

PLANIFICATION FAMILIALE

Salif Ndiaye

Dans les pays africains, le rythme élevé de la croissance de la population constitue une contrainte majeure aux efforts de développement. Le déséquilibre persistant entre l'accroissement élevé de la population et la croissance économique insuffisante contribue à la détérioration des conditions de vie des ménages. Une des priorités actuelles des pouvoirs publics est donc de mettre en place des outils adéquats pour une maîtrise efficiente du mouvement observé. La fécondité, comme composante majeure de cette évolution, est au centre de toutes les préoccupations. Au Sénégal, malgré les actions entreprises, le niveau de la fécondité reste encore parmi les plus élevés au monde. En réaction à cette situation, le Gouvernement a opté pour une approche plus élaborée et plus complète par la prise en compte de la dimension population dans tous les plans et programmes de développement. Cette orientation a été consolidée par la Déclaration de Politique de Population dont l'objectif est d'atteindre l'équilibre entre l'accroissement de la population et le développement socio-économique adoptée en 1988 (et actualisée en 2001) par le Gouvernement du Sénégal, après l'adoption en 1980 du concept de « bien être familial » incluant la protection maternelle et infantile et la planification familiale.

Les résultats de l'EDS-II de 1992, avaient révélé un niveau d'utilisation contraceptive très faible (moins de 4 % pour les méthodes modernes parmi les femmes en union) et, en même temps, un niveau relativement élevé des besoins non satisfaits en matière de contraception (près de 28 % des femmes en union avaient un besoin non satisfait). Malgré une augmentation du niveau d'utilisation de la contraception (prévalence des méthodes modernes de plus de 8 % en 1997), les besoins non satisfaits augmentaient (près de 33 % des femmes en union). Pendant toute cette période, la fécondité restait élevée malgré une tendance confirmée mais lente à la baisse. Ces résultats justifient donc pleinement la collecte de données fiables pour accompagner les actions gouvernementales dans la mise en œuvre des programmes et projets de santé relatifs à la planification familiale.

Comme lors des précédentes enquêtes, l'EDS-IV a collecté des informations sur les méthodes contraceptives pour connaître les niveaux actuels et les éventuelles modifications intervenues au cours des dernières années en matière d'utilisation contraceptive. Ainsi, les sujets suivants ont-ils été abordés par l'enquête :

- la connaissance et la pratique passée et présente de la contraception ;
- la connaissance de la période féconde ;
- les sources d'approvisionnement en contraception ;
- l'utilisation future de la contraception ;
- les sources d'information sur la contraception ;
- les opinions et les attitudes face à la contraception.

5.1 CONNAISSANCE DE LA CONTRACEPTION

L'utilisation de la contraception suppose, au préalable, la connaissance d'au moins une méthode contraceptive. Les différentes méthodes retenues dans le questionnaire de l'enquête sont classées en trois catégories :

- les méthodes modernes, comprenant la stérilisation féminine et la stérilisation masculine, la pilule, le stérilet ou DIU (Dispositif Intra Utérin), les injectables, les implants (Norplant), le

condom, le condom féminin, le diaphragme, La Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA), les méthodes vaginales (spermicides, mousses et gelées) et la pilule du lendemain ;

- les méthodes traditionnelles, comprenant, la continence périodique et le retrait ;
- les méthodes, dites «populaires », comme les herbes, les gris-gris, les tisanes et autres méthodes pouvant rentrer dans cette catégorie.

La collecte des informations relatives à la connaissance des méthodes était faite en deux étapes. D'abord, l'enquêtrice notait la (ou les) méthode(s) spontanément citée(s) par l'interviewée. Ensuite, dans le cas où l'enquêtée n'avait pas cité toutes les méthodes consignées dans le questionnaire, l'enquêtrice devait procéder à une brève description des méthodes non citées et enregistrer si, oui ou non, l'interviewée en avait entendu parler. On considère qu'une femme connaît une méthode contraceptive, si elle l'a citée spontanément ou si elle a déclaré la connaître après que la description lui ait été faite par l'enquêtrice.

Les résultats présentés dans le tableau 5.1.1 et illustrés par le graphique 5.1 montrent que la presque totalité des femmes (92 %) connaissent, au moins, une méthode contraceptive quelconque. Chez les femmes en union, le pourcentage correspondant est légèrement supérieur (94 %). Le niveau de connaissance des méthodes modernes (plus de 90 %) est deux fois plus élevé que celui des méthodes traditionnelles (47 %) aussi bien dans l'ensemble des femmes que parmi les seules femmes en union. Les écarts de connaissance entre les hommes et les femmes sont faibles puisque, en moyenne, les femmes ont déclaré connaître 5,9 méthodes contre 5,5 chez les hommes ; parmi celles et ceux en union, ces nombres moyens sont respectivement de 6,5 et 6,6.

En outre, on constate que le niveau de connaissance des méthodes, modernes comme traditionnelles, est légèrement plus élevé chez les femmes en union (93 % pour les méthodes modernes) que chez l'ensemble des femmes (91 %). En moyenne, les femmes en union connaissent 6,5 méthodes contre 5,9 pour l'ensemble des femmes. Les femmes célibataires sexuellement actives sont celles qui sont les plus informées : 98 % d'entre elles ont déclaré connaître, au moins, une méthode contraceptive moderne. Les résultats en fonction de la méthode montrent que ce sont la pilule (plus de 80 %), le condom (environ 80 %), les injectables (plus de 75 %) qui sont les plus connues, cela quel que soit l'état matrimonial et le statut d'exposition. À l'opposé, on trouve la pilule du lendemain et la stérilisation masculine (de l'ordre de 10 % chacune), le diaphragme (14 %) et la Mousse ou gelée (13 %). On note un niveau de connaissance du condom masculin particulièrement élevé chez les célibataires, surtout chez celles qui sont sexuellement actives (94 %). Parmi les méthodes traditionnelles, la continence périodique est la plus connue (36 % chez l'ensemble de toutes les femmes et 57 % chez les célibataires sexuellement actives). Celles-ci sont par ailleurs celles qui connaissent en moyenne, le nombre le plus élevé de méthodes (8,0 en moyenne).

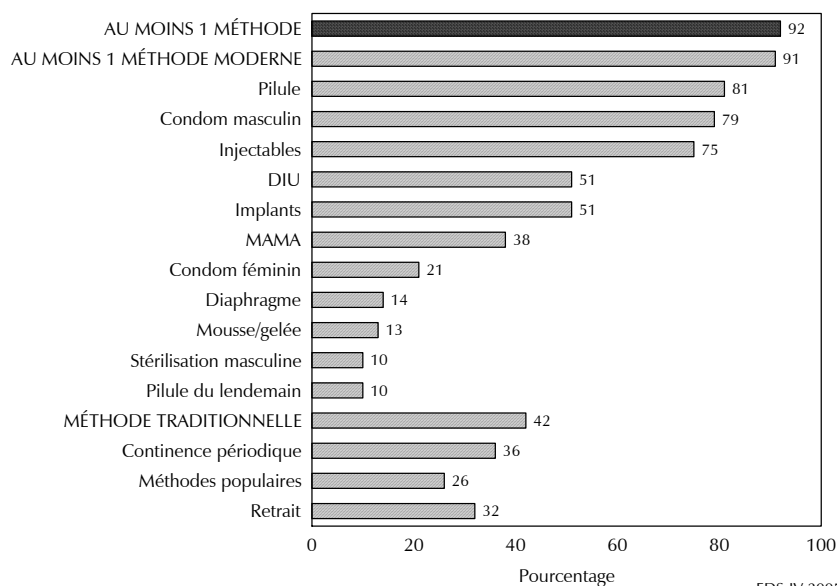
Tableau 5.1.1 Connaissance des méthodes contraceptives : Femmes

Pourcentages de l'ensemble des femmes, des femmes actuellement en union, des femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives et des femmes qui n'ont jamais eu de rapports sexuels qui connaissent une méthode contraceptive, par méthode spécifique, EDS-IV Sénégal 2005

| Méthode contraceptive | Toutes les femmes | Femmes actuellement en union | Femmes non en union ayant déjà eu des rapports sexuels | | Femmes non en union n'ayant jamais eu de rapports sexuels |
|--|-------------------|------------------------------|--|---|---|
| | | | Sexuellement actives au cours du dernier mois | Non sexuellement actives au cours du dernier mois | |
| N'importe quelle méthode | 91,6 | 94,1 | 97,6 | 95,1 | 83,6 |
| N'importe quelle méthode moderne | 90,7 | 93,1 | 97,6 | 94,7 | 83,1 |
| Méthode moderne | | | | | |
| Pilule | 81,1 | 85,8 | 96,5 | 86,4 | 66,8 |
| DIU | 51,3 | 57,1 | 84,4 | 62,2 | 32,7 |
| Injectables | 75,2 | 82,9 | 88,5 | 80,4 | 53,5 |
| Diaphragme | 13,7 | 14,2 | 23,2 | 16,9 | 11,5 |
| Mousse ou gelée | 12,6 | 14,2 | 40,3 | 13,2 | 7,7 |
| Condom féminin | 21,3 | 21,8 | 38,9 | 22,9 | 19,5 |
| Condom | 79,2 | 80,4 | 93,7 | 85,7 | 74,2 |
| Stérilisation féminine | 56,0 | 62,4 | 58,4 | 58,6 | 38,4 |
| Stérilisation masculine | 9,7 | 10,1 | 14,9 | 9,9 | 8,3 |
| Implants | 50,9 | 57,5 | 84,6 | 60,8 | 30,6 |
| Pilule du lendemain | 9,6 | 10,0 | 10,3 | 12,9 | 7,7 |
| MAMA ¹ | 38,1 | 44,3 | 44,3 | 40,6 | 21,1 |
| N'importe quelle méthode traditionnelle | 42,0 | 46,8 | 63,9 | 48,3 | 27,5 |
| Méthode traditionnelle | | | | | |
| Contenance périodique | 35,5 | 38,6 | 57,1 | 42,3 | 25,5 |
| Retrait | 25,9 | 30,3 | 51,5 | 29,1 | 12,9 |
| Méthode populaire | 31,5 | 38,5 | 18,2 | 26,7 | 14,7 |
| Nombre moyen de méthodes | 5,9 | 6,5 | 8,0 | 6,5 | 4,3 |
| Effectif des femmes | 14 602 | 9 866 | 50 | 957 | 3 886 |

¹ MAMA = Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

Graphique 5.1 Connaissance des méthodes contraceptives par l'ensemble des femmes



EDS-IV 2005

Par ailleurs chez les hommes, on constate, comme chez les femmes, que la pilule, le condom, les injectables sont les méthodes les plus connues (tableau 5.1.2). Il faut signaler le cas particulier du condom masculin connu par plus de 90 % des hommes. Plus de 95 % des hommes célibataires ont déclaré connaître cette méthode. Pour les méthodes traditionnelles, les niveaux de connaissance sont plus faibles et on observe des niveaux similaires pour le retrait et la continence périodique. Les célibataires sexuellement actifs sont ceux qui ont le plus fréquemment cité le retrait (63 %). Notons enfin, que le niveau de connaissance est sensiblement moins élevé chez les femmes que chez les hommes, mais ces derniers connaissent un nombre de méthodes moins élevé.

| Méthode contraceptive | Tous les hommes | Hommes actuellement en union | Hommes non en union ayant eu des rapports sexuels | | Hommes non en union n'ayant jamais eu de rapports sexuels |
|--|-----------------|------------------------------|---|--|---|
| | | | Sexuellement actifs au cours du dernier mois | Non sexuellement actifs au cours du dernier mois | |
| N'importe quelle méthode | 93,4 | 96,9 | 96,7 | 98,5 | 82,4 |
| N'importe quelle méthode moderne | 93,1 | 96,3 | 96,7 | 98,5 | 82,3 |
| Méthode moderne | | | | | |
| Pilule | 67,8 | 77,7 | 69,0 | 77,3 | 42,0 |
| DIU | 33,2 | 43,0 | 37,3 | 34,9 | 12,7 |
| Injectables | 54,4 | 68,4 | 56,5 | 56,0 | 26,6 |
| Diaphragme | 18,6 | 22,8 | 24,2 | 20,4 | 8,4 |
| Mousse ou gelée | 26,3 | 34,3 | 26,0 | 30,0 | 8,4 |
| Condom féminin | 32,2 | 36,3 | 43,7 | 41,6 | 15,9 |
| Condom | 90,6 | 93,4 | 95,1 | 97,2 | 79,4 |
| Stérilisation féminine | 42,3 | 53,8 | 44,4 | 41,0 | 20,9 |
| Stérilisation masculine | 16,4 | 20,6 | 14,8 | 17,4 | 7,9 |
| Implants | 27,5 | 36,6 | 24,6 | 26,7 | 11,3 |
| Pilule du lendemain | 16,0 | 20,3 | 21,2 | 18,3 | 5,3 |
| MAMA ¹ | 28,0 | 41,7 | 14,4 | 24,2 | 7,1 |
| N'importe quelle méthode traditionnelle | 57,9 | 70,8 | 70,9 | 65,5 | 25,7 |
| Méthode traditionnelle | | | | | |
| Continence périodique | 45,7 | 56,7 | 52,6 | 52,1 | 18,5 |
| Retrait | 48,2 | 58,8 | 63,4 | 55,3 | 20,4 |
| Nombre moyen de méthodes Effectif | 5,5 3 761 | 6,6 1 866 | 5,9 156 | 5,9 753 | 2,8 1 001 |

¹ MAMA : Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

Par rapport à 1997 (EDS-III), le niveau de connaissance général des femmes s'est sensiblement amélioré : en effet, la proportion de femmes ayant déclaré connaître une méthode est passée de 85 % à 92 % ; chez les femmes en union, cette proportion est passée de 86 % en 1997 à 94 % à l'enquête actuelle. Cette amélioration est due en grande partie à une amélioration de la connaissance des méthodes modernes : de 82 % en 1997, la proportion est passée en 2005 à 91 %. Par contre, en ce qui concerne les méthodes traditionnelles, on constate la tendance inverse, la proportion de femmes ayant déclaré connaître ce type de méthodes étant passée de 56 % en 1997 à 42 % en 2005. Les méthodes modernes dont la connaissance s'est le plus fortement accrue sont le condom, la pilule et les injectables. Chez les hommes en union, on constate également une amélioration d'ampleur comparable à celle mise en évidence chez les femmes (97 % en 2005 contre 90 % en 1997 pour toutes méthodes confondues). Cela a été essentiellement le fait des méthodes modernes (96 % contre 79 % en 1997), en particulier, le niveau de connaissance des injectables est passé de 37 % à 68 % et celui du condom de 38 % à 93 %. Globalement, le niveau de connaissance des méthodes traditionnelles a peu progressé, même si pour la continence périodique et le retrait, les niveaux ont plus que doublé.

Le tableau 5.2 présente les pourcentages de femmes et d'hommes en union, qui connaissent, au moins, une méthode quelconque ou une méthode moderne de contraception selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Les résultats ne font pas apparaître d'écarts importants ; quelle que soit la caractéristique considérée, les niveaux de connaissance sont élevés. On remarque cependant, qu'à 15-19 ans, la proportion de femmes qui connaissent une méthode est plus faible qu'aux autres âges (85 % pour une méthode quelconque et 84 % pour les méthodes modernes contre au moins 94 % aux autres âges). On note également que deux régions se caractérisent par des proportions relativement plus faibles de femmes qui ont déclaré connaître les méthodes modernes ; il s'agit des régions de Matam (79 %) et de Tambacounda (84 %), les autres régions se situant entre 91 et 99 %. On observe des résultats similaires chez les hommes en union. Les niveaux de connaissances sont presque partout légèrement supérieurs chez les hommes.

De même, le niveau de connaissance des méthodes modernes est plus élevé en urbain qu'en rural (97 % contre 90 % pour les femmes et 98 % contre 95 % pour les hommes). Par ailleurs, que ce soit chez les femmes ou chez les hommes, le niveau d'instruction influence le niveau de connaissance des méthodes contraceptives. La totalité des enquêtés (femmes et hommes) de niveau secondaire ou plus connaissent au moins, une méthode contraceptive moderne alors que parmi les non instruits, la proportion tombe à 91 % chez les femmes et 94 % chez les hommes. En raison des niveaux de connaissance élevés, les pourcentages de femmes et d'hommes connaissant la contraception augmentent peu avec le niveau de bien-être du ménage. Comme on pouvait s'y attendre, ce sont les femmes et les hommes des ménages du quintile le plus riche (parmi lesquels la connaissance de la contraception est générale : plus de 99 %), qui sont les mieux informés ; à l'opposé, dans les ménages les plus pauvres, les proportions sont respectivement, de 89 % et 92 %.

Tableau 5.2 Connaissance des méthodes contraceptives par caractéristiques socio-démographiques

Pourcentage de femmes et d'hommes actuellement en union qui connaissent au moins une méthode de contraception et pourcentage de ceux qui connaissent au moins une méthode moderne, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

| Caractéristique sociodémographique | Femmes | | | Hommes | | |
|---|---------------------|--------------------------------------|----------|---------------------|-------------------------|----------|
| | Connaît une méthode | Connaît méthode moderne ¹ | Effectif | Connaît une méthode | Connaît méthode moderne | Effectif |
| Groupe d'âges | | | | | | |
| 15-19 | 85,4 | 83,7 | 1 014 | 88,8 | 88,8 | 58 |
| 20-24 | 94,1 | 93,2 | 1 836 | 96,9 | 96,4 | 136 |
| 25-29 | 95,3 | 94,5 | 1 900 | 98,5 | 98,5 | 232 |
| 30-34 | 95,7 | 94,8 | 1 698 | 98,0 | 97,7 | 294 |
| 35-39 | 95,7 | 95,2 | 1 425 | 98,4 | 96,8 | 269 |
| 40-44 | 95,9 | 94,7 | 1 100 | 97,0 | 96,9 | 276 |
| 45-49 | 93,9 | 92,0 | 893 | 96,9 | 96,0 | 267 |
| 50-54 | na | na | na | 95,0 | 95,0 | 211 |
| 55-59 | na | na | na | 94,2 | 92,8 | 122 |
| Milieu de résidence | | | | | | |
| Urbain | 97,6 | 97,2 | 4 005 | 98,4 | 97,9 | 901 |
| Rural | 91,8 | 90,3 | 5 860 | 95,4 | 94,8 | 965 |
| Région | | | | | | |
| Dakar | 97,2 | 96,7 | 2 035 | 98,6 | 97,9 | 500 |
| Diourbel | 92,2 | 90,9 | 1 139 | 97,3 | 97,3 | 151 |
| Fatick | 94,0 | 92,8 | 517 | 94,8 | 94,1 | 81 |
| Kaolack | 92,1 | 90,7 | 1 170 | 94,3 | 93,2 | 182 |
| Kolda | 98,0 | 96,9 | 901 | 98,7 | 97,8 | 201 |
| Louga | 93,1 | 92,1 | 672 | 96,9 | 96,9 | 77 |
| Matam | 80,8 | 79,1 | 399 | 93,1 | 93,1 | 64 |
| Saint-Louis | 92,2 | 91,6 | 638 | 97,1 | 95,5 | 107 |
| Tambacounda | 87,1 | 84,5 | 737 | 92,9 | 92,7 | 167 |
| Thiès | 98,5 | 97,8 | 1 255 | 97,1 | 97,1 | 230 |
| Ziguinchor | 99,3 | 99,1 | 403 | 98,2 | 97,6 | 106 |
| Niveau d'instruction | | | | | | |
| Aucun | 92,3 | 90,9 | 6 905 | 95,1 | 94,1 | 1 030 |
| Primaire | 97,8 | 97,7 | 2 079 | 98,0 | 97,8 | 404 |
| Secondaire ou plus | 99,6 | 99,6 | 882 | 100,0 | 100,0 | 433 |
| Quintile de bien-être économique | | | | | | |
| Le plus pauvre | 89,0 | 87,1 | 2 055 | 92,5 | 91,6 | 368 |
| Second | 92,7 | 91,2 | 2 056 | 97,1 | 96,0 | 341 |
| Moyen | 94,9 | 93,9 | 2 008 | 96,9 | 96,9 | 346 |
| Quatrième | 95,9 | 95,7 | 1 950 | 97,3 | 97,3 | 385 |
| Le plus riche | 99,0 | 98,6 | 1 796 | 100,0 | 99,2 | 426 |
| Ensemble | 94,1 | 93,1 | 9 866 | 96,9 | 96,3 | 1 866 |

na = Non applicable

¹ Stérilisation féminine, stérilisation masculine, pilule, DIU, injections, implants, condom masculin, condom féminin, diaphragme, mousse ou gelée, pilule du lendemain et MAMA.

5.2 UTILISATION DE LA CONTRACEPTION À UN MOMENT QUELCONQUE

Le niveau d'utilisation de la contraception est l'un des indicateurs qui permettent de juger de la réussite des programmes de planification familiale. L'EDS-IV permet d'estimer l'utilisation de la contraception à un moment quelconque ainsi que son niveau d'utilisation actuelle c'est-à-dire au moment de la collecte des données. Aux hommes et aux femmes qui avaient déclaré connaître une méthode contraceptive, l'enquêteur/enquêtrice a ensuite demandé s'ils/elles l'avaient déjà utilisée, ceci afin de mesurer le niveau de pratique de la contraception à un moment quelconque de leur vie.

Le tableau 5.3 présente les pourcentages de femmes et d'hommes ayant déjà utilisé une méthode contraceptive au cours de leur vie. Plus d'une femme sur cinq (22 %) et plus de quatre hommes sur dix (41 %) ont déjà utilisé, au moins, une méthode contraceptive à un moment quelconque de leur vie. Ce sont surtout les méthodes modernes qui ont été utilisées à un moment quelconque : 20 % pour les méthodes modernes contre 5 % pour les méthodes traditionnelles chez les femmes et respectivement, 34 % contre 21 % parmi les hommes. En fonction de l'âge, on constate que c'est à plus de 30 ans (plus de 30 %) et surtout entre 35 et 44 ans (plus de 34 %) que les pourcentages d'utilisation à un moment quelconque sont les plus élevés. Les principales méthodes modernes utilisées sont la pilule (10 %), les injectables (7 %) et le condom masculin (5 %). Par contre, moins de 2 % des femmes ont utilisé le DIU, 1 % ont utilisé les implants et moins d'un pour cent les mousses et gelées (0,6 %). La prévalence de la stérilisation masculine est nulle et celle de la stérilisation féminine (0,3 %), de la pilule du lendemain (0,2 %), du condom féminin (0,1 %), du diaphragme (0,2 %) et des mousses/gelées (0,6 %) est marginale. La stérilisation féminine concerne des femmes âgées (2,2 % chez les femmes de 45-49 ans). La pilule et les injectables concernent davantage les femmes de 35 à 44 ans, tandis que la prévalence du DIU augmente nettement avec l'âge. Environ 2 % des femmes ont eu recours à la MAMA.

On observe des résultats similaires chez les femmes en union, avec des niveaux sensiblement plus élevés. Dans l'ensemble, 29 % ont utilisé une méthode quelconque et 26 % une méthode moderne, avec dans chacun des cas une nette tendance à la hausse jusqu'à 44 ans. Comme pour l'ensemble des femmes, la pilule (14 %), les injectables (10 %) et le condom masculin (6 %) ont été les méthodes les plus utilisées. Parmi les méthodes traditionnelles, la continence périodique et le retrait ont été utilisés par, respectivement, 3 et 2 % des femmes en union.

Ce sont les femmes célibataires sexuellement actives qui présentent le niveau d'utilisation passée de la contraception le plus élevé : les trois quarts d'entre elles ont déclaré avoir déjà utilisé une méthode (74 %). Le taux d'utilisation élevé de ces femmes tient surtout à une utilisation plus fréquente des méthodes modernes (74 %) que des méthodes traditionnelles (21 %). Parmi les méthodes modernes utilisées, le condom masculin vient largement en tête (49 %), suivi des injectables (29 %) et de la pilule (22 %). Parmi les méthodes traditionnelles, leur choix s'est porté, en toute priorité, sur le retrait (15 %).

Le tableau 5.3 indique également que 41 % de l'ensemble des hommes ont déjà utilisé une méthode quelconque et 34 % ont utilisé une méthode moderne. Chez les hommes actuellement en union, ces pourcentages sont plus élevés et atteignent 50 % et 38 %. Quant aux hommes célibataires sexuellement actifs au moment de l'enquête, ces pourcentages sont encore beaucoup plus élevés ; 74 % et 71 % d'entre eux ont respectivement utilisé une méthode quelconque et une méthode moderne, essentiellement le condom (71 %) ; parmi les hommes en union, plus du tiers a utilisé le condom (37 %). Les méthodes traditionnelles ont été moins fréquemment utilisées (21 %). Cependant, 21 % des hommes en union et 24 % des célibataires sexuellement actifs ont déclaré avoir utilisé, à un moment quelconque la continence périodique.

Tableau 5.3 Utilisation de la contraception à un moment quelconque

Pourcentages de femmes et d'hommes, de femmes et d'hommes actuellement en union et de femmes et d'hommes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actifs qui ont déjà utilisé une méthode contraceptive, par méthode spécifique et selon l'âge, EDS-IV Sénégal 2005

| Groupe d'âges | N'im- porte quelle métho- de | N'im- porte quelle méthode moderne | Méthode moderne | | | | | | | | | | | N'im- porte quelle méthode tradition- nelle | Méthode traditionnelle | | Effectif | | | |
|---|--|--|-----------------|-----|------------------|-----------------|------------------|---------------------|----------------------|----------------------------|-----------------------------|---------------|--------------------------------|--|------------------------|------------------------------------|----------|---------|--------------------------------|--|
| | | | Pilule | DIU | Injecta- bles | Diaphra- gme | Mousse, gelée | Con- dom fém. | Con- dom masc. | Stérilisa- tion fém. | Stérilisa- tion masc. | Im- plants | Pilule du lende- main | | MAMA | Conti- nence péri- odique | | Retrait | Méth- ode popul- aire | |
| TOUTES LES FEMMES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15-19 | 3,6 | 3,3 | 0,2 | 0,0 | 0,4 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 2,7 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,3 | 0,6 | 0,2 | 0,2 | 0,3 | 3 556 | |
| 20-24 | 15,0 | 13,4 | 4,0 | 0,3 | 4,5 | 0,0 | 0,2 | 0,0 | 5,8 | 0,0 | 0,0 | 0,3 | 0,1 | 1,4 | 3,5 | 1,2 | 1,3 | 1,3 | 2 844 | |
| 25-29 | 24,8 | 21,7 | 10,7 | 0,7 | 8,3 | 0,1 | 0,5 | 0,3 | 6,8 | 0,0 | 0,1 | 1,1 | 0,4 | 1,9 | 6,8 | 3,0 | 2,2 | 2,5 | 2 379 | |
| 30-34 | 33,6 | 31,1 | 17,8 | 1,7 | 12,0 | 0,2 | 1,0 | 0,2 | 7,7 | 0,2 | 0,0 | 1,6 | 0,2 | 2,3 | 8,4 | 4,1 | 2,3 | 3,0 | 1 953 | |
| 35-39 | 36,9 | 34,3 | 20,4 | 2,4 | 13,9 | 0,4 | 1,5 | 0,1 | 6,7 | 0,6 | 0,0 | 1,3 | 0,0 | 3,4 | 8,7 | 4,1 | 2,5 | 3,8 | 1 613 | |
| 40-44 | 36,8 | 34,2 | 19,5 | 7,7 | 13,7 | 0,8 | 1,5 | 0,1 | 4,2 | 1,1 | 0,1 | 2,5 | 0,2 | 4,1 | 8,3 | 4,0 | 2,0 | 3,6 | 1 249 | |
| 45-49 | 32,5 | 29,5 | 16,3 | 7,8 | 9,9 | 0,7 | 1,3 | 0,0 | 3,2 | 2,2 | 0,0 | 2,9 | 0,2 | 2,9 | 8,7 | 3,1 | 2,0 | 4,4 | 1 009 | |
| Ensemble | 21,8 | 19,9 | 10,0 | 1,9 | 7,3 | 0,2 | 0,6 | 0,1 | 5,2 | 0,3 | 0,0 | 1,0 | 0,2 | 1,9 | 5,3 | 2,3 | 1,5 | 2,2 | 14 602 | |
| FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15-19 | 9,9 | 9,5 | 0,8 | 0,1 | 1,3 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 7,5 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,6 | 1,5 | 0,8 | 0,4 | 0,6 | 1 014 | |
| 20-24 | 19,6 | 17,2 | 5,8 | 0,4 | 5,7 | 0,0 | 0,3 | 0,1 | 6,5 | 0,0 | 0,0 | 0,5 | 0,1 | 1,9 | 4,6 | 1,7 | 1,6 | 1,8 | 1 836 | |
| 25-29 | 27,9 | 24,2 | 12,2 | 0,9 | 9,2 | 0,1 | 0,5 | 0,2 | 6,6 | 0,1 | 0,1 | 1,3 | 0,4 | 2,3 | 7,6 | 3,2 | 2,2 | 2,9 | 1 900 | |
| 30-34 | 35,7 | 32,9 | 19,3 | 1,9 | 12,5 | 0,2 | 1,1 | 0,2 | 7,8 | 0,2 | 0,0 | 1,7 | 0,3 | 2,3 | 8,9 | 4,1 | 2,4 | 3,3 | 1 698 | |
| 35-39 | 38,1 | 35,1 | 21,0 | 2,3 | 14,4 | 0,5 | 1,6 | 0,1 | 6,3 | 0,7 | 0,0 | 1,3 | 0,0 | 3,4 | 9,3 | 4,5 | 2,4 | 4,3 | 1 425 | |
| 40-44 | 36,9 | 34,5 | 19,8 | 7,5 | 14,4 | 0,9 | 1,2 | 0,1 | 3,9 | 1,2 | 0,1 | 2,4 | 0,2 | 4,6 | 7,9 | 3,4 | 2,1 | 3,9 | 1 100 | |
| 45-49 | 31,2 | 28,4 | 15,5 | 6,7 | 9,7 | 0,3 | 1,2 | 0,0 | 3,2 | 2,4 | 0,0 | 3,0 | 0,3 | 2,9 | 7,8 | 2,8 | 1,4 | 4,5 | 893 | |
| Ensemble | 28,6 | 26,0 | 13,5 | 2,4 | 9,7 | 0,3 | 0,8 | 0,1 | 6,2 | 0,5 | 0,0 | 1,4 | 0,2 | 2,5 | 6,9 | 3,0 | 1,9 | 3,0 | 9 866 | |
| FEMMES CÉLIBATAIRES SEXUELLEMENT ACTIVES ¹ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ensemble | 73,9 | 73,9 | 21,7 | 5,3 | 29,3 | 3,2 | 10,4 | 3,2 | 49,4 | 0,0 | 0,0 | 6,8 | 0,0 | 6,1 | 21,1 | 6,1 | 15,0 | 4,5 | 50 | |
| HOMMES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ensemble | 40,6 | 33,5 | na | na | na | na | na | na | 32,3 | na | 1,9 | na | na | na | 20,5 | 13,4 | 11,4 | na | 3 761 | |
| En union | 50,0 | 38,0 | na | na | na | na | na | na | 36,6 | na | 2,3 | na | na | na | 29,3 | 20,9 | 15,4 | na | 1 866 | |
| Célibatai- res sex. actifs | 73,7 | 71,4 | na | na | na | na | na | na | 70,7 | na | 2,4 | na | na | na | 34,4 | 24,0 | 15,1 | na | 156 | |

MAMA = Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
na = Non applicable
¹ Femmes ayant eu des rapports sexuels au cours de mois précédant l'enquête

5.3 UTILISATION ACTUELLE DE LA CONTRACEPTION

Le tableau 5.4 fournit la prévalence contraceptive actuelle, c'est-à-dire la proportion de femmes qui utilisaient une méthode de contraception au moment de l'enquête.

Dans l'ensemble, moins de 9 % des femmes utilisent actuellement une méthode contraceptive ; 8 % d'entre elles ont recours à une méthode moderne et 1 % à une méthode traditionnelle. Comme pour l'utilisation passée, les femmes utilisent essentiellement trois méthodes : la pilule (2,5 %), les injectables (2,4 %) et le condom (1,3 %). Toutes les autres méthodes concernent moins de 1 % des enquêtées. La prévalence de la stérilisation masculine est nulle (tableau 5.3) et la stérilisation féminine très rare ne concerne qu'une faible proportion (1 à 2 %) des femmes après 40 ans. La prévalence contraceptive augmente avec l'âge entre 15 et 44 ans. Les plus grandes utilisatrices sont concentrées aux âges intermédiaires (entre 30 et 44 ans).

Chez les femmes en union, la prévalence est plus élevée que chez les femmes toutes situations matrimoniales confondues : 12 % pour une méthode quelconque et 10 % pour une méthode moderne (graphique 5.2) Bien que l'effectif des femmes célibataires sexuellement actives soit assez réduit, les résultats suggèrent une très forte prévalence contraceptive dans ce groupe (43 %). Les femmes de ce groupe recourent presque exclusivement à deux méthodes : le condom (25 %) et les injectables (9 %).

Signalons enfin, un grand écart entre les pourcentages d'utilisatrices à un moment quelconque et d'utilisatrices actuelles. Pour les méthodes modernes, les chiffres correspondants sont de 26 et 10 % pour les femmes en union et 20 et 8 % pour toutes les femmes, soit du simple à moins de la moitié. Cet écart peut résulter, entre autres, de problèmes de discontinuation ou d'instabilité dans l'utilisation de la contraception : plus de 50 % des utilisatrices de contraceptifs le font de façon occasionnelle ou pour espacer plutôt que pour limiter leur descendance.

La comparaison avec les résultats des enquêtes précédentes montre que la prévalence contraceptive moderne parmi les femmes en union a augmenté, la proportion d'utilisatrices étant passée de 5 % en 1993 (EDS-II), à 8 % en 1997 (EDS-III) pour atteindre 10 % en 2005. C'est surtout parmi les femmes du milieu rural et parmi celles sans instruction que ces progrès ont été les plus importants ; en effet, la prévalence a plus que doublé en zone rurale : de 1 % en 1993, la prévalence est passée à 2 % en 1997 pour atteindre 5 % à l'enquête actuelle. En fonction du niveau d'instruction, on note qu'entre 1993 et 1997, la proportion de femmes sans instruction qui utilisaient une méthode moderne a doublé passant de 2 % à 4 % ; cette tendance s'est poursuivie puisque entre 1997 et 2005, cette proportion est passée de 4 % à 6 %. En zone urbaine et chez les femmes scolarisées, on observe une tendance à la baisse des utilisatrices de la contraception.

