

Comprendre les grossesses non désirées au Sénégal: Rapport du Profil Pays

KAILA CLARKE, MOHAMADOU SALL, BABACAR MANÉ, NAFISSATOU DIOP ET BOCAR MAMADOU DAFF

Comprendre les grossesses non désirées au Sénégal: Rapport du Profil Pays

KAILA CLARKE¹, MOHAMADOU SALL², BABACAR MANÉ¹, NAFISSATOU DIOP¹
ET BOCAR MAMADOU DAFF³

¹ Population Council

² Institut de Population Développement et Santé de la Reproduction (IPDSR)

³ Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l'Enfant (DSRSE) &
Point Focal PPD



STEP UP œuvre en faveur d'une recherche pertinente à l'élaboration des politiques afin de promouvoir une approche basée sur des données pour améliorer l'accès à la planification familiale et à l'avortement sans risques. Nous travaillons au Bangladesh, dans la partie Nord de l'Inde, au Ghana, au Kenya et au Sénégal. STEP UP est coordonné par le Population Council dans partenariat avec le African Population and Health Research Center; icddr,b; London School of Hygiene and Tropical Medicine; Marie Stopes International; et Partners in Population and Development. STEP UP est financé par UK aid de la Gouvernement de UK.

www.stepup.popcouncil.org



Partners in Population and Development (PPD)

Le PPD est une initiative intergouvernementale lancée en 1994 à la Conférence Internationale sur la Population et le Développement. Elle comprend des pas membres de partout dans le monde, et fut créée dans le but d'étendre et améliorer la collaboration sud-sud dans les domaines de la santé de la reproduction, de la population et du développement. www.partners-popdev.org



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

Citation recommandée: Clarke, Kaila, Mohamadou Sall, Babacar Mané, Nafissatou Diop, et Boacar Mamadou Daff. 2013. "Comprendre les Grossesses Non Désirées au Sénégal: Rapport du Profil Pays," *Rapport de Recherche STEP UP*. Dakar: Population Council.

© 2013, Population Council

Pour plus d'informations, veuillez contacter:

Dr. Harriet Birungi, hbirungi@popcouncil.org

Dr. Ian Askew, iaskew@popcouncil.org



Table des Matières

Acronymes	vi
Résumé Exécutif.....	viii
Executive Summary	xiii
Introduction	1
Méthodologie	2
PREMIERE PARTIE: Droits sexuels et reproductifs au Sénégal - Contexte juridique, politique et socioculturel.....	3
A) Lois et politiques relatives à la santé de la reproduction, à la planification familiale et à l'avortement - Historique et situation actuelle.....	3
Programme national de santé de la reproduction	3
Cadre juridique	4
Politiques et programmes	6
B) Système juridique et mécanisme de protection des droits humains fondamentaux	9
Mécanismes internationaux	9
Engagements régionaux.....	10
Mécanismes nationaux	12
C) Non-discrimination et prise en compte des groupes vulnérables	12
De la non-discrimination en général	12
Femmes enceintes et nouveau-nés.....	12
Personnes vivant avec le VIH/SIDA.....	13
Femmes rurales.....	13
Jeunes	13
Handicapés.....	14
Pauvres et autres catégories vulnérables.....	14
D) Les normes socio-culturelles et les tendances concernant la constitution de famille, la maternité, etc.....	14
Mariage précoce et quasi universel	14
Rapports sexuels et grossesses précoces	15
Désir de famille nombreuse	15
Allaitement maternel prolongé	16
Croyances et traditions islamiques	16
DEUXIEME PARTIE: Indicateurs en matière de planification familiale et de santé de la reproduction: analyses des tendances et de l'équité.....	18

