most popular method of modern contraception*. November.
- ◆ Shelton, J., and Rivera, R. 2004. *IUDs: A resurging method*. July.
- ◆ Jennings, V., and Lundgren, R. 2004. *Standard days methods: A simple, effective natural method*. September.

USAID/Senegal. 1984. *Sine Saloum family health survey 1982*. Dakar: Projet de Sante Familiale, Kaolack and USAID/Dakar, with the Technical Collaboration of Division des Enquetes et de la Demographie, Directions de la Statistique; and Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, Division of Reproductive Health.

USAID/Senegal. 1991. *Senegal Child Survival/Famly Planning (SCS/FP) Project (685-0286) project identification document*. Dakar.

USAID/Senegal. 1998. *Country strategic plan 1998–2006, as Revised: June 1998, plus Addendum 5: USAID/Senegal Strategic Objective 3, Illustrative National Level Interventions*. Dakar.

USAID/Senegal. 2002. *2002 Annual Report Part II*. Dakar.

USAID/Senegal. 2003. *Annual Report FY 2003*. Dakar.

USAID/Senegal. 2003. *Annual Report FY 2004*. Dakar.

USAID/Senegal. 2005. *Annual Report FY 2005*. Dakar.

USAID/Senegal. 2006. *Annual program statement, USAID/Senegal FY 2006–2011 capacity strengthening for resource use in the ministry of health, policy dialogue coordination, social financing mechanisms and institutions decentralization*. Dakar.

Warnick, E. 2005. *Brief analysis of DHS trends from 2005 EDS-IV*.

Wilson, E. 1997. *Etude de cas sur la sante de la reproduction—Senegal*. Washington, DC: Futures Group International.

Wilson, E. 2000. Implications of decentralization for reproductive health planning in Senegal, *Policy Matters*, No. 3 ; based on Diop, I., et al. 1988. Evaluation du processus de planification dans le contexte de la régionalisation.