Tableau 5.4 Utilisation actuelle de la contraception

Répartition (en %) de l'ensemble des femmes, des femmes actuellement en union et des femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives, par méthode actuellement utilisée, selon l'âge, EDS-IV Sénégal 2005

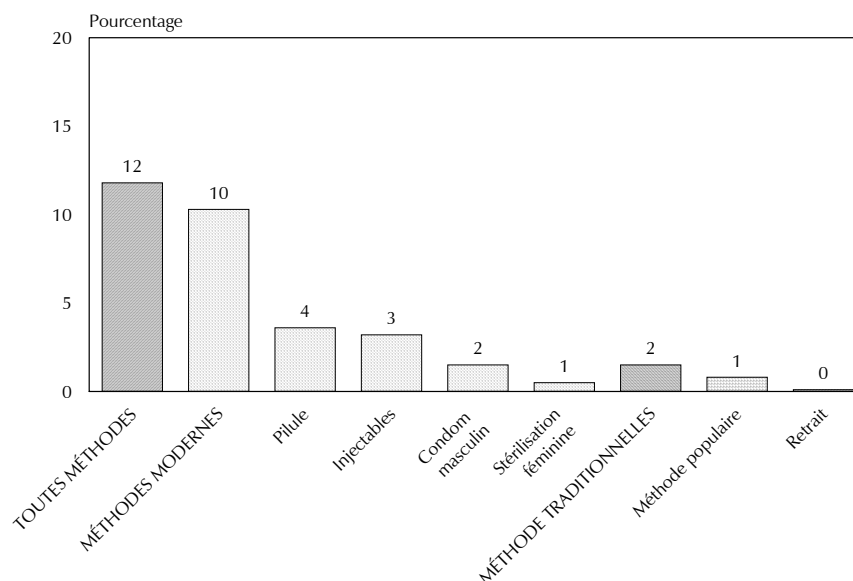
| Groupe d'âges | N'importe quelle méthode | N'importe quelle méthode moderne | Méthode moderne | | | | | | | | | | N'importe quelle méthode traditionnelle | Méthode traditionnelle | | | | Total | Nombre |
|---|--------------------------|----------------------------------|-----------------|-----|-------------|------------|---------------|----------------|--------|------------------------|----------|------|---|------------------------|---------|-------------------|------------------|-------|--------|
| | | | Pilule | DIU | Injectables | Diaphragme | Mousse, gelée | Condom féminin | Condom | Stérilisation féminine | Implants | MAMA | | Continence périodique | Retrait | Méthode populaire | Non utilisatrice | | |
| TOUTES LES FEMMES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15-19 | 1,6 | 1,5 | 0,2 | 0,0 | 0,2 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 98,4 | 100,0 | 3 556 |
| 20-24 | 6,3 | 5,5 | 1,2 | 0,0 | 1,8 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 2,0 | 0,0 | 0,3 | 0,2 | 0,8 | 0,4 | 0,0 | 0,4 | 93,7 | 100,0 | 2 844 |
| 25-29 | 9,0 | 7,7 | 3,0 | 0,4 | 2,1 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 1,2 | 0,0 | 0,5 | 0,5 | 1,2 | 0,5 | 0,1 | 0,7 | 91,0 | 100,0 | 2 379 |
| 30-34 | 13,9 | 12,5 | 4,7 | 0,6 | 4,3 | 0,2 | 0,2 | 0,0 | 1,6 | 0,2 | 0,7 | 0,0 | 1,5 | 0,5 | 0,1 | 0,8 | 86,1 | 100,0 | 1 953 |
| 35-39 | 15,8 | 13,8 | 5,8 | 0,7 | 4,4 | 0,3 | 0,0 | 0,0 | 1,1 | 0,6 | 0,6 | 0,3 | 2,0 | 1,1 | 0,3 | 0,6 | 84,2 | 100,0 | 1 613 |
| 40-44 | 15,4 | 13,7 | 4,2 | 1,4 | 4,4 | 0,0 | 0,2 | 0,0 | 1,2 | 1,1 | 0,8 | 0,3 | 1,7 | 0,7 | 0,0 | 1,0 | 84,6 | 100,0 | 1 249 |
| 45-49 | 10,0 | 8,2 | 1,7 | 0,4 | 3,2 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 2,2 | 0,7 | 0,0 | 1,8 | 0,5 | 0,0 | 1,3 | 90,0 | 100,0 | 1 009 |
| Ensemble | 8,7 | 7,6 | 2,5 | 0,4 | 2,4 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 1,3 | 0,3 | 0,4 | 0,2 | 1,1 | 0,4 | 0,1 | 0,6 | 91,3 | 100,0 | 14 602 |
| FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15-19 | 5,0 | 4,7 | 0,6 | 0,1 | 0,6 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 3,3 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,4 | 0,1 | 0,0 | 0,3 | 95,0 | 100,0 | 1 014 |
| 20-24 | 8,4 | 7,3 | 1,8 | 0,0 | 2,3 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 2,4 | 0,0 | 0,4 | 0,3 | 1,1 | 0,6 | 0,0 | 0,5 | 91,6 | 100,0 | 1 836 |
| 25-29 | 10,3 | 8,8 | 3,5 | 0,5 | 2,4 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1,1 | 0,1 | 0,6 | 0,6 | 1,6 | 0,6 | 0,1 | 0,9 | 89,7 | 100,0 | 1 900 |
| 30-34 | 15,0 | 13,3 | 5,3 | 0,7 | 4,5 | 0,2 | 0,2 | 0,0 | 1,4 | 0,2 | 0,7 | 0,1 | 1,7 | 0,6 | 0,1 | 0,9 | 85,0 | 100,0 | 1 698 |
| 35-39 | 17,2 | 15,0 | 6,5 | 0,6 | 4,9 | 0,3 | 0,0 | 0,0 | 1,1 | 0,7 | 0,6 | 0,3 | 2,3 | 1,3 | 0,3 | 0,7 | 82,8 | 100,0 | 1 425 |
| 40-44 | 15,6 | 13,9 | 4,4 | 1,1 | 4,9 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1,1 | 1,2 | 0,9 | 0,3 | 1,7 | 0,6 | 0,0 | 1,1 | 84,4 | 100,0 | 1 100 |
| 45-49 | 10,4 | 8,7 | 1,9 | 0,4 | 3,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 2,4 | 0,8 | 0,0 | 1,7 | 0,5 | 0,0 | 1,2 | 89,6 | 100,0 | 893 |
| Ensemble | 11,8 | 10,3 | 3,6 | 0,5 | 3,2 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 1,5 | 0,5 | 0,6 | 0,3 | 1,5 | 0,6 | 0,1 | 0,8 | 88,2 | 100,0 | 9 866 |
| FEMMES CÉLIBATAIRES SEXUELLEMENT ACTIVES ¹ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ensemble | 43,3 | 43,3 | 1,1 | 0,0 | 9,3 | 0,0 | 5,1 | 3,2 | 24,6 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 56,7 | 100,0 | 50 |

Note : Si plus d'une méthode est utilisée, seule la plus efficace est prise en compte dans ce tableau.

MAMA = Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée.

¹ Femmes ayant eu des rapports sexuels au cours du mois précédant l'enquête.

Graphique 5.2 Prévalence contraceptive parmi les femmes en union selon la méthode



EDS-IV 2005

Par ailleurs, les renseignements recueillis permettent aussi l'analyse de la prévalence contraceptive selon certaines caractéristiques sociodémographiques des femmes en union. Ces résultats sont présentés au tableau 5.5. La prévalence contraceptive, pour l'ensemble des méthodes est 3,4 fois plus élevée en milieu urbain (20 %) qu'en milieu rural (6 %) et 3,6 fois plus élevée en ce qui concerne les méthodes modernes (18 % contre 5 %). En milieu urbain comme en milieu rural, les méthodes modernes les plus fréquemment utilisées par les femmes sont la pilule (7 % contre 2 % en zone rurale), les injectables (5 % et 2 %) et le condom (3 % et moins de 1 %). La principale méthode traditionnelle utilisée, la continence périodique, concerne surtout les femmes urbaines (1,3 %). Les différences inter régionales sont très importantes. Trois régions se distinguent par leur forte prévalence contraceptive moderne : Ziguinchor (21 %), Dakar (19 %) et Thiès (15 %) (tableau 5.5). À l'inverse, les régions de Matam (1 %), Diourbel (3 %), Kaolack (5 %), Tambacounda (moins de 6 %) et Louga (6 %) sont encore à des niveaux extrêmement faibles. Signalons par ailleurs des particularités régionales dans la répartition selon la méthode utilisée : les régions de Fatick, Ziguinchor et Tambacounda ont des prévalences nettement plus élevées pour les injectables que pour la pilule, à l'inverse de la tendance générale.

La prévalence de la contraception, qu'elle soit moderne ou traditionnelle, augmente de façon très importante avec le niveau d'instruction. Pour les méthodes modernes, la prévalence passe de 5 % chez les femmes sans instruction à 18 % chez celles ayant un niveau d'instruction primaire et à 30 % chez les femmes de niveau secondaire ou plus. On note aussi un recours plus fréquent des femmes sans instruction aux injectables (2,3 % contre 1,5 % pour la pilule) qu'à d'autres méthodes alors que les femmes de niveau secondaire ou plus utilisent plus fréquemment le condom masculin (7 %).

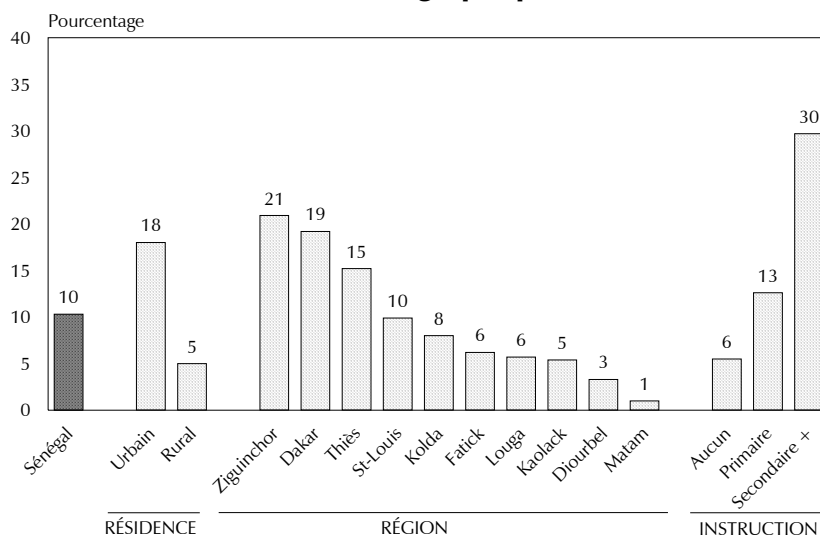
On constate aussi que l'utilisation de la contraception moderne augmente avec le nombre d'enfants, passant de 5 % chez les femmes nullipares à 9 % chez celles en ayant déjà eu un ou deux à 12 % pour celles en ayant eu 3 ou 4 enfants et à 13 % au-delà de 4 enfants. Les nullipares se distinguent par l'utilisation surtout d'une seule méthode en l'occurrence le condom masculin (4 %).

Tableau 5.5 Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques sociodémographiques

Répartition (en %) des femmes actuellement en union par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

| Caractéristique sociodémographique | N'importe quelle méthode | N'importe quelle méthode moderne | Méthode moderne | | | | | | | | | | N'importe quelle méthode traditionnelle | Méthode traditionnelle | | | Total | Effectif | |
|---|--------------------------|----------------------------------|-----------------|-----|-------------|------------|---------------|----------------|-----------------|------------------------|----------|------|---|------------------------|---------|-------------------|-------|----------|------------------|
| | | | Pilule | DIU | Injectables | Diaphragme | Mousse, gelée | Condom féminin | Condom masculin | Stérilisation féminine | Implants | MAMA | | Contenance périodique | Retrait | Méthode populaire | | | Non utilisatrice |
| Nombre d'enfants vivants | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 6,1 | 4,8 | 0,5 | 0,1 | 0,2 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 3,9 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 1,3 | 0,7 | 0,0 | 0,6 | 93,9 | 100,0 | 1 426 |
| 1-2 | 9,7 | 8,8 | 3,1 | 0,3 | 2,5 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1,9 | 0,1 | 0,6 | 0,3 | 0,9 | 0,5 | 0,0 | 0,3 | 90,3 | 100,0 | 3 217 |
| 3-4 | 14,0 | 12,4 | 5,4 | 0,9 | 3,3 | 0,3 | 0,1 | 0,0 | 1,1 | 0,5 | 0,4 | 0,4 | 1,6 | 0,4 | 0,2 | 1,0 | 86,0 | 100,0 | 2 446 |
| 5+ | 15,3 | 13,0 | 4,2 | 0,5 | 5,6 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 1,2 | 1,0 | 0,3 | 2,3 | 0,9 | 0,1 | 1,3 | 84,7 | 100,0 | 2 777 |
| Milieu de résidence | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Urbain | 20,3 | 18,0 | 6,7 | 1,1 | 5,1 | 0,2 | 0,1 | 0,0 | 2,7 | 0,6 | 1,1 | 0,4 | 2,3 | 1,3 | 0,1 | 0,9 | 79,7 | 100,0 | 4 005 |
| Rural | 6,0 | 5,0 | 1,5 | 0,1 | 2,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,7 | 0,4 | 0,2 | 0,2 | 1,0 | 0,2 | 0,1 | 0,7 | 94,0 | 100,0 | 5 860 |
| Région | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dakar | 21,4 | 19,2 | 8,3 | 1,6 | 4,7 | 0,4 | 0,1 | 0,0 | 2,1 | 0,6 | 1,1 | 0,4 | 2,2 | 1,3 | 0,1 | 0,8 | 78,6 | 100,0 | 2 035 |
| Diourbel | 4,0 | 3,3 | 1,5 | 0,0 | 0,9 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,7 | 0,1 | 0,0 | 0,7 | 0,2 | 0,1 | 0,5 | 96,0 | 100,0 | 1 139 |
| Fatick | 8,2 | 6,2 | 1,3 | 0,0 | 4,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,4 | 0,2 | 0,1 | 0,0 | 2,0 | 0,1 | 0,1 | 1,8 | 91,8 | 100,0 | 517 |
| Kaolack | 6,6 | 5,4 | 1,4 | 0,0 | 1,9 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,5 | 0,8 | 0,5 | 0,2 | 1,2 | 0,6 | 0,0 | 0,6 | 93,4 | 100,0 | 1 170 |
| Kolda | 10,1 | 8,0 | 0,6 | 0,3 | 3,5 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 2,5 | 0,4 | 0,3 | 0,6 | 2,1 | 0,5 | 0,1 | 1,5 | 89,9 | 100,0 | 901 |
| Louga | 6,2 | 5,7 | 2,2 | 0,2 | 2,7 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,2 | 0,3 | 0,0 | 0,5 | 0,1 | 0,0 | 0,4 | 93,8 | 100,0 | 672 |
| Matam | 1,2 | 1,0 | 0,3 | 0,0 | 0,5 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 98,8 | 100,0 | 399 |
| Saint-Louis | 10,6 | 9,9 | 4,8 | 0,3 | 3,5 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,5 | 0,6 | 0,1 | 0,6 | 0,3 | 0,0 | 0,3 | 89,4 | 100,0 | 638 |
| Tambacounda | 6,3 | 5,6 | 1,2 | 0,0 | 2,3 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1,4 | 0,5 | 0,2 | 0,1 | 0,7 | 0,2 | 0,2 | 0,3 | 93,7 | 100,0 | 737 |
| Thiès | 17,2 | 15,2 | 6,1 | 0,4 | 5,4 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 1,6 | 0,5 | 0,5 | 0,6 | 2,0 | 0,9 | 0,2 | 0,9 | 82,8 | 100,0 | 1255 |
| Ziguinchor | 24,5 | 20,9 | 1,9 | 0,5 | 3,4 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 11,5 | 0,5 | 2,3 | 0,6 | 3,6 | 1,8 | 0,1 | 1,8 | 75,5 | 100,0 | 403 |
| Niveau d'instruction | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aucun | 6,5 | 5,4 | 1,5 | 0,1 | 2,3 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,4 | 0,4 | 0,3 | 0,2 | 1,0 | 0,2 | 0,1 | 0,8 | 93,5 | 100,0 | 6 905 |
| Primaire | 20,2 | 18,3 | 7,1 | 0,9 | 4,9 | 0,2 | 0,0 | 0,0 | 3,0 | 0,9 | 0,8 | 0,4 | 1,9 | 1,0 | 0,2 | 0,7 | 79,8 | 100,0 | 2 079 |
| Secondaire ou plus | 33,9 | 29,7 | 11,3 | 2,3 | 6,4 | 0,5 | 0,3 | 0,0 | 6,7 | 0,4 | 1,8 | 0,1 | 4,2 | 3,1 | 0,1 | 1,0 | 66,1 | 100,0 | 882 |
| Quintile de bien-être économique | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Le plus pauvre | 3,7 | 2,9 | 0,5 | 0,0 | 1,3 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,5 | 0,3 | 0,0 | 0,3 | 0,8 | 0,1 | 0,0 | 0,7 | 96,3 | 100,0 | 2 055 |
| Second | 6,3 | 4,8 | 0,9 | 0,2 | 1,8 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1,3 | 0,3 | 0,2 | 0,1 | 1,5 | 0,3 | 0,0 | 1,2 | 93,7 | 100,0 | 2 056 |
| Moyen | 10,3 | 9,1 | 2,7 | 0,1 | 3,2 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1,7 | 0,5 | 0,5 | 0,3 | 1,2 | 0,4 | 0,1 | 0,7 | 89,7 | 100,0 | 2 008 |
| Quatrième | 16,0 | 14,4 | 5,4 | 0,4 | 4,9 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1,8 | 0,8 | 0,4 | 0,6 | 1,6 | 1,1 | 0,0 | 0,5 | 84,0 | 100,0 | 1 950 |
| Le plus riche | 24,6 | 22,0 | 9,2 | 1,8 | 5,2 | 0,5 | 0,2 | 0,0 | 2,5 | 0,7 | 1,9 | 0,1 | 2,5 | 1,4 | 0,3 | 0,9 | 75,4 | 100,0 | 1 796 |
| Ensemble | 11,8 | 10,3 | 3,6 | 0,5 | 3,2 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 1,5 | 0,5 | 0,6 | 0,3 | 1,5 | 0,6 | 0,1 | 0,8 | 88,2 | 100,0 | 9 866 |

Graphique 5.3 Prévalence contraceptive moderne parmi les femmes en union selon certaines caractéristiques sociodémographiques



EDS-IV 2005

Enfin, le niveau d'utilisation des méthodes contraceptives, quel que soit le type, augmente énormément avec le niveau de bien-être du ménage. La prévalence toutes méthodes confondues passe de moins de 4 % chez les femmes des ménages les plus pauvres à 6 % chez celles du 2^{ème} quintile et à 16 % et 25 % dans les deux quintiles les plus riches. On observe une tendance similaire pour les méthodes modernes (3 % chez les plus pauvres contre 22 % chez les plus riches).

5.4 UTILISATION SELON LES INDICATEURS DU STATUT DE LA FEMME

La capacité d'une femme à traduire ses volontés en actes concrets est déterminée par son statut au sein de son ménage et de la communauté dans laquelle elle vit. Dans ce sens, sa participation dans le ménage aux prises de décisions importantes, son aptitude à exprimer et à faire prendre en compte ses avis sur les sujets relatifs à sa propre personne sont des éléments importants dans le processus de transformation qualitative de sa situation. La motivation de la femme à utiliser la contraception est conditionnée dans une certaine mesure par sa liberté et sa capacité de mouvement et d'actions. Ses possibilités d'initiatives sont souvent codifiées et encadrées dans un système de genre parfois trop coercitif. De ce fait, les rapports de genre au sein de sa communauté et les aménagements opérés au sein de sa famille et ensuite de son ménage ont une influence déterminante dans son aptitude à transformer les messages de planification des naissances en pratique contraceptive effective.

Des indicateurs du statut de la femme sont utilisés pour évaluer l'influence des opinions de la femme concernant certains sujets déterminés sur sa propension à utiliser la contraception. Il s'agit de:

- nombre de décisions prises par la femme : on suppose que plus le nombre de décisions dans lesquelles la femme est impliquée est élevée, plus son statut est important.
- nombre de raisons de refuser les rapports sexuels avec son mari : on considère que les femmes qui pensent que pour aucune raison, il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des

rappports sexuels avec son mari ont moins de pouvoir d'action que celles qui pensent que, quelle que soit la raison, une femme a la liberté de refuser d'avoir des rapports sexuels avec son mari.

- nombre de raisons justifiant que le mari batte sa femme : plus la femme évoque de raisons justifiant ce traitement, moins elle sera apte à s'exprimer et à agir en toute liberté.

Les résultats sont présentés au tableau 5.6.

Il semble qu'il existe une relation entre le niveau de participation de la femme à la prise de décisions et la prévalence contraceptive. En effet, plus la femme est impliquée dans les décisions du ménage, plus son recours à la contraception est élevé. La prévalence passe de 8 à 9 % parmi celles qui ont cité 2 décisions ou moins dans lesquelles leur avis est déterminant à 14-15 %, parmi celles qui sont impliquées dans 5 prises de décisions ou plus. Notons également que quel que soit le type de méthode de contraception, cette relation se vérifie.

Par rapport aux raisons justifiant le refus d'une femme d'avoir des rapports sexuels avec son mari, la relation est très mitigée pour l'ensemble de toutes les méthodes et l'ensemble des méthodes modernes. Il est probable que pour quelques méthodes spécifiques, on observe des écarts notables, mais il semble hasardeux d'en tirer une conclusion sur la réalité de la relation. Pour la pilule par exemple, la prévalence est plus forte chez les femmes qui estiment qu'il n'y a aucune raison de refuser d'avoir des rapports sexuels avec son mari. Par contre, pour les injectables, le condom et les implants, c'est la relation contraire qu'on observe. L'appréciation que les femmes ont de ce comportement ne semble pas être corrélé à leur statut, et donc influencer sur le niveau de la prévalence contraceptive.

En ce qui concerne le troisième indicateur, pour l'ensemble des méthodes modernes, on constate que la prévalence passe de 12 à 15 % quand la femme considère qu'il n'y a aucune raison ou qu'il n'y a qu'une ou deux raisons qui justifie qu'un homme batte sa femme à moins de 8 % chez les femmes qui ont déclaré trois raisons ou plus. Des tendances similaires sont observées pour l'ensemble de toutes les méthodes et pour les principales méthodes contraceptives spécifiques. Autrement dit, ces résultats semblent traduire une corrélation positive entre le statut de la femme et son appréciation du traitement consistant à battre son épouse et la prévalence contraceptive.

Tableau 5.6. Utilisation actuelle de la contraception par statut de la femme

Répartition (en %) des femmes actuellement en union par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon les indicateurs du statut de la femme, EDS-IV Sénégal 2005

| Statut de la femme | N'importe quelle méthode | N'importe quelle méthode moderne | Méthode moderne | | | | | | | | | | N'importe quelle méthode traditionnelle | Méthode traditionnelle | | | Total | Effectif |
|--|--------------------------|----------------------------------|-----------------|-----|-------------|------------|---------------|--------|------------------------|----------|------|-----------------------|---|------------------------|-------------------|------------------|-------|----------|
| | | | Pilule | DIU | Injectables | Diaphragme | Mousse, gelée | Condom | Stérilisation féminine | Implants | MAMA | Continence périodique | | Retrait | Méthode populaire | Non utilisatrice | | |
| Nombre de décisions dans lesquelles la femme a le dernier mot¹ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 9,5 | 8,4 | 2,6 | 0,3 | 2,1 | 0,2 | 0,0 | 2,2 | 0,3 | 0,5 | 0,2 | 1,1 | 0,4 | 0,0 | 0,7 | 90,5 | 100,0 | 2 408 |
| 1-2 | 10,7 | 9,3 | 3,3 | 0,5 | 3,0 | 0,1 | 0,1 | 1,2 | 0,4 | 0,5 | 0,3 | 1,4 | 0,6 | 0,1 | 0,8 | 89,3 | 100,0 | 5 148 |
| 3-4 | 17,1 | 15,0 | 5,6 | 1,0 | 5,2 | 0,0 | 0,0 | 1,4 | 0,9 | 0,7 | 0,3 | 2,1 | 0,9 | 0,1 | 1,1 | 82,9 | 100,0 | 1 400 |
| 5+ | 15,9 | 13,7 | 4,7 | 0,3 | 4,7 | 0,1 | 0,0 | 1,9 | 1,1 | 0,8 | 0,2 | 2,2 | 1,2 | 0,2 | 0,7 | 84,1 | 100,0 | 909 |
| Nombre de raisons de refuser les rapports sexuels avec son mari | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 12,0 | 10,6 | 6,7 | 0,0 | 2,1 | 0,0 | 0,6 | 0,1 | 0,0 | 1,2 | 0,0 | 1,4 | 0,5 | 0,6 | 0,3 | 88,0 | 100,0 | 440 |
| 1-2 | 12,0 | 10,9 | 3,6 | 0,8 | 3,9 | 0,1 | 0,0 | 1,3 | 0,5 | 0,4 | 0,3 | 1,0 | 0,4 | 0,0 | 0,6 | 88,0 | 100,0 | 3 249 |
| 3-4 | 11,7 | 10,0 | 3,4 | 0,3 | 3,0 | 0,1 | 0,0 | 1,8 | 0,5 | 0,6 | 0,3 | 1,8 | 0,8 | 0,1 | 0,9 | 88,3 | 100,0 | 6 177 |
| Nombre de raisons justifiant qu'un mari batte sa femme | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 16,6 | 14,5 | 5,2 | 0,9 | 4,2 | 0,2 | 0,0 | 2,2 | 0,5 | 0,8 | 0,3 | 2,1 | 1,1 | 0,0 | 0,9 | 83,4 | 100,0 | 3 158 |
| 1-2 | 13,1 | 11,5 | 4,0 | 0,7 | 3,3 | 0,2 | 0,1 | 1,8 | 0,3 | 0,7 | 0,2 | 1,6 | 0,7 | 0,2 | 0,7 | 86,9 | 100,0 | 1 901 |
| 3-4 | 8,9 | 7,7 | 2,6 | 0,1 | 2,6 | 0,0 | 0,0 | 1,2 | 0,6 | 0,4 | 0,2 | 1,2 | 0,3 | 0,1 | 0,7 | 91,1 | 100,0 | 3 081 |
| 5 | 6,9 | 6,0 | 1,9 | 0,1 | 2,5 | 0,0 | 0,0 | 0,5 | 0,4 | 0,2 | 0,4 | 0,9 | 0,2 | 0,1 | 0,7 | 93,1 | 100,0 | 1 726 |
| Ensemble | 11,8 | 10,3 | 3,6 | 0,5 | 3,2 | 0,1 | 0,0 | 1,5 | 0,5 | 0,6 | 0,3 | 1,5 | 0,6 | 0,1 | 0,8 | 88,2 | 100,0 | 9 866 |

Note : Si plus d'une méthode est utilisée, seule la plus efficace est prise en compte dans ce tableau.

MAMA = Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée.

¹ Soit seule ou en commun avec quelqu'un d'autre.

5.5 NOMBRE D'ENFANTS À LA PREMIÈRE UTILISATION

L'utilisation de la contraception pour la première fois peut, en fonction de la parité atteinte à ce moment-là, répondre à des objectifs différents: retarder la première naissance si l'utilisation commence lorsque la femme n'a pas encore d'enfant, espacer les naissances si la contraception débute à une parité que la femme souhaite augmenter selon un calendrier donné, ou encore limiter tout simplement la descendance au niveau actuel lorsque la femme recourt à la contraception parce qu'elle a le nombre d'enfants qu'elle souhaite ou pour d'autres raisons (raisons de santé, par exemple).

Le tableau 5.7 présente la répartition des femmes par groupe d'âges selon le nombre d'enfants vivants qu'elles avaient au moment où elles ont commencé à utiliser la contraception pour la première fois.

| Âge actuel | Nombre d'enfants vivant à la première utilisation | | | | | | Total | Nombre | Nombre médian d'enfants à la 1 ^{ère} utilisation de la contraception |
|------------|---|------|------|------|------|-----|-------|--------|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4+ | ND | | | |
| 15-19 | 62,5 | 30,2 | 5,3 | 0,0 | 0,6 | 1,2 | 100,0 | 126 | - |
| 20-24 | 33,0 | 42,5 | 17,7 | 3,8 | 1,1 | 1,9 | 100,0 | 426 | 0,4 |
| 25-29 | 15,2 | 42,4 | 21,6 | 12,0 | 7,9 | 0,8 | 100,0 | 591 | 0,8 |
| 30-34 | 8,2 | 34,2 | 21,3 | 13,1 | 22,7 | 0,5 | 100,0 | 656 | 1,3 |
| 35-39 | 6,3 | 18,9 | 12,1 | 20,6 | 41,3 | 0,8 | 100,0 | 595 | 2,6 |
| 40-44 | 4,4 | 10,5 | 18,9 | 11,5 | 52,9 | 1,7 | 100,0 | 460 | 3,3 |
| 45-49 | 1,4 | 16,7 | 8,8 | 10,9 | 60,0 | 2,2 | 100,0 | 328 | 3,8 |
| Ensemble | 13,4 | 28,6 | 16,9 | 12,1 | 27,9 | 1,2 | 100,0 | 3 182 | 1,4 |

Dans l'ensemble des femmes utilisatrices passées ou actuelles, 13 % ont déclaré avoir utilisé pour la première fois une méthode contraceptive alors qu'elles n'avaient pas d'enfant c'est-à-dire pour retarder la première naissance, 58 % ont commencé alors qu'elles étaient à des parités relativement faibles (1 à 3 enfants) et enfin 28 % ont commencé à des parités élevées (4 enfants et plus). On note que 29 % des femmes ont commencé à utiliser une méthode de contraception après la naissance du premier enfant.

L'utilisation de la contraception chez les nullipares est surtout le fait des femmes jeunes (63 % chez les femmes de 15-19 ans et 33 % chez celles de 20-24 ans). Selon les déclarations, cette pratique a augmenté dans le temps puisque sa fréquence augmente des générations les plus anciennes aux plus récentes. Ceci est le signe d'une tendance à retarder la venue de la première naissance dans les générations récentes par rapport aux plus anciennes. De même, le nombre médian d'enfants à la première utilisation ou nombre d'enfants qu'ont 50 % des femmes à la première utilisation de la contraception, (1,4 enfants en moyenne), augmente régulièrement avec l'âge : de 0,4 enfants à 20-24 ans, il passe à 0,8 25-29 ans, 1,3 à 30-34 ans et atteint 3,8 enfants à 45-49 ans. Autrement dit, les femmes recourent à la contraception pour la première fois à des parités de plus en plus basses.

5.6 CONNAISSANCE DE LA PÉRIODE FÉCONDE

Les résultats précédents ont montré que l'utilisation actuelle ou passée de la continence périodique n'était pas négligeable. Or, l'efficacité de cette méthode repose sur une bonne connaissance de

la période de fécondabilité au cours du cycle menstruel. Pour mesurer le niveau de connaissance des femmes au cours de cette période, on leur a demandé si elles pensaient, qu'au cours du cycle, il existait une période pendant laquelle elles avaient plus de chance de tomber enceinte et, si oui, à quel moment du cycle se situait cette période. Les résultats des réponses à cette dernière question sont présentés dans le tableau 5.8. Compte tenu des nombreuses nuances que peuvent comporter les réponses à cette question, les femmes peuvent être groupées en trois grandes catégories dans les commentaires qui suivent :

- Connaissent la période de fécondabilité : celles qui ont déclaré « milieu du cycle » ;
- Ont une connaissance douteuse de la période : celles qui ont déclaré « juste avant le début des règles », « juste après la fin des règles ». Ces réponses sont trop vagues pour pouvoir être considérées comme exactes mais, selon l'idée que se font les femmes du « juste après la fin » et du « juste avant le début », elles peuvent correspondre à la période féconde ;
- Ne connaissent pas la période : celles qui ont déclaré « durant les règles », « pas de période spécifique », « ne sait pas » ou toute autre réponse.

| Connaissance de la période féconde | Utilisatrices de la continence périodique | Non utilisatrices de la continence périodique | Ensemble des femmes |
|------------------------------------|---|---|---------------------|
| Juste avant le début des règles | 3,4 | 4,0 | 4,0 |
| Durant les règles | 3,7 | 1,3 | 1,3 |
| Juste après la fin des règles | 25,7 | 29,6 | 29,6 |
| Milieu du cycle | 59,2 | 16,5 | 16,7 |
| Pas de moment spécifique | 2,9 | 16,5 | 16,4 |
| Autre | 0,8 | 0,5 | 0,5 |
| NSP | 4,3 | 31,4 | 31,3 |
| ND | 0,0 | 0,2 | 0,2 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Effectif | 65 | 14 537 | 14 602 |

Pour l'ensemble des femmes, le tableau 5.8 indique qu'au total la moitié des femmes n'ont aucune idée de l'existence d'une période particulière ou ne savent pas situer correctement la période de fertilité au cours du cycle menstruel : 31 % ont déclaré ne pas savoir du tout et 16 % ont déclaré qu'une telle période n'existait pas. Plus d'une femme sur trois (34 %) n'en ont qu'une connaissance approximative voire douteuse. Seulement 17 % des femmes ayant mentionné le milieu du cycle sont considérées avoir une connaissance précise de la période où une femme a le plus de chances de tomber enceinte au cours du cycle. Si on se limite aux seules femmes utilisant la continence périodique comme méthode de contraception, et qui doivent en principe connaître leur cycle pour utiliser efficacement cette méthode, on observe un niveau de connaissance de la période de fécondabilité particulièrement élevé (59 %). Cependant, 29 % de ces femmes utilisatrices de la continence périodique n'en ont qu'une connaissance vague. Bien que la prévalence de la continence périodique soit très faible (moins de 1 %), il ressort de ces données, que toute promotion de cette méthode devra s'accompagner d'information sur la connaissance de la période de fertilité qui conditionne l'efficacité du recours à cette pratique qui pourrait constituer une alternative pour un grand nombre de femmes qui n'ont pas encore accès aux méthodes modernes.

5.7 SOURCES D'APPROVISIONNEMENT DE LA CONTRACEPTION

Pour évaluer la contribution des secteurs médicaux public et privé dans la distribution ou la vente des différentes méthodes modernes de contraception, on a demandé aux utilisatrices d'identifier l'endroit où elles ont obtenu leur méthode actuelle (tableau 5.9).

Tableau 5.9 Source d'approvisionnement

Répartition (en %) des utilisatrices actuelles de méthodes contraceptives modernes par source d'approvisionnement ou d'information la plus récente, selon les méthodes spécifiques, EDS-IV Sénégal 2005

| Source d'approvisionnement | Méthode moderne | | | | | | Ensemble ¹ |
|------------------------------|-----------------|-------|-------------|-----------------|------------------------|----------|-----------------------|
| | Pilule | DIU | Injectables | Condom masculin | Stérilisation féminine | Implants | |
| Secteur public | 73,2 | 73,0 | 91,8 | 12,5 | 86,8 | 88,6 | 70,2 |
| Hôpital gouvern. | 4,0 | 13,9 | 6,1 | 2,3 | 82,5 | 34,0 | 10,1 |
| Centre de santé gouvern. | 18,4 | 22,9 | 19,4 | 0,2 | 2,5 | 23,4 | 16,0 |
| Poste santé | 42,3 | 34,4 | 54,3 | 4,9 | 0,0 | 15,5 | 35,4 |
| Centre de PF gouvern. | 5,8 | 1,8 | 8,7 | 0,4 | 0,0 | 14,7 | 5,8 |
| Maternité rurale | 0,5 | 0,0 | 1,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,5 |
| Case de santé | 1,1 | 0,0 | 0,2 | 0,0 | 1,8 | 0,9 | 0,6 |
| Pharmacie comm. | 0,0 | 0,0 | 2,0 | 4,6 | 0,0 | 0,0 | 1,4 |
| Agent santé | 1,2 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,4 |
| Secteur médical privé | 22,5 | 27,0 | 7,7 | 52,8 | 10,4 | 10,2 | 21,9 |
| Hôpital privé | 7,0 | 14,6 | 5,6 | 0,0 | 10,4 | 8,2 | 5,9 |
| Pharmacie | 2,2 | 12,4 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,9 | 1,5 |
| Médecin privé | 13,0 | 0,0 | 0,5 | 52,8 | 0,0 | 1,1 | 13,8 |
| Agent de terrain | 0,3 | 0,0 | 0,6 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,3 |
| Autre médical privé | 0,1 | 0,0 | 0,9 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,3 |
| Autre source | 2,6 | 0,0 | 0,0 | 30,3 | 0,0 | 0,0 | 6,3 |
| Boutique | 0,8 | 0,0 | 0,0 | 3,7 | 0,0 | 0,0 | 0,9 |
| Amis/proches | 1,8 | 0,0 | 0,0 | 26,7 | 0,0 | 0,0 | 5,4 |
| Autre | 0,6 | 0,0 | 0,0 | 2,1 | 0,0 | 0,0 | 0,6 |
| NSP | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1,0 | 0,0 | 0,0 |
| ND | 0,8 | 0,0 | 0,5 | 2,3 | 1,7 | 0,0 | 0,9 |
| Ensemble | 99,8 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 98,8 | 99,9 |
| Effectif | 365 | 56 | 351 | 185 | 51 | 59 | 1 084 |

¹ Il comprend 9 utilisatrices de diaphragme, 6 utilisatrices de mousse, gelée et 2 utilisatrices de condom féminin

Pour obtenir les méthodes modernes de contraception, 70 % des femmes s'adressent au secteur médical public. Environ, une femme sur cinq (22 %) s'adresse au secteur médical privé et seulement 6 % se dirigent vers d'autres sources. Dans le secteur public, ce sont surtout vers les postes de santé que les femmes se dirigent pour obtenir leur méthode (35 %, soit la moitié de la clientèle du secteur). Les centres de santé contribuent pour 16 %. Dans le secteur privé, les principaux fournisseurs sont, de loin, les médecins privés (14 %) ; dans 6 % des cas, les femmes se sont procurées leur méthode dans les hôpitaux/cliniques privés. Quant aux sources non médicales, il s'agit essentiellement d'amis/parents (5 %). Ainsi, près de 42 % des utilisatrices de mousses et gelées ont obtenu cette méthode auprès d'amis ou proches ; il en est de même de 27 % des utilisatrices de condom.