A) Statut de la fécondité, intentions et taille souhaitée de la famille	18
Les tendances de la fécondité	18
La fécondité désirée et non désirée	20
La planification et l'espacement des naissances	21
Intentions de fécondité chez les femmes vivant avec le VIH/SIDA et ayant subi un avortement.....	26
B) La planification familiale.....	26
Utilisation de la contraception	26
La gamme de méthodes	28
Les grossesses non désirées et non planifiées	30
La demande en planification familiale et les besoins non satisfaits	34
L'interruption d'une méthode de contraception.....	36
La connaissance et l'acceptation de la planification familiale	36
L'utilisation de la planification familiale par les femmes vivant avec le VIH/SIDA.....	38
C) L'avortement.....	38
L'ampleur et les caractéristiques de l'avortement.....	38
Les conséquences des avortements à risque.....	40
TROISIEME PARTIE : Accès à la planification familiale et aux services après avortement de qualité.....	42
A) L'accès à l'information et aux services	42
L'accès aux structures de santé et aux prestataires de soins.....	42
L'accès à l'information et aux services en matière de planification familiale.....	42
L'accès aux soins pendant et après-avortement	44
Le coût supporté par les client(e)s pour l'accès aux services de planification familiale et d'avortement/SAA	45
B) Disponibilité et Qualité des Services.....	46
La disponibilité des services de planification familiale et de soins après avortement(SAA)	46
La qualité des services de planification familiale et d'avortement/SAA	49
Le coût des services de planification familiale et d'avortement/SAA	50
Le coût par couple-année protection (CAP) pour des scénarios alternatifs de gamme de méthodes/ combinaison de secteurs	51
C) Les obstacles et les raisons justifiant l'utilisation et la non-utilisation des services de planification familiale / santé de la reproduction et / SAA	51
Les obstacles à la demande	51
Les obstacles à l'accès	53
QUATRIEME PARTIE: Mécanismes de financement et de prestations.....	55
A) Les acteurs dans le domaine du financement et des prestations	55

La répartition des financements.....	55
Le rôle de l'Etat.....	55
Les bailleurs de fonds internationaux	56
Les acteurs intervenant dans la prestation de services	56
B) Les mécanismes d'intervention en matière de prestation.....	57
Les prestataires privés.....	57
Les offres de services dans le milieu du travail	57
Les franchises sociales et le marketing social	58
L'approche basée sur les résultats – Coupons modérateurs.....	59
La distribution à base communautaire	60
L'utilisation des TIC, de l'e-santé/m-santé et des media pour l'IEC/CCCS pour la planification familiale et l'avortement/les soins après avortement	62
C) L'approvisionnement et la logistique pour l'offre des produits contraceptifs.....	66
Les principaux bailleurs de fonds.....	66
Le projet DELIVER de l'USAID	67
Le système d'achat informé et coordonné	67
La Pharmacie nationale d'approvisionnement	67
La logistique pour l'offre de SAA.....	68
CINQUIEME PARTIE: Effets des grossesses non désirées (en dehors des avortements)	69
A) L'état de la planification et graphique des résultats	69
B) Les fausses couches	69
C) L'adoption	70
D) La mortalité et morbidité maternelles attribuables aux grossesses non désirées et malvenues	70
E) La mortalité néonatale et infantile attribuables aux grossesses non désirées et malvenues.....	70
F) Projections de la population avec et sans les grossesses non désirées.....	71
G) Projections économiques avec et sans les grossesses non désirées	72
H) Les années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY), perdues pour cause de grossesses non désirées.....	72
SIXIEME PARTIE: Implications sur les politiques et programmes	73
A) Lacunes / Défis	73
La disponibilité des ressources humaines par cadre et par secteur (prestataires et superviseurs).....	73
La formation / l'orientation pour la qualité technique et un counseling orienté vers les client(e)s.....	74
La disponibilité des produits (planification familiale et avortement sans risque).....	75
Le suivi & l'évaluation	75
Les questions de politiques entourant la disponibilité des services	76

Les questions juridiques	77
B) Implications.....	78
Par secteur de la population	78
Pour la réalisation des OMD	79
Pour les intérêts nationaux	80
Conclusion	82
Bibliographie	84

Acronymes

ADEMAS	Agence pour le Développement du Marketing Social
AMV	Aspiration Manuelle à Vide (Intra-Utérine)
ANSD	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
ASBEF	Association Sénégalaise pour le Bien –Etre Familial
CARMMA	Campagne pour l’Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique
CD	Curettage Digital
CDE	Convention sur les Droits de l’Enfant
CEDEF	Convention sur l’Elimination de toutes les Formes de Discrimination à l’Egard des Femmes
CEFOREP	Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction
CESCR	Comité des Droits Economiques, Sociaux et Culturels
CIB	Coordination des informations sur les systèmes d’achat
CMS	Stratégies de Commercialisation
CRDH	Centre de Recherche pour le Développement Humain
CSCC	Communication Sociale pour le Changement de Comportement
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DPP	Déclaration de la Politique de Population
DSRSE	Division/Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l’Enfant
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ESIS	Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de Santé
FRONTIERS	Frontières en Santé de la Reproduction
GFR	Taux Général de Fécondité
IEC	Information, Education, Communication
ISSU	Initiative Sénégalaise de Santé Urbaine
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MAMA	Méthode Maternelle et de l’Aménorrhée
MEA	Mesures et Evaluation des Apprentissages
MSH	Management Sciences for Health
MSI	Marie Stopes International
NU	Nations Unies
OC	Organisation Confessionnelle
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement

OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé
PALU	Paludisme
PATH	Program for Appropriate Technology in Health
PF	Planification Familiale
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNDS	Plan de Développement de la Santé
PNFP	Programme National de Planification Familiale
PNP	Politiques, Normes et Protocoles
PRA	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
RAPID	Ressource pour l'Analyse de la Population et de son Impact sur le Développement
SAA	Soins Post-Avortement
SMNI/	Santé Maternelle, Néonatale et Infantile
SOU	Soins Obstétricaux d'Urgence
STEP-UP	Strengthening evidence for programming on unintended pregnancies (Consolidation des Données pour une Programmation sur les Grossesses Non Désirées)
TGFG	Taux Global de Fécondité Générale
TIC	Technologie de l'Information et de la Communication
UA	Union Africaine
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	United States Agency for International Development (Agence Américaine de Développement International)

Résumé Exécutif

INTRODUCTION

Dans les pays en développement, 40% des grossesses ne sont pas désirées. Ces grossesses non désirées contribuent davantage à la croissance rapide de la population et à l'augmentation des investissements démographiques, déjà difficilement supportables par ces pays. Par ailleurs, des avortements à risque peuvent résulter de ces grossesses, mettant souvent en péril la vie des femmes. Beaucoup de grossesses non désirées résultent d'un besoin non satisfait en planification familiale. Ainsi, des réponses adéquates apportées à ces besoins non satisfaits contribueraient à réduire de façon significative les grossesses non désirées et leurs conséquences néfastes. C'est ainsi qu'un programme de recherche dénommé "Strengthening Evidence for Programming on Unintended Pregnancy (STEP UP) – (consolidation des données pour une programmation sur les grossesses non désirées)" a été mis en œuvre dans cinq pays d'Afrique et Asie du Sud-est sur financement de la coopération britannique (DFID). L'objectif de STEP UP est d'améliorer la santé des plus pauvres et des plus vulnérables, notamment les femmes des pays en développement. Ce programme, qui est exécuté par un consortium de partenaires coordonné par le Population Council, propose une approche basée sur les données pour l'élargissement de l'accès à des services de qualité en matière de planification familiale (PF) et d'avortement sans risque.

Dans le cadre des activités de ce programme de recherche, un Profil Pays a été préparé pour le Sénégal pour compiler et synthétiser les informations disponibles sur la santé de la reproduction (SR), en particulier les grossesses non désirées et par conséquent les besoins non satisfaits en matière de planification familiale. Le rapport est articulé en six parties. La première partie décrit le contexte des lois, des politiques et des normes socioculturelles relatives à la planification familiale, à l'avortement et à d'autres problèmes de santé de la reproduction au Sénégal. La deuxième partie procède à une analyse des données pertinentes et des indicateurs disponibles pour donner un aperçu sur l'état actuel et les niveaux des indicateurs de planification familiale, de fécondité et d'avortements dans le pays. La troisième partie aborde l'accès, la disponibilité, la qualité et les obstacles relatifs à l'utilisation des services de planification familiale et des soins post-avortements (SAA). Dans la quatrième partie, les mécanismes de financement et de prestation des services sont explorés et des exemples d'initiatives pertinentes sont donnés. La cinquième partie analyse les conséquences des grossesses non désirées en prenant en compte les changements qui pourraient résulter de leur diminution. Enfin, en guise de conclusion, la sixième partie met en exergue les grands défis auxquels le Sénégal est confronté en matière de réduction des grossesses non désirées, les implications qui résulteraient des actions qu'il entreprendrait et donne des recommandations pour la poursuite des progrès engagés.

Le Profil Pays constitue donc un document de référence pour tout chercheur, praticien et acteur intéressé par la planification familiale en général et par les besoins non satisfaits en particulier. Il fournit de précieux éclairages pour le renforcement des programmes actuels et futurs et la réduction des grossesses non désirées au Sénégal.

METHODOLOGIE

Une revue exhaustive de la littérature a été menée, portant essentiellement sur l'examen de chartes, conventions, pactes, déclarations, protocoles et documents des programmes nationaux en vue de camper le contexte et l'historique. Les données d'enquêtes disponibles ont été examinées et analysées. Des informations complémentaires ont été tirées à partir d'autres documents universitaires, de rapports d'organisations non gouvernementales (ONG) et d'entités gouvernementales ainsi que d'autres sources de la littérature grise tels que les articles de presse. Quelques entretiens ont aussi été menés avec des parties prenantes clés pour discuter certains aspects de façon plus approfondie.