Les médecins privés ne sont exclusivement consultés que pour obtenir des mousses et gelées (41 %), le condom masculin (53 %) et le condom féminin (23 %). Le secteur privé par le biais des médecins privés est largement plus sollicité que le secteur public pour obtenir des mousses et gelées ou le condom. Par contre, les diaphragmes, les injectables, la stérilisation féminine et les implants restent le

domaine de prédilection du secteur public avec 90 % de la clientèle. Avec moins de 23 %, Le secteur public joue un rôle mineur dans la distribution des condoms. Enfin, près de 4 % des utilisatrices du condom l'ont obtenu dans une boutique.

5.8 INFORMATIONS RELATIVES AUX MÉTHODES CONTRACEPTIVES

Au niveau des formations sanitaires, les prestataires de services de planification familiale sont sensés assurer des services complets à leur clientèle en leur donnant le maximum d'informations utiles, entre autres, des informations sur l'éventail des différentes méthodes contraceptives existantes et leurs contraintes et ainsi que sur leurs effets secondaires et leurs contre-indications éventuelles. Ces informations ont pour but d'aider les femmes à faire leur choix et à prendre conscience des comportements destinés à leur meilleur usage et la bonne gestion de leurs inconvénients éventuels. Les informations données permettent aussi de corriger et de combattre les préjugés concernant les méthodes de contraception. Les résultats sont présentés au tableau 5.10.

Dans l'ensemble, environ six femmes sur dix ont été informées que des méthodes autres que celles qu'elles utilisent existaient. Cependant, moins de 50 % des femmes ont été informées sur les effets secondaires et autres problèmes liés à l'utilisation de la méthode (49 %) et sur ce qu'il faut en cas de manifestation d'effets secondaires (48 %). Moins d'une femme sur deux a été informée sur les mesures à prendre en cas d'effets secondaires liés à la méthode.

En matière d'information de la clientèle, on constate que dans le secteur public, la proportion de femmes ayant été informées de l'existence d'autres méthodes est un peu plus élevée que dans le secteur privé (68 % contre 59 %). Par contre, en ce qui concerne l'information sur les effets secondaires et sur ce qu'il convient de faire en cas d'effets secondaires, on constate que les deux secteurs se situent à peu près au même niveau. On constate que dans le secteur public, ce sont dans les centres de PF du gouvernement et dans les centres de santé du gouvernement que les femmes ont été les plus fréquemment informées. En outre, dans 72 % des cas, les femmes qui se sont adressées à des postes de santé, qui constituent les principaux pourvoyeurs de contraceptifs, ont été informées sur l'existence d'autres méthodes et, dans la moitié des cas, elles ont été averties des effets secondaires et des mesures à prendre en cas de problèmes. À l'opposé, c'est dans les maternités rurales et les cases de santé que ces informations sont les moins fréquemment fournies aux femmes. En ce qui concerne le secteur privé, on constate que 70 % des femmes qui ont consulté un médecin ont été informées sur ce qu'il faut faire en cas de problèmes ; par contre, les proportions de celles qui ont été averties des effets secondaires et de celles qui ont été informées que d'autres méthodes existaient est beaucoup plus faible (42 % dans les deux cas).

On constate que dans l'ensemble, les femmes sont mieux informées en milieu urbain (où sont concentrés les centres de santé principaux fournisseurs de méthodes et d'informations appropriées) qu'en milieu rural. Au niveau régional, les résultats montrent que ce sont les femmes de Ziguinchor, Tambacounda et Kolda qui ont plus souvent bénéficié d'information sur les trois sujets. À Thiès et Fatick, des informations ont été souvent fournies sur les autres méthodes existantes (75 %), mais dans moins de 50 % des cas, les femmes ont reçu des informations sur les effets secondaires et ce qu'il faut faire en cas de manifestations d'effets secondaires. La situation des régions de Matam et de Kaolack dans une bien moindre mesure semble préoccupante. Par ailleurs, les femmes les plus instruites ont été moins souvent informées sur les différentes méthodes contraceptives, à l'inverse, elles ont bénéficié de plus d'informations sur ce qu'il faut faire en cas de manifestations d'effets secondaires. Enfin, le niveau d'information des femmes ne semble pas du tout dépendre du niveau de bien-être socioéconomique du ménage dans lequel elles vivent.

Tableau 5.10. Choix de la méthode et information

Pourcentage de femmes utilisatrices de méthodes contraceptives modernes qui ont choisi la méthode actuelle dans les cinq années ayant précédé l'enquête et qui ont été informées des effets secondaires de la méthode utilisée ; pourcentage de celles qui ont été informées sur ce qu'il fallait faire en cas d'effets secondaires ; pourcentage de femmes qui ont été informées des autres méthodes de contraception qu'elles pourraient utiliser et pourcentage des femmes stérilisées au cours des cinq années ayant précédé l'enquête qui ont été informées qu'elles ne pourraient plus avoir d'enfants, par méthode spécifique, source initiale de la méthode et certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

| Méthodes, sources et caractéristiques | Avertie des effets secondaires problèmes des méthodes | Informée sur que faire en cas d'effets secondaires | Informée que d'autres méthodes peuvent être utilisées |
|---|---|--|---|
| Méthode | | | |
| Pilule | 42,5 | 45,3 | 61,3 |
| DIU | 52,7 | 53,7 | 62,4 |
| Injectables | 56,0 | 51,4 | 67,5 |
| Implants | 69,9 | 69,9 | 64,7 |
| Stérilisation féminine | 17,5 | 19,7 | 5,1 |
| Première source de méthodes | | | |
| Secteur public | 54,4 | 53,9 | 68,4 |
| Hôpital gouvern. | 48,9 | 42,3 | 48,0 |
| Centre de santé gouvern. | 58,6 | 56,4 | 73,1 |
| Poste santé | 53,7 | 55,2 | 71,6 |
| Centre de PF gouvernement | 61,4 | 64,2 | 81,5 |
| Maternité rurale | 21,4 | 21,4 | 61,7 |
| Case de santé | 58,0 | 58,0 | 11,6 |
| Secteur medical prive | 52,8 | 58,3 | 58,5 |
| Hôpital privé | 59,0 | 60,5 | 61,5 |
| Pharmacie | 6,0 | 12,2 | 20,5 |
| Médecin privé | 41,8 | 69,9 | 42,1 |
| Dispensaire relig. | 46,0 | 46,0 | 70,4 |
| Agent de terrain | 100,0 | 100,0 | 86,2 |
| Autre médical privé | 80,6 | 37,6 | 100,0 |
| Autre source | 0,0 | 0,0 | 19,5 |
| Amis/proches | 0,0 | 0,0 | 19,5 |
| Milieu de résidence | | | |
| Urbain | 50,3 | 49,8 | 59,2 |
| Rural | 45,6 | 45,0 | 61,1 |
| Région | | | |
| Dakar | 48,4 | 48,3 | 52,2 |
| Diourbel | 41,9 | 42,8 | 56,9 |
| Fatick | 48,7 | 50,0 | 70,6 |
| Kaolack | 36,2 | 36,3 | 46,7 |
| Kolda | 60,9 | 60,8 | 58,6 |
| Louga | 50,9 | 47,3 | 56,9 |
| Matam | 10,5 | 22,1 | 34,9 |
| Saint-Louis | 46,8 | 38,7 | 67,1 |
| Tambacounda | 63,5 | 61,3 | 64,5 |
| Thiès | 48,1 | 48,8 | 75,0 |
| Ziguinchor | 62,8 | 64,1 | 70,0 |
| Niveau d'instruction | | | |
| Aucun | 48,0 | 44,9 | 61,9 |
| Primaire | 48,2 | 50,2 | 59,7 |
| Secondaire ou plus | 51,6 | 51,1 | 56,4 |
| Quintile de bien-être économique | | | |
| Le plus pauvre | 52,1 | 46,8 | 52,5 |
| Second | 52,9 | 53,8 | 64,9 |
| Moyen | 47,1 | 43,8 | 62,5 |
| Quatrième | 50,2 | 48,4 | 58,4 |
| Le plus riche | 47,6 | 49,5 | 59,5 |
| Ensemble | 48,9 | 48,4 | 59,8 |
| Effectif de femmes | 882 | 882 | 929 |

5.9 UTILISATION FUTURE DE LA CONTRACEPTION

On a demandé aux femmes qui n'utilisaient pas la contraception au moment de l'enquête, si elles avaient l'intention d'utiliser une méthode dans l'avenir. Le tableau 5.11 fournit la distribution des femmes en union selon l'intention d'utiliser une méthode de contraception dans le futur.

| Intention | Nombre d'enfants vivants ¹ | | | | | Ensemble |
|--------------------------------|---------------------------------------|-------|-------|-------|-------|----------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4+ | |
| A l'intention d'utiliser | 20,8 | 25,0 | 28,3 | 28,1 | 26,0 | 25,8 |
| Incertaine | 11,6 | 9,0 | 8,1 | 6,4 | 6,8 | 7,9 |
| N'a pas l'intention d'utiliser | 67,4 | 65,2 | 63,2 | 65,2 | 66,9 | 65,8 |
| ND | 0,2 | 0,7 | 0,4 | 0,3 | 0,4 | 0,4 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Effectif de femmes | 1 078 | 1 521 | 1 432 | 1 234 | 3 435 | 8 700 |

Plus d'une femme sur quatre (26 %) ont déclaré avoir l'intention de le faire dans l'avenir. Par contre, deux femmes sur trois ont déclaré ne pas avoir l'intention d'en utiliser une dans le futur et, dans 8 % des cas, les femmes étaient indécises. Par ailleurs, selon le nombre d'enfants, on constate que parmi les femmes sans enfant, plus d'une femme sur cinq (21 %) a déclaré avoir l'intention d'utiliser dans le futur une méthode de planification familiale. Parmi les femmes ayant un enfant, cette proportion est de 25 % et parmi celles en ayant 3, elle est de 28 %.

5.10 RAISONS DE NON UTILISATION DE LA CONTRACEPTION

Aux femmes non utilisatrices actuelles de la contraception qui ont déclaré ne pas avoir l'intention d'utiliser un contraceptif dans l'avenir, on leur a demandé d'en indiquer la raison. Les données du tableau 5.12 montrent que 29 % des femmes ont cité des raisons relatives à la fécondité et dans la moitié de ces cas les femmes ont déclaré qu'elles désiraient avoir d'autres enfants ; 5 % des femmes ont mentionné comme raison la faible fréquence ou l'absence de rapports sexuels. Mais la raison la plus souvent mentionnée, est celle liée à l'opposition à la pratique contraceptive (42 %). Dans cette catégorie, l'opposition de l'enquêtée elle-même est la plus fréquemment citée (22 %), viennent ensuite les interdits religieux (11 %) et l'opposition du mari (9 %). Ce dernier résultat suggère donc que chez seulement une femme sur dix, le refus d'utiliser une méthode dans l'avenir est dû à l'opposition du mari à l'utilisation de la contraception. En outre, les raisons liées aux méthodes ont été globalement citées par 19 % des femmes, essentiellement réparties dans deux groupes : la peur des effets secondaires (11 %) et les problèmes de santé (6 %).

On relève des résultats similaires dans chacun des deux grands groupes d'âges. Cependant, on observe que les raisons liées à la fécondité ont été plus fréquemment citées par les femmes de 30-49 ans (36 % contre 22 %); il en est ainsi de la sous fécondité ou de l'infécondité (12 % chez les femmes 30-49 ans contre moins de 2 % chez celles de 15-29 ans) et de la ménopause et de l'hystérectomie (respectivement, 5 % et 0 %). Inversement, l'opposition de l'enquêtée à la contraception est plus fréquente chez les femmes les plus jeunes (27 % à 15-29 ans) que chez les plus âgées (18 % à 30-49 ans).

Tableau 5.12 Raisons évoquées pour n'avoir pas l'intention d'utiliser la contraception

Répartition (en %) des femmes actuellement en union qui n'utilisent pas actuellement une méthode et qui n'ont pas l'intention d'en utiliser une dans l'avenir, par principale raison pour laquelle elles n'ont pas l'intention d'en utiliser une, selon l'âge, EDS-IV Sénégal 2005

| Raisons | Âge | | Ensemble |
|---|-------|-------|----------|
| | 15-29 | 30-49 | |
| Célibataire | 0,4 | 0,1 | 0,2 |
| Raisons associées à la fécondité | 21,5 | 35,7 | 29,2 |
| Rapports sexuels peu fréquents | 4,3 | 5,5 | 5,0 |
| Ménopause, hystérectomie | 0,0 | 5,0 | 2,7 |
| Sous-féconde, inféconde | 1,7 | 11,9 | 7,2 |
| Ne veut plus d'enfants | 15,4 | 13,3 | 14,3 |
| Opposée à l'utilisation | 48,8 | 36,0 | 41,9 |
| Enquêtée opposée | 26,8 | 17,8 | 21,9 |
| Mari opposé | 10,8 | 7,7 | 9,1 |
| Autres opposés | 0,4 | 0,1 | 0,2 |
| Interdits religieux | 10,9 | 10,4 | 10,6 |
| Manque de connaissance | 9,0 | 4,1 | 6,4 |
| Ne connaît aucune méthode | 6,7 | 3,1 | 4,8 |
| Ne connaît aucune source | 2,3 | 1,0 | 1,6 |
| Raisons associées à la méthode | 16,9 | 21,0 | 19,1 |
| Problèmes de santé | 4,7 | 7,8 | 6,4 |
| Peur des effets secondaires | 10,9 | 11,3 | 11,1 |
| Manque d'accès | 0,3 | 0,3 | 0,3 |
| Coûte trop cher | 0,2 | 0,5 | 0,4 |
| Utilisation gênante | 0,3 | 0,5 | 0,4 |
| Interfère avec le fonctionnement du corps | 0,4 | 0,6 | 0,5 |
| Autre | 1,2 | 2,0 | 1,6 |
| NSP | 2,2 | 1,0 | 1,5 |
| ND | 0,0 | 0,2 | 0,1 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Effectif de femmes | 2 626 | 3 101 | 5 726 |

5.11 MÉTHODE FUTURE PRÉFÉRÉE

Pour évaluer la demande potentielle des différents types de méthodes contraceptives, on a demandé aux femmes en union ayant l'intention d'utiliser la contraception dans l'avenir, de spécifier la méthode de leur choix.

Il ressort du tableau 5.13 que les méthodes modernes sont, de loin, les plus fréquemment citées. Les injectables viennent largement en tête avec 36 % des femmes ; ils sont suivies de la pilule (27 %) et des implants (12 %). Chacune des autres méthodes spécifiques a été citée par moins de 2 % des enquêtées. On observe quelques différences selon l'âge. Les DIU, la stérilisation féminine et la continence périodique ont été plus fréquemment cités par les femmes de 30-49 ans.

Tableau 5.13 Méthode contraceptive future préférée

Répartition (en %) des femmes actuellement en union qui n'utilisent pas actuellement une méthode mais qui ont l'intention d'en utiliser une dans l'avenir, par méthode préférée, selon l'âge, EDS-IV Sénégal 2005

| Méthode | Âge | | Ensemble |
|-------------------------|-------|-------|----------|
| | 15-29 | 30-49 | |
| Pilule | 25,8 | 29,1 | 27,2 |
| DIU | 1,5 | 2,4 | 1,9 |
| Injectables | 38,7 | 31,8 | 35,7 |
| Condom | 1,5 | 1,3 | 1,4 |
| Stérilisation féminine | 0,1 | 2,5 | 1,2 |
| Stérilisation masculine | 0,2 | 0,0 | 0,1 |
| Contenance périodique | 0,6 | 1,3 | 0,9 |
| Retrait | 0,1 | 0,0 | 0,1 |
| Implants | 12,1 | 11,0 | 11,6 |
| MAMA | 0,2 | 0,0 | 0,1 |
| Mousse et gelée | 0,1 | 0,4 | 0,2 |
| Autre | 12,0 | 14,5 | 13,1 |
| ND | 7,2 | 5,6 | 6,5 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Effectif | 1 270 | 978 | 2 248 |

MAMA = Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée.

5.12 SOURCES D'INFORMATION SUR LA CONTRACEPTION

L'accès à l'information constitue un préalable important pour promouvoir l'utilisation des méthodes contraceptives. C'est en effet par ce biais qu'on parvient à informer et à sensibiliser la population à la planification familiale et à vulgariser les différentes méthodes contraceptives. Pour appréhender le niveau d'accès des femmes et des hommes à l'information sur la planification familiale et les canaux par lesquels ils ont été informés, on leur a demandé si elles/ils avaient entendu un message quelconque sur la planification familiale à la radio ou à la télévision durant le mois ayant précédé l'enquête.

Selon les tableaux 5.14.1 et 5.14.2, on constate que durant le mois ayant précédé l'enquête, près d'une femme sur deux (48 %) et quatre hommes sur dix (41 %) n'ont entendu aucun message, ni à la radio, ni à la télévision, ni vu ou lu de message dans les journaux et magazines, sur la planification familiale. Chez les femmes, 45 % ont entendu un message à la radio, la source d'information la plus répandue, et 33 % en ont entendu un à la télévision, au cours du mois ayant précédé l'enquête. La proportion de femmes informées par les journaux ou magazines est plutôt faible (6 %), cela étant en partie dû au faible niveau d'alphabétisation. La proportion de femmes ayant entendu un message à la radio augmente avec l'âge, passant d'un minimum de 32 % à 15-19 ans à 53 % à 35-44 ans. Cette proportion est également plus importante en milieu urbain que rural (48 % contre 42 %). C'est dans les régions de Louga (55 %), Ziguinchor (52 %), Thiès (51 %) et Saint-Louis (51 %) que les femmes ont le plus fréquemment reçu des messages sur la planification familiale en écoutant la radio. Dans les autres régions, les pourcentages sont inférieurs à 50 % ; ils sont particulièrement faibles à Matam (34 %) et Tambacounda (36 %). Enfin, le pourcentage de femmes ayant reçu des messages sur la planification familiale en écoutant la radio augmente avec le niveau d'instruction variant de 43 % chez les femmes sans

instruction à 46 % chez celles de niveau primaire et à 52 % chez celles de niveau secondaire ou plus. La télévision existe essentiellement dans les villes ; aussi a-t-elle plus servi de canal d'information en milieu urbain (47 % contre 20 % en milieu rural) et dans les régions les plus urbanisées : Dakar (50 %), Thiès (38 %) et Ziguinchor (31 %). Comme pour la radio, le pourcentage de femmes informées par la télévision augmente avec le niveau d'instruction : de 23 % chez les femmes sans instruction, il passe à 54 % chez celles de niveau secondaire ou plus. L'information par les journaux et magazines concerne presque exclusivement le milieu urbain (12 % contre 1 % en milieu rural), Dakar (15 % contre moins de 5 % ailleurs) et les femmes instruites, surtout celles ayant au moins niveau secondaire (28 %).

| Tableau 5.14.1 Exposition aux messages sur la planification familiale : Femmes | | | | | |
|---|-------|------------|----------------------|--------------------------------|----------|
| Pourcentage de femmes qui, au cours des derniers mois ayant précédé l'enquête, ont entendu à la radio, vu à la télévision ou dans un journal ou une revue un message sur la planification familiale selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005 | | | | | |
| Caractéristique sociodémographique | Radio | Télévision | Journal/ magazine | Aucune de ces trois sources | Effectif |
| Groupe d'âges | | | | | |
| 15-19 | 32,1 | 25,7 | 4,8 | 59,4 | 3 556 |
| 20-24 | 43,6 | 33,7 | 5,6 | 48,6 | 2 844 |
| 25-29 | 48,4 | 35,7 | 7,4 | 44,7 | 2 379 |
| 30-34 | 52,4 | 38,2 | 7,5 | 40,7 | 1 953 |
| 35-39 | 53,3 | 37,0 | 8,1 | 41,6 | 1 613 |
| 40-44 | 53,2 | 32,5 | 6,3 | 42,4 | 1 249 |
| 45-49 | 52,4 | 32,7 | 6,0 | 45,0 | 1 009 |
| Milieu de résidence | | | | | |
| Urbain | 48,4 | 47,0 | 11,5 | 40,7 | 7 117 |
| Rural | 42,3 | 19,5 | 1,4 | 55,0 | 7 485 |
| Région | | | | | |
| Dakar | 43,1 | 49,5 | 14,9 | 41,9 | 3 866 |
| Diourbel | 44,2 | 30,3 | 2,3 | 51,6 | 1 548 |
| Fatick | 45,9 | 22,6 | 3,4 | 51,0 | 708 |
| Kaolack | 41,1 | 16,5 | 3,5 | 56,3 | 1 642 |
| Kolda | 46,7 | 20,7 | 1,1 | 50,4 | 1 047 |
| Louga | 54,7 | 25,3 | 3,3 | 44,4 | 915 |
| Matam | 33,9 | 21,7 | 1,9 | 61,9 | 543 |
| Saint-Louis | 50,5 | 33,2 | 4,8 | 45,9 | 947 |
| Tambacounda | 36,2 | 21,6 | 1,4 | 59,7 | 851 |
| Thiès | 51,1 | 38,1 | 4,9 | 42,8 | 1 974 |
| Ziguinchor | 51,6 | 30,8 | 3,7 | 43,9 | 562 |
| Niveau d'instruction | | | | | |
| Aucun | 43,1 | 23,4 | 0,8 | 53,2 | 8 699 |
| Primaire | 46,1 | 42,2 | 6,1 | 43,7 | 3 677 |
| Secondaire ou plus | 52,4 | 54,4 | 28,3 | 34,8 | 2 226 |
| Quintile de bien-être économique | | | | | |
| Le plus pauvre | 41,2 | 9,8 | 0,7 | 57,9 | 2 433 |
| Second | 39,9 | 15,3 | 0,9 | 58,3 | 2 565 |
| Moyen | 44,8 | 30,0 | 2,1 | 49,3 | 2 839 |
| Quatrième | 48,6 | 45,9 | 7,6 | 42,1 | 3 154 |
| Le plus riche | 49,3 | 51,8 | 16,1 | 38,1 | 3 610 |
| Ensemble | 45,3 | 32,9 | 6,3 | 48,0 | 14 602 |

Quelle que soit la source, on constate que les hommes ont été plus souvent informés que les femmes et la proportion de ceux qui n'ont été exposés à aucune des sources est de 41 % contre 48 % chez les femmes. Comme pour les femmes, ce sont les hommes (tableau 5.14.2) les plus instruits et ceux du milieu urbain qui ont été les plus fréquemment exposés à l'information. Les messages sur la planification familiale ne semblent donc pas atteindre la population en général et surtout sa cible principale, en l'occurrence les femmes.

Tableau 5.14.2 Exposition aux messages sur la planification familiale : Hommes

Pourcentage d'hommes qui, au cours des quelques mois ayant précédé l'enquête, ont entendu à la radio, vu à la télévision ou dans un journal ou une revue un message sur la planification familiale selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

| Caractéristique sociodémographique | Radio | Télévision | Journal/ magazine | Aucune de ces trois sources | Effectif |
|---|-------|------------|----------------------|--------------------------------|----------|
| Groupe d'âges | | | | | |
| 15-19 | 31,0 | 28,4 | 6,9 | 60,4 | 1 851 |
| 20-24 | 46,6 | 39,0 | 9,9 | 47,0 | 645 |
| 25-29 | 56,7 | 47,1 | 16,3 | 35,2 | 537 |
| 30-34 | 67,1 | 50,2 | 19,7 | 30,6 | 399 |
| 35-39 | 68,8 | 48,7 | 21,2 | 29,1 | 318 |
| 40-44 | 63,5 | 46,9 | 19,7 | 30,2 | 316 |
| 45-49 | 65,1 | 46,5 | 18,8 | 31,0 | 275 |
| 50-54 | 68,0 | 42,3 | 18,6 | 29,9 | 216 |
| 55-59 | 65,5 | 38,6 | 18,9 | 34,1 | 130 |
| Milieu de résidence | | | | | |
| Urbain | 56,8 | 52,6 | 21,8 | 34,5 | 2 101 |
| Rural | 47,9 | 26,2 | 5,0 | 50,0 | 1 660 |
| Région | | | | | |
| Dakar | 56,7 | 54,3 | 26,1 | 33,6 | 1 186 |
| Diourbel | 42,7 | 25,3 | 5,8 | 55,0 | 309 |
| Fatick | 40,3 | 25,6 | 6,5 | 58,9 | 174 |
| Kaolack | 42,4 | 25,5 | 6,8 | 54,3 | 369 |
| Kolda | 58,2 | 29,7 | 5,5 | 38,9 | 295 |
| Louga | 65,8 | 37,8 | 5,6 | 33,7 | 155 |
| Matam | 32,6 | 25,2 | 7,5 | 64,1 | 109 |
| Saint-Louis | 48,7 | 40,8 | 10,2 | 44,4 | 210 |
| Tambacounda | 55,4 | 27,5 | 4,7 | 43,1 | 247 |
| Thiès | 58,6 | 51,3 | 14,9 | 33,5 | 538 |
| Ziguinchor | 55,8 | 44,7 | 17,8 | 39,9 | 170 |
| Niveau d'instruction | | | | | |
| Aucun | 48,6 | 27,4 | 3,1 | 48,9 | 1 621 |
| Primaire | 50,0 | 43,6 | 11,7 | 42,7 | 1 007 |
| Secondaire ou plus | 61,6 | 57,9 | 32,9 | 29,4 | 1 133 |
| Quintile de bien-être économique | | | | | |
| Le plus pauvre | 43,9 | 15,0 | 1,7 | 54,9 | 581 |
| Second | 49,0 | 25,6 | 3,4 | 48,6 | 556 |
| Moyen | 53,8 | 38,4 | 8,7 | 42,3 | 678 |
| Quatrième | 54,3 | 51,5 | 18,3 | 35,9 | 842 |
| Le plus riche | 57,9 | 55,8 | 27,0 | 34,2 | 1 104 |
| Ensemble | 52,9 | 40,9 | 14,4 | 41,4 | 3 761 |

Chez les hommes comme chez les femmes, on constate d'importantes disparités selon les caractéristiques sociodémographiques. En premier lieu, les résultats montrent que les femmes du milieu urbain et les femmes les plus instruites sont celles qui sont les plus fréquemment exposées aux médias. À l'opposé, en milieu rural et parmi les femmes sans instruction, plus de la moitié n'ont eu accès à aucun des

trois médias. Les pourcentages de femmes n'ayant accès à aucune source d'information sur la planification familiale augmentent avec le niveau de pauvreté du ménage (38 % chez les plus riches à 58 % chez les plus pauvres). Bien évidemment, les femmes qui vivent dans les ménages les plus pauvres sont aussi celles qui vivent plus fréquemment en milieu rural et qui ne sont pas instruites et qui sont donc les moins exposées aux moyens d'informations et qui ont un accès limité à la télévision. Par contre, la radio est assez répandue et est assez accessible à toutes les femmes. Le tableau 5.14.2 montre que globalement les hommes sont sensiblement plus exposés que les femmes aux sources d'information sur la planification familiale.

Au tableau 5.15, figurent les résultats concernant le contact des non utilisatrices de la contraception avec des agents de la planification familiale. Dans 91 % des cas, les femmes ont déclaré n'avoir pas reçu la visite d'un agent de santé qui leur parlé de planification familiale au cours des douze mois ayant précédé l'enquête. Quelles que soient les caractéristiques sociodémographiques, ces proportions sont très élevées et on ne constate pas de variations importantes. On peut cependant souligner que Kolda et, dans une moindre mesure, Kaolack se caractérisent par des proportions plus élevées qu'ailleurs de femmes ayant reçu la visite d'agents de terrain pour parler de planification familiale (14 et 10 % respectivement).

Les visites des femmes dans les formations sanitaires pour une raison de santé quelconque que ce soit pour elles-mêmes ou pour leurs enfants constituent des occasions à ne pas manquer par les prestataires pour discuter avec elles de planification familiale. Selon les résultats de l'enquête, dans la moitié des cas (51 %) aucune discussion ayant trait à la planification familiale n'a eu lieu. On observe pratiquement le même résultat en milieu urbain (50 %) et en milieu rural (52 %). Ce sont les femmes les plus jeunes (moins de 20 ans) qui ont le moins fréquemment discuté de PF dans un centre de santé (35 % contre un maximum de 61 % à 25-29 ans). Les femmes résidant à Tambacounda, Kolda et Ziguinchor ont également moins souvent discuté de questions de planifications à l'occasion de leur passage dans une formation sanitaire.

Tableau 5.15 Contact des non utilisatrices de la contraception avec des agents de planification familiale

Pourcentage des non utilisatrices de la contraception qui ont été contactées par un agent de terrain qui lui a parlé de planification familiale, qui ont visité un service de santé mais qui n'ont pas parlé de méthodes de planification familiale, au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

| Caractéristique sociodémographique | Femmes ayant reçu la visite d'un agent de terrain et a discuté de PF | Femmes qui sont allées dans un établissement sanitaire et ont discuté de PF | Femmes qui sont allées dans un établissement sanitaire mais n'ont pas discuté de PF | Femmes n'ayant pas discuté de PF avec un agent de terrain ou dans un établissement sanitaire | Effectif |
|---|--|---|---|--|----------|
| Groupe d'âges | | | | | |
| 15-19 | 3,3 | 1,0 | 34,6 | 95,8 | 3 499 |
| 20-24 | 6,0 | 3,2 | 55,4 | 91,4 | 2 665 |
| 25-29 | 6,9 | 5,9 | 60,5 | 88,0 | 2 165 |
| 30-34 | 8,6 | 7,4 | 60,2 | 85,6 | 1 681 |
| 35-39 | 7,5 | 7,8 | 58,2 | 86,0 | 1 358 |
| 40-44 | 6,5 | 5,6 | 53,4 | 89,0 | 1 057 |
| 45-49 | 6,0 | 3,4 | 49,2 | 91,1 | 908 |
| Milieu de résidence | | | | | |
| Urbain | 4,1 | 4,7 | 50,1 | 92,0 | 6 217 |
| Rural | 7,7 | 3,9 | 51,9 | 89,3 | 7 117 |
| Région | | | | | |
| Dakar | 2,5 | 4,6 | 47,3 | 93,4 | 3 368 |
| Diourbel | 4,1 | 2,0 | 57,8 | 94,1 | 1 500 |
| Fatick | 7,6 | 4,5 | 50,9 | 88,9 | 662 |
| Kaolack | 9,6 | 5,7 | 51,1 | 86,0 | 1 559 |
| Kolda | 13,9 | 4,4 | 40,0 | 82,9 | 949 |
| Louga | 7,1 | 4,1 | 55,1 | 89,2 | 873 |
| Matam | 4,4 | 2,1 | 55,0 | 93,7 | 538 |
| Saint-Louis | 2,3 | 2,9 | 57,2 | 95,3 | 876 |
| Tambacounda | 5,0 | 1,9 | 45,4 | 93,4 | 804 |
| Thiès | 8,4 | 6,1 | 56,3 | 87,0 | 1 746 |
| Ziguinchor | 5,8 | 6,6 | 46,0 | 89,3 | 458 |
| Niveau d'instruction | | | | | |
| Aucun | 6,5 | 4,1 | 52,0 | 90,2 | 8 235 |
| Primaire | 6,0 | 4,8 | 50,4 | 90,2 | 3 211 |
| Secondaire ou plus | 3,7 | 4,1 | 48,1 | 92,6 | 1 888 |
| Quintile de bien-être économique | | | | | |
| Le plus pauvre | 9,0 | 3,3 | 47,4 | 88,4 | 2 354 |
| Second | 7,7 | 4,4 | 51,4 | 89,0 | 2 431 |
| Moyen | 6,6 | 4,1 | 54,4 | 90,2 | 2 619 |
| Quatrième | 4,3 | 5,1 | 51,8 | 91,3 | 2 807 |
| Le plus riche | 3,3 | 4,3 | 50,2 | 92,9 | 3 122 |
| Ensemble | 6,0 | 4,3 | 51,1 | 90,5 | 13 333 |

5.13 DISCUSSIONS DE LA PLANIFICATION FAMILIALE AVEC LE CONJOINT

La discussion sur la planification familiale avec le conjoint peut être un élément décisif pour l'adoption d'une méthode de contraception par le couple car le rôle joué par l'époux peut influencer grandement la décision de la femme.

Les résultats présentés dans le tableau 5.16 montrent qu'au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, 58 % des femmes en union connaissant une méthode contraceptive n'ont jamais discuté de

planification familiale avec leur conjoint. Environ, 41 % d'entre elles ont déclaré avoir abordé le sujet avec leur conjoint : 23 % l'ont fait une ou deux fois seulement et 18 %, trois fois ou plus. Les femmes les plus jeunes (moins de 25 ans) et les plus âgées (plus de 40 ans) ont été relativement plus nombreuses à n'avoir jamais discuté de ce sujet avec leur conjoint.

Les hommes qui ont eu à répondre à la même question, ont été beaucoup plus nombreux à déclarer n'avoir jamais discuté de ce sujet avec leur conjointe (81 % contre 58 % chez les femmes). Seulement 19 % l'ont fait au moins une fois. Ce sont les hommes de 30 à 49 ans qui en ont discuté le plus fréquemment.

Tableau 5.16 Discussion de la planification familiale dans le couple

Répartition (en %) des femmes et des hommes actuellement en union qui connaissant une méthode contraceptive, selon le nombre de fois qu'elles/ils ont discuté de planification familiale avec leur conjoint, au cours de l'année ayant précédé l'enquête, selon l'âge actuel, EDS-IV Sénégal 2005

| Âge actuel | Femmes | | | | | Hommes | | | | |
|---------------|--------|---------------------|------------------|-----|-------|--------|--------|---------------------|-------|----------|
| | Jamais | Une ou deux fois | Trois ou plus | ND | Total | Nombre | Jamais | Une ou deux fois | Total | Effectif |
| 15-19 | 72,1 | 18,3 | 8,7 | 0,9 | 100,0 | 865 | 91,8 | 8,2 | 100,0 | 52 |
| 20-24 | 61,6 | 22,4 | 15,1 | 0,9 | 100,0 | 1 728 | 86,2 | 13,8 | 100,0 | 131 |
| 25-29 | 56,1 | 23,8 | 18,9 | 1,2 | 100,0 | 1 811 | 83,2 | 16,8 | 100,0 | 229 |
| 30-34 | 50,7 | 24,9 | 23,2 | 1,2 | 100,0 | 1 625 | 76,4 | 23,6 | 100,0 | 288 |
| 35-39 | 53,7 | 24,5 | 20,9 | 0,9 | 100,0 | 1 364 | 79,0 | 21,0 | 100,0 | 265 |
| 40-44 | 59,0 | 20,2 | 19,4 | 1,3 | 100,0 | 1 055 | 77,6 | 22,4 | 100,0 | 268 |
| 45-49 | 62,4 | 20,4 | 16,2 | 0,9 | 100,0 | 839 | 80,0 | 20,0 | 100,0 | 259 |
| 50-54 | na | na | na | na | na | na | 86,4 | 13,6 | 100,0 | 200 |
| 55-59 | na | na | na | na | na | na | 79,9 | 20,1 | 100,0 | 115 |
| Ensemble | 58,2 | 22,6 | 18,1 | 1,1 | 100,0 | 9 288 | 80,8 | 19,2 | 100,0 | 1 808 |

na = Non applicable

5.14 OPINIONS DES COUPLES SUR LA PLANIFICATION

Le dernier thème traité dans ce chapitre concerne l'opinion du couple sur la planification familiale. Lors de l'enquête, on a posé la question suivante aux femmes et aux hommes: «En général, est-ce que vous approuvez ou désapprouvez les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse? ».

Cette question a permis de déterminer l'opinion des couples en matière de planification familiale (tableau 5.17). Dans près de la moitié des couples (49 %), les deux conjoints ont la même opinion : 23 % approuvent la contraception et 26 % la désapprouvent. On relève que la proportion de maris/conjoints qui désapprouvent la planification familiale est beaucoup plus importante lorsque la femme elle-même désapprouve (26 %) que dans le cas contraire (13 %). De même, la proportion de maris/conjoints qui approuvent cette pratique est beaucoup plus importante lorsque la femme elle-même approuve (23 %) que lorsqu'elle ne l'approuve pas (2 %). Pour une proportion importante de femmes (36 %), l'opinion du mari est inconnue.

Tableau 5.17 Opinion des couples concernant la planification familiale

Répartition (en %) des femmes actuellement en union qui connaissent une méthode de planification familiale selon qu'elles approuvent, ou non, la planification familiale et selon leur perception de l'opinion de leur mari sur la planification familiale, par caractéristiques sociodémographiques, EDS-IV Sénégal 2005

| Caractéristique sociodémographique | Enquêtée approuvant la PF | | | Enquêtée désapprouvant la PF | | | | Total | Effectif |
|---|---------------------------|------------------|------------------------------|------------------------------|------------------|------------------------------|---------------------|-------|----------|
| | Mari approuve | Mari désapprouve | Opinion du mari inconnue, ND | Mari approuve | Mari désapprouve | Opinion du mari inconnue, ND | Enquêtée incertaine | | |
| Groupe d'âges | | | | | | | | | |
| 15-19 | 12,3 | 7,3 | 18,2 | 2,2 | 26,3 | 24,7 | 9,0 | 100,0 | 865 |
| 20-24 | 19,3 | 12,2 | 15,8 | 1,8 | 27,2 | 17,3 | 6,5 | 100,0 | 1 728 |
| 25-29 | 24,0 | 15,3 | 14,6 | 1,5 | 23,9 | 14,0 | 6,7 | 100,0 | 1 811 |
| 30-34 | 28,5 | 13,4 | 14,3 | 1,7 | 24,6 | 11,5 | 6,0 | 100,0 | 1 625 |
| 35-39 | 28,9 | 15,3 | 11,3 | 1,1 | 22,8 | 14,7 | 5,9 | 100,0 | 1 364 |
| 40-44 | 24,2 | 13,3 | 10,8 | 3,6 | 24,9 | 15,5 | 7,7 | 100,0 | 1 055 |
| 45-49 | 19,4 | 10,7 | 10,9 | 1,9 | 32,1 | 17,6 | 7,5 | 100,0 | 839 |
| Milieu de résidence | | | | | | | | | |
| Urbain | 35,3 | 14,0 | 10,8 | 2,4 | 22,9 | 9,3 | 5,3 | 100,0 | 3908 |
| Rural | 14,3 | 12,3 | 16,0 | 1,4 | 27,5 | 20,5 | 7,9 | 100,0 | 5379 |
| Région | | | | | | | | | |
| Dakar | 39,0 | 13,8 | 7,8 | 2,9 | 24,2 | 6,6 | 5,7 | 100,0 | 1977 |
| Diourbel | 12,0 | 10,1 | 17,6 | 0,9 | 28,1 | 21,8 | 9,5 | 100,0 | 1050 |
| Fatick | 18,5 | 15,0 | 13,3 | 2,2 | 33,6 | 13,7 | 3,7 | 100,0 | 486 |
| Kaolack | 16,8 | 14,1 | 13,1 | 1,7 | 39,7 | 9,3 | 5,3 | 100,0 | 1078 |
| Kolda | 22,1 | 14,1 | 16,2 | 0,7 | 19,0 | 22,6 | 5,3 | 100,0 | 883 |
| Louga | 12,1 | 10,2 | 19,2 | 2,0 | 26,8 | 20,2 | 9,4 | 100,0 | 625 |
| Matam | 6,3 | 10,3 | 9,6 | 0,8 | 31,7 | 24,9 | 16,5 | 100,0 | 322 |
| Saint-Louis | 21,6 | 11,8 | 11,3 | 1,5 | 25,0 | 23,4 | 5,4 | 100,0 | 588 |
| Tambacounda | 12,7 | 10,8 | 18,4 | 1,2 | 18,5 | 31,0 | 7,6 | 100,0 | 642 |
| Thiès | 28,0 | 14,8 | 16,1 | 2,8 | 19,3 | 11,4 | 7,5 | 100,0 | 1 236 |
| Ziguinchor | 34,1 | 14,9 | 15,6 | 1,5 | 17,0 | 13,8 | 3,0 | 100,0 | 400 |
| Niveau d'instruction | | | | | | | | | |
| Aucun | 15,2 | 12,4 | 15,0 | 1,7 | 28,9 | 19,0 | 7,8 | 100,0 | 6 376 |
| Primaire | 35,5 | 14,8 | 12,6 | 2,1 | 19,6 | 10,2 | 5,2 | 100,0 | 2 034 |
| Secondaire ou plus | 51,9 | 13,0 | 8,4 | 2,8 | 15,5 | 5,0 | 3,4 | 100,0 | 878 |
| Quintile de bien-être économique | | | | | | | | | |
| Le plus pauvre | 12,4 | 10,7 | 17,7 | 1,3 | 26,7 | 23,5 | 7,7 | 100,0 | 1 829 |
| Second | 12,7 | 14,1 | 15,0 | 1,4 | 30,2 | 19,5 | 7,0 | 100,0 | 1 905 |
| Moyen | 19,8 | 13,0 | 14,6 | 1,9 | 25,1 | 17,9 | 7,7 | 100,0 | 1 905 |
| Quatrième | 29,3 | 14,7 | 10,4 | 2,9 | 25,7 | 10,4 | 6,7 | 100,0 | 1 869 |
| Le plus riche | 42,5 | 12,5 | 11,4 | 1,8 | 19,8 | 7,1 | 4,8 | 100,0 | 1 779 |
| Ensemble | 23,1 | 13,0 | 13,8 | 1,9 | 25,6 | 15,8 | 6,8 | 100,0 | 9 288 |

On notera que quelles que soient les caractéristiques sociodémographiques, lorsque les opinions des couples divergent, les cas où la femme approuve et l'homme désapprouve (13 %) sont nettement plus fréquents que les cas contraires (moins 2 %). Par ailleurs, contrairement au milieu rural, la proportion de couples urbains qui approuvent (35 %) est beaucoup plus importante que celle de couples qui désapprouvent (23 %) ; les proportions correspondantes en zone rurale sont de respectivement, 14 et 28 %. Un résultat similaire est observé chez les femmes scolarisées, surtout celles ayant, au moins, un niveau secondaire, par rapport aux non instruites. Enfin, à l'inverse des autres régions, les proportions de couples qui approuvent sont nettement plus élevées à Dakar et à Ziguinchor (34 % dans les deux cas) et dans une moindre mesure à Thiès et Kolda. À l'opposé, cette proportion n'est que de 6 % dans celle de Matam.



MINISTERE DE LA SANTÉ ET DE LA PREVENTION MEDICALE



**FEUILLE DE ROUTE MULTISECTORIELLE POUR
ACCELERER LA REDUCTION DE LA MORTALITÉ
ET DE LA MORBIDITÉ MATERNELLES ET
NÉONATALES AU SÉNÉGAL**

Période : 2006 – 2015

AVRIL 2006

PREFACE

Pourquoi une feuille de route pour accélérer l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ? Comme vous le savez, deux des Objectifs du Millénaire pour le Développement sont relatifs à la santé notamment à la santé de la reproduction. Il s'agit de la réduction des trois quarts (3/4) de la mortalité maternelle et des deux tiers (2/3) de la mortalité infantile-juvénile. Faut-il le rappeler, ces cibles constituent, avec la maîtrise de l'indice synthétique de fécondité, les trois objectifs du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) dont une stratégie majeure porte sur la Santé de la Reproduction. C'est dire que la feuille de route qui vient d'être élaborée, s'inscrit parfaitement dans nos priorités de santé.

Le défi est là et le Sénégal se doit de le relever. Bien sûr, cela ne se fera qu'avec l'effort de tous les acteurs qui ont participé au processus de manière dynamique pour prendre en compte l'ensemble des besoins de la mère et de l'enfant.

Pour ce faire, le Sénégal devra faire face à la problématique des infrastructures et des équipements en poursuivant sa politique de construction / réhabilitation et d'équipements conformément à la carte sanitaire qui vient d'être élaborée. Ce qui permettra d'améliorer l'accessibilité géographique. En ce qui concerne l'accessibilité financière, toutes les initiatives développées dans le cadre de la solidarité et du partenariat seront encouragées sur l'ensemble du territoire national notamment la politique de subvention des accouchements et des césariennes. Dans cette optique, les secteurs privé et parapublic seront nécessairement impliqués, y compris le confessionnel et le militaire.

Le Sénégal devra aussi relever le défi des ressources humaines. Leur disponibilité en quantité et en qualité demeure une exigence pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales. La politique de formation sera axée essentiellement sur le développement des compétences en Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence (SONU) du personnel médical et paramédical. La décentralisation de la formation, en particulier l'extension des Centres Régionaux de Formation en Santé (CRFS), permettra de disposer de personnels qualifiés pour la mise en œuvre de la feuille de route. L'apport des écoles privées de formation sera très utile à côté de la production de l'ENDSS.

Le Sénégal devra également relever le défi de la multidisciplinarité et de la multisectorialité permettant d'impliquer tous les acteurs. Les expériences menées au niveau des districts de Kédougou et de Vélingara respectivement dans les régions de Tambacounda et Kolda en constituent une illustration parfaite avec l'élaboration de cahiers des charges pour chaque secteur. L'engagement et l'implication des différents départements ministériels, des Collectivités Locales, des organisations communautaires de base et des partenaires au développement permettront de rendre effectif le partenariat pour la mise en œuvre de la feuille de route.

Malgré tous ces défis, je demeure persuadé que l'objectif est à notre portée surtout si l'on tient compte des résultats encourageants de la dernière Enquête démographique et de Santé sur la mortalité maternelle et infantile juvénile. Mais des efforts à la mesure des défis à relever sont attendus de tous.

Je remercie tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de cet important document. Je réserve une mention particulière au Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction et au Comité de rédaction comprenant tous les ministères et les partenaires au développement.

Monsieur Abdou FALL
Ministre de la Santé et de la
Prévention Médicale

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|----|
| Préface | 2 |
| Liste des abréviations | 5 |
| INTRODUCTION..... | 6 |
| 1. ANALYSE DE LA SITUATION | 7 |
| 2. FEUILLE DE ROUTE | 12 |
| 2.1 But | 12 |
| 2.2 Objectifs généraux..... | 12 |
| 2.3 Objectifs spécifiques | 12 |
| 2.4 Principes directeurs | 12 |
| 2.5 Stratégies..... | 13 |
| 2.5.1 Augmentation de la disponibilité et de l'accessibilité des services de SMN de qualité..... | 14 |
| 2.5.2 Relance de la planification familiale..... | 15 |
| 2.5.3 Mise en œuvre d'une politique cohérente de gestion des ressources humaines..... | 16 |
| 2.5.4 Renforcement du système d'orientation recours | 18 |
| 2.5.5 Renforcement au niveau du district de la planification et de la prise en charge de la SMN, y compris les services de PF..... | 19 |
| 2.5.6 Plaidoyer pour une augmentation de l'engagement et des ressources pour la SMN ainsi que pour la PF | 20 |
| 2.5.7 Promotion du partenariat..... | 21 |
| 2.5.8 Promotion de la continuité des soins entre le domicile et les structures | 21 |
| 2.5.9 Renforcement du pouvoir de la communauté, en particulier de celui des femmes..... | 22 |
| 3. CADRE INSTITUTIONNEL..... | 24 |
| 4. ADMINISTRATION ET GESTION DE LA FEUILLE DE ROUTE..... | 24 |
| 5. SUIVI/EVALUATION DE LA FEUILLE DE ROUTE..... | 26 |
| 6. PLAN D'ACTION | 27 |
| Stratégie 3 : Mise en œuvre d'une politique cohérente de gestion des ressources humaines..... | 30 |
| Stratégie 4 : Renforcement du système d'orientation recours..... | 32 |
| Stratégie 5 : Renforcement au niveau du district sanitaire de la planification et de la prise en charge de la santé maternelle et néonatale, y compris les services de planification familiale..... | 32 |
| Stratégie 6 : Plaidoyer pour une augmentation de l'engagement et des ressources pour la santé maternelle et néonatale ainsi que pour la planification familiale | 34 |
| Stratégie 7 : Promotion du partenariat..... | 34 |
| Stratégie 8 : Promotion de la continuité des soins entre le domicile et les structures..... | 35 |
| 7. BUDGET DETAILLE (à ajuster) | 39 |
| 8. LISTE DES PARTICIPANTS?..... | 48 |

Liste des abréviations

- CCC : Communication pour un Changement de Comportement
- CDD : Comité Départemental de Développement
- CEFOREP : Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CLD : Comité Local de Développement
- CRD : Comité Régional de Développement
- CS : Centre de Santé
- DPS : Direction de la Prévision et de la Statistique
- EDS : Enquête Démographique et de Santé
- ENDSS : Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social
- ESAM : Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages
- ESIS : Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de Santé
- HTA : Hypertension Artérielle
- ISF : Indice Synthétique de Fécondité
- ICP : Infirmier Chef de Poste
- IST : Infection Sexuellement Transmissible
- IEC : Information Education Communication
- OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PDIS : Programme de Développement Intégré de la Santé
- PF : Planification Familiale
- PIB : Produit Intérieur Brut
- PNDS : Plan National de Développement Sanitaire
- PPTE : Pays Pauvres très Endettés
- PTME : Prévention de la Transmission Mère Enfant
- SFE : Sage- Femme d'Etat
- SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise
- SIG : Système d'Information à des fins de Gestion
- SMN : Santé Maternelle et Néonatale
- SNEEG : Stratégie Nationale d'Egalité et d'Equité de Genre
- SONU : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
- SOU : Soins Obstétricaux d'Urgence
- SOUB : Soins Obstétricaux d'Urgence de Base
- SOUC : Soins Obstétricaux d'Urgence Complets
- SPNN : Santé Périnatale et Néonatale
- SR : Santé de la Reproduction
- TETU : Triage, Evaluation et Traitement d'Urgence
- TPI : Traitement Préventif Intermittent
- UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
- UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population
- UCAD : Université Cheikh Anta Diop
- USAID : Agence Américaine pour l'Aide au Développement

INTRODUCTION

Le Sénégal, situé en Afrique de l'Ouest, couvre une superficie de 196.722 km². Sa population est estimée à 10.620.000¹ habitants en 2005 soit 54 habitants au km². Le pays se caractérise par une croissance rapide de la population (2,7% par an) et une forte proportion de jeunes, 58% de la population ayant moins de 25 ans.

Le pays est subdivisé en 11 régions, 34 départements et 320 communautés rurales. Les chefs-lieux des régions représentent les principales villes du pays. Avec un taux d'urbanisation de 41%, la population sénégalaise est fortement concentrée dans la capitale, Dakar, qui occupe 0,3% du territoire national et abrite 22% de la population. Tandis qu'à l'est du pays, la vaste région de Tambacounda, couvrant 30% de la superficie du pays n'abrite que 6% de la population avec une faible densité de 10 habitants au km².

Le Sénégal fait partie des pays les moins avancés avec un indice de développement humain qui a connu une légère augmentation en passant de 0,382 à 0,437 entre 1990 et 2004². Une partie importante de la population est encore en dessous du seuil de pauvreté (57,1 % en 2002, en particulier en milieu rural, 65,2)³. Ainsi, le pays a été éligible à l'Initiative PPTE (pays pauvres très endettés) et met en œuvre depuis 2002, la Stratégie de Réduction de la Pauvreté pour laquelle, l'accès aux services sociaux de base constitue un des axes prioritaires.

Force est de constater que plusieurs contraintes entravent l'accès à des services de santé de qualité en particulier en ce qui concerne la santé maternelle et néonatale. On note parmi ces contraintes, le faible taux de scolarisation des femmes, l'ignorance, la pauvreté, le statut social de la femme avec un faible pouvoir de décision mais aussi les pratiques et croyances socioculturelles néfastes pour la santé. La femme enceinte est ainsi culturellement assimilée à une femme malade d'où le terme Ouoloff « Jiguéno wéroul⁴ » et l'accouchement est considéré comme une épreuve d'où le terme « Mouthna⁵ » pour désigner que l'accouchement s'est bien passé et que la femme est sauvée. Alors le décès maternel et le décès néonatal sont considérés comme une fatalité.

La mortalité liée à la grossesse et à l'accouchement constitue ainsi la première cause de décès chez les femmes en âge de procréer. Le ratio de mortalité maternelle qui est passé de 510 pour 100 000 naissances vivantes en 1992 à 434 pour 100 000 naissances en 2005⁵ reste encore préoccupant. La situation s'est

¹ Direction de la Prévision et de la Statistique, Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 2002, projection de la population. Janvier 2004.

² Rapport sur le Développement humain, PNUD, 2005

³ Direction de la Prévision et de la Statistique et la Banque Mondiale, La pauvreté au Sénégal, 1994-2002 : Note méthodologique et résultats préliminaires, Décembre 2003.

⁴ Expression wolof qui signifie « femme alitée »

⁵ Mot wolof qui signifie « elle a été sauvée »

empirée en ce qui concerne la mortalité néonatale qui passe de 31 à 34,9 pour 1000 naissances entre 1999 et 2005 (ESIS/99 et EDS IV 2005).

Par ailleurs, selon les données de l'EDS-IV, l'indice synthétique de fécondité de 5,3 enfants, révèle une fécondité élevée et une faible prévalence contraceptive de 10,3%⁶. Ces statistiques révèlent aussi une grande précocité de la procréation, les adolescentes de 15–19 ans contribuant pour 10% à la fécondité.

Pour faire face à cette situation et honorer ses engagements vis-à-vis de la communauté internationale, le Sénégal a élaboré cette feuille de route afin d'atteindre les Objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le Développement (OMD). D'ici 2015, il s'agit de réduire la mortalité maternelle de trois quarts et la mortalité infanto juvénile des deux tiers en mettant aussi l'accent sur la mortalité néonatale ; quand on sait que cette mortalité néonatale représente près de 40% de la mortalité infantile.

Pour le développement de cette feuille de route, le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale a adopté un processus dynamique et participatif impliquant l'ensemble des partenaires et secteurs impliqués dans la lutte contre la mortalité et morbidité maternelles et néonatales.

Un comité regroupant des représentants des ministères techniques (en charge de la Santé, des Finances, du Plan, de la Femme et des Collectivités locales), les partenaires au développement, le parlement et la société civile a assuré la coordination des activités de collecte et d'analyse documentaire, d'élaboration, de partage et de validation du document.

La feuille de route met l'accent, à partir de données factuelles, sur l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des services, du processus de planification au niveau opérationnel, du plaidoyer pour une augmentation des ressources, du partenariat et de la continuité des soins entre le domicile et les structures.

1. ANALYSE DE LA SITUATION

La mortalité maternelle est définie par l'OMS selon la 10^{ème} classification internationale des maladies comme "le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après son issue, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais qui n'est ni accidentelle ni fortuite". Dans le monde elle touche environ 529 000 femmes par an.

Selon l'OMS, une récente analyse a montré que pour chaque décès maternel, entre 10 et 15 femmes souffraient d'une maladie liée à la grossesse telle que les fistules

⁶ Rapport préliminaire Enquête Démographique et de Santé, 2005.

obstétricales. Il y aurait donc chaque année de 5 à 7,5 millions de femmes dans le monde qui souffrent d'un problème de santé consécutif à une grossesse qui, sans être mortel, est souvent invalidant (OMS, 1998).

En Afrique subsaharienne le taux de mortalité maternelle qui est le plus élevé dans le monde, est estimé en moyenne à 870 décès pour 100.000 naissances vivantes⁷. Au Sénégal ce taux est estimé à 434 décès pour 100.000 naissances vivantes avec des disparités entre les zones (milieu urbain : 309/100000 naissances vivantes ; milieu rural 472/100000 naissances vivantes)⁵.

Les causes de la mortalité maternelle sont dominées par les pathologies obstétricales directes (66%)⁸ telles que les hémorragies, l'hypertension artérielle et ses complications, les dystocies et les infections. Les avortements représentent aussi 3,6% de ces décès. Les causes obstétricales indirectes (34%) sont dominées par l'anémie, le paludisme.

La mortalité néonatale est définie par le décès de nouveau-nés vivants survenant au cours des 28 premiers jours de la vie. La mortalité néonatale est subdivisée en mortalité néonatale précoce survenant au cours des 7 premiers jours de la vie et en mortalité néonatale tardive survenant entre le 8^{ème} et le 28^{ème} septième jour.

En Afrique, le taux de mortalité néonatale estimé à 45 décès pour 1.000 naissances vivantes, est le plus élevé du monde, comparé à 34 pour 1000 en Asie, à 17 pour 1000 en Amérique Latine et à 5 pour 1000 dans les pays développés. Les décès néonataux sont dus à quatre causes majeures : les infections y compris le tétanos néonatal (36%), la prématurité (27%), l'asphyxie (23%), les malformations congénitales (7%) et autres causes (7%)⁹. La prématurité, le faible poids de naissance et les traumatismes et les infections sont aussi responsables d'une morbidité importante chez le nouveau né.

Au Sénégal, au cours de ces quinze dernières années, contrairement aux taux de mortalité infanto-juvénile et infantile qui ont connu une baisse, le taux de mortalité néonatale n'a pas connu d'amélioration. Il est passé, selon les EDS, entre 1992 et 2005, de 34,9 à 35 pour mille. Elle est plus élevée en milieu rural avec 42.9 pour mille contre 34.4 en milieu urbain.

Face à ce fléau, le Sénégal a engagé plusieurs actions à travers le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) dont la stratégie majeure porte sur la Santé de la Reproduction et vise la réduction de la mortalité maternelle et infantile et la réduction de l'indice synthétique de fécondité.

La formation de compétents en SONU, grâce à la collaboration entre la faculté de médecine et le ministère de la santé, a permis de palier à l'insuffisance de

⁷ KodjoBelco, 2001, Niveaux, causes et facteurs de risque de la mortalité maternelle en milieu rural au Sénégal, 1984-1998, Thèse de doctorat de l'université de Bordeaux 2, 196p.

⁸ Troisième enquête nationale sur la couverture obstétrico chirurgicale au Sénégal, Ministère de la Santé, Avril 2003.

⁹ The Lancet, neonatal survival series, 2005.

gynécologues obstétriciens et d'offrir les soins obstétricaux d'urgence complets (SOUC) dans 13 centres de santé prioritaires.

La délégation de compétences aux infirmiers par leur formation en soins obstétricaux d'urgence de base (SOUB) et aux sages femmes a permis d'améliorer l'accessibilité aux services.

Afin de renforcer les soins au nouveau né, cible jusqu'ici faiblement pris en compte, des interventions expérimentales positives d'introduction d'un paquet de soins essentiels pour le nouveau né et de formation des formateurs ont été menées et ont fait la preuve de leur efficacité.

Afin d'améliorer la disponibilité des ressources humaines, les capacités de formation de l'École Nationale de Développement Social et Sanitaire (ENDSS) ont été renforcées et 10 écoles privées ont été agréées. La décentralisation de la formation du personnel paramédical a été entamée avec l'ouverture de trois centres régionaux de formation d'assistants infirmiers. La stratégie de contractualisation a permis la réouverture de 68 postes de santé. Par ailleurs, l'Etat du Sénégal recrute annuellement 250 agents pour le compte du Ministère de la Santé. Pour les années 2003 et 2004, des scores de 711 et 511 ont été atteints.

En outre, des dispositions légales et réglementaires ont été prises notamment en ce qui concerne la révision du code de la famille relatif au mariage en 1999¹⁰, la loi sanctionnant les mutilations génitales féminines en 1999 et la loi sur la Santé de la Reproduction en 2005.

Il convient de mettre en exergue l'augmentation du pourcentage du budget de l'État alloué à la santé (pour les dépenses de fonctionnement) qui est passé de 8,25% en 1999 à 9,5% en 2003 et de 9,8% en 2004.

Afin d'améliorer l'accessibilité des services de prise en charge des accouchements une subvention a été accordée aux régions.

A l'issue des Journées Nationales sur la Santé de la Reproduction, un Comité de Suivi des stratégies de lutte contre la Mortalité Maternelle a été mis en place en 2003 et constitue un cadre de coordination et d'impulsion des différentes interventions.

Grâce à ces interventions des progrès ont été notés. Le taux d'utilisation des services, tels que reflétés par les résultats de l'EDSIV, s'est accru avec en moyenne 93% des femmes enceintes qui ont eu au moins une consultation prénatale et un taux d'accouchement dans les structures de 62%. Le taux de césariennes au niveau national est passé de 0,6 en 1992, 1,1% en 2000 et 1,9% en 2004¹¹. L'utilisation

¹⁰ Rapport sur l'état d'avancement du plan de suivi de la vision 2010 sur la mortalité maternelle et infantile au Sénégal, Rokhaya NGUER, Octobre 2004.

¹¹ Evaluation nationale de la disponibilité, l'utilisation et la qualité des SOU, DSR/UNFPA, 2005

des méthodes contraceptives modernes est passée de 8,1% en 1999 à 10,3% en 2005.

Force est de constater que malgré tous ces efforts, le ratio de mortalité maternelle de 434 pour 100 000 naissances vivantes et le taux de mortalité néonatale de 35 pour mille restent extrêmement élevés en regard des OMD. Les besoins non satisfaits en planification familiale restent très élevés avec 21% de femmes qui ne veulent plus avoir d'enfants et 39% qui souhaitent espacer leurs grossesses mais n'utilisent pas de méthodes contraceptives.

La grande disparité existant entre les régions (92% d'accouchements dans les structures à Dakar contre 35% à Tambacounda) prouvent que bon nombre de femmes et de nouveau-nés sont toujours victimes de l'insuffisance de l'accès, de la disponibilité et de l'utilisation des services pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. En effet, sur les 56 centres de santé correspondant aux hôpitaux de districts, seuls 12 sont susceptibles d'offrir des services obstétricaux et néonataux d'urgence complets. Certaines de ces structures sont confrontées à la faible qualité des soins et à des problèmes de continuité des services du fait entre autres de la disponibilité du personnel, du matériel et de l'organisation des services. Ce qui explique en partie que le taux de césariennes n'ait pas atteint le niveau souhaité. Il n'a enregistré qu'une faible augmentation entre 2001 et 2004 en passant de 1.7% à 1.9%.

Les dysfonctionnements dans la fonctionnalité des structures (logistique des médicaments, gestion des ressources humaines...) entraînent un retard dans la prise en charge des complications obstétricales, néonatales et des autres besoins de la santé maternelle y compris la planification familiale.

A cela s'ajoutent les insuffisances du système de référence recours avec des évacuations sanitaires difficiles du fait des rares moyens de transport, des distances éloignées et de la mauvaise qualité des routes. Il faut également noter l'insuffisance des ressources humaines et l'inégalité de leur répartition ; à titre d'exemple, plus de 92% des gynécologues du pays officient à Dakar, la capitale⁸.

Aussi l'analyse des causes de morbidité et mortalité maternelle et néonatale fait ressortir l'existence de facteurs qui influencent ou expliquent l'adoption de comportements favorisant les décès des mères et des enfants. C'est le cas du taux élevé d'analphabétisme avec 62,2% dans la population générale et 71,8 chez les femmes¹², du faible pouvoir de décision de ces dernières et de l'accès limité à l'eau potable et à l'assainissement (le taux actuel est de 49,27% par jour et par habitant contre 35 recommandé par l'OMS).

La non implication des hommes, les pratiques et croyances socioculturelles néfastes et la pauvreté grandissante chez les femmes constitue également un frein à l'accès aux services et par conséquent des raisons d'exclusion.

¹² 2^{ème} Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages (ESAM), DPS, 2004.

La revue de ces indicateurs de morbidité et de mortalité maternelles et néonatales, appelle une nouvelle prise de conscience de l'Etat du Sénégal pour venir à bout de ces fléaux.

La feuille de route s'inscrit dans le cadre des actes majeurs pris par la communauté internationale et particulièrement la communauté africaine pour faire face à la mortalité maternelle et néonatale. Celle-ci a retenu que toute grossesse comporte un risque et que la présence d'une assistance par un personnel qualifié¹³ durant chaque accouchement est de loin l'intervention la plus efficace pour la réduction de la mortalité maternelle. Compte tenu du poids des décès néonataux dans la mortalité infantile qui représente 40%⁹, l'atteinte du quatrième objectif du millénaire pour le développement ne sera pas réalisée si on ne réduit pas considérablement la mortalité néonatale.

¹³ Un personnel qualifié est un professionnel de la santé – médecin, infirmier/ère, sage femme- ayant des compétences pour la gestion des grossesses, des accouchements et des post partum normaux, et puisse identifier, gérer ou référer les complications maternelles et néonatales.

2. FEUILLE DE ROUTE

2.1 But

La Feuille de Route a pour but d'accélérer la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales afin de contribuer à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement relatifs à la santé maternelle et néonatale¹⁴.

2.2 Objectifs généraux

La Feuille de Route vise d'ici 2015 à,

- réduire de 510 à 200 pour 100 000 naissances vivantes le ratio de mortalité maternelle
- réduire de 34,9 à 16 pour mille la mortalité néonatale ;

2.3 Objectifs spécifiques

- Assurer les soins durant la grossesse, l'accouchement et le post partum à tous les niveaux, pour la mère et l'enfant par du personnel qualifié¹⁵ ;
- Renforcer les capacités des individus, des familles, des communautés, des organisations de la société civile et des gouvernements dans la promotion de la santé maternelle et néonatale ;
- Améliorer le niveau d'utilisation des services de planification familiale afin de couvrir les besoins non satisfaits.

2.4 Principes directeurs

Les principes qui sous tendent la feuille de route visent à assurer l'efficacité des interventions et leur pérennité. Ils reposent sur:

- L'expansion des interventions basées sur des données factuelles et efficaces ;
- L'accès équitable aux services de qualité avec un accent particulier pour les pauvres et les groupes vulnérables ;
- L'implication de la communauté en vue de sa participation active dans la gestion de la santé de la mère et du nouveau né ;
- L'approche multisectorielle avec une définition claire des rôles et responsabilités des intervenants ;

¹⁴ Objectif 5: améliorer la santé maternelle ; Cible 6 : réduire de $\frac{3}{4}$ le ratio de mortalité maternelle entre 1990 et 2015 ; Objectif 4 : réduire la mortalité infantile ; Cible 5 : réduire de $\frac{2}{3}$ la mortalité des moins de 5 ans entre 1990 et 2015

¹⁵Un personnel qualifié est un professionnel de la santé – médecin, infirmier/ère, sage femme- ayant des compétences pour la gestion des grossesses, des accouchements et des post partum normaux, et puisse identifier, gérer ou référer les complications maternelles et néonatales.

- Le renforcement du système de santé par l'opérationnalisation du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP), des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), du Plan National de Développement Local (PNDL) et de la Stratégie Nationale d'Égalité et d'Équité de Genre (SNEEG) ;
- La transparence dans la gestion et l'obligation de rendre compte ;
- Le développement du partenariat et la coordination des interventions.

2.5 Stratégies

Pour accélérer la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales, la feuille de route met l'accent sur les stratégies suivantes :

- 1. Augmentation de la disponibilité et de l'accessibilité des services de santé maternelle et néonatale (SMN) de qualité ;***
- 2. Relance de la planification familiale ;***
- 3. Mise en œuvre d'une politique cohérente de gestion des ressources humaines ;***
- 4. Renforcement du système d'orientation recours ;***
- 5. Renforcement au niveau du district sanitaire de la planification et de la prise en charge de la santé maternelle et néonatale, y compris les services de planification familiale ;***
- 6. Plaidoyer pour une augmentation de l'engagement et des ressources pour la santé maternelle et néonatale ainsi que pour la planification familiale ;***
- 7. Promotion du partenariat ;***
- 8. Promotion de la continuité des soins entre le domicile et les structures ;***
- 9. Renforcement du pouvoir de la communauté, en particulier de celui des femmes.***

Pour accélérer la réduction de la mortalité et la morbidité maternelles, la feuille de route mettra aussi l'accent sur la recherche concernant les causes de mortalité maternelle, l'extension des services de santé maternelle et néonatale (y compris les soins obstétricaux et néonataux d'urgence, les soins essentiels du nouveau né, les soins après avortement, les fistules obstétricales), les consultations prénatales, les consultations postnatales, le renforcement des effectifs en personnel qualifié pour une meilleure prise en charge des grossesses et accouchements compliqués, l'organisation et la gestion des services, et la mise en place d'un système de suivi/évaluation.

Pour mettre en œuvre ces différentes stratégies, des lignes d'action sont définies pour chacune d'elles et servent de cadre de référence dans le choix des activités pertinentes pour la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales.

2.5.1 Augmentation de la disponibilité et de l'accessibilité des services de SMN de qualité

Il s'agit de rendre effective l'application du paquet minimum de services pour la prévention de la mortalité et morbidité maternelle et néonatale définis par niveau conformément aux normes et protocoles, tout en assurant la supervision formative régulière et le contrôle. Dans le contexte de l'infection à VIH et de la lutte contre le paludisme, les interventions de la feuille de route prennent en compte la Prévention de la Transmission Mère Enfant (PTME) et le traitement préventif intermittent du paludisme.

La mise en œuvre de la carte sanitaire par ordre de priorité permettra d'améliorer l'accessibilité géographique. Il s'avère indispensable d'impliquer le secteur privé, parapublic, confessionnel et militaire et de généraliser les interventions à base communautaire.

Les acquis en matière d'amélioration de l'accessibilité financière notamment la politique de subvention des accouchements et des césariennes, la mutualisation et le forfait obstétrical doivent être consolidés.

La sécurisation des produits de SR sera assurée par une allocation budgétaire spécifique par l'Etat et une amélioration de la coordination avec toutes les parties prenantes.

Compte tenu de leur poids démographique et des nombreux obstacles qu'ils rencontrent pour accéder aux informations et aux services, une attention particulière sera accordée à la prise en charge de la santé de la reproduction des adolescents.

Lignes d'actions:

- Diffuser et mettre en œuvre le paquet minimum de soins obstétricaux et néonataux d'urgence et les soins essentiels du nouveau né à chaque niveau du système de santé y compris la PTME, le traitement préventif intermittent du paludisme (TPI) et la prise en charge des fistules obstétricales ;
- Assurer la disponibilité des ressources humaines, de matériel, de l'équipement, des infrastructures et des ressources financières requis pour la mise en œuvre de ce paquet minimum de soins essentiels obstétricaux et néonataux ;
- Diffuser les politiques nationales, normes et protocoles révisés à tous les prestataires de santé ;
- Institutionnaliser la supervision formative et les autres approches d'assurance qualité (évaluation des performances, accréditation, audits des décès maternels et néonataux, COPE...) ;

- Mettre en œuvre une stratégie de prise en charge des fistules obstétricales axée sur la prévention, le traitement et la réinsertion sociale ;
- Généraliser les stratégies de services à base communautaire afin d'améliorer l'accessibilité des informations et des services de santé maternelle et néonatale au plus grand nombre en particulier en direction des groupes les plus démunis. Le personnel communautaire (agents de santé communautaire, matrones, relais) déjà impliqué dans l'offre de service va jouer un grand rôle dans la mobilisation sociale, la promotion des bonnes pratiques familiales et le recours aux soins au moment opportun ;
- Evaluer l'expérience de la subvention des accouchements et des césariennes pour corriger les insuffisances notées ;
- Intégrer d'autres volets essentiels tels que les services de PF et de suivi prénatal dans cette politique de subvention ;
- Prendre en compte toutes les stratégies novatrices pour la mobilisation des ressources financières des populations existantes (mutuelles de santé ou autres systèmes de santé) pour améliorer l'accès et l'utilisation des services de santé maternelles et néonatales ;
- Intégrer le secteur privé, parapublic et confessionnel dans l'offre de services de santé maternelle et néonatale ;
- Assurer la sécurisation des produits de SR par la création d'une ligne budgétaire spécifique pour la sécurisation des produits SR (Les produits SR ciblés sont : kits accouchement, kits de césariennes, sang, fer, vitamine A, réactifs syphilis, HBS et HIV, ARV, contraceptifs, moustiquaires imprégnées, vaccins, Sulfadoxine Pyriméthamine, produits pour le nouveau-né : vitamine K1, gouttes, injectables, genta 20mg et 40mg, ballons de ventilation, aspirateurs, sondes, clamps de bars, collyres, ATB) et la mise en place d'une instance de coordination regroupant les services de la santé impliqués (Direction de l'Administration Générale et de l'Equipement, Direction de la Santé/DSR, Division IST/Sida/PNLP/DANSE/DSSP, Direction de la Pharmacie et des Laboratoires, Pharmacie Nationale d'Approvisionnement et Centre National de Transfusion Sanguine) et les partenaires au développement.
- Assurer la disponibilité permanente et gratuite du sang dans les structures de références.
- Assurer la disponibilité de l'offre de services de SR aux adolescents.

2.5.2 Relance de la planification familiale

Un accent particulier sera accordé au repositionnement de la planification familiale afin de couvrir les besoins non satisfaits. En effet 60% des femmes en union déclarent vouloir espacer les naissances ou ne veulent plus d'enfants⁵, mais

n'utilisent pas les services de PF. La couverture de ces importants besoins permet de réduire de 20 à 30% les décès maternels¹⁶ et de 12 à 20% la mortalité infantile¹⁷.

La relance se fait à travers une approche multisectorielle, une intégration effective de cette composante aux services de santé de la mère et de l'enfant et un passage à l'échelle des services à base communautaire.