PRINCIPAUX RÉSULTATS

Première partie : Droits sexuels et reproductifs au Sénégal - Contexte juridique, politique et socioculturel

Au cours des dernières années, le Sénégal a adopté plusieurs lois, politiques et programmes qui témoignent d'une réelle volonté politique de traiter ces questions. Trois événements majeurs ont servi de cadre à l'intégration des préoccupations en matière de santé de la reproduction dans le programme national. Il s'agit de la Déclaration de Politique de Population (DPP) adoptée en 1988, de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) en 1994, et des Objectifs du Millénaire pour le Développement en 2000. Des documents de référence clés en ont découlé qui, par leurs principes et stratégies, ont contribué à renforcer le cadre juridique et politique pour la mise en œuvre des programmes. Ainsi, on peut noter l'adoption de politiques visant à améliorer la santé de la reproduction des populations en général et de certains groupes spécifiques tels que les femmes enceintes et les nouveau-nés, les adolescents/jeunes, les personnes vivant avec le VIH, les couches pauvres. L'adoption de textes à portée juridique au plan international, régional et national a également permis de renforcer le dispositif légal et juridique. Parmi ces mesures, on peut citer : au plan international/régional : l'adoption du protocole de Maputo et de la déclaration d'Abuja ; au plan national : l'adoption de la loi sur la SR et de la loi sur le VIH/Sida. Des mesures ont été également prises pour dissuader le mariage et les grossesses précoces, et pour protéger les droits des handicapés. Toutefois, en dépit de cette volonté politique, il existe encore des défis à relever, en particulier en matière d'augmentation de l'accès aux soins, de l'amélioration de leur qualité et de la réduction des contraintes d'ordre socioculturel et religieux. Le cadre juridique recèle encore des faiblesses relatives aux questions liées à la protection accordée aux prestataires de services, aux droits des clients, et aux droits relatifs à l'avortement qui restent limités par l'article 305 du Code pénal.

Deuxième partie : Indicateurs en matière de planification familiale et de santé de la reproduction: analyses des tendances et de l'équité

Le Sénégal est caractérisé par des taux de fécondité élevés. Au moment de l'EDS 2010-2011, le Sénégal avait un Indice Synthétique de Fécondité (ISF) d'environ 5,0 enfants par femme. Ce niveau est très proche du nombre idéal d'enfants désirés par les femmes (5,2). Cependant, les hommes auraient idéalement voulu 7,3 enfants en moyenne. Le niveau élevé de la fécondité s'explique par une nuptialité et une fécondité précoces, bien qu'on constate un recul de l'âge au mariage et à la première naissance. Il s'explique également par le faible taux d'utilisation de la contraception. En 2010-2011, bien que 90,7% des hommes et des femmes âgés de 15 à 49 ans connaissent au moins une méthode moderne de planification familiale, seulement 9,6% des femmes ont eu recours à la contraception, dont 8,9% pour cent à une méthode moderne. Les femmes mariées utilisaient le plus souvent les injectables (5,2%) et la pilule (4,1%), tandis que les femmes célibataires sexuellement actives utilisaient de préférence le préservatif masculin (11,1%) et les injectables (7,8%). Compte tenu de l'utilisation relativement faible de contraception fiable, on note une proportion non négligeable de grossesses non désirées. L'EDS de 2010-2011 indiquait que 20% des femmes auraient souhaité avoir leur grossesse à une date ultérieure et que 4% auraient préféré ne pas avoir de grossesses du tout. L'analyse révèle des différences selon le niveau d'instruction, le milieu de résidence et le statut économique du ménage. En ce qui concerne les avortements, en raison de son illégalité au Sénégal, il existe peu de statistiques fiables sur sa prévalence, et bien qu'il soit difficile d'attribuer directement des conséquences sanitaires, sociales et économiques à la pratique de l'avortement, le chapitre résume les informations disponibles.