Lignes d'action

- Renforcer les capacités institutionnelles et fonctionnelles des structures assurant la promotion de la PF du niveau central au niveau périphérique : Ressources humaines, équipements, capacités de distribution, compétences des prestataires (formation de base et continue) ;
- Assurer une intégration effective de la PF à l'ensemble des prestations et services de Santé en direction de la mère et de l'enfant ;
- Réduire et harmoniser les coûts des services et des produits de PF ;
- Elaborer et mettre en œuvre un plan stratégique pluriannuel de sécurisation des produits contraceptifs dans le cadre de la gestion coordonnée des produits SR ;
- Elargir la gamme des produits contraceptifs du marketing social avec un accent particulier sur les méthodes de longue durée et la planification naturelle (par exemple la méthode collier) ;
- Promouvoir des activités IEC/CCC spécifiques ciblant les hommes sur la base de l'analyse des obstacles socio comportementaux à l'utilisation des services ;
- Prendre les dispositions pour que les médias d'état facilitent la promotion de la PF (diffusion non lucrative des messages télévisuels et radiophoniques) ;
- Instaurer un contrôle systématique de la qualité des produits contraceptifs sur toute la chaîne de distribution (laboratoire national de contrôle des médicaments) ;
- Assurer un suivi régulier des activités de relance de la PF.

2.5.3 Mise en œuvre d'une politique cohérente de gestion des ressources humaines

La disponibilité du personnel qualifié en nombre suffisant et l'application des normes et protocoles de services de santé maternelle et néonatale est une condition sine qua none pour la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales. Le personnel ciblé regroupe les "médecins compétents en SONU", les techniciens supérieurs en anesthésie, les aides opérateurs, les instrumentistes, les Gynécologues obstétriciens, les pédiatres, les anesthésistes réanimateurs, les

¹⁶ Etat de la Population Mondiale, UNFPA, 2005

¹⁷ Croissance démographique et politique de population en Afrique subsaharienne, Banque Mondiale, Décembre 1986.

médecins, les sages-femmes et les infirmiers d'Etat et assimilés. Il s'agit d'assurer la présence :

- dans tous les hôpitaux régionaux et départementaux de pédiatres, de gynécologues obstétriciens, d'anesthésistes réanimateurs, d'aides opérateurs et d'instrumentistes ;
- dans tous les centres de santé, de médecins ayant des compétences en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets, des techniciens supérieurs en anesthésie, des aides opérateurs, des instrumentistes, des sages-femmes et des infirmiers d'Etat et assimilés formés en SONU ;
- dans tous les postes de santé, des infirmiers et/ou sages femmes ayant des compétences en SONU.

Lignes d'action :

- Réviser le curriculum de formation des médecins, mieux cibler les objectifs de stages hospitaliers et appliquer les nouvelles approches de formation (enseignement humaniste) afin qu'ils acquièrent des compétences en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets et en soins essentiels du nouveau-né ; Les stages internés seront organisés dans ce sens ;
- Réviser le curriculum de formation des paramédicaux pour prendre en compte les compétences en SONU, en PF et Soins Après Avortement (SAA) ;
- Actualiser le plan de formation du personnel en tenant compte des besoins de la feuille de route :
 - 250 sages femmes d'état, pour combler le gap d'ici 2009,
 - 39 équipes de SOU: 21 d'ici 2008 et 18 d'ici 2015;
 - 70 Gynécologues obstétriciens pour les hôpitaux régionaux et les centres de santé hors de Dakar ;
 - 65 pédiatres pour pourvoir et/ou compléter l'effectif des hôpitaux régionaux et les centres de santé ;
 - 39 Instrumentistes ;
 - 39 Aides opérateur ;
 - 11 médecins anesthésistes réanimateurs ;
 - 2232 sages femmes d'état ;
 - 1630 infirmiers d'état ;
 - 1297 assistants infirmiers.
- Mettre en place les CHU régionaux : Saint-Louis, Thiès, Ziguinchor
- Créer des postes d'assistants chefs de cliniques ou d'enseignants permanents ou vacataires au niveau de la Faculté de médecine et de l'ENDSS ;
- Créer des postes d'assistants chefs de cliniques hospitaliers dans les Etablissements Publics de Santé ;

- Renforcer l'encadrement au niveau des centres régionaux de formation ;
- Rendre effectives les stratégies de motivation du personnel conformément aux critères de performance, d'éloignement et d'enclavement définis dans la deuxième phase du PNDS ;
- Elaborer et mettre en œuvre une politique de gestion démocratique des ressources humaines à travers une large concertation avec les syndicats, les ordres et associations professionnelles sur la gestion des ressources humaines (plan de carrière, motivations et sanctions, recrutements, affectations...);
- Rendre plus efficient la contribution des écoles privées professionnelles dans la formation du personnel de santé par une meilleure utilisation des subventions ; l'amélioration de la qualité de l'enseignement par le respect des cahiers de charges et la standardisation des curricula, et des outils pédagogiques ;
- Améliorer les conditions de stages pratiques et d'encadrement des professionnels de santé en formation ;
- Ouvrir une filière de sages-femmes au niveau des écoles régionales de formation avec sélection et formation standardisée avec l'ENDSS au niveau de chaque région (toutes les régions) ;
- Assurer une meilleure coordination entre les ministères et institutions ayant en charge la formation professionnelle (Ministère de la santé, de l'éducation et de la formation professionnelle, l'UCAD, les écoles privées) ;
- Assurer la formation continue des encadreurs des écoles de formation pour améliorer leurs compétences en tenant compte des curricula révisés et des nouveaux programmes et stratégies en santé maternelle et néonatale.
- Poursuivre le processus d'actualisation des approches de formation et des contenus des modules de formation de base en cours au niveau de l'ENDSS en impliquant d'autres acteurs (Université, responsables de programmes de SR et autres directions et divisions et le niveau opérationnel...) avec budgétisation adéquate et planning d'exécution ;

2.5.4 Renforcement du système d'orientation recours

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

Lignes d'actions :

- Identifier les besoins et mettre en place les moyens de communication, les équipements pour le système d'orientation-recours aux niveaux de la communauté et du district (y compris les radios et les moyens de transport pour les urgences) ;

- Former les prestataires de santé dans la détection précoce des complications et dans le traitement immédiat à administrer avant tout transfert (Triage, Evaluation et Traitement d'Urgence (TETU) ;
- Former le personnel d'appui (agents de santé communautaire, chauffeurs d'ambulance) à la préparation et à la réponse en situation d'urgence ;
- Mettre en place des comités chargés des urgences au niveau communautaire (en vue de mobiliser des ressources au niveau communautaire pour le transport en cas d'urgence, ainsi que les donneurs de sang) ;
- Améliorer les infrastructures routières ;

2.5.5 Renforcement au niveau du district de la planification et de la prise en charge de la SMN, y compris les services de PF

Le renforcement du système de santé est apparu comme une nécessité absolue pour la deuxième phase du PNDS. Il se trouve que l'accroissement des performances du système en matière de Santé de la Reproduction constitue un axe majeur de la politique sectorielle de santé avec un accent particulier sur la qualité des prestations de services

Le renforcement consistera à assurer au niveau district la disponibilité locale de compétences en quantité suffisante pour une bonne gestion des programmes de santé. Le cadre de Dépenses Sectoriel à Moyen Terme et la Carte sanitaire serviront désormais de cadre de référence pour la planification, l'exécution, le suivi/évaluation des services de santé maternelle et néonatale y compris la planification familiale au niveau du district et de la communauté.

Lignes d'actions :

- Renforcer les capacités et les aptitudes des équipes cadres de districts sanitaires dans la gestion des programmes de SR dans le contexte des OMD et du CDSMT ;
- Renforcer les capacités de l'équipe cadre des districts sanitaires en technique de négociation pour la mobilisation des ressources ;
- Rendre opérationnel le système d'information sanitaire (données de routine, monitoring, l'audit de la morbidité et mortalité maternelles et néonatales, enquêtes de couverture, suivi périodique de la mortalité maternelle et néonatale) ;
- Renforcer les capacités des équipes de gestion des districts sanitaires et des Ministères de la Santé, des Finances, des Collectivités locales, de la Planification, des Forces Armées, de la Communication et des autres secteurs en matière d'intégration des programmes de santé maternelle et

néonatale et de planification familiale dans les approches sectorielles (SWAP) et les stratégies de réduction de la pauvreté (SRP), afin d'accroître les ressources allouées à la Santé de la Reproduction ;

- Mettre en place dans le cadre de la multisectorialité un dispositif de planification conjointe et concertée au niveau du district pour réduire la mortalité maternelle et néonatale sous la coordination de l'autorité administrative ;
- Appliquer les procédures financières établies au niveau du district par le recrutement et formation d'un comptable;
- Assurer la supervision régulière au niveau district ;
- Assurer la gestion du personnel sur la base de critères de performance définis pour les médecins chefs de district, les sages femmes d'état et les infirmiers chefs de poste. Pour chaque personnel l'évaluation se fera sur la base de la mission assignée et des résultats attendus ;
- Mettre en œuvre le programme d'assurance qualité ;
- Développer une plus grande synergie entre les programmes qui ciblent la mère et l'enfant et concourent à la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile notamment le programme de lutte contre le paludisme, le programme de lutte contre le SIDA, le programme élargi de vaccination,etc. ;
- Décentraliser les ressources financières.

2.5.6 Plaidoyer pour une augmentation de l'engagement et des ressources pour la SMN ainsi que pour la PF

Etant donné que des stratégies efficaces existent, ont fait leur preuve et pourraient ainsi permettre de prévenir les décès évitables, il s'agit d'attirer l'attention du Gouvernement, des élus, des leaders d'opinion et des partenaires sur le fardeau que représentent la mortalité et la morbidité maternelle et néonatale. Cela permettra d'augmenter leur engagement et l'allocation des ressources nécessaires pour fournir des soins assistés par un personnel de santé qualifié.

Lignes d'actions :

- Mettre à jour, sur la base des résultats de l'EDSIV, des OMD et de l'expérience sur la santé du nouveau né au Sénégal, le modèle REDUCE en y intégrant la composante néonatale (Reduce alive);
- Mettre en œuvre un plan de plaidoyer en vue d'une dissémination de l'information au sein du public, d'un changement de politique, d'une mobilisation des ressources ;
- Institutionnaliser la célébration d'une semaine de la Santé Maternelle et Néonatale ;
- Organiser un Conseil Interministériel autour de la feuille de route nationale ;

- Sensibiliser les autorités pour l'élaboration de politiques appropriées, une réglementation de la pratique professionnelle, un déploiement des ressources humaines (gynécologues, pédiatres, sages femmes, anesthésistes) et un environnement favorable pour l'augmentation de l'accessibilité et de la disponibilité du paquet minimum des soins essentiels pour la mère et le nouveau né ;
- Sensibiliser les clients sur leur droit (diffusion charte du malade, implication des associations de consommateurs).

2.5.7 Promotion du partenariat

Le renforcement du partenariat tel que préconisé par le PNDS permet d'améliorer la coordination, la maîtrise, et le contrôle des interventions multisectorielles. La collaboration avec les différents acteurs va se matérialiser par la contractualisation et la signature de conventions.

Lignes d'actions :

- Appliquer la politique de contractualisation déjà élaborée ;
- Réviser le guide du partenariat avec les ONG, Associations et réseaux ;
- Renforcer les capacités des ONGS et associations ;
- Signer des conventions avec les autres départements ministériels dont l'implication dans les actions de santé s'avère indispensable. C'est le Ministère de la Femme, de la Famille et du Développement Social, le Ministère de l'Education, Le Ministère chargé de l'information, Ministère des Collectivités Locales ;
- Renforcer la collaboration intra-sectorielle avec les ordres professionnels, les associations et les amicales pour une participation plus accrue dans la mise en œuvre de la feuille de route nationale ;
- Impliquer le secteur privé dans l'offre de services et la mobilisation de ressources financières ;
- Faciliter la promotion de la Santé de la mère et du nouveau né par les medias d'état ;
- Mettre en place un système de suivi/évaluation du partenariat avec ses indicateurs spécifiques ;
- Impliquer les réseaux et acteurs de la communication dans la mise en œuvre de la feuille de route nationale ;
- Assurer la formation des acteurs de la presse

2.5.8 Promotion de la continuité des soins entre le domicile et les structures

Les services de santé maternelle et néonatale appropriés doivent être offerts à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, et aussi proche que possible des populations. Le renforcement des capacités des femmes, de leurs partenaires, de leurs familles et

de leur communauté en matière de prise en charge des soins à domicile pour tout ce qui est en rapport avec la grossesse, l'accouchement et le nouveau né, contribuera à prévenir toute complication et améliorer l'utilisation des services au moment opportun.

Lignes d'actions :

- Généraliser l'intégration du paquet de soins essentiels du nouveau né et les stratégies avancées intégrées de SR au niveau des centres et postes de santé ;
- Renforcer la capacité des femmes, des agents de santé communautaires et des organisations communautaires de base dans l'identification des signes de danger de la grossesse, les signes de danger du nouveau né et autres complications ;
- Assurer la qualité des services au niveau communautaire par la supervision formative régulière de tous les acteurs ;
- Instituer un système de préparation à l'accouchement au niveau communautaire en y incluant un mécanisme de prise en charge des cas d'urgence à référer ;
- Elaborer et mettre en œuvre des stratégies de communication sur la promotion de la continuité des soins ;
- Mettre en place une structure d'alerte et de veille au niveau locale pour identifier et résoudre les problèmes liés à la mortalité maternelle et néonatale.

2.5.9 Renforcement du pouvoir de la communauté, en particulier de celui des femmes

La pratique de l'action communautaire a peu évolué dans la mise en œuvre des projets et programmes de réduction de la mortalité maternelle. Cependant, le renforcement du pouvoir de la communauté en particulier celui des femmes garantit sa participation active ; ce qui lui confère l'indépendance, l'appropriation et la capacité de pérennisation des actions.

Cette stratégie consiste à :

- Appuyer la mobilisation de ressources communautaires pour la définition, la demande et l'accès à des soins de qualité;
- Mettre en œuvre des stratégies de communication pour le changement et/ou l'adoption de comportements sécuritaires à l'égard, des avortements, des accouchements à domicile, des soins essentiels de base, des Mutilations Génitales Féminines, des IST/SIDA, du suivi pré et postnatal et de la planification familiale en s'appuyant sur les organisations communautaires de base ;
- Promouvoir le développement social et économique des communautés et des femmes en particulier pour une plus grande justice sociale ;

- Impliquer les hommes en vue d'un partage des responsabilités dans la prise en charge de la santé de la mère et du nouveau-né ;
- Appuyer la création de groupes de pression et de veille impliquant les femmes et les jeunes pour exercer le contrôle citoyen sur le fonctionnement des Comités de Santé et sur les autres activités communautaires.

3. CADRE INSTITUTIONNEL

✚ Au niveau national : la coordination sera assurée par le premier ministre qui présidera les conseils interministériels semestriels consacrés à la feuille de route. Le premier ministre est assisté dans cette tâche par le ministre chargé de la santé qui assure la coordination technique pour la planification, la mise en œuvre et le suivi régulier des interventions de la feuille de route. Le secrétariat sera assuré par la Division de la Santé de la Reproduction. Chaque ministère intégrera dans son plan d'action annuel et ses mécanismes de mobilisation des ressources les stratégies qui le concernent. Le comité national de lutte contre la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale élargi qui a procédé à l'élaboration du document se réunira trimestriellement. La feuille de route sera le cadre d'interventions de l'ensemble des partenaires impliqués dans la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale.

✚ Au niveau régional : La coordination sera assurée par le gouverneur à travers le comité régional de développement. Le médecin chef de région en assure le secrétariat.

Il en est de même des niveaux départemental et local à travers les comités départementaux et locaux de développement (CDD et CLD).

Les districts qui seront les véritables lieux de mise en œuvre des activités rendront compte régulièrement du niveau de mise en œuvre et des progrès réalisés dans la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales.

4. ADMINISTRATION ET GESTION DE LA FEUILLE DE ROUTE

Pour une implication effective des différents partenaires et une appropriation de la feuille de route, la mise en œuvre des actions définie se fera conjointement avec tous les acteurs ciblés. Le ministère de la santé est responsable des activités techniques, de l'offre de soins au niveau des structures et le suivi/évaluation.

Les autres secteurs contribueront au plaidoyer et aux activités promotionnelles. Les différents acteurs participeront conjointement à toutes les étapes du processus, de la planification opérationnelle à l'exécution des activités de terrain à tous les niveaux conformément au cadre défini. Les activités de plaidoyer pour la recherche de financement se feront avec les partenaires au développement qui sont aussi impliqués dans tous le processus de mise en œuvre.

D'ici à l'horizon 2015, la feuille de route sera mise en œuvre en trois phases :

- 1^{ère} phase : 2006-2008, correspondant à la deuxième phase du PNDS,
- 2^{ème} phase : 2009-2011,
- 3^{ème} phase : 2012- 2014.

Les ressources seront mobilisées sur la base des plans d'action annuels des différents secteurs selon un système de budgétisation par objectif en tenant compte des financements des OMDs, des DSRP, du PNDL et du PNDS.

5. SUIVI/EVALUATION DE LA FEUILLE DE ROUTE

Pour assurer le suivi de la mise en œuvre de la feuille de route et évaluer le niveau d'atteinte des objectifs ciblés, une liste d'indicateurs de processus et de résultats est établie (voir en annexe). Pour la collecte des données, le système d'information de routine et le monitoring vont renseigner sur le niveau de réalisation des activités et les niveaux de performances en matière de couverture. A cet effet, tous les secteurs concernés devront produire des rapports trimestriels au niveau des districts, semestriels au niveau régional et national. Ces rapports vont alimenter le conseil inter ministériel.

Les comités de suivi mis en place aux différents niveaux veilleront à la qualité, la consistance, l'exactitude et la mise à disposition des données collectées dans les délais requis. Ils procéderont à l'analyse des données et à la résolution des problèmes identifiés.

Pour assurer le suivi de la qualité des services, le système d'audit (décès maternels et néonataux, références...) et un mécanisme de collecte annuel des décès maternels et néonataux, seront mis en œuvre aux différents niveaux du système.

Une évaluation à mi parcours de la feuille de route sera réalisée en 2010 sous la coordination du comité de suivi. Elle permettra ainsi de faire le rapport de l'initiative 2010. L'évaluation finale se fera en 2015.

Elles se feront sur la base d'enquêtes quantitatives notamment les EDS (2009 et 2014) et qualitatives au niveau des acteurs (prestataires, partenaires au développement, partenaires sociaux....) et des différentes couches de la population bénéficiaire des activités programmées dans la mise en œuvre de la feuille de route.

Toutes les autres évaluations qui seront effectuées dans le cadre du DSRP, PNDL et de l'ESAM vont être capitalisées.

6. PLAN D'ACTION

| Lignes d'actions | Période | | | Responsables | Indicateurs |
|--|---------|---------|---------|---|--|
| | 2006-08 | 2009-11 | 2012-14 | | |
| Stratégie 1 : augmentation de la disponibilité et de l'accessibilité des services de santé maternelle et néonatale de qualité | | | | | |
| Mettre à jour sur la base des données factuelles le paquet minimum de soins obstétricaux et néonataux d'urgence et les soins essentiels du nouveau né y compris la PF, la Nutrition, la PTME et le traitement préventif intermittent du paludisme (TPI) dans les Politiques Normes et Protocoles (PNP) de SR | X | X | X | Ministère de la Santé/DSR | le document de PNP prenant en compte le paquet minimum est disponible |
| Diffuser les documents de politiques nationales, normes et protocoles de santé maternelle et néonatale et de planification familiale, mis à jour à tous les prestataires de santé en vue de leur adoption et utilisation | X | X | X | Ministère de la Santé/DSR | % des prestataires disposant des documents de PNP mis à jour |
| Rendre effective l'offre du paquet minimum de Soins Obstétricaux d'Urgence et les Soins Essentiels du nouveau né y compris la nutrition dans les points de prestation de services | X | X | X | Ministère de la Santé/ DSR | Pourcentage de points de prestation de services appliquant le paquet minimum de Soins Obstétricaux d'Urgence et les Soins Essentiels du nouveau né |
| Mettre en œuvre une stratégie de prise en charge des fistules obstétricales axée sur la prévention, le traitement et la réinsertion sociale | X | X | X | Ministère de la Santé/DSR Ministère de la Femme /ONG | - Incidence des fistules obstétricales - % des femmes porteuses de fistules obstétricales bénéficiant d'un traitement - % des femmes porteuses de fistules obstétricales bénéficiant d'une réinsertion sociale |
| Assurer la disponibilité des ressources humaines, de matériel, de l'équipement, des infrastructures et des ressources financières requis pour la mise en œuvre de ce paquet minimum de soins essentiels obstétricaux et néonataux | X | X | X | Ministère de la Santé/DRH/DAGE et PNA | % de PPS disposant de ressources humaines, de matériel, de l'équipement, des infrastructures et des ressources financières conformément aux normes |

| Lignes d'actions | Période | | | Responsables | Indicateurs |
|--|---------|---------|---------|---|--|
| | 2006-08 | 2009-11 | 2012-14 | | |
| | | | | | définies par niveau |
| Evaluer les besoins de formation et de recyclage en cours d'emploi et veiller à ce que les prestataires de services à tous les niveaux du système de santé aient des compétences appropriées | X | X | X | Ministère de la Santé/DRH/DS | - plan de formation continue disponible - % des besoins couverts |
| Institutionnaliser la supervision formative et les autres approches d'assurance qualité (évaluation des performances, accréditation, audits des décès maternels et néonataux, COPE...); | X | X | X | Ministère de la Santé /DSR/RM/Districts sanitaires | % de districts mettant en œuvre les approches qualité selon les normes établies |
| Généraliser les stratégies de services à base communautaire afin d'améliorer l'accessibilité des informations et des services de santé maternelle et néonatale au plus grand nombre en particulier en direction des groupes les plus démunis. | X | X | | Ministère de la Santé/DS | % de la population ayant accès à des services à base communautaire conformes aux normes |
| Evaluer l'expérience de la subvention des accouchements et des césariennes pour corriger les insuffisances notées | X | | | Ministère de la Santé/DSR | - rapport évaluation disponible - Niveau de mise en œuvre des recommandations |
| Intégrer d'autres volets essentiels tels que les services de PF et de suivi prénatal dans cette politique de subvention | X | X | X | Ministère de la Santé/DSR et CAFSP | Nombre de services du paquet minimum intégré dans la politique de subvention |
| Prendre en compte toutes les stratégies novatrices pour la mobilisation des ressources financières des populations existantes (mutuelles de santé ou autres systèmes de santé) pour améliorer l'accès et l'utilisation des services de santé maternelles et néonatales | X | | | Ministère de la Santé/CAFSP | % de groupes vulnérables couverts par un système solidarité |
| Intégrer le secteur privé, parapublic et confessionnel dans l'offre de services de santé maternelle et néonatale | X | X | X | Ministère de la Santé/CAFSP et DSR/DMTPTCP Ministère de FFDS | - % de PPS du secteur privé, parapublic et confessionnel assurant l'offre de services de santé maternelle et néonatale conformément aux normes et standard - % de PPS secteur privé, parapublic et confessionnel intégrés dans le SIG |

| Lignes d'actions | Période | | | Responsables | Indicateurs |
|--|---------|---------|---------|--|---|
| | 2006-08 | 2009-11 | 2012-14 | | |
| | | | | | - nombre d'institutions parapubliques et privées appuyant le financement de la santé maternelle et néonatale |
| Assurer la sécurisation des produits de SR par la création d'une ligne budgétaire spécifique pour la sécurisation des produits et la mise en place d'une instance de coordination | X | X | X | Ministère de l'Economie et des Finances Ministère de la Santé/DSR/DAGE/PNA/DPL | - une ligne budgétaire spécifique pour les produits SR est disponible - un plan stratégique pluriannuel de sécurisation est mis en oeuvre - une instance de coordination regroupant tous les acteurs est officiellement mise en place |
| Assurer la disponibilité permanente et gratuite du sang dans les structures de références | X | X | X | Ministère de la Santé/ CNTS/DAGE | - la politique de transfusion sanguine est approuvée - % des structures de référence disposant de sang en permanence - % de structures de référence offrant gratuitement le sang |
| Assurer la disponibilité de l'offre de services de SR aux adolescents | X | X | X | Ministère de la Santé/DSR/Ministère Jeunesse | - % de PPS assurant l'offre de services de SR aux adolescents selon les normes |
| Stratégie 2 : relance de la planification familiale | | | | | |
| Intégrer la PF dans la formation de base des prestataires (médecins, sages femmes, infirmiers, aides sociaux) | X | | | Ministère de la Santé/DSR/DRH/ENDSS/CRFS/Ecoles privées de formation et de l'Education | % des sortants des écoles de formation de base capables d'offrir des services de PF |
| Renforcer les capacités institutionnelles et fonctionnelles des structures assurant la promotion de la PF du niveau central au niveau périphérique : Ressources humaines, équipements, capacités de distribution, compétences des prestataires (formation de base et continue) | X | X | X | Ministère de la Santé/DRH/DAGE | -% de structures de gestion des activités de PF disposant des ressources requises |
| Assurer une intégration effective de la PF à l'ensemble des prestations et services de Santé en direction de la mère et de l'enfant | X | X | X | Ministère de la Santé/DSR | % de PPS assurant une intégration de la PF aux services de la mère et de l'enfant |
| Instaurer un contrôle systématique de la qualité des produits contraceptifs sur toute la chaîne de distribution | X | X | X | Ministère de la Santé/LNCM | % d'échantillons de produits contrôlés selon les normes |
| Réduire et harmoniser les coûts des services et des produits | X | X | X | | - Texte réglementaire harmonisant |

| Lignes d'actions | Période | | | Responsables | Indicateurs |
|--|---------|---------|---------|--|---|
| | 2006-08 | 2009-11 | 2012-14 | | |
| de PF | | | | Ministère de la Santé/DS | les coûts des services et des produits de PF disponible et diffusé à tous les niveaux -Contrôle des coûts des services de PF appliqué à tous les niveaux |
| Elargir la gamme des produits contraceptifs du marketing social avec un accent particulier sur les méthodes de longue durée | X | X | X | Ministère de la Santé /DSR | Nombre de produits PF intégrés au marketing social |
| Promouvoir des activités IEC/CCC spécifiques ciblant les hommes sur la base de l'analyse des obstacles socio comportementaux à l'utilisation des services | X | X | X | Ministère de la Santé /SNEIPS/DSR Ministère de la Famille ONGs | % des districts mettant en œuvre des stratégies IEC/CCC ciblant les hommes |
| Prendre les dispositions pour que les medias facilitent la promotion de la PF grâce à la diffusion des messages télévisuels et radiophoniques | X | X | X | Ministère de la Santé/SNEIPS Ministère de la Communication | - % de médias ayant signé des protocoles d'accord avec le MSPM - proportion des medias diffusant des messages sur la PF |
| Stratégie 3 : Mise en œuvre d'une politique cohérente de gestion des ressources humaines | | | | | |
| Réviser le curriculum de formation des médecins afin de mieux cibler les objectifs de stages hospitaliers d'appliquer les nouvelles approches de formation (enseignement humaniste) pour une acquisition de compétences en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets et en soins essentiels du nouveau-né | X | | | MSPM/DRH et FACULTE DE MEDECINE | Document de Curriculum révisé et appliqué par l'université |
| Réviser le curriculum de formation des paramédicaux pour prendre en compte les compétences en SONU, en PF et Soins Après Avortement (SAA) | X | | | MSPM/DRH | Document de Curriculum révisé et appliqué par les écoles |
| Actualiser le plan de formation du personnel de santé en tenant compte des besoins de la feuille de route | X | | | MSPM/DRH | Document du plan de formation disponible |
| Former 250 sages femmes d'état d'ici 2009, 39 équipes de SOU: 21 d'ici 2008 et 18 d'ici 2015; 70 Gynécologues obstétriciens pour les hôpitaux régionaux et les centres de santé hors de Dakar ; 65 pédiatres pour pourvoir et/ou compléter l'effectif des hôpitaux régionaux et les centres de santé; 39 Instrumentistes ; 39 Aides opérateur ; 11 | X | X | X | MSPM /DSR et DRH | % de personnels par catégorie formés |

| Lignes d'actions | Période | | | Responsables | Indicateurs |
|---|---------|---------|---------|--|---|
| | 2006-08 | 2009-11 | 2012-14 | | |
| médecins anesthésistes réanimateurs ; 2232 sages femmes d'état ; 1630 infirmiers d'état ; 1297 assistants infirmiers | | | | | |
| Mettre en place les CHU régionaux : Saint-Louis, Thiès, Ziguinchor | X | X | | UCAD et MSPM | Nombre de CHU régionaux ouvert et fonctionnel |
| Créer des postes d'assistants chefs de cliniques ou d'enseignants permanents ou vacataires au niveau de la Faculté de médecine et de l'ENDSS et de CHR | X | X | X | UCAD et MSPM/DRH | % de postes d'assistants chefs de cliniques hospitalier créés à l'UCAD, à l'ENDSS et aux CHR |
| Créer des postes d'assistants chefs de cliniques hospitaliers dans les Etablissements Publics de Santé | X | X | X | MSPM/DRH et DES | % de postes d'assistants chefs de cliniques hospitalier créés dans les EPS |
| Renforcer l'encadrement au niveau des centres régionaux de formation | X | X | X | UCAD et MSPM | % de CRF renforcés en personnel d'encadrement |
| Rendre effectives les stratégies de motivation du personnel conformément aux critères de performance, d'éloignement et d'enclavement définis dans la deuxième phase du PNDS | X | X | X | MSPM/DRH | % de personnel ciblé motivé |
| Ouvrir une filière de sages-femmes au niveau des Centres Régionaux de formation | | X | X | MSPM/DRH | % de Centres de Formation ayant ouvert une section SF |
| Assurer une meilleure coordination entre les ministères et institutions ayant en charge la formation professionnelle (Ministère de la santé, de l'éducation et de la formation professionnelle, l'UCAD, les écoles privées) | X | X | X | MSPM/DRH | Nombre de rencontres de coordination tenue |
| Assurer la formation continue des encadreurs des écoles de formation pour améliorer leurs compétences en tenant compte des curricula révisés et des nouveaux programmes et stratégies en santé maternelle et néonatale | X | X | X | MSPM/DRH et Chefs d'établissements de formation | % d'encadreurs formés |
| Elaborer et mettre en œuvre une politique de gestion démocratique des ressources humaines à travers une large concertation avec les syndicats, les ordres et associations professionnelles sur la gestion des ressources humaines (plan de carrière, motivations et sanctions, recrutements, affectations...) | X | X | X | MSPM | - Document de politique des ressources humaines disponible - % d'activités du Plan de mise en œuvre de la politique réalisées - Critères de recrutement, d'affectation, de nomination à des postes de responsabilité et de mutation respectés |
| Rendre plus efficiente la contribution des écoles privées dans la formation du personnel de santé (meilleure | X | X | X | MSPM/DRH et Ministère chargé de la Formation Professionnelle | % d'écoles privées de formation des professionnels de santé qui |

| Lignes d'actions | Période | | | Responsables | Indicateurs |
|--|---------|---------|---------|---|---|
| | 2006-08 | 2009-11 | 2012-14 | | |
| utilisation des subventions, amélioration de la qualité de l'enseignement, respect des cahiers de charges, standardisation des curricula et des outils pédagogiques) | | | | | respectant le cahier des charges et utilisant les curricula et outils pédagogiques standardisés |
| Améliorer les conditions de stages pratiques et d'encadrement des professionnels de santé en formation | X | X | X | MSPM/DRH, UCAD et Ecoles de formation | % de mesures appliquées |
| Stratégie 4 : Renforcement du système d'orientation recours | | | | | |
| Identifier les besoins et mettre en place des moyens de communication et des équipements pour le système d'orientation recours aux niveaux de la communauté et du district (y compris les radios et les moyens de transport pour les urgences) | X | X | X | MSPM/DSR/DSSP, DES et Collectivités Locales | % des besoins en moyen de communication et équipement pour le système d'orientation recours satisfaits |
| Améliorer les infrastructures routières | X | X | X | Ministère chargé des infrastructures | % de routes et de pistes ciblées aménagées |
| Former les prestataires de santé dans la détection précoce des complications et dans le traitement immédiat à administrer avant tout transfert (Triage, Evaluation, Traitement des Urgences : TETU) | X | X | X | MSPM/DSR | Pourcentage de prestataires capables de prendre en charge les urgences |
| Orienter le personnel d'appui (agents de santé communautaire, chauffeurs d'ambulance) sur les signes de danger et la mise en condition. | X | X | X | MSPM/DSR | Pourcentage de personnel de soutien orientés sur les signes de danger et la mise en condition. |
| Mettre en place des comités chargés des urgences au niveau communautaire (en vue de mobiliser des ressources au niveau communautaire pour le transport en cas d'urgence, ainsi que les donneurs de sang) | X | X | X | MSPM/CAFSP, MFFDS et Collectivités Locales | Pourcentage de structures communautaires mises en place pour la prise en charge des situations d'urgence |
| Stratégie 5 : Renforcement au niveau du district sanitaire de la planification et de la prise en charge de la santé maternelle et néonatale, y compris les services de planification familiale | | | | | |
| Renforcer les capacités et les aptitudes des équipes cadres de districts sanitaires dans la gestion des programmes de SR dans le contexte des OMD et du CDSMT | X | X | X | MSPM/DS | % de districts ayant effectivement pris en compte les priorités de SR dans leur plan d'opération |
| Renforcer les capacités des équipes cadre des districts sanitaires en technique de négociation pour la mobilisation des ressources | X | X | X | MSPM/DAGE et Ministère des finances | Pourcentage d'équipes cadres des districts sanitaires renforcés en technique de négociation pour la mobilisation des ressources Pourcentage de districts disposant |

| Lignes d'actions | Période | | | Responsables | Indicateurs |
|---|---------|---------|---------|--------------------------------------|--|
| | 2006-08 | 2009-11 | 2012-14 | | |
| | | | | | de ressources pour la mise en œuvre de leurs plans d'opération |
| Rendre opérationnel le système d'information sanitaire (données de routine, monitoring, l'audit de la morbidité et mortalité maternelles et néonatales, enquêtes de couverture, suivi périodique de la mortalité maternelle et néonatale) | X | X | X | MSPM/SNIS et DSR | Pourcentages de rapports complets transmis dans les délais pourcentage de structures pratiquant l'audit de la morbidité et mortalité maternelles et néonatales |
| Renforcer les capacités des équipes de gestion des districts sanitaires dans le cadre de la multisectorialité | X | X | X | Tous les ministères concernés | Pourcentage d'équipes de gestion de districts disposant de plans d'actions intégrés |
| Mettre en place dans le cadre de la multisectorialité un dispositif de planification conjointe et concertée au niveau du district | X | X | X | MSPM, Autorités administratives | Nombre de districts disposant d'un cadre de planification multisectorielle |
| Assurer la gestion du personnel sur la base de critères de performance définis pour le personnel impliqué dans la mise en œuvre du programme de SR (GRH) | X | X | X | MSPM/DRH | Pourcentage d'agents évalués sur la base de critères de performance |
| Mettre en œuvre le programme d'assurance qualité | X | X | X | MSPM/Coordonnateur programme qualité | - Programme d'assurance qualité disponible et appliqué à tous les niveaux - Charte du malade diffusée |
| Développer une plus grande synergie entre les programmes qui ciblent la mère et l'enfant et concourent à la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile notamment le programme de lutte contre le paludisme, le programme de lutte contre le SIDA, le programme élargi de vaccination, la DANSE... | X | X | X | MSPM/DS et DPM | Pourcentage de programmes élaborés de façon intégrée |
| Décentraliser les ressources financières provenant des partenaires | X | X | X | MSPM et MEF | Pourcentage de districts assurant la gestion des fonds alloués par les partenaires |
| Appliquer les procédures financières établies au niveau du district par le recrutement et la formation d'un comptable | X | X | X | MSPM/DAGE et DRH | % de districts disposant de comptable appliquant les procédures |

| Lignes d'actions | Période | | | Responsables | Indicateurs |
|--|---------|---------|---------|--------------------|--|
| | 2006-08 | 2009-11 | 2012-14 | | |
| Stratégie 6 : Plaidoyer pour une augmentation de l'engagement et des ressources pour la santé maternelle et néonatale ainsi que pour la planification familiale | | | | | |
| Mettre à jour, sur la base des résultats de l'EDS IV, des OMDs et de l'expérience sur la santé du nouveau né au Sénégal, le modèle REDUCE en y intégrant la composante néonatale (Reduce alive) | X | | | MSPM/DSR | Modèle Réduce Alive disponible |
| Mettre en place le modèle Safe motherhood | X | | | MSPM/DSR | Modèle utilise dans le processus de planification |
| Mettre en œuvre un plan de plaidoyer | X | X | X | MSPM et MFFDS | Plan de plaidoyer mis en œuvre |
| Institutionnaliser la célébration d'une semaine de la Santé Maternelle et Néonatale | X | X | X | MSPM/DSR et SNEIPS | Semaine organisée chaque année |
| Organiser un Conseil Interministériel autour de la feuille de route multisectorielle | X | X | X | Primature/MSPM | Conseils tenus |
| Stratégie 7 : Promotion du partenariat | | | | | |
| Appliquer la politique de contractualisation déjà élaborée | X | X | X | MSPM/CAFSP | % de contrats signés |
| Réviser le guide du partenariat avec les ONG, Associations et Réseaux | X | | | MSPM/CAFSP | Guide révisé et disponible |
| Renforcer les capacités des ONGS et associations | X | | | MSPM/CAFSP | % d'ONG et d'association impliqués dans la mise en œuvre de la feuille de route |
| Signer des conventions avec les autres départements ministériels impliqués dans la mise en œuvre de la feuille de route | X | X | X | MSPM/CAFSP et DSR | Nombre de ministères ayant signé une convention avec le MSPM |
| Renforcer la collaboration intra sectorielle avec les ordres professionnels, les associations et les amicales pour une participation plus accrue dans la mise en œuvre de la feuille de route multisectorielle | X | X | X | MSPM/DSR | Procès verbaux rencontres et conventions signées |
| Impliquer le secteur privé dans l'offre de services et la mobilisation de ressources financières | X | X | X | MSPM/CAFSP et DSR | % de structures privées impliquées dans l'offre de soins et la mobilisation des ressources |
| Faciliter la promotion de la Santé de la mère et du nouveau né par les medias | X | X | X | MSPM/SNEIPS et DSR | % d'émissions axées sur la SR diffusées par les médias |
| Mettre en place un système de suivi/évaluation du partenariat avec ses indicateurs spécifiques | X | X | X | MSPM/CAFSP et DSR | Rapports des réunions disponibles |
| Impliquer les réseaux et acteurs de la communication dans | X | X | X | MSPM/SNEIPS et DSR | Nombre d'acteurs et de réseaux |

| Lignes d'actions | Période | | | Responsables | Indicateurs |
|--|---------|---------|---------|---|--|
| | 2006-08 | 2009-11 | 2012-14 | | |
| la mise en œuvre de la feuille de route multisectorielle | | | | | impliqués dans les activités d'information et de sensibilisation |
| Assurer la formation des acteurs de la presse | X | X | X | MSPM/SNEIPS et DSR | Nombre d'acteurs formés en SR |
| Stratégie 8 : Promotion de la continuité des soins entre le domicile et les structures | | | | | |
| Généraliser l'intégration du paquet de soins essentiels du nouveau né et les stratégies avancées intégrées de SR au niveau des centres et postes de santé | X | | | MSPM/DSR | % de centres de santé ayant intégré le paquet de soins essentiels du nouveau né % de poste de santé ayant intégré le paquet de soins essentiels du nouveau né % de postes de santé développant des stratégies avancées de SR |
| Renforcer la capacité des agents de santé communautaires dans l'identification des signes de danger de la grossesse, les signes de danger du nouveau né et autres complications | X | | | MSPM/DSR et SNEIPS, RM et Districts sanitaires | Rapport de formation disponible, Pourcentage de complications référées |
| Renforcer la capacité des Organisations de Femmes, et des organisations communautaires de base dans l'identification des signes de gravités de la grossesse, des complications de l'accouchement, des signes de danger du nouveau-né et de la recherche précoce de soins | X | | | Ministère de la famille de la femme et MSPM/SNEIPS, RM et Districts sanitaires | Pourcentage de complications référées par les organisations de femmes Pourcentage de complications référées par les organisations communautaires de base Niveau de connaissance des femmes sur les signes de danger |
| Assurer la qualité des services au niveau communautaire par la supervision formative régulière de tous les acteurs | X | X | X | MSPM/DSR et Districts sanitaires | Rapport de supervision Proportion des districts assurant une supervision formative selon les normes |
| Instituer un système de préparation à l'accouchement au niveau des communautés en y incluant les mécanismes de prise en charge des cas d'urgence à référer | X | | | MSPM/CAFSP, Ministère de la solidarité/ Centre d'expansion rurale polyvalent Collectivités Locales | % de communautés ayant mis en place un système de préparation à l'accouchement (mutuelles, caisse de solidarité) |
| Elaborer et mettre en œuvre des stratégies de communication sur la promotion de la continuité des soins | X | X | X | MSPM/SNEIPS | Nombre d'émissions réalisées |
| Mettre en place une structure d'alerte et de veille au niveau local pour identifier et résoudre les problèmes liés à la mortalité maternelle et néo-natale | X | X | X | MSPM/DSR, RM et Districts sanitaires Autorités administratives | Nombre de structures d'alerte fonctionnelles |

| Lignes d'actions | Période | | | Responsables | Indicateurs |
|--|---------|---------|---------|--|--|
| | 2006-08 | 2009-11 | 2012-14 | | |
| Stratégie 9 : Renforcement du pouvoir de la communauté, en particulier de celui des femmes | | | | | |
| Appuyer la création de groupes de pressions et de veille pour exercer le contrôle citoyen sur le fonctionnement des comités de santé | X | X | | MSPM/SNEIPS MSPM/DAGE Ministère de la Famille Ministère de la Jeunesse | Rapports de formation, % femmes formées en technique de communication, de négociation, de plaidoyer et de lobbying % jeune former en technique de communication, de négociation, de plaidoyer et de lobbying % de comités de santé publiant leur rapport financier annuel Plan comptable national pour les comités de santé disponible |
| Appuyer la mobilisation de ressources communautaires y compris la coopération décentralisée | X | X | X | Comité national de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale, Collectivités Locales | % de collectivités locales mettant à la disposition de la communauté le fonds de dotation à la décentralisation pour la SR Plan de plaidoyer disponible |
| Mettre en œuvre des stratégies de communication pour le changement et/ou l'adoption de comportements sécuritaires à l'égard, des avortements, des accouchements à domicile, des soins essentiels de base, des Mutilations Génitales Féminines, des IST/SIDA, du suivi pré et postnatal et de la planification familiale en s'appuyant sur les organisations communautaires de base | X | X | X | MSPM/DSR et SNEIPS, CNLS Ministère de la Femme et de la Famille | Plan de communication élaboré et mis en œuvre |
| Promouvoir le développement social et économique des communautés et des femmes en particulier pour une plus grande justice sociale | X | X | X | Ministère de la Femme et de la Famille | % de projets de développement social et économique validés et mis en œuvre par les GPF |
| Impliquer les hommes en vue d'un partage des responsabilités dans la prise en charge de la santé de la mère et du nouveau-né | X | X | X | Ministère de la Femme et de la Famille MSPM/SNEIPS | % de villages disposant de comités de solidarité villageois initiés par les hommes Nombre de programmes CCC en direction des hommes |
| Suivi et évaluation | | | | | |
| Renforcer le système d'information pour la santé | X | X | X | MSPM/SNIS et DSR | Supports de gestion révisés et |

| Lignes d'actions | Période | | | Responsables | Indicateurs |
|--|---------|---------|---------|---|--|
| | 2006-08 | 2009-11 | 2012-14 | | |
| maternelle et néonatale | | | | | disponibles |
| Renforcer la coordination pour le suivi des performances en santé maternelle et néonatale | X | X | X | Comité national de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale MSPM/DSR | Nombre de réunions de coordination organisées par niveau |
| Renforcer les capacités et la motivation du personnel pour la collecte, l'analyse, l'utilisation et la transmission des données au niveau supérieur | X | X | X | MSPM/SNIS et DSR Districts sanitaires | % des prestataires formés Taux de complétude des rapports Taux de promptitude des rapports % de districts utilisant les informations pour la planification opérationnelle |
| Assurer un suivi régulier des activités de relance de la PF | X | X | X | MSPM/SNIS et DSR | niveau d'exécution du plan d'action de relance de la PF |
| Assurer la supervision régulière au niveau district | X | X | X | MSPM/DSR | Pourcentage de supervisions planifiées et effectuées |
| Assurer le suivi régulier des indicateurs de processus de la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale (Audits des DC maternels et néonataux, estimation de la mortalité maternelle et infantile, ...) | X | X | X | Ministère de la Santé/SNIS/DSR/ RM, Districts | Les indicateurs de processus sont régulièrement collectés et utilisés pour la planification au niveau district et au niveau national EDS menées dans les délais requis |
| Mener des études au niveau des districts et de la communauté pour les données spécifiques, l'évaluation de la satisfaction des populations et l'accessibilité | | X | X | MSPM/SNIS et DSR/DS | Rapports d'enquête disponibles |
| Procéder à l'évaluation mi-parcours | | X | | Comité national de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale | Rapport d'évaluation disponible |
| Procéder à l'évaluation finale | | | X | Comité national de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale | Rapport d'évaluation disponible |
| Assurer le suivi de l'exécution financière et du niveau de mobilisation des ressources | X | X | X | MEF Comité national de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale DAGES des ministères | Rapports financiers disponibles |

ANNEXE

7. Budget détaillé

| Activités | ANNEE | | | | | | | | | | Total période | |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | | |
| allocation ressources financières par niveau (PM) | | | | | | | | | | | | 0 |
| Réviser les documents de Politiques Normes et Protocoles | 3 500 000 | | | | | | | | | | | 3 500 000 |
| Valider les documents de Politiques Normes et Protocoles | 3 270 000 | | | | | | | | | | | 3 270 000 |
| Multiplier les documents | 1 250 000 | | | | | | | | | | | 1 250 000 |
| Assurer une supervision formative régulière en SR par niveau | 219 420 000 | 219 420 000 | 219 420 000 | 219 420 000 | 219 420 000 | 219 420 000 | 219 420 000 | 219 420 000 | 219 420 000 | 219 420 000 | 219 420 000 | 2 194 200 000 |
| réaliser une analyse situationnelle sur les secteur privé et ses capacités | 24 590 532 | | | | | | | | | | | 24 590 532 |
| Elaborer un plan stratégique des prévention et de gestion des fistules | 5 000 000 | | | | | | | | | | | 5 000 000 |
| Mettre en œuvre le plan stratégique de gestion et de prévention des fistules | 525 979 503 | 538 603 011 | 551 529 484 | 564 766 191 | 578 320 580 | 592 200 274 | 606 413 080 | 620 966 994 | 635 870 202 | 651 131 087 | | 5 865 780 407 |
| renforcer les capacités des prestataires privés dans l'utilisation des PNP | 14 043 750 | 14 043 750 | 14 043 750 | 14 043 750 | | | | | | | | 56 175 000 |
| Evaluer la politique de subvention des accouchements et des césariennes | 5 000 000 | | | | | | | 5 000 000 | | | | 10 000 000 |
| Subventionner les kits d'accouchements et de césariennes | 739 000 000 | 739 000 000 | 739 000 000 | 739 000 000 | 739 000 000 | 739 000 000 | 739 000 000 | 739 000 000 | 739 000 000 | 739 000 000 | 739 000 000 | 7 390 000 000 |
| Acheter des produits contraceptifs | 518 205 380 | 587 166 860 | 655 847 970 | 721 426 460 | 793 570 590 | 872 941 270 | 960 238 630 | 1 056 252 370 | 1 161 876 070 | 1 278 070 090 | | 8 605 595 690 |
| Créer un comité de suivi et de coordination pour la gestion des stocks de médicaments et produits SR (Pour mémoire) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Mettre à jour la liste des médicaments et produits SR (Pour mémoire) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| former les prestataires pour une meilleure prise en charges du volet SR dans les activité de routine. | 25 000 000 | 25 000 000 | | | | | | | 25 000 000 | 25 000 000 | | 100 000 000 |
| Mettre en place un système de mutuelles de santé maternelle et néonatale (pour mémoire) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Former les équipes de compétents en SOU | 12 150 000 | 8 100 000 | 8 100 000 | 8 100 000 | 8 100 000 | 8 100 000 | 8 100 000 | 8 100 000 | 8 100 000 | 8 100 000 | 8 100 000 | 85 050 000 |
| Recruter des Sages Femmes de l'ENDSS et des écoles privées | 400 896 000 | 435 852 000 | 638 424 000 | 741 996 000 | 847 368 000 | 78 768 000 | 78 768 000 | 78 768 000 | 78 768 000 | 78 768 000 | 78 768 000 | 3 458 376 000 |
| Recruter des Infirmiers Diplômés d'Etat | 447 048 000 | 321 048 000 | 381 528 000 | 57 528 000 | 57 528 000 | 57 528 000 | 57 528 000 | 57 528 000 | 57 528 000 | 57 528 000 | 57 528 000 | 1 552 320 000 |

| Activités | ANNEE | | | | | | | | | | Total période |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | |
| Recruter des Assistants | 499 212 000 | 279 072 000 | 283 932 000 | 288 792 000 | 45 792 000 | 45 792 000 | 45 792 000 | 45 792 000 | 45 792 000 | 45 792 000 | 1 625 760 000 |
| Recruter des Pédiatres | 115 200 000 | 57 600 000 | 92 160 000 | 69 120 000 | 69 120 000 | 69 120 000 | 69 120 000 | 69 120 000 | 69 120 000 | 69 120 000 | 748 800 000 |
| Recruter des Gynécologues Obstétriciens | 126 720 000 | 57 600 000 | 57 600 000 | 80 640 000 | 80 640 000 | 80 640 000 | 80 640 000 | 80 640 000 | 80 640 000 | 80 640 000 | 806 400 000 |
| Recruter des anesthésistes | 27 000 000 | 12 000 000 | 12 000 000 | 12 000 000 | 12 000 000 | 6 000 000 | 6 000 000 | 6 000 000 | 6 000 000 | 6 000 000 | 105 000 000 |
| Assurer la mise en place des équipes SOU dans les districts | 3 000 000 | 3 000 000 | 3 000 000 | 3 000 000 | 3 000 000 | 3 000 000 | 3 000 000 | 3 000 000 | 3 000 000 | 3 000 000 | 30 000 000 |
| Construire des blocs opératoires | | 112 500 000 | 112 500 000 | 112 500 000 | 112 500 000 | 112 500 000 | | | | | 562 500 000 |
| Total stratégique | 3 715 485 165 | 3 410 005 621 | 3 769 085 204 | 3 632 332 401 | 3 566 359 170 | 2 885 009 544 | 2 874 019 710 | 2 989 587 364 | 3 130 114 272 | 3 261 569 177 | 33 233 567 629 |
| Identifier les besoins et mettre en place des moyens de communication et des équipements pour le système d'orientation recours (PM) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Améliorer les infrastructures routières (PM) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Former les prestataires de santé dans la détection précoce des complications et dans le traitement immédiat à administrer avant tout transfert | 25 000 000 | 25 000 000 | | | | | | | | | 50 000 000 |
| Former les autres personnes ressources (agents de santé communautaire, chauffeurs d'ambulance) sur la réponse en situation d'urgence | 17 710 000 | 0 | 0 | 17 710 000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 35 420 000 |
| Mettre en place des comités chargés des urgences au niveau communautaire | 5 000 000 | 5 000 000 | | | | | | | | | 10 000 000 |
| Mettre en œuvre un plan de maintenance du matériel (Pour mémoire) | 84 000 000 | 84 000 000 | 84 000 000 | 84 000 000 | 84 000 000 | 84 000 000 | 84 000 000 | 84 000 000 | 84 000 000 | 84 000 000 | 840 000 000 |
| Total stratégique | 131 710 000 | 114 000 000 | 84 000 000 | 101 710 000 | 84 000 000 | 84 000 000 | 84 000 000 | 84 000 000 | 84 000 000 | 84 000 000 | 935 420 000 |
| Renforcer les capacités et les aptitudes des équipes de gestion des districts sanitaires en matière de gestion des programmes, y compris le suivi et l'évaluation. | 50 400 000 | 50 400 000 | | | | | | | | | 100 800 000 |
| Renforcer les capacités de gestion de l'équipe cadre des districts sanitaires pour la mobilisation des ressources | 8 400 000 | 8 400 000 | 8 400 000 | 8 400 000 | | | | | | | 33 600 000 |
| Rendre opérationnel le système d'information sanitaire afin d'améliorer la prise de décision (données de routine, monitoring, audits DC maternels et néonataux, enquêtes de couverture, suivi périodique de la mortalité maternelle et néonatale) voir détails | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| Activités | ANNEE | | | | | | | | | | Total période | |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|-------------|-------------|-------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---------------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | | |
| Renforcer les capacités des équipes de gestion des districts sanitaires et des Ministères de la Santé, des Finances, des Collectivités locales, de la Planification, de la Communication et des autres secteurs en matière d'intégration des programmes de santé maternelle et néonatale et de planification familiale dans les approches sectorielles (SWAP) et les stratégies de réduction de la pauvreté (SRP), afin d'accroître les ressources allouées à la Santé de la Reproduction | 33 600 000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 33 600 000 |
| Assurer le suivi de la mise en œuvre de l'approche multisectorielle (SRPDE =santé réduction de la pauvreté et développement économique) dans les districts de <i>Vélingara et Kédougou (tenue de 4 ateliers)</i> | 13 600 000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 13 600 000 |
| Documenter et évaluer l'expérience de SRPDE | 3 500 000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 500 000 |
| Orienter les équipes multisectorielles de district sur l'approche SRPDE | 0 | 5 471 080 | 22 972 164 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 28 443 244 |
| Appliquer les procédures financières établies au niveau du district (pour memoire) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Recruter les comptables des districts | 135 000 000 | 270 000 000 | 405 000 000 | 405 000 000 | 405 000 000 | 405 000 000 | 405 000 000 | 405 000 000 | 405 000 000 | 405 000 000 | 405 000 000 | 3 645 000 000 |
| Former les comptables recrutés sur les procédures | 1 058 000 | 1 058 000 | 1 058 000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 174 000 |
| Assurer la supervision régulière au niveau district. (PM) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Assurer la gestion du personnel sur la base de critères de performance définis pour les médecins chefs de district, les sages femmes d'état et les infirmiers chefs de poste. Pour chaque personnel l'évaluation se fera sur la mission assignée et les résultats attendus (outils et périodicité) | 0 | | | | | | | | | | | 0 |
| Mettre en œuvre le programme assurance qualité | 56 000 000 | 56 000 000 | 56 000 000 | 56 000 000 | 56 000 000 | 56 000 000 | 56 000 000 | 56 000 000 | 56 000 000 | 56 000 000 | 56 000 000 | 560 000 000 |
| Mettre en place dans le cadre de la multisectorialité un dispositif de planification conjointe et concertée pour réduire la mortalité maternelle et néonatale sous la coordination l'autorité administrative (mettre en place un comité et tenir des réunions) | 28 000 000 | 28 000 000 | 28 000 000 | 28 000 000 | 28 000 000 | 28 000 000 | 28 000 000 | 28 000 000 | 28 000 000 | 28 000 000 | 28 000 000 | 280 000 000 |
| <i>Organiser une Réunion annuelle conjointe régionale</i> | 38 195 000 | 38 195 000 | 38 195 000 | 38 195 000 | 38 195 000 | 38 195 000 | 38 195 000 | 38 195 000 | 38 195 000 | 38 195 000 | 38 195 000 | 381 950 000 |
| <i>Tenir un atelier de planification annuelle des districts</i> | 27 300 000 | 27 300 000 | 27 300 000 | 27 300 000 | 27 300 000 | 27 300 000 | 27 300 000 | 27 300 000 | 27 300 000 | 27 300 000 | 27 300 000 | 273 000 000 |
| Développer une plus grande synergie entre les programmes qui ciblent la mère et l'enfant et concourent à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale notamment le programme de lutte contre le paludisme, le programme de lutte contre le SIDA, le programme élargi de vaccination, | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| Activités | ANNEE | | | | | | | | | | Total période |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------------------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | |
| Décentraliser les ressources financières des programmes (SIDA, Paludisme, PEV,) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total stratégie | 395 053 000 | 484 824 080 | 586 925 164 | 562 895 000 | 554 495 000 | 554 495 000 | 554 495 000 | 554 495 000 | 554 495 000 | 554 495 000 | 5 356 667 244 |
| Organiser un atelier de révision des outils du SIG/SR | 3 329 000 | | | | | | | | | | 3 329 000 |
| Organiser un atelier de validation | 7 816 800 | | | | | | | | | | 7 816 800 |
| Mettre en place les outils révisés (première dotation) | 30 000 000 | | | | | | | | | | 30 000 000 |
| Mettre en place un système d'approvisionnement régulier en supports pour la standardisation (PNA) | 0 | 35 000 000 | | | | | | | | | 35 000 000 |
| Former les équipes Cadres des régions sur le SIG | 21 465 900 | | | | | | | | | | 21 465 900 |
| Former les agents chargés de la collecte, de l'exploitation, de l'analyse et de la transmission des données au niveau des districts | 25 000 000 | 25 000 000 | 5 000 000 | | | | | | | | 55 000 000 |
| Former les ECD en gestion des produits contraceptifs | 25 000 000 | 25 000 000 | 2 500 000 | | | | | | | | 52 500 000 |
| Mettre en place un système de suivi de la mortalité maternelle et infantile et néonatale | 60 000 000 | 60 000 000 | 60 000 000 | 60 000 000 | 60 000 000 | 60 000 000 | 60 000 000 | 60 000 000 | 60 000 000 | 60 000 000 | 600 000 000 |
| Mener une étude sur la satisfaction des populations | 0 | | 30 000 000 | | | | | 30 000 000 | | | 60 000 000 |
| Mener une étude sur la satisfaction des services | 0 | | 30 000 000 | | | | | 30 000 000 | | | 60 000 000 |
| Restituer les résultats des études | 0 | | 10 000 000 | | | | | 10 000 000 | | | 20 000 000 |
| Faire le monitoring régulier de tous les points de prestations de services (Pour mémoire) | 0 | | | | | | | | | | 0 |
| Mettre en place les audits de décès maternels et néonataux | 0 | | | | | | | | | | 0 |
| Mettre en place un comité de pilotage des audits de décès maternels et néonataux (actes administratifs) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Définir les mécanismes de fonctionnement du comité | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Organiser un atelier d'adaptation des outils d'audits existants et d'élaboration du guide de formation | 5 246 000 | | | | | | | | | | 5 246 000 |
| Démultiplier les outils (fiches révisés et manuels élaborés) | 1 980 000 | | | | | | | | | | 1 980 000 |
| Former les équipes cadres des régions et districts tests sur l'utilisation des audits | 11 690 000 | | | | | | | | | | 11 690 000 |
| Mettre en place les outils révisés dans 11 districts et 4 hôpitaux | 1 980 000 | | | | | | | | | | 1 980 000 |
| Assurer le suivi dans les zones tests (15 structures) | 16 679 000 | | | | | | | | | | 16 679 000 |
| Evaluer la mise en place dans les 15 structures | 0 | 25 000 000 | | | | | | | | | 25 000 000 |

| Activités | ANNEE | | | | | | | | | | Total période | |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------|----------------------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | | |
| Elaborer un plan de généralisation | 0 | 63 079 000 | | | | | | | | | | 63 079 000 |
| Intégrer les audits dans le curriculum de formation en SONU/SPNN | 0 | 2 160 000 | | | | | | | | | | 2 160 000 |
| Intégrer les indicateurs dans le système de routine (SNIS) | 0 | 2 500 000 | | | | | | | | | | 2 500 000 |
| Organiser des réunions conjointes régionales semestrielles | 22 115 000 | 22 115 000 | 22 115 000 | 22 115 000 | 22 115 000 | 22 115 000 | 22 115 000 | 22 115 000 | 22 115 000 | 22 115 000 | 22 115 000 | 221 150 000 |
| Organiser des réunions conjointes nationales annuelles | 11 516 000 | 11 516 000 | 11 516 000 | 11 516 000 | 11 516 000 | 11 516 000 | 11 516 000 | 11 516 000 | 11 516 000 | 11 516 000 | 11 516 000 | 115 160 000 |
| Déconcentrer les données selon la localité géographique, le genre et le quintile économique (Pour mémoire) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Mettre en place un système d'exploitation et de transmission des données SR | 0 | 10 480 000 | | | | | | | | | | 10 480 000 |
| Faire le suivi de la mortalité maternelle et infantile au niveau district | 75 000 000 | 75 000 000 | 75 000 000 | 75 000 000 | 75 000 000 | 75 000 000 | 75 000 000 | 75 000 000 | 75 000 000 | 75 000 000 | 75 000 000 | 750 000 000 |
| Mesurer tous les cinq ans la mortalité maternelle et néonatale (2010 et 2015). | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 000 000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 000 000 | 0 | 200 000 000 |
| Procéder à des revues à mi-parcours et à des évaluations de finales | 0 | 0 | 0 | 0 | 50 000 000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 70 000 000 | 0 | 120 000 000 |
| Assurer le suivi de l'exécution financière et du niveau de mobilisation des ressources (Pour mémoire) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total stratégie | 318 817 700 | 356 850 000 | 246 131 000 | 168 631 000 | 318 631 000 | 168 631 000 | 168 631 000 | 238 631 000 | 168 631 000 | 338 631 000 | 0 | 2 492 215 700 |
| Réviser le modèle REDUCE en y intégrant la composante néonatale sur la base des résultats de l'EDSIV | 4 000 000 | | | | | | | | | | | 4 000 000 |
| Valider le modèle révisé (REDUCE-ALIVE) | 1 650 000 | | | | | | | | | | | 1 650 000 |
| Mettre en œuvre un plan de plaidoyer en vue d'une dissémination de l'information au sein du public, d'un changement de politique, d'une mobilisation des ressources | 0 | 15 000 000 | | | | | | | | | | 15 000 000 |
| Elaborer un plan de diffusion du Modèle Reduce-Alive | 2 500 000 | | | | | | | | | | | 2 500 000 |
| Diffuser le modèle Réduce-Alive à tous les niveaux | 0 | 20 134 464 | | | | | | | | | | 20 134 464 |
| Organiser un Conseil Interministériel autour de la feuille de route nationale (PM) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Institutionnaliser la célébration d'une semaine de la Santé Maternelle et Néonatale | 36 300 000 | 38 115 000 | 40 020 750 | 42 021 788 | 44 122 877 | 46 329 021 | 48 645 472 | 51 077 745 | 53 631 633 | 56 313 214 | | 456 577 499 |

| Activités | ANNEE | | | | | | | | | | Total période | |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|-------------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | | |
| Sensibiliser les autorités pour l'élaboration de politiques appropriées, une réglementation de la pratique professionnelle, un déploiement des ressources humaines (gynécologues, pédiatres, sages femmes, anesthésistes) et un environnement favorable pour l'augmentation de l'accessibilité et de la disponibilité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (Pour mémoire) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total stratégie | 44 450 000 | 73 249 464 | 40 020 750 | 42 021 788 | 44 122 877 | 46 329 021 | 48 645 472 | 51 077 745 | 53 631 633 | 56 313 214 | 499 861 963 | |
| Appliquer la politique de contractualisation déjà élaborée (pour mémoire) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Reviser le guide de partenariat avec les ONG, Associations et réseaux | 4 505 000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 505 000 |
| Valider le guide de partenariat avec les ONG, Associations et réseaux | 6 921 000 | | | | | | | | | | | 6 921 000 |
| Renforcer les capacités des ONGS et associations dans le domaine de la SR | 0 | 10 049 000 | | 10 049 000 | | | 10 049 000 | | | | | 30 147 000 |
| Signer des conventions avec les autres départements ministériels dont l'implication dans les actions de santé s'avère indispensable. | 0 | 75 000 000 | 75 000 000 | 75 000 000 | 75 000 000 | 75 000 000 | 75 000 000 | 75 000 000 | 75 000 000 | 75 000 000 | 75 000 000 | 675 000 000 |
| Identifier les types de conventions par rapport des autres secteurs sur la santé | 2 500 000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 500 000 |
| Elaborer des conventions | 2 500 000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 500 000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 000 000 |
| Renforcer la collaboration intra-sectorielle avec les ordres professionnelles, les associations et les amicales pour une participation plus accrue dans la mise en œuvre de la feuille de route nationale (ateliers de sensibilisation) | 0 | 5 000 000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 000 000 |
| Organiser des réunions d'information et de sensibilisation avec les ordres, associations et amicales | 2 500 000 | 2 500 000 | 2 500 000 | 2 500 000 | 2 500 000 | 2 500 000 | 2 500 000 | 2 500 000 | 2 500 000 | 2 500 000 | 2 500 000 | 25 000 000 |
| Signer des contrats/conventions selon | 0 | 0 | 15 000 000 | 0 | 0 | 15 000 000 | 0 | 0 | 15 000 000 | 0 | 0 | 45 000 000 |
| Informier et sensibiliser les agents du secteur privé sur les stratégies et programmes de santé en vue de les impliquer dans l'offre de services | 0 | 10 370 500 | 10 370 500 | 10 370 500 | 10 370 500 | 10 370 500 | | | | | | 51 852 500 |
| Signer des contrats/conventions selon | 0 | 0 | 75 000 000 | 0 | 0 | 75 000 000 | 0 | 0 | 75 000 000 | 0 | 0 | 225 000 000 |
| Mettre en place un système de suivi/évaluation du partenariat avec ses indicateurs spécifiques (liste validée 2ème phase PNDS en annexe). | 0 | 3 000 000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 000 000 |
| Definir la périodicité (élaborer un calendrier) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| Activités | ANNEE | | | | | | | | | | Total période |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | |
| Impliquer les réseaux et acteurs de la communication dans la mise en œuvre de la feuille de route nationale. | 0 | 0 | 3 000 000 | 3 000 000 | 3 000 000 | 3 000 000 | 3 000 000 | 3 000 000 | 3 000 000 | 3 000 000 | 24 000 000 |
| Informier et sensibiliser les réseaux et acteurs de la communication | 25 926 250 | 25 926 250 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 51 852 500 |
| Sensibiliser les réseaux et acteurs de la communication | 0 | 3 500 000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 500 000 |
| Signer des contrats/conventions selon | 0 | 0 | 15 000 000 | 15 000 000 | 15 000 000 | 10 000 000 | 10 000 000 | 5 000 000 | 5 000 000 | 5 000 000 | 80 000 000 |
| Total stratégie | 44 852 250 | 135 345 750 | 195 870 500 | 115 919 500 | 105 870 500 | 193 370 500 | 100 549 000 | 85 500 000 | 175 500 000 | 85 500 000 | 1 238 278 000 |
| Généraliser l'intégration des CPN et de la PF dans les stratégies avancées des centres et postes de santé des districts | 187 019 259 | 187 019 259 | 187 019 259 | 187 019 259 | 187 019 259 | 187 019 259 | 187 019 259 | 187 019 259 | 187 019 259 | 187 019 259 | 1 870 192 593 |
| Renforcer les capacités des agents de santé communautaires, des Organisations de Femmes, dans l'identification des signes de gravités de la grossesse et des complications de l'accouchement | 67 175 000 | 67 175 000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 134 350 000 |
| Instituer un système de préparation à l'accouchement au niveau des communautés (réunion partie prenante, visite à domicile par les relais), | 1 400 000 000 | 1 400 000 000 | 1 400 000 000 | 1 400 000 000 | 1 400 000 000 | 1 400 000 000 | 1 400 000 000 | 1 400 000 000 | 1 400 000 000 | 1 400 000 000 | 14 000 000 000 |
| Réaliser des émissions et des séries sur la promotion de la continuité des soins | 33 000 000 | 33 000 000 | 33 000 000 | 33 000 000 | 33 000 000 | 33 000 000 | 33 000 000 | 33 000 000 | 33 000 000 | 33 000 000 | 330 000 000 |
| Mettre en place des mécanismes de prise en charge des cas d'urgence à référer (caisse de solidarité, comité de soutien etc ...) : Etude de faisabilité | 112 000 000 | 112 000 000 | 112 000 000 | 168 000 000 | 168 000 000 | 336 000 000 | 336 000 000 | 336 000 000 | 336 000 000 | 336 000 000 | 2 352 000 000 |
| Total stratégie | 1 799 194 259 | 1 799 194 259 | 1 732 019 259 | 1 788 019 259 | 1 788 019 259 | 1 956 019 259 | 1 956 019 259 | 1 956 019 259 | 1 956 019 259 | 1 956 019 259 | 18 686 542 593 |
| Mettre en place des mécanismes de prise en charge des cas d'urgence à référer (caisse de solidarité, comité de soutien etc ...) : tournée d'informations | 112 000 000 | 112 000 000 | 112 000 000 | 112 000 000 | 112 000 000 | 112 000 000 | 112 000 000 | 112 000 000 | 112 000 000 | 112 000 000 | 1 120 000 000 |
| Généraliser la formation des femmes en technique de communication, de négociation, de plaidoyer et de lobbying | 22 053 333 | 22 053 333 | 22 053 333 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 66 160 000 |
| Susciter dans les communautés la création de structures communautaires de santé privées | 9 750 000 | 9 750 000 | 9 750 000 | 9 750 000 | 9 750 000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 48 750 000 |
| Organiser des réunions avec les agents des MSPM, MFFDS, MCLD, des élus locaux et des OF pour une | 15 000 000 | 15 000 000 | 15 000 000 | 15 000 000 | 15 000 000 | 15 000 000 | 15 000 000 | 15 000 000 | 15 000 000 | 15 000 000 | 150 000 000 |
| Vulgariser les droits et devoirs du prestataire et des clients à travers les médias et la CIP et la communication de groupe | 38 440 000 | 38 440 000 | 38 440 000 | 38 440 000 | 38 440 000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 192 200 000 |
| Concevoir un plan comptable national pour les comités de santé | 6 700 000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 700 000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 13 400 000 |
| Publier les rapports financiers des comités de santé au sein de la communauté pour le contrôle citoyen de l'action publique | 5 600 000 | 5 600 000 | 5 600 000 | 5 600 000 | 5 600 000 | 5 600 000 | 5 600 000 | 5 600 000 | 5 600 000 | 5 600 000 | 56 000 000 |

| Activités | ANNEE | | | | | | | | | | Total période |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------------------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | |
| Matérialiser les tarifs de soins le prix des médicaments dans les structures de santé (tableaux, affiches, radios communautaires) | 22 400 000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 22 400 000 |
| Organiser des journées de partage sur les textes qui régissent les instances de prise de décision | 48 600 000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 48 600 000 |
| Organiser des fora sur l'importance de l'accès des leaders communautaires/femmes aux instances de prise de décisions | 32 400 000 | 0 | 0 | 0 | 40 500 000 | | | | | | 72 900 000 |
| Réaliser et diffuser des émissions et séries radiophoniques | 6 000 000 | 6 000 000 | 6 000 000 | 6 000 000 | 6 000 000 | 6 000 000 | 6 000 000 | 6 000 000 | 6 000 000 | 6 000 000 | 60 000 000 |
| Organiser des journées de sensibilisation au sein de la communauté sur les rôles, responsabilités et les attentes des hommes et des femmes par rapport à la mortalité maternelle et néonatale | 36 370 000 | 36 370 000 | 36 370 000 | 36 370 000 | 36 370 000 | 36 370 000 | 36 370 000 | 36 370 000 | 36 370 000 | 36 370 000 | 363 700 000 |
| Soutenir les activités génératrices de revenus des femmes..... | 5 000 000 | 5 000 000 | 5 000 000 | 5 000 000 | 5 000 000 | 5 000 000 | 5 000 000 | 5 000 000 | 5 000 000 | 5 000 000 | 50 000 000 |
| Financer la mise en œuvre d'activités pour le changement et ou l'adoption de comportement | 5 000 000 | 5 000 000 | 5 000 000 | 5 000 000 | 5 000 000 | 5 000 000 | 5 000 000 | 5 000 000 | 5 000 000 | 5 000 000 | 50 000 000 |
| Faciliter la création de groupes de pression et de veille pour exercer le contrôle citoyen sur le fonctionnement des Comités de Santé et sur les autres activités communautaires | 5 500 000 | 5 500 000 | 5 500 000 | 5 500 000 | 5 500 000 | 5 500 000 | 5 500 000 | 5 500 000 | 5 500 000 | 5 500 000 | 55 000 000 |
| Total stratégie | 370 813 333 | 260 713 333 | 260 713 333 | 238 660 000 | 279 160 000 | 197 170 000 | 190 470 000 | 190 470 000 | 190 470 000 | 190 470 000 | 2 369 110 000 |
| Mener une étude comportementale au niveau de chaque région sur le lien entre la communauté et les services de santé | 0 | 22 000 000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 22 000 000 | 0 | 0 | 0 | 44 000 000 |
| Tenir des ateliers de diffusion des résultats de l'étude aux niveaux régional et national | 0 | 18 347 250 | 0 | 0 | 0 | 0 | 18 347 250 | 0 | 0 | 0 | 36 694 500 |
| Elaborer et mettre en œuvre des micros plans sur la base des résultats des études | 0 | 19 123 500 | 19 123 500 | 19 123 500 | 19 123 500 | 19 123 500 | 19 123 500 | 19 123 500 | 19 123 500 | 19 123 500 | 172 111 500 |
| Faire le suivi et l'évaluation des micros plans | 0 | 22 390 800 | 22 390 800 | 22 390 800 | 22 390 800 | 22 390 800 | 22 390 800 | 22 390 800 | 22 390 800 | 22 390 800 | 201 517 200 |
| Mettre en place l'alliance du ruban blanc de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale | 28 000 000 | 28 000 000 | 28 000 000 | 28 000 000 | 28 000 000 | 28 000 000 | 28 000 000 | 28 000 000 | 28 000 000 | 28 000 000 | 280 000 000 |
| Etude sur les coûts de prestations (accessibilité qualité) | 0 | 0 | 25 000 000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 25 000 000 |
| Organiser des réunions d'informations sur l'alliance à tous les niveaux pour la mise en place du ruban blanc | 0 | 2 300 000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 300 000 |
| Tenir l'assemblée générale constitutive | 0 | 0 | 2 500 000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 500 000 |
| Elaborer, valider et mettre en œuvre le plan d'action de marketing et de mobilisation des fonds pour le ruban blanc | 0 | 0 | 0 | 8 500 000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 500 000 |
| Procéder au lancement officiel des activités | 0 | 0 | 0 | 2 000 000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 000 000 |
| Total stratégie | 28 000 000 | 112 161 550 | 97 014 300 | 80 014 300 | 69 514 300 | 69 514 300 | 109 861 550 | 69 514 300 | 69 514 300 | 69 514 300 | 774 623 200 |

| Activités | ANNEE | | | | | | | | | | |
|----------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|---------------|---------------|---------------|------------------|------------------|------------------|----------------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | Total période |
| TOTAL GENERAL | 6 482 562 375 | 6 490 630 725 | 6 756 066 177 | 6 496 543 248 | 6 536 012 106 | 5 962 368 624 | 5 901 220 991 | 6 033 824 669 | 6 196 905 464 | 6 411 041 951 | 63 267 176 329 |