Troisième partie : Accès à la planification familiale et aux services après avortement de qualité

Pour assurer l'efficacité de la planification familiale et des services de santé de la reproduction, ceux-ci doivent non seulement exister, mais également être à la fois accessibles à tous et de bonne qualité. Des investissements importants ont été enregistrés en termes d'infrastructures et de ressources humaines. Toutefois, l'accès à l'information en matière de planification familiale et l'utilisation des services de santé de la reproduction font encore défaut. Selon l'EDS 2010-2011, le pourcentage de femmes qui fréquentaient les structures de santé l'année précédente était de 51%. Dans l'ensemble, seuls 7% des femmes avaient fréquenté un centre de santé au cours des 12 mois précédant l'enquête et discuté de planification familiale. Du fait que les structures de santé ne donnent pas d'information sur la planification familiale lorsque les femmes y vont pour autre chose et compte tenu du faible niveau des visites effectuées sur le terrain par les agents de santé dans le but de discuter de planification familiale, au moins 89% des femmes n'ayant pas pu recourir à la contraception, ont indiqué n'avoir discuté de planification familiale ni avec un agent de santé ni dans une structure de santé au cours de l'année précédente. L'accès à l'information à travers les médias reste également faible. En 2010-2011, 60% des femmes et 49% des hommes n'avaient ni vu ni entendu un seul message sur la planification familiale aussi bien à la radio qu'à la télévision, ou encore dans les journaux, encore moins dans les revues.

Afin d'obtenir des contraceptifs, 85% des femmes se tournent vers le secteur public, 12% vers le secteur privé et seulement 2% vers les autres sources telles que les ONG. Par ailleurs, des efforts ont été faits en direction d'une meilleure intégration des services de PF dans les autres services de SR. Alors que les services de planification familiale sont de plus en plus disponibles au Sénégal, les coûts supportés par les client(e)s peuvent constituer des barrières permanentes à leur accès. Pour cette raison, le Ministre de la Santé a fixé des prix modérés et standardisés pour la contraception au niveau du secteur public et certains produits tels les préservatifs sont gratuits.

Bien que l'avortement soit illégal au Sénégal, des efforts importants ont été faits pour améliorer l'accessibilité des services de Soins Après Avortement. Ceux-ci sont actuellement disponibles dans tous les hôpitaux nationaux et régionaux, dans les centres de santé et dans de nombreux postes de santé du secteur public. Cependant, les coûts relativement élevés peuvent constituer un obstacle pour les clientes potentielles.

Enfin, les obstacles à l'utilisation des services sont examinés, notamment le manque de perception du risque, l'opposition à l'utilisation, la religion, la fécondité désirée, la qualité des services, la désinformation et les idées fausses, les effets secondaires, les obstacles à l'accès, et les ruptures de stocks.

Quatrième partie : Mécanismes de financement et de prestations

La contribution de l'Etat au système de soins de santé a historiquement été faible par rapport aux besoins du secteur en référence aux recommandations des engagements internationaux et notamment aux recommandations d'Abuja qui préconisent 15%. Ce rôle limité du gouvernement signifie que le Sénégal a longtemps été tributaire des bailleurs étrangers en ce qui concerne la fourniture et la gestion de produits contraceptifs. Ainsi, environ 20 bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux, contribuent au financement du secteur de la santé. Cependant, la part la plus importante du financement pour les questions spécifiques de santé de la reproduction est fournie presque exclusivement par l'USAID et le UNFPA. Les acteurs gouvernementaux, les organisations non gouvernementales (ONG), les organisations confessionnelles et les entreprises sociales jouent également un rôle dans la prestation de produits et services et mutualisent souvent leurs forces.

Des approches alternatives sont également expérimentées pour renforcer les mécanismes d'offre de services. Il s'agit du marketing social, de la franchise sociale, des approches de distribution à base communautaire. D'autres mécanismes sont aussi mis en place pour assurer le bon fonctionnement du système, tels les activités de plaidoyer et le renforcement de la logistique et de l'approvisionnement en produits.

Cinquième partie : Effets des grossesses non désirées (en dehors des avortements)

Les grossesses non désirées au Sénégal peuvent avoir des conséquences à la fois négatives et graves sur la population. Elles se traduisent par des naissances non planifiées, des fausses couches et un phénomène d'adoption. En outre, les grossesses non désirées, tout en contribuant à une croissance rapide de la population et à une pression sur des ressources déjà limitées, peuvent conduire à l'augmentation de la mortalité maternelle et infantile. Ainsi, il est estimé qu'au Sénégal, le taux de mortalité maternelle est de 392 décès pour 100.000 naissances vivantes, et qu'1 femme sur 43 meurt des suites d'un accouchement. Le taux de mortalité infantile est également élevé avec 47 décès pour 1 000 naissances vivantes. Les grossesses non désirées contribuent à ces taux élevés, notamment par un risque accru de mortalité lié à des grossesses trop rapprochées et un recours désespéré à l'infanticide. Le chapitre présente différentes projections selon le niveau de grossesses non désirées. Ainsi, par exemple, des estimations du Ministère de la Santé montrent que si tous les besoins non satisfaits de planification familiale étaient couverts, les grossesses non désirées seraient presque éliminées et la mortalité maternelle pourrait diminuer de 20 à 30%. La quasi-élimination des grossesses non désirées pourrait aussi entraîner une baisse de la mortalité infantile de 12 à 20%.