8. LISTE DES PARTICIPANTS

| Prénoms & Noms | Fonction / Institution | Contact (Tel, Fax, Email) |
|-------------------------------|--|---|
| Mr Amadou Hassane SYLLA | CEFOREP/Coordonnateur du Comité | 823 37 64 /634 19 44 ahsylla@sentoo.sn |
| Dr Isabelle MOREIRA | UNFPA/Dakar | 823 91 68 Isabelle.moreira@undp.org |
| Pr Jean Charles MOREAU | CGO / CEFOREP | 821 83 70 /823 37 64 ceforep@sentoo.sn ; cgo@sentoo.sn ; |
| Dr Isseu Diop TOURE | OMS/Dakar | 869 59 30 isseut@oms.sn |
| Dr Hadiatou LY BARRY | BASICS II | hadiatou@basics.sn |
| Dr Fodé DIOUF | CAS /PNDS | 869 42 76 Foded947@yahoo.fr |
| Dr El Hadj Ousseynou FAYE | Gynécologue DSR | 639 42 80 eofaye@refer.sn |
| Dr Elisabeth BENGA DE | USAID/Dakar | ebengade@usaid.gov |
| Mme Aïssatou Guèye NDECKI | ENDSS | 653 49 11 aissagu@yahoo.fr |
| Mme Sébastiana DIATTA | Coord SR DSR | 658 71 22 tianadiatta@yahoo.fr |
| Dr Philippe MOREIRA | PREMOMA/MSH | pmoreira@msh.org |
| | | |
| Mr Maguette DIOP | DP/Ministère du Plan | 842 72 96 |
| Mr Ousmane WADE | Appui CEFOREP | 575 50 28 wadeousmane@hotmail.com |
| Mme Awa SOUGOU | SNEIP/MSPM | bouyawa@yahoo.fr |
| Mme Ndèye Mayé DIOUF | Ministère de l'Economie et des Finances/DCEF | 6540387 mayediouf@hotmail.com |
| Mr Djiby SOW | CEDPA/Sénégal | 6445429 djiby@cedpasenegal.org |
| Mme Sokhna Bintou SAMB | ENDSS | 6452393 Soxna64@yahoo.fr |
| Mr Amady BA | Point focal OMD | 647 79 73 amdyba@yahoo.fr |
| Mme Ndeye Coumba GUISSÉ DRAME | CAS / PNDS | 869 42 77 ngdrame@yahoo.fr |
| Mme Aminata Diallo NIANG | PREMOMA / MSH | 869 14 78 aniang@msh.org |
| Mr Jean Yves REDON | DSR /Coopération française | 515 70 82 jyredon@sentoo.sn |
| Dr Aboubacry THIAM | BASICS /USAID | 865 12 75 abouthiam@basics.sn |
| Dr Adama NDOYE | CSPCP / UNFPA | 637 81 68 Adama.ndoye@undp.org |
| Mr Mamadou DIA | CSPLP / MEF | 889 21 66 / 539 10 60 diapoulho@yahoo.fr |
| Mme Madjiguène NDIAYE | SNEIPS | 827 55 13 |
| Mme Soukaye DIENG | CEDPA | 869 36 16/ 644 54 17 |
| Mr Moustapha SYLLA | CSPLP / MEF | 889 21 66 wmoustapha3@hotmail.com |
| Mr Mamadou NDOYE | DF /MFFFDS | 823 89 85/ 655 47 04 Mamadoundoye4@yahoo.fr |
| Mr PAPE Ousmane NDIAYE | DCL | 821 03 94 / 521 22 02 |

| Prénoms & Noms | Fonction / Institution | Contact (Tel, Fax, Email) |
|---------------------------|-------------------------------|---|
| | | papaousmane@hotmail.com |
| Mr Khalifa MBENGUE | OMS/Dakar | mbenguek@omsoms.sn |
| Mr Abdoulaye BALDE | OMS/Dakar | baldea@sn.afro.who.int |
| Dr Abdoulaye GUEYE | UNICEF/Dakar | agueye@unicef.org |
| Dr Fatoumata DIAWARA | UNICEF | |
| Mlle Yaye Madeleine CISSE | CEFOREP | 823 37 64 / 645 41 24 ceforep@sentoo.sn |

**Senegal Case Study:
Promising Beginnings,
Uneven Progress**

**A Repositioning Family
Planning Case Study**

December 2006



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

the **ACQUIRE** project

ACQUIRE Report

Senegal Case Study: Promising Beginnings, Uneven Progress

A Repositioning Family Planning Case Study

December 2006

By Jane Wickstrom, Abdoulaye Diagne, and Alyson Smith



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

the **ACQUIRE** project

© 2006 The ACQUIRE Project/EngenderHealth

c/o EngenderHealth
440 Ninth Avenue
New York, NY 10001 U.S.A.
Telephone: 212-561-8000
Fax: 212-561-8067
e-mail: info@acquireproject.org
www.acquireproject.org

This publication was made possible by the generous support of the American people through the Office of Population and Reproductive Health, U.S. Agency for International Development (USAID), under the terms of cooperative agreement GPO-A-00-03-00006-00. The opinions expressed herein are those of the publisher and do not necessarily reflect the views of USAID or of the United States government.

The ACQUIRE Project (Access, Quality, and Use in Reproductive Health) is a collaborative project funded by USAID and managed by EngenderHealth, in partnership with the Adventist Development and Relief Agency International (ADRA), CARE, IntraHealth International, Inc., Meridian Group International, Inc., and the Society for Women and AIDS in Africa (SWAA). The ACQUIRE Project's mandate is to advance and support reproductive health and family planning services, with a focus on facility-based and clinical care.

Printed in the United States of America. Printed on recycled paper.

Suggested citation: Wickstrom, J., Diagne, A., and Smith, A. 2006. *Repositioning family planning—Senegal case study: Promising beginnings, uneven progress*. New York: EngenderHealth/The ACQUIRE Project.

Contents

| | |
|--|-----|
| Acknowledgments | v |
| Executive Summary | vii |
| Key findings | vii |
| Introduction | 1 |
| Methodology | 3 |
| Findings | 5 |
| Timeline | 5 |
| What was achieved? | 7 |
| Trends in TFR and CPR | 7 |
| Urban-rural trends in TFR and CPR | 7 |
| Regional trends in CPR | 8 |
| Trends in unmet need..... | 8 |
| Trends in desired family size | 9 |
| Context | 9 |
| Religious, sociocultural, and gender issues | 9 |
| Low HIV/AIDS rate | 11 |
| Political and economic issues | 11 |
| Decentralization and sector-wide approaches | 12 |
| What was done at the policy level? | 13 |
| RH/FP policies | 13 |
| Donor support | 14 |
| History of USAID projects | 14 |
| UNFPA direct support to the MOH | 15 |
| What was done programmatically? | 15 |
| Method choice and access to methods | 15 |
| Training of providers | 16 |
| Services | 17 |
| Procurement, logistics and contraceptive logistics | 18 |
| Information and demand creation | 18 |
| Social marketing | 19 |
| Data for decision making | 20 |
| Conclusions and Lessons Learned | 21 |
| References | 23 |

Appendixes

| | |
|---|----|
| Appendix 1: List of Persons Contacted | 25 |
| Appendix 2: Documents Reviewed | 29 |

Figures

| | |
|---|----|
| Figure 1. TFR, use of any contraceptive method, and use of modern contraceptive methods, Senegal, 1978–2005 | 7 |
| Figure 2. Prevalence of modern contraceptive use, by residential area, 1986–2005 | 7 |
| Figure 3. Prevalence of modern contraceptive use, by region, 1986–2005 | 8 |
| Figure 4. Mean number of children ever born, by type of union, 1986–2005 | 10 |

Acknowledgments

This report was developed for Repositioning Family Planning, an initiative undertaken and funded by the U.S. Agency for International Development (USAID), and it was researched, written, and published by the ACQUIRE Project. Jane Wickstrom, Abdoulaye Diagne, and Alyson Smith are the principal authors of this report. Contributors included John M. Pile and Laura McPherson (consultant).

The authors are grateful to Joan Robertson, Shawn Malarcher, Alexandra Todd-Lippock, Elizabeth Warnick, Ishrat Husain, and Tanvi Pandit of the Repositioning Family Planning Task Force at USAID for their overall guidance in this case study. Elizabeth Warnick provided particularly valuable analysis of the 2005 Senegal Demographic and Health Survey (DHS) that informed the team's work. Former USAID/Senegal Health, Population, and Nutrition Officer Linda Lankenau provided important insights for the analysis.

The authors thank the current USAID/Senegal Health, Population, and Nutrition team of Jennifer Adams, Mary Cobb, Brad Barker, Elizabeth Benga De, and Matilde Ndow, who provided important background documentation and information. Mary Cobb's participation in and contributions to the team's field work are particularly valued. Dr. Salif Ndiaye (Centre de Recherche pour le Développement Humain) provided important reanalysis of the 1986, 1992, 1997, and 2005 DHS data.

Secretary General of the Ministry of Health (MOH) Moussa Mbaye provided keen insight into the structural relationships of family planning within the National Plan for Health and Social Development. Abdou Issa Dieng, the MOH technical advisor responsible for population, provided an interesting perspective on the relationship of family planning within the poverty-reduction strategy. El Hadji Oussenynou Faye offered essential information on current MOH policies. Regional and/or district medical officers visited by the study team in Kaolack, Fatick, Thies, and Saint Louis offered an important decentralized perspective.

Finally, the authors thank the many individuals in Senegal with various governmental, nongovernmental, and private organizations whose knowledge and expertise contributed to this report.

This report was edited by Michael Klitsch and was produced by Elkin Konuk.

Executive Summary

Family planning saves lives and has long been considered a key aspect to socioeconomic development. Although this is widely acknowledged and well-documented, the attention and resources directed toward improving family planning programs in developing countries have been decreasing, even though need remains high. This is particularly true for Sub-Saharan Africa; for the region as a whole, only 14% of women are using modern methods of contraception (PRB, 2005). To address this need, the U.S. Agency for International Development (USAID) has identified Repositioning Family Planning as a priority for its work in Africa. To guide future investments, USAID supported five country-specific case studies to identify strategies and lessons learned that have contributed to or detracted from family planning in the region. Together, the case studies are being used by USAID to guide the strategy development for Repositioning Family Planning and to inform efforts to identify key investments in the region.

Senegal has a reputation of leadership in Francophone West Africa, based on its successful democratic transition, the low level of economic corruption, and the success of its economic reforms. In health care, Senegal is a strong proponent of international treaties and approaches and has a long history of community participation in health.

Yet despite some promising beginnings with the family planning program, progress has been slower in Senegal over the last decade. It is important to note the history of family planning in Senegal to see the strides that have been made. Contraception was illegal until 1980. In 1988, Senegal became one of the first countries in Francophone Africa to adopt an official population policy. Two years later, the National Family Planning Program (PNFP) was launched as a vertical program. In the mid-1990s, Senegal's program was moderately strong, with an annual increase in modern method use of 0.7% (1992–1997). In 1998, the program shifted with the initiation of a plan to integrate family planning into the Division of Reproductive Health within the Department of Primary Health Care. Key respondents from the Senegal program noted that with integration, the focus on family planning was reduced. As one respondent stated, “The ICPD [International Conference on Population and Development] brought a wide agenda to Senegal, where more focus on FP was needed.” Another respondent noted, “You can't expand and integrate when family planning wasn't well-established to begin with.”

With 25 years of program investment by the government and donors, certainly gains have been made. From 1978 to 2005, the total fertility rate (TFR) decreased by almost two lifetime births per woman (from 7.2 to 5.3); overall contraceptive prevalence nearly tripled (from 3.9% to 11.8%); and use of modern methods increased 17-fold (from 0.6% to 10.3%). However, since the time of those baselines, subsequent contraceptive prevalence rates (CPRs) have remained relatively low, and fertility is still high. The annual increase in modern contraceptive prevalence was greater from 1992 to 1997 (0.7% per year) than for the period 1997 to 2005 (0.3% per year). An annual increase of 1–2 percentage points in the CPR indicates a strong family planning program.

Key Findings

Principal factors accounting for Senegal's limited progress in family planning include cultural barriers, access barriers, donor support, the impact of decentralization, lack of strong leadership,

training, supervision, and quality management, and contraceptive security. The impact of each of these is described below.

Cultural Barriers

Senegal has a long pronatalist tradition. Desired family size and actual family size are the same, thus discouraging the use of family planning. In addition, the majority of the population is Muslim (94%), and senior Islamic leaders have been slow to advocate for family planning, despite some early programming intended to mobilize their support. Instead, many people misinterpret Islam as discouraging the use of family planning. Further, the practice of polygamy, which has not decreased significantly in 20 years, encourages more births because of inheritance traditions, as well as competition among wives. The absence of sustained behavior change communications is often cited by key informants as the primary reason for the slow uptake of contraception, especially of modern methods, in Senegal.

Policy, Practice and Regulatory Barriers

Family planning in Senegal was long considered “the midwives’ business,” thus limiting access, especially at the clinic level. Moreover, family planning was “overmedicalized,” and provider bias influenced both method choice and overall access. Many providers refused to provide contraception without the husband’s consent. While policies and practices are changing, and nurses are being trained to provide selected services, the pace of change is slow. Senegal’s policies do not always support open access to contraception. For example, the availability of contraceptives in the private sector is restricted by laws that prohibit counseling for, prescribing, and dispensing contraceptives in the same private facility. Importing and distributing hormonal methods requires a lengthy and difficult regulatory process, which is compounded by high taxes and markups that increase the consumer price of products and limit affordability.

Donor Support

Donors have made important contributions to Senegal’s family planning program, but aspects of this support have contributed to the slow pace of progress. Early on, donors split the country into focus regions/districts for funding and technical assistance purposes. Weak coordination, parallel efforts, and perhaps a lack of cross-learning led to different approaches to program implementation in the various regions and districts. It also challenged institutionalization of the program within government agencies. For example, UNFPA and USAID each had their own contraceptive logistics programs, and the method mixes were different.

While USAID continued to work in its focus districts, programming emphasis shifted more toward supporting decentralization through developing health management and financing systems. UNFPA’s focus also shifted, from family planning to a more integrated reproductive health and rights approach. Both transitions reduced attention to family planning, and government systems had no capacity to take up the slack. By 1997, the Senegal Association for Family Welfare (ASBEF), the local International Planned Parenthood Federation affiliate, supplied 17% of the nation’s contraceptive needs through its clinics, community-based work, and information, education, and communication (IEC) efforts. However, after 2001, when the Mexico City policy was reinstated, ASBEF could no longer be a USAID grantee, and the population it served subsequently decreased by half.

Decentralization and Integration of Health Services

The focus on family planning was weakened by the devolution of authority to district and local levels and by the integration of family planning within reproductive health services. Decision makers allocated resources to perceived priorities. One report found that in one year, health lost 30% of its budget to other sectors. Moreover, family planning programs were left to untrained local authorities and political institutions that knew little about them and did little to expand the program.

Senegalese Leadership

Family planning had never been a priority among the elites, the health profession, or the national leadership. Frequent changes in the family planning program's organizational location (11 times in 19 years) made it difficult for the program to take root at the highest levels. One Senegalese informant noted that without significant champions at the top, it has been difficult to influence cultural norms.

Training, Supervision, and Quality Management

The provision of in-service training and supervision, while technically sound, remains dependent on donor financing for trainers and per diems for supervisory staff. The lack of a national commitment to bringing training, supervision, and quality assurance to scale beyond the USAID districts has hampered the expansion of this program.

Contraceptive Security

Senegal has long been dependent on donors for contraceptives and for contraceptive management tasks, such as forecasting. The government has committed to assuming the management and financing of contraceptives, beginning with procuring IUDs for 2006. However, concerns remain about the sustainability of the system and about contraceptive security over time.

Introduction

Family planning saves lives and has long been considered a key aspect of socioeconomic development. Although this is widely acknowledged and well-documented, decreased attention and resources in recent years have been directed toward improving family planning programs in developing countries, even though need remains high. By one estimate, satisfying the unmet need for contraceptive services in developing countries would avert 52 million unintended pregnancies a year, thereby saving 1.5 million lives and preventing 505,000 children from losing their mothers (Singh et al., 2003).

In 2003 the U.S. Agency for International Development (USAID) and other stakeholders identified Repositioning Family Planning as a priority for its work in Africa. In the face of scarce resources, weak infrastructure, and a growing focus on HIV/AIDS, many African countries found it extremely difficult to strengthen their family planning programs and raise contraceptive prevalence. To guide future investments, USAID supported five country-specific case studies to identify strategies and lessons learned that have contributed to or detracted from successful family planning programs in the region.

The first case studies were conducted in three countries that made significant progress over the past 10–20 years: Ghana, Malawi, and Zambia. Each of these countries had experienced considerable growth in contraceptive prevalence and notable fertility decline, despite a challenging environment and limited resources. While these countries' programs were not perfect, components of their programs can provide guidance for other Sub-Saharan African countries. Subsequently, USAID undertook case studies in two countries that had shown relatively stable contraceptive prevalence and/or fertility rates or a significant decline in growth: Tanzania and Senegal. These latter case studies document both the positive and negative aspects of family planning programming and highlight some of the pitfalls to be avoided. Together, the case studies are being used to guide the strategy development for Repositioning Family Planning and to inform efforts to identify key investments for the region.



Methodology

The Tanzania and Senegal case studies are intended to tell the story of family planning in those countries and identify major obstacles to improvements in family planning programs in low-resource settings in Sub-Saharan Africa. The two countries were selected based on composite criteria balanced with USAID's intention to have representation from both West Africa and East Africa. The analysis covers the particularly dynamic socioeconomic, political, and epidemiological contexts of the past 10–20 years in the region.

The methodology for the Senegal study consisted of a combination of group discussions and individual interviews with key informants (Appendix 1) and a review of secondary documents (Appendix 2). This study followed the research protocol established during the Ghana, Malawi, and Zambia case studies and addressed the following key questions in both interviews and secondary research:

1. What have been the main achievements and successes of the family planning program in Senegal in the past 10 years?
2. What were the main reasons for these achievements and successes (including program factors, policies, and societal/cultural factors)?
3. What were the main challenges or constraints encountered in implementing the family planning program?
4. How were these challenges addressed?
5. Have any regions of the country or segments of the population been more challenging to effectively provide services to? If so, what has been done to meet their needs?
6. What are the current priorities for the family planning program in Senegal?
7. What are the main lessons learned from the work on family planning in Senegal?
8. What are the challenges currently confronting the program, threatening past achievements to date? What should be done about them?

The information presented in this report gives a picture of the family planning program in Senegal and identifies general lessons learned. The report benefits from data and documentation on family planning in Senegal, including project and program progress reports; technical analyses; operations research; statistical surveys; and the preliminary report of the 2004–2005 Senegal Demographic and Health Survey. Appendix 2 provides a listing both of these documents and of the Internet web sites where documents are available for additional information.

Findings

Timeline

| Year | Key Policy and Program activities | FP Impact | Context |
|------|---|--|--|
| 1964 | ♦ Blue Cross Clinic initiates family planning services with Pathfinder Fund assistance. | Begin to introduce FP | Contraception still illegal |
| 1973 | ♦ Family Code increases age of marriage to 16. | | |
| 1974 | ♦ Senegal Association for Family Welfare (ASBEF), International Planned Parenthood affiliate, is established and begins lobbying to change 1920s law prohibiting contraception. | | |
| 1976 | ♦ Leadership recognizes importance of family planning to development goals. | | President Senghor links 2.9% population growth with development goals. |
| 1978 | ♦ Senegal Fertility Survey establishes baseline TFR and CPR data. ♦ USAID authorizes first Senegal Family Planning Project in urban areas in Dakar, Thies, and Casamance, and in rural areas in Kaolack as part of Sine Saloum Health Project. | CPR: 0.6% modern TFR: 7.2 | |
| 1979 | ♦ Secretariat of State for Women's Affairs is assigned responsibility for family planning, in concert with Ministry of Health (MOH). ♦ National Population Commission (CONAPOPOP) is established. ♦ First UNFPA Country Program is launched (1979–1985) for US \$5.5 million. | | |
| 1980 | ♦ Anticontraception provisions of 1920s law are repealed. ♦ ASBEF opens first model family planning clinic. ♦ Directorate of Family Welfare is established within Ministry of Social Affairs and is given responsibility for coordinating family planning. | Family planning is now legal in Senegal. | Longtime President Senghor steps down; President Abdou Diouf is elected (same party). |
| 1981 | ♦ MOH creates Division of Family Planning within National Maternal/Child Health Service (SNSI). | | |
| 1982 | ♦ USAID's Family Health and Population project starts in six regions: Dakar, Thies, Kaoloack, Fatick, Kolda, and Ziguinchor (parallel to Rural Health Project). ♦ First national seminar on Islam and population is hosted by CONAPOPOP and ASBEF. | | |
| 1983 | ♦ UNFPA's Family Welfare Project starts in four regions: Diourbel, Louga, Saint-Louis, and Tambacounda. | | President Diouf is reelected. |
| 1985 | ♦ First national seminar on youth and family planning is held (by ASBEF). ♦ USAID starts Phase II of Family Health and Population, and Rural Health projects, with significantly increased budget estimated at US \$20 million each over seven years. | | Senegal's Seventh Development Plan (1985–1992) includes provision for family planning. |
| 1986 | ♦ Senegal DHS-I is completed. | CPR: 2.4 % modern TFR: 6.6 | |

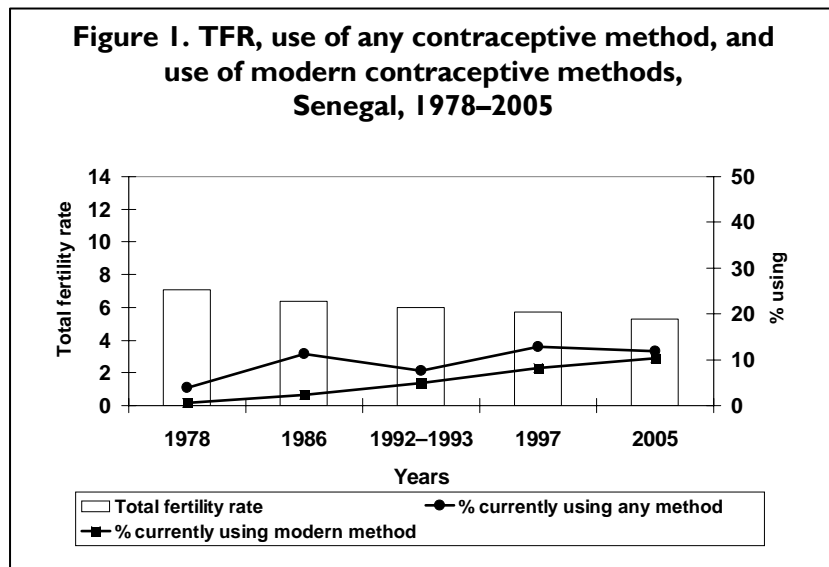
Timeline (cont.)

| Year | Key Policy and Program activities | FP Impact | Context |
|-------------|---|----------------------------------|--|
| 1988 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ National Population Policy is issued. ◆ UNFPA launches 1987–1991 program for US \$4 million. | | President Diouf is reelected. |
| 1989 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Roundtable on Islam and population is held (by ASBEF). ◆ Health Sector Reform design begins; it devolves health planning and budgeting to 48 District Health offices under leadership of District Medical Officers. (It became fully effective in 1991.) | | |
| 1990 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ National Family Planning Program (PNPF) is launched. | | |
| 1991 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Ministry of Health and Social Development issues Order (Arrete) eliminating requirement for laboratory tests prior to prescribing pills or IUD. | | |
| 1992 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Senegal DHS-2 is completed. ◆ UNFPA's Family Welfare Project ends. ◆ New USAID project Child Survival/Family Planning is launched. | CPR: 4.8% modern TFR: 6.0 | New USAID/Senegal Five-Year Country Strategic Plan 1992–1997 is developed. |
| Early 1990s | <ul style="list-style-type: none"> ◆ USAID supports training and equipment for surgical contraceptive methods, including Norplant® implant and minilaparotomy. | | In 1993, President Diouf is reelected. |
| 1994 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Senegal attends International Conference on Population and Development (ICPD) in Cairo and signs Programme of Action. | | January devaluation of West African currency (FCFA) triggers shock throughout economy; economic turnaround is slow. |
| 1995 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Social marketing of Protec condoms starts. | | |
| 1996 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ First national norms and standards for family planning are established. | | 1996 Decentralization Code transfers authority to manage health, population, and social affairs to local government units. |
| 1997 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Senegal DHS-3 is completed. | CPR: 8.1% modern TFR: 5.7 | 14,000 local officials are elected to local government units. |
| 1998 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ MOH issues National Plan for Health and Social Development, (PNDSS) for 1998–2007. ◆ MOH issues Integrated Health Development Program (PDIS) for 1998–2002, which operationalizes PNDSS. | | New USAID/Senegal Country Strategy Plan 1998–2006 shifts to decentralized approach in all sectors. (Some health efforts continue through 2000 as “bridge” activities.) |
| 1999 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ MOH issues Action Plan for Maternal and Child Health for 2000–2010, which provides more detail on reproductive health; family planning is integrated within plan. | | |
| 2000 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ New USAID instruments are issued to implement decentralized strategy operational. | | President Abdoulaye Wade is elected (new party). |
| 2002 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ ADEMAs launch of Securil pills for social marketing creates media backlash, resulting in requirement for generic advertising. Mentions of brand names in mass media are prohibited. | | High rate of turnover in new local government elections results in disruption of rural and communal council functions. |
| 2004–2005 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Senegal DHS-4 is completed. ◆ New Reproductive Health Law is drafted and is under review by Parliament. | CPR: 10.3% modern TFR: 5.3 | |

What Was Achieved?

Trends in TFR and CPR

Senegal's family planning and fertility indicators have improved significantly in the past 27 years. The total fertility rate (TFR) decreased by almost two lifetime births per woman, from 7.2 in 1978 to 5.3 in 2005. The overall contraceptive prevalence rate (CPR) also rose from 1978 (3.9%) to 2005



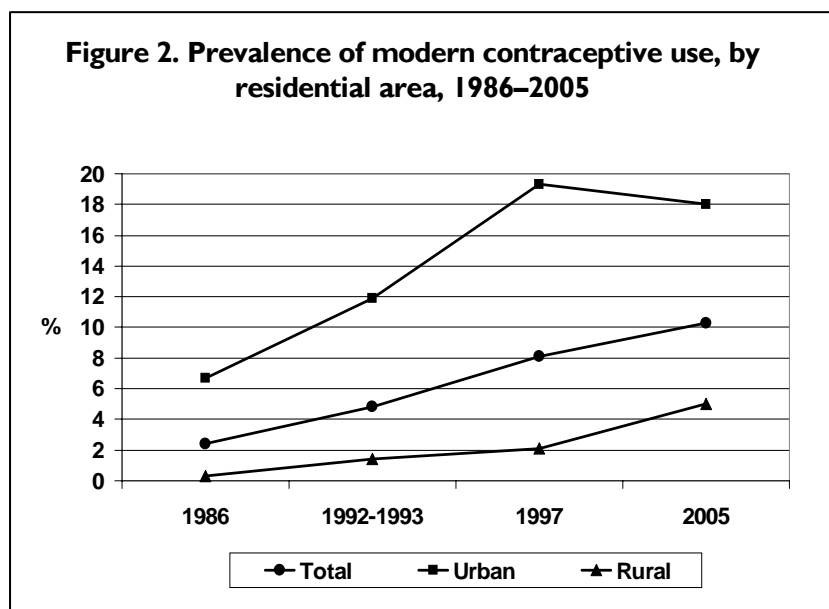
(11.8%), and the use of modern methods increased from 0.6% in 1978 to 10.3% in 2005 (Figure 1). There has also been a significant shift toward use of modern methods over traditional ones: In 1986, of the total CPR of 11.3% among married women, modern contraception accounted for only 21% of the method mix, whereas by 2005, of the total CPR of 11.8%, 87% of women were using modern methods (Figure 1) (ORC Macro, forthcoming).

The greatest gains in reproductive health indicators occurred from 1992 to 1997,

when modern method use rose by 0.7% annually; in other periods, more modest annual gains were seen—0.4% from 1986 to 1992, and 0.3% from 1997 to 2005. (An annual increase of 1–2 percentage points in the CPR indicates a strong family planning program).

Urban-Rural Trends in TFR and CPR

TFR and CPR vary with level of education and rural-urban residence in Senegal. In urban areas, total fertility decreased from 6.3 lifetime births per woman in 1982 to 4.1 births per woman in 2005,

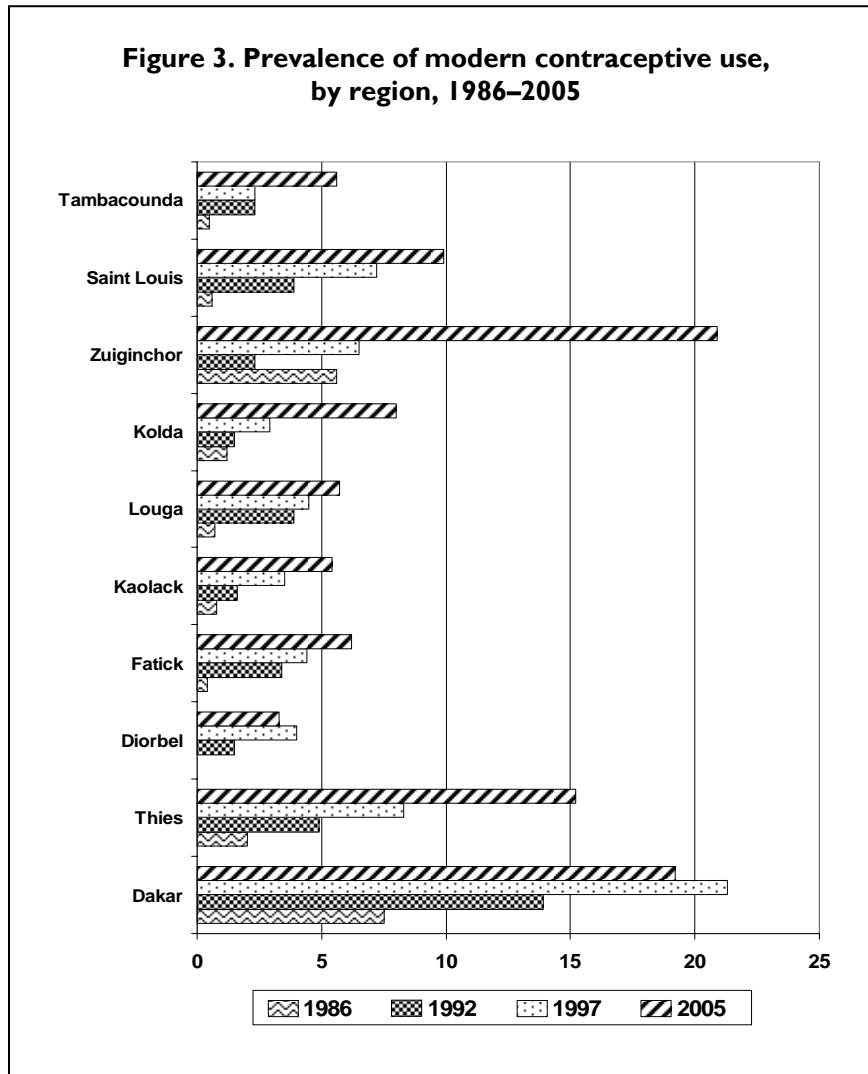


while in rural areas, fertility decreased by 1.5 births per woman, from 7.9 in 1982 to 6.4 in 2005 lifetime births.

Use of modern contraceptive methods in urban areas rose sharply, from 6.7% in 1986 to 19.3% in 1997, but then declined slightly from 1997 to 2005. On the other hand, rural use of modern contraceptives continued to rise and more than doubled from 1997 to 2005, although overall use is still quite low, at 5% (Figure 2). Overall, modern method prevalence in urban areas is almost four times the prevalence in rural areas.

Regional Trends in CPR

Contraceptive prevalence trends vary by region. Figure 3 shows that with the exception of Dakar, modern CPR increased at roughly constant rates in most regions through 1997. From 1997 to 2005, however, there was a striking increase in modern method use in the largely rural regions of Ziguinchor and Kolda, where modern CPR increased by 176% and 221%, respectively, compared with an average rise of 65% for other regions except Dakar. This increased prevalence in Ziguinchor and Kolda likely accounts for the rise in rural use of contraceptives after 1997.



Ministry of Education data show that in all three regions (Dakar, Kolda, and Ziguinchor), levels of literacy are higher. French is widely spoken in those rural areas, and access to health services is greater. One should note that USAID supported the Ziguinchor and Thies regions over the years, which may account for the existence of more service-delivery points there. We do not have additional information on Kolda.

Only Dakar, Thies, and Ziguinchor surpassed a 15% prevalence of modern contraceptive use in 2005, although the CPR for modern methods actually decreased from 1997 to 2005 in Dakar.

Trends in Unmet Need

Senegal's level of unmet need for family planning, especially for spacing, is one of the highest in the world and has actually increased slightly, from 29.3% in 1986

to 31.6% in 2005. Twenty-four percent of noncontracepting married women reported wanting to space their next birth for at least two years, while 7% wanted to limit future births altogether (nonusers only); there was a minimal difference between rural and urban women in this regard. The proportions of noncontracepting married women wanting to either space or limit childbearing have remained relatively unchanged since 1992–1993 (ORC Macro, forthcoming).

Trends in Desired Family Size

Though ideal family size has decreased, it remains high, particularly in rural areas. In 1998, on average, married women wanted 5.7 children, a number identical to the TFR. Rural women wanted more children than did women living in urban areas (6.0 vs. 4.5), while women with no education wanted more children (5.8) than did women with a primary schooling (4.6) or a secondary or higher education (4.0). On average, married men considered 9.5 children ideal (in 1998). As among women, the ideal number of children dropped as educational attainment rose, and men in rural areas wanted several more children than did men in urban areas (Ayad & Ndiaye, 1998).

By 2005, women and men wanted slightly fewer children generally, and the urban-rural and educational divides persisted. On average, women wanted 5.4 children; this number was slightly higher among married women (5.7). Rural women wanted more children than did women living in urban areas (6.2 vs. 4.7), while women with no education wanted more children (6.1) than did women with a primary schooling (4.9) or with a secondary or higher education (4.1). On average, by 2005, men in Senegal wanted 7.2 children; however, married men considered 8.3 children ideal. As was the case among women, men's ideal number of children dropped as their educational attainment rose, and men in rural areas wanted several more children than did those in urban areas (9.0 vs. 5.9).

Accordingly, contraceptive prevalence increased with education level. In 2005, 29.7% of married women with at least a secondary education were using a modern method, compared with 12.6% among those with a primary education and 5.5% among those with no education at all.

Context

While there have been impressive gains, as noted above, a number of factors may account for Senegal's slower progress in expanding the use of contraceptive services.

Religious, Sociocultural, and Gender Issues

Religion

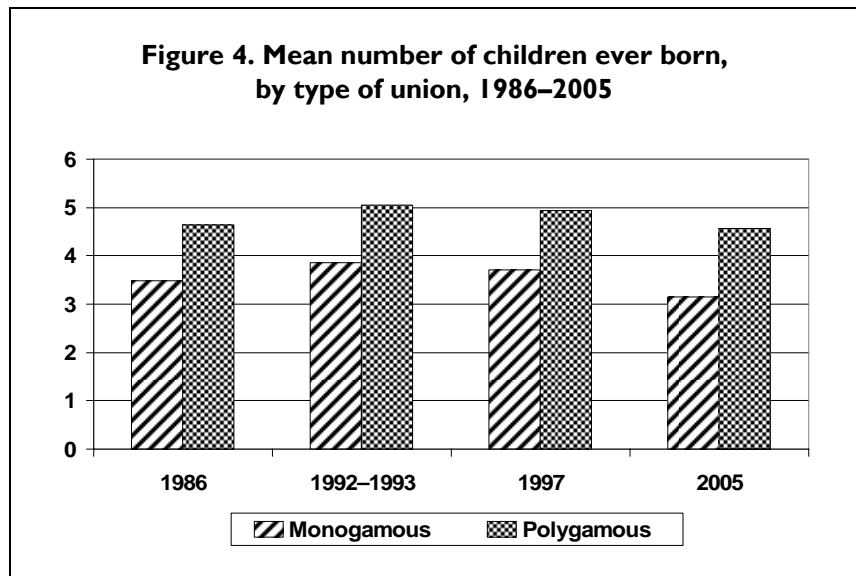
Islam is the predominant religion in Senegal, practiced by approximately 94% of the population. The Christian community (approximately 4% of the population) consists of Roman Catholics and diverse Protestant denominations. The remaining 2% of the population practice exclusively traditional indigenous religions or no religion. The Christian minority is concentrated in the western and southern regions, while groups that practice traditional religions are concentrated in the eastern and southern regions.

Despite numerous conferences, study tours to other Islamic nations, associational support, and focused behavior change communications (BCC), there is still a lack of vocal senior Muslim leadership and guidance on family planning in Senegal. The leadership gap has unfortunately been filled with misinterpretation of the Koran from lower-level imams, resulting in numerous perceived religious barriers to use. However, successive DHS surveys have shown that progressively fewer respondents cite "religion" as a reason not to use contraception.

The practice of polygamy, which is permitted by Islam, has not decreased significantly in 20 years and contributes to a high TFR. This is the result of competition for attention among wives, as well as traditional inheritance patterns. Wives with more children, and especially with more male children, inherit more than women with no children and/or only female children. The 1978 Family

Health Survey showed that 48.5% of women were in polygamous unions; the comparable figure in the 2005 DHS was 40%.

As one observer noted, educated Senegalese men have 2–4 wives as a status symbol. Even within poor rural families, it is culturally acceptable for men to have 2–3 wives. As noted, competition between wives in polygamous relationships frequently centers on women having more children; cultural norms such as this serve as a barrier to increased family planning uptake. This is also evident in data showing that women in polygamous relationships have a slightly lower rate of family planning use, though the difference is not statistically significant.



DHS data do illustrate, however, that women living in polygamous unions have more children than those living in monogamous unions. Figure 4 demonstrates that the difference between the mean number of children ever born to women in polygamous unions and the mean among monogamous women ranged from 1.16 more children in 1986 to 1.43 more children in 2005.

Sociocultural and gender issues

As is the case in many other West African countries, pronatalist sentiment is strong in Senegal. Culturally, the small-family norm has not taken hold. A colonial-era law banning contraception was not repealed until 1980. The status of women is low. More than 66% of Senegalese women are illiterate. Approximately 43% of primary school graduates are girls; the proportion is lower at the secondary level. Of secondary school graduates, 30% use a modern method, as opposed to 5% of unschooled women (Diop et al., 2004).

Single women are expected to remain virgins until marriage, but many do not. The 1997 DHS showed the average age of sexual debut among women aged 20–49 to be 17.5. However, in urban areas younger women are postponing sexual initiation until age 20.6 years, while rural women began having sex at age 16.4 years. Fewer than one-third of young men and women report using contraception at their sexual debut, and access to family planning services for unmarried adolescents is problematic.

The concept of individual reproductive rights essentially contradicts customary norms and practices in Senegal. Senegalese women do not generally have control over their contraceptive choices. The husband’s approval is particularly important, because customary law considers women minors and unable to make their own decisions in many matters. In spite of norms and protocols to the contrary, many providers insist on receiving the husband’s approval before providing a family planning method to a woman, to protect themselves from the husband’s reaction. When women are able to access family planning, injectables are a favorite method for both providers and women, since their use can be hidden. In fact, one informant stated that providers help women choose this method when spousal approval is unclear. MOH norms still require spousal approval for tubal ligation. In

addition, some women also must consult their mother-in-law and often their co-wives prior to accepting a method or else use contraceptives clandestinely. Official policies and unofficial practices continue to be barriers to family planning services and affect the contraceptive prevalence rate.

Continuation rates are not high, even when women can access services. Almost half (49%) of women surveyed in the Service Provision Assessment of 2003 only used a method steadily for less than 12 months; 23% used their present method for 12–36 months; and 27% used their present method for more than three years. Of women who discontinued a method, 14% did so because their husband or partner opposed it (Groupe Serdha, 2003).

Opposition to contraceptive use is still strong in Senegal. Reasons for nonuse cited in the preliminary findings of the 2005 DHS include opposition to use by the woman or her partner or religious reasons (42%), fertility-related concerns (such as wanting more children, being infertile, or not being very sexually active) (29%), lack of awareness (6%, compared with 9% in 1997), and method-related problems (19%). The “opposition to use” category is significant and pervasive throughout Senegal, and includes sociocultural, religious, and modern and customary legal factors that are barriers to effective demand. A 2003 survey in 15 USAID districts revealed that 29% of men cited religion (Islam) as a reason for not supporting family planning (Groupe Serdha, 2003). A 2004 study reported that 12% of women who do not use family planning said it was because their husband opposes it (Diop et al., 2004).

Among community leaders, religious leaders, and leaders of women’s groups and associations, family planning and HIV/AIDS are not perceived as high-priority problems (Ouedraogo, 2004). This was confirmed by many current informants.

Low HIV/AIDS Rate

Senegal has held overall HIV prevalence to 0.7%. Prevalence among pregnant women is still relatively low (1.5%). However, the prevalence rate among commercial sex workers is 20.9% and could result in a dramatic increase in infection rates if it is not controlled. Senegal responded rapidly to the emergence of HIV/AIDS in the mid-1980s and quickly undertook significant measures to prevent HIV/AIDS transmission, including condom promotion, sentinel surveillance, confidential counseling and testing, education of sex workers, and integration of HIV into sex education. Donor support has been strong throughout the years; the support, resources, training, and BCC related to HIV/AIDS have all been resource- and labor-intensive, and have taken attention away from other health initiatives, including family planning.

Political and Economic Issues

Senegal has been relatively stable politically, with democratic presidential transitions. A conflict of more than two decades between the government of Senegal and a separatist group in the Casamance region has been under a ceasefire since December 2004. Half (50%) of young men have no jobs, 70% of the countryside has no electricity, and real growth in GDP averaged over 5% annually during 1995–2004. In 2001, 57% of the population lived in poverty. Sixty percent of the rural population and 45% of the urban population live on less than \$1 per day.

In 2001, Senegal qualified for approximately \$31 million in debt relief under the Heavily Indebted Poor Countries (HIPC) initiative (USAID, 2005), and in 2004 reached the HIPC initiative completion point, resulting in the cancellation of \$850 million in sovereign debt payments over the

next 10 years. Senegal was declared eligible for the U.S. government's Millennium Challenge Corporation assistance in 2004 and is still in the process of establishing the grant mechanism.

Politics within the health sector have affected both policy and services. The head of the MOH changed seven times in seven years. The resulting lack of consistent leadership led to a weak organization overall. The lack of stewardship in the various directorates impeded the implementation of a sector-wide approach, as well as effective project management. While capacity-building efforts were undertaken and evident, especially through the Administrative Directorate (DAGE) and to regional health offices, managerial capacity remains inadequate (World Bank, 2005).

Decentralization and Sector-Wide Approaches

The following quote sums up the current status of the decentralization effort in Senegal:

The decentralization model most frequently adopted in francophone West Africa seems oriented towards substituting new local institutions for existing local institutions. This approach faces a clear difficulty: existing frameworks are based on economic, social and cultural needs, and replacing or undermining these frameworks is likely to create confrontation. The attitude of the population in Senegal to decentralization tends to be one of passive resistance to a new authority whose legitimacy is not recognized.

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

The Senegalese health system has been slowly decentralizing since the early 1980s. The pace accelerated in the early 1990s, when the MOH “deconcentrated” planning and management authority to its regions and districts, which were still accountable to the central MOH. A health district model of service delivery with a cost-recovery component was put into place, financed by a World Bank loan and the UNICEF-sponsored Bamako Initiative. Planning and management responsibilities were transferred to regional and district health teams, and community-managed cost-recovery programs for primary health care were put in place. (Family planning clients pay for services and commodities out of pocket.) To date, one result of decentralization is that there are more than 800 elected health committees nationwide, not all of which have family planning high on their priority list.

In January 1997, the Government of Senegal implemented the 1996 Decentralization Code. More than 14,000 local officials were elected to local government units. These units coexist with parallel, but slightly different, MOH structures. This initiative instituted a fully “devolved” model of decentralization in which a portion of nine ministries’ budgets would pass directly from the Ministry of Finance to various local government units. Local government units were given the authority to manage local affairs in nine areas, one of which was health, population, and social affairs. Line-item suggestions from central ministries were supposed to guide the local authorities in their decisions on allocations across sectors. A relatively large portion of the MOH budget was put at the disposal of local government officials, who, while provided with some guidance and encouragement to spend that money in the health sector, could choose to spend it elsewhere. Health personnel are paid and supervised by the MOH, but many of the subnational facilities in which they work are under the financial control of locally elected officials.

While the earlier MOH “deconcentration” was closely monitored and accounted for, the new “devolved” model ended up costing the MOH far more resources than any other ministry. Almost 30% of the health budget was spent on nonhealth sectors, while no other ministry lost more than 5%

of its budget to local governments' reallocations. In no case were monies found to have been transferred from outside the health sector to the health sector (Atim, 1998).

The Sector-Wide Approach (SWAp) was instituted during the World Bank's last program cycle, which ended in 2005. All of the elements of a SWAp were begun: a national strategy drawn up by the government for which the government of Senegal was fully responsible; donors' agreement to support the strategy; and coordination mechanisms organized through an annual meeting—Réunion Annuelle Conjointe (RAC). A budgeting process, including all donor contributions, was implemented through annual work plans (*Plans d'Opération*). While the plans were consistent with a SWAp, the World Bank's end-of-project evaluation noted that the implementation did not meet expectations and that only a few partners used the national systems and procedures to channel resources.

The World Bank gave the program (1997–2005) an unsatisfactory rating pretty much across the board, for institutional capacity-building, resource flow (especially to the districts), training and technical inputs, and actual results in terms of health indicators. "Given the resources mobilized in the health sector (2% of gross domestic product and \$50 million from the World Bank), the gross national income per capita (US \$670 in 2004) and the size of the urban population (50%), the results should have been better than those achieved" and will not enable Senegal to meet the Millennium Development Goals, as hoped (World Bank, 2005).

With regard to family planning, the moves to decentralization and health sector reform shifted attention away from specific health issues or diseases (funded via projects) to focus on macro-level health infrastructure, management, and financing issues. In addition to already diminishing donor funding for contraceptive commodities and supplies, the donor focus on specific issues such as family planning was almost completely left to USAID and UNFPA.

What Was Done at the Policy Level?

Reproductive Health and Family Planning Policies

Historically, Senegal's family planning program has had stops and starts. The program changed departments 11 times in 19 years. In the 1980s, Senegal's leadership for family planning was fragmented. The Ministry of Social Development (MSD) had lead responsibility, working through its regional and departmental offices. Clinical family planning services were provided by regional and health district offices, under MOH supervision. Responsibility for information, education, and communications (IEC) efforts was vested in the National Population Commission (CONAPO), within the Ministry of Planning.

The National Health Policy of 1989 reorganized the Ministries of Public Health and Social Development into a Ministry of Public Health and Social Action (MOPHSA), expanded the role of user fees for health services with funds managed at the local level, and decentralized health sector planning and implementation to the regions and districts. (User fees are set in national health regulations and policies. Payments are required for family planning services and commodities, and clients often pay more than the established policy, usually for supplies and/or registration fees.)

MOPHSA launched Senegal's National Family Planning Program (PNFP) in 1990, managed out of the Cabinet of the Minister of Health. A vertical program, PNFP became operational in 1992.

In the mid-1990s, Senegal's leadership recognized the importance of expanding access to reproductive health and family planning services. By 1996, Senegal's first family planning service-

delivery guidelines were approved by the MOH. The guidelines were drafted by a comprehensive working group of representatives from the MOH, from training institutions and schools, and from private-sector service provision organizations. As the first family planning guidelines ever written in Senegal, their development represented a milestone for standardizing care. For example, the guidelines specified that three packets of pills can be provided to oral contraceptive clients at the first visit. In the past, instructions regarding pill resupply, as well as the timing of return visits for all contraceptive methods, were inconsistent. Senegal granted official approval for nurses and midwives to provide Norplant® implant and IUD services even before the guidelines were written.

In 1998, the MOH issued the Plan National de Developpement Socio-Sanitaire (PNDSS) (1998–2007), which included “a decreased fertility rate” as one of three overall objectives. This policy dissolved the PNFP and moved its responsibilities out of the Cabinet of the Minister into what has become the Division of Reproductive Health within the Department of Primary Health Care. While consistent with the principles of the International Conference on Population and Development (ICPD), this integration reduced the status of and advocacy for family planning within the MOH, decreasing its national visibility overall.

Family planning was part of a larger integrated health initiative. The Integrated Health Development Program (PDIS) specified and budgeted the first five years of the PNDSS. The PDIS consolidated the development plans of regions and districts, as well as those of central services. It described in detail the modalities for implementing the plan, the activities to be implemented, estimates of central government, local government, and donor funding, and monitoring and evaluation. However, as noted in the SWAp section, decision making on funding and priorities rests at lower levels of the sociopolitical system, where a focus on family planning can be lost.

Donor Support

Donor support in the health sector is extensive, and includes significant support from the World Bank, the World Health Organization, UNICEF, UNFPA, and the French, U.S., Belgian, German, and Japanese bilateral cooperation agencies. USAID is a predominant donor in Senegal’s health sector, with about 20 other bilateral and multilateral donors also contributing. Over the 1998–2002 period, the government of Senegal covered an estimated 60% of the planned health budget by providing human and material resources, while donors funded about 30% of the budget, mostly for preventive health, HIV/AIDS, maternal and child health, and family planning. Cost-recovery systems were expected to contribute the remaining 10% (USAID, 2002).

As noted above, the SWAp does not focus on particular health care issues and projects, but aims to strengthen the health infrastructure, management, and financing so that local institutions have ownership and authority and function better. While USAID and UNFPA continued their work on family planning outside the “basket funding” of the other donors, their inputs were often seen as smaller, parallel efforts in the health care system.

History of USAID Projects

USAID has been a strong supporter of Senegal’s family planning program since the mid-1980s. Geographically, USAID’s focus areas are Dakar and 21 districts in four regions (Kaolack, Louga, Thies, and Ziguinchor). USAID also provides support to policy, training, and social marketing nationally. The USAID districts have more than 4,000 community health workers trained in a variety of health topics.

USAID's efforts have included expanding service delivery (including through nongovernmental organizations), improving demographic data, training providers, equipping service-delivery points, improving logistics, improving system management and quality assurance, engaging in IEC/BCC, and encouraging operations research and demographic analyses. In recent years, USAID has begun to support decentralization by helping to improve management at all levels within the system and to develop innovative ways to empower local communities to plan and finance health services through initiatives in maternal and child health.

Examples of the range of assistance include the following:

- ◆ Working with the MOH to establish a computerized information system with health indicators
- ◆ Conducting operations research for a community-based approach in Kebemer (a district located on the Dakar–St. Louis national highway)
- ◆ Engaging municipalities to leverage non-USAID funds and expand reproductive health services
- ◆ Conducting BCC interventions and family planning advocacy with Islamic religious leaders to obtain their participation in promoting family planning use
- ◆ Performing studies on community-based distribution
- ◆ Introducing clinical family planning to the country, improving quality assurance, implementing informed choice and consent, and setting up in-service training for long-acting and permanent methods on a limited scale in the larger hospitals
- ◆ Training providers and community health workers in family planning
- ◆ Improving the management of maternal health and family planning services at the community, district, and national levels
- ◆ Engaging in advocacy and social mobilization to promote high-quality reproductive health services
- ◆ Testing health financing mechanisms in the new decentralized environment
- ◆ Promoting social marketing

UNFPA Direct Support to the MOH

UNFPA has been a strong supporter of reproductive health since 1979. UNFPA worked at the national level and in four regions: Diourbel, Louga, Saint-Louis, and Tambacounda. In addition to helping develop services in its focus districts, the agency provided significant assistance under PNFP to the development and rollout of Senegal's in-school family life education curriculum (Naré, C., Katz, K., & Tolley, E., 1996, p. ii). Over the years since the ICPD in 1994, the expansion of UNFPA's mandate moved family planning from being front and center to being part of a more integrated reproductive health and rights approach. Also, in line with other multilateral donors and the Millennium Development Goals, UNFPA asserted that maternal mortality must be cut, and although family planning helps reduce maternal mortality, it was not the central focus of programs and support for UNFPA. Emergency and essential obstetric care, youth issues, HIV prevention, female genital cutting, and other reproductive health initiatives were added to UNFPA's agenda. In Senegal, UNFPA provides solid support to the MOH. Direct funding for developing guidelines, training, and buying commodities (through the UNFPA procurement system) was much appreciated.

What Was Done Programmatically?

Method Choice and Access to Methods

Over time, there has been a shift in Senegal from traditional methods of family planning to oral contraceptives and, over the last 10 years, to injectables. The ease of use and confidential nature of the injectable makes it a favorite with providers and clients. However, overall access to modern

methods was not easy in the early years, with medical providers often requiring exams, blood and other tests, and often, spousal approval. In 1991, the MOPHSA issued an order (*arrete*) eliminating requirements for laboratory tests prior to prescribing the pill or the IUD.

Also, in the early days of the program, midwives were the sole providers of modern clinical methods. This changed with a training program for nurses conducted from 1993 through 1998, in the provision of the pill, injectables, condoms, and spermicides. As of 2005, midwives are still the main providers of hormonal implants and the IUD, while only gynecologists provide female sterilization.

In most cases (57%), women acquired their present method at their community service-delivery location (health center or health post). In only 17% of cases did they go to another village or neighborhood center or post for the service they needed. Community-based family planning programs reached only 5% of the users surveyed with condoms and resupply of oral contraceptives. (A prescription is needed for initiating oral contraceptives.) Pharmacies, shops, or markets supplied 7% of customers with contraceptives. The remaining 14% of respondents stated that they obtained their supply from “other” sources (Groupe Serdha, 2003).

The private sector in Senegal is challenged by a highly regulated environment. The availability of contraceptives in the private sector is restricted by laws that prohibit counseling for, prescribing, and dispensing contraceptives in the same private facility. In particular, hormonal contraceptives are highly regulated by the government. Obtaining the authorization to import and distribute hormonal methods requires a lengthy and difficult process through the Direction de la Pharmacie et du Medicament, the nation’s pharmaceutical regulatory agency. In addition, high taxes and markups increase the consumer price of products and limit the number of users who can afford them. There also are laws against brand-specific advertising for prescription items, including hormonal products. Currently, Senegalese women who desire injectables must first visit their doctor to get a prescription, then go to the pharmacy to obtain the product, and then return to their doctor for the injection. This burdensome procedure hinders access (CMS, 2004).

The medical establishment in Senegal tends either to overly “medicalize” family planning or to forget it altogether. As one informant stated, “elites of the Senegalese health system don’t care about family planning and this filters down throughout the health system and throughout society. They care about curative services, medical procedures, and emergencies.” This lack of interest, coupled with a reduced focus on family planning activities over time, has resulted in slow growth in contraceptive use.

Training of Providers

The family planning program benefited from early training of midwives and doctors. The focus was on technical medical training and updates. In the mid-1990s, USAID supported training and the equipping of sites for such methods as Norplant[®] implants and minilaparotomy. While this was done successfully in one of the main hospitals in Dakar (Le Dantec), female sterilization services were not widespread, and to this day are found only in a few regional hospitals. One former trainer noted that “sterilization services received the least support of all” from the government and donors, and that sterilization “is only done during training situations, often training country teams from other African countries. It is not a routine service.”

Nurses now all receive classroom instruction in family planning, but no practicum. USAID and UNFPA have made positive inroads in the past few years in training nurses, but much remains to be

done to make family planning methods and services truly accessible to the majority of Senegal's population.

As was the case in several of the USAID projects in the 1990s, training opportunities focused on health management, financing, and other systems-related work, with some technical updates in health services. During the USAID Health Decentralization Project, for example, more than 40 workshops and seminars were held on financial management, health services planning, and community-based health financing. For sustainability, in-country training and curricula on decentralized health planning and management were developed and implemented, with a focus on maternal and child and reproductive health (Baade-Joret, 2006).

Services

Senegal's health system is decentralized and has three levels: The lowest level consists of health centers, health posts, health huts, and community health workers; the middle layer consists of 10 regional hospitals and two departmental hospitals; and the top level consists of seven national hospitals. The rate of population increase makes it difficult to ensure national coverage by health facilities, and inequities exist, especially in poor rural areas. The private sector in Senegal, consisting of private clinics, dispensaries, and pharmacies, plays a large role in providing health services. An established informal and illicit market for pharmaceutical drugs also exists.

Family planning services exist at each level of the system, with the lowest level dispensing the pill, injectables, and condoms. In theory, the lowest levels refer clients to the next level for more clinical methods. It is not known how effective the referral system is.

The *cases de santé* (health hut) is a peripheral structure (not operational in all districts) run by a volunteer community health worker and attached to a *poste de santé* (health post). If there is no *poste de santé*, then by regulation a village cannot have a *cases de santé*. These health huts are found in remote villages and are set up to serve the local population with basic health information and services. Sometimes, health huts go beyond their mandate and dispense antibiotics and other medicines without properly trained personnel and/or a license, or they are set up without supervision from a health post. Health huts that are attached to health posts and are legally run may be good points for reaching rural couples with additional family planning information and services.

There were attempts to organize community participation in Senegal's health program. When the primary health care acceleration program was implemented by the Bamako Initiative (and earlier by the Alma Alta Initiative), management committees were created for health centers and health posts to provide community representation for co-management of the health posts and huts by the government and the communities. Reportedly, the liaison system does not work well, due to a lack of motivation on the part of the community health agents (CHAs), as well as a severe shortage of IEC materials. The CHAs received IEC training and from time to time include family planning in their talks. However, they are frustrated by the lack of resources for activities, both in the health huts and at the community level. They also cite lack of transportation as a serious handicap in providing information to rural communities. Supervisory visits by the nurse from the health outpost are rare, and overall the CHAs feel that they have been abandoned to their own resources in spite of their desire to do better (Advance Africa, 2002).

The IPPF affiliate, ASBEF, was a major player in family planning efforts over the years. Like many IPPF affiliates at the time, ASBEF was established in Senegal in 1974 as a voluntary organization to meet the growing needs for family planning. ASBEF opened its first clinic in 1980; by 1997, it

was meeting 17% of the nation's contraceptive needs through its clinics, community-based work, and IEC efforts (ASBEF, 2004). When the Mexico City policy was reenacted in 2001, however, ASBEF began to dismantle its USAID-funded family planning activities. By 2004, ASBEF had closed its clinics in Fatick and Ziguinchor and served only about 34,000 clients nationwide, or half of what it had prior to the restoration of the Mexico City policy. In addition, the IPPF/Africa Region shifted its privately funded work to a focus on adolescent reproductive health and HIV prevention, thus redirecting most of its resources away from family planning service delivery. (Only a few ASBEF-funded clinics remain today.)

SANFAM, another Senegalese nongovernmental organization, also played a role in developing employer-based services, at one point serving approximately 40 workplaces.

There have been pilot programs to develop local health financing schemes, such as *mutuelles*, that are essentially community self-insurance programs. However, these schemes cover primarily curative services, and family planning clients must pay for their commodities and services on their own.

Procurement, Logistics, and Contraceptive Security

USAID and UNFPA have been the primary providers of contraceptives to Senegal for the past 20 years. In the 1980s, the two donors operated separate contraceptive logistics procurement and distribution systems in their respective regions (which meant that different regions had different brands and formulations). Injectables were not available in the USAID regions. The USAID and UNFPA systems were integrated in 1993.

Beginning in 2005, the government of Senegal was to take responsibility for integrating contraceptive distribution into the distribution of essential drugs, with a warehouse person specifically devoted to contraceptives. However, the donors continued to provide technical assistance to prepare the annual contraceptive procurement tables, receive and process contraceptives procured directly by donors, and provide assistance for nationwide distribution.

At the February 2005 regional Repositioning Family Planning conference held in Accra, the government of Senegal committed itself to an action plan that would transfer management and financing of contraceptives to the government within the medium term. The government further committed to procuring IUDs for 2006. However, given significant involvement by donors in procurement and distribution for the last 25 years, there are some concerns about the sustainability of the system and about contraceptive security over time.

Information and Demand Creation

A communications seminar in 1991 highlighted the need for IEC activities that promote birth spacing based on maternal and child health issues rather than on economic arguments. Participants also agreed that the husband's role in decision making is crucial, and that programs to integrate IEC and clinical activities need to be implemented. The transition of IEC from CONAPO to PNFP brought clinical and communications functions together. The national family planning logo was launched during the PNFP period, which also saw the production and distribution of posters and other IEC materials.

PNFP and its partners developed the National Five-Year Family Planning/HIV/Sexually Transmitted Diseases IEC Strategy during the Child Survival/Family Planning (CS/FP) Project (1995–1998). This focused on building community participation by partnering with district health

committees to train and support community health agents to conduct outreach activities in family planning and maternal health (antenatal visits). The community health agents were trained in interpersonal communication, in planning IEC interventions, and in using a new integrated kit of family planning and maternal health IEC materials for clients and providers. Advocacy efforts involved religious leaders in the promotion of family planning and addressing family planning policy issues with parliamentarians.

A 1996 survey found increased knowledge of family planning in the project's target area, which was later confirmed by the 1997 DHS. The survey also showed much greater knowledge of the pill, IUD, and condom than of other methods. From 1997 to 2000, the program used BCC strategies to reach special populations such as Islamic leaders. Another component was aimed at increasing men's participation in family planning, with some special posters and other IEC materials developed. In a 2003 study in 15 USAID districts, more than 90% of men and women of reproductive age could cite a modern method.

However, IEC has received scant attention since the end of PNFP, and most of the IEC materials that remain date back to that period (1996). However, the Gold Bridge (*Pont d'Or*) strategy to recognize and promote quality services with major community involvement has been piloted in Senegal and shows some promise in terms of demand creation. The concept is that the "bridges" of information and needs built between communities and health services will improve clinic-community relations and ultimately improve the quality and increase the use of services.

Social Marketing

Established 17 years ago, ADEMAs is the local nongovernmental organization devoted to social marketing. *Protec* condoms serve family planning clients and are also marketed to groups at high risk for HIV and sexually transmitted infections. *Protec* was introduced into the national network of pharmacies in April 1995. In June 1997, the distribution system was extended to nonpharmaceutical sales points in the private commercial sector in urban and peri-urban areas throughout Senegal. These sales points include coffee shops, bars, restaurants, bus stops, hotels, night clubs, supermarkets, hair salons, cosmetics shops, telephone kiosks, and gas station-based minimarkets.

Between 1998 and 2000, the number of private sales points increased by 17.5%. Traditional sales points (pharmacies) continued to sell the majority of condoms, but the nontraditional sales points showed significant growth in their market share. The number of these nontraditional sales points increased by 13%, but their sales rose by 47%. In fact, the use of condoms for family planning has probably been lost due to greater marketing of condoms for HIV protection. While improved distribution, BCC, and educational campaigns increased sales of *Protec* by 66% between 1999 and 2003, some key respondents noted that most users would not equate condoms with family planning. There is no evidence of "dual protection" or "dual usage" messages over the years.

In 2002, ADEMAs launched a social marketing campaign for an oral contraceptive, Securil. At the time of Securil's launch, only 3.3% of Senegalese women used the pill, and there were no low-cost oral contraceptives available through the private sector. Securil targeted low-income to middle-income married urban women. In the private sector, however, only doctors and midwives can prescribe oral contraceptives, as there is no government-approved training for other medical staff. USAID supported ADEMAs to develop a training curriculum for private providers that focuses on quality of care, interpersonal communication, and side effects management, in hopes that the government will expand the range of private providers allowed to prescribe oral contraceptives (CMS Project, 2004). Private-sector sources now account for 20% of pill distribution and 55% of condom provision.

ADEMÁS also sells oral rehydration salts and bed nets, and while ADEMÁS is a well-functioning social marketing program (USAID, 2005), the lack of focus on family planning, coupled with medical barriers to increasing pill use, is a handicap for ADEMÁS in truly helping the national family planning program to increase contraceptive use.

Data for Decision Making

The World Bank noted that Senegal's health sector lacked appropriate systems for monitoring indicators. They attributed this to the MOH's lack of leadership and accountability, resulting in a lack of quality data and a poor information system: "A lack of accountability in the public sector, due to the lack of a solid monitoring and evaluation system on which both the government and donors can rely, is a major stumbling block for the Sector-wide Approach Program." In the realm of family planning and reproductive health, it is clear that in many instances, USAID and other donors' research and evaluation systems supported a weak government information system. For example, from 1997 until 2000, one of the civil service unions engaged in a "data strike," ceasing to collect, maintain, and disseminate basic health information. In the family planning program, this compromised contraceptive logistics management and led to frequent stockouts. Even in 2006, USAID notes, the MOH lacks a well-functioning health information system that would allow it to demonstrate that progress is being made toward achieving health improvement goals (USAID/Senegal, 2006).

This situation persists despite extensive data collection, much of which was supported by USAID:

- ◆ DHS and other population-based surveys
- ◆ Situation analyses of health facilities (in 1995, 1997, 1998, and 2003)
- ◆ Behavioral surveillance surveys and evaluation of sexually transmitted infections care management surveys

In addition to periodic surveys, USAID/Senegal also collects routine monitoring data on such things as the number and type of contraceptives used and the number of vaccines administered (Groupe Serdha, 2003). However, the weakness of the government information system makes it hard to track progress.

Conclusions and Lessons Learned

Despite some promising beginnings and a moderately strong program in the mid-1990s, the progress of Senegal's family planning program has slowed over the last decade. Reasons for the uneven progress are noted below:

- ◆ Desired family size equals actual family size.
- ◆ Social, cultural, and medical barriers remain, despite attempts to address them.
- ◆ Leadership for and commitment to family planning have been uneven.
- ◆ Organizational and policy changes such as decentralization and SWAps have not supported consistent program growth.
- ◆ Donors refocused their interests in the late 1990s, with USAID moving toward health financing and management issues and UNFPA moving toward integrated reproductive health services, adolescents, and HIV/AIDS. Because government leadership was continually changing, there were few internal champions to take over from the donors.
- ◆ The intensity of family planning activities weakened over time in terms of services, training, IEC/BCC, and private-sector participation.
- ◆ Though excellent data were available, they were not used for program decision making.
- ◆ Effective pilot projects, such as the community-based health operations research project, were not taken to scale.

The principal lessons learned from the Senegal experience are as follows:

- ◆ The Senegal program did not focus enough attention on reducing biases and barriers on both the supply side and the demand side of programming. Policy and practice barriers prevented lower level providers from distributing a wide range of family planning methods. The cultural and social norms served as a barrier in creating a strong environment for a national family planning program. Considerable investments that would have been required to shift cultural norms were not made in behavior change communications and in the development of and support for local champions.
- ◆ The decentralization process weakened the focus on family planning. Family planning programs were left to untrained local authorities and political institutions that knew little about them and did little to expand the program. As part of this process, family planning was integrated within reproductive health services, thus weakening family planning programming.
- ◆ Leadership and advocacy for family planning at all levels is an important component of program success. Family planning was not a top priority for the Senegalese health care system, thus making even the scarce donor resources and inputs less effective and sustainable. Frequent changes in leadership also limited the ability to identify and nurture family planning champions.
- ◆ Few community-based organizations chose to focus on family planning activities, thus limiting the possible positive influence of community involvement via village health committees. Additionally, opportunities for using community health structures like the health providers at the health posts and health huts were not fully supported.

References

- Advance Africa. 2002. *Mapping integration of FP/MCH and STI/HIV/AIDS services in Senegal's Kaolack region* (English translation from French), Ministry of Health and Prevention, Senegal—Office of Health.
- ASBEF. 2004. *Document de presentation d'ASBEF*. <http://www.alizes-eole.com>. Accessed July 25, 2006.
- 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. Available at: <http://www.phrplus.org/Pubs/te18fin.pdf>.
- Ayad, M., and 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., and 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, and Family Health International, Research Triangle Park, NC.
- ORC Macro. Forthcoming. *Senegal Demographic and Health Survey 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*. <http://www.usaid.gov/pubs/cbj2002/afr/sn/#ads>. Accessed July 25, 2006.

USAID. 2005. Senegal Congressional Budget Justification.
http://www.usaid.gov/policy/budget/cbj2005/afr/pdf/sn_cbj_fy05.pdf. Accessed July 25, 2006.

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.

Appendix I: List of Persons Contacted

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

Other Donors

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

Ministry of Health, 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

NGOs/Private Sector, 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

Other Cooperating Agencies

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 Region—Health Facilities

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 NMidwife, Roi Baudouin Health Center

Thies Region

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 Region

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 Region

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

Fatick Region

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

Louga Region

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

Saint Louis Region

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

Appendix 2: Documents Reviewed

Ayad, M., and 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.

Bledsoe, C. H. 2002. *Contingent lives: Fertility, time, and aging in West Africa*. Chicago and London: 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., and 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*.

CONAPOP. 1982. *L'Islam et la planification familiale*, Ministère du Plan et de la Coopération, 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,;The Futures Group.
- Galway, K. 1992. *Projet Options II activite reglementaire de planification familiale au Senegal, reglements et procedures qui freinent la mise a disposition de services de planification familiale et encouragent la forte fecondite: Observations et activites proposees*. Washington, DC : The Futures Group.
- Groupe 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 Snate et de l'Action Social, Programme National de Planification 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, The 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 Familiale et Population, ISTI/USAID, Ministere de Sante Publique et de l'Action Sociale. Thies.
- Mensch, B. S., Singh, S., and 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'Economie 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 Operationnelles 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 and 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. and Tolley, E. 1996. *Mesurer l'access a l'education et aux services de planification familiale pour les jeunes gens a Dakar, Senegal*. Dakar: CEFFEVA;, and Research Triangle Park, NC: Family Health International,.
- Ndiaye, S., Sarr, I., and Ayad, M. 1988. *Enquête démographique et de sante au Sénégal 1986*. Columbia, MD, USA: Ministère de l'Economie, 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 sante au Sénégal (EDS-II) 1992/93*. Dakar: Ministère de l'Economie, 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 sante au Sénégal (EDS-III) 1997*. Dakar: Ministère de l'Economie, 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, Feb. 15–18.

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 santé 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):

- ◆ 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/Family 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 : The 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.

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

World Bank. 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.

World Bank. 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.

World Bank. 2004. *Public expenditure review*. Washington, DC.

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.