Sixième partie : Implications sur les politiques et programmes

La situation actuelle régissant l'environnement des grossesses non désirées met en évidence de nombreuses lacunes et défis à relever. Des faiblesses sont notées au niveau des services de planification familiale, de SAA, et de santé de la reproduction en raison du nombre limité de ressources humaines, ce qui restreint la capacité du système à réduire le nombre de grossesses non désirées. Alors que l'OMS recommande au minimum une infirmière pour 300 habitants et une sage-femme pour 300 femmes en âge de procréer, le Sénégal recommande un objectif beaucoup plus modeste consistant en une infirmière d'Etat instruite pour 5.000 habitants et une sage-femme pour 1.500 à 2.000 femmes en âge de reproduction. En 2010, le gap à résorber était de 712 agents. L'existence de ce gap révèle un paradoxe entre le déficit de sages-femmes en poste et le nombre important de sages-femmes sorties des écoles publiques et privées de formation mais qui sont au chômage. Il y a aussi le problème du déséquilibre dans la répartition des ressources humaines avec la région de Dakar qui en concentre une bonne partie. Le déséquilibre est particulièrement prononcé pour les médecins titulaires d'une spécialisation.

Le système actuel de formation n'a pas été jugé adéquat pour assurer des services de santé de la reproduction de qualité. Une formation mettant plus fortement l'accent sur les soins à l'intention des patient(e)s et sur l'importance de traiter les patient(e)s avec égard en vue de les mettre à l'aise a été proposée pour permettre de lever les obstacles liés à la peur du jugement ou aux mauvais traitements. Ceci encouragerait plus de patient(e)s potentiel(le)s à fréquenter les services. De plus, la mise en place d'un système de supervision plus élaboré aiderait à rendre le système plus opérationnel.

Le gouvernement du Sénégal doit intensifier son engagement à assurer un approvisionnement national suffisant en produits de santé de la reproduction et de SAA. Un système de coordination renforcé doit être mis en place pour assurer une bonne distribution et répartition des produits selon les besoins.

Le Sénégal doit améliorer ses mécanismes de suivi et d'évaluation à la fois pour ce qui concerne la distribution des ressources que pour l'assurance que les programmes de la planification familiale, de SAA, et autres programmes de santé de la reproduction répondent à l'évolution des besoins. Une réorganisation du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) est nécessaire pour documenter de façon fiable les différentes étapes de la chaîne de résultats des programmes (intrants, activités, extrants, effets et impacts). De plus, des recherches, notamment opérationnelles, devraient être menées pour trouver des solutions aux goulots d'étranglements et aux problèmes identifiés dans l'exécution des programmes.

De nombreuses contraintes juridiques altèrent l'efficacité des services de SR/PF, et SAA. Par exemple, les règles strictes qui régissent le secteur pharmaceutique peuvent entraver la capacité de fournir les services

nécessaires. La fourniture de contraceptifs est également très limitée dans le secteur privé. De plus, les contraceptifs hormonaux, en particulier, sont confrontés à des réglementations gouvernementales strictes. L'importation et la distribution de ces méthodes, nécessitent un processus complexe et long. En outre, l'illégalité de l'avortement est l'obstacle juridique le plus important à la réduction des grossesses non désirées.

Pour fédérer toutes les actions en matière de SR, un cadre juridique cohérent doit être mis en place. Celui-ci aidera à réduire les contradictions entre les différentes dispositions législatives et réglementaires élaborées dans les secteurs concernés par la SR. Ce cadre juridique doit aussi régler la question de la conformité entre le dispositif au niveau national et ceux ratifiés par le Sénégal au niveau international. Le développement de ce cadre juridique cohérent doit englober la mise à jour de la Loi sur la SR de 2005 et aboutir à sa mise en œuvre effective à travers un décret d'application.

Les programmes de SR/PF et de SAA devraient aussi prendre en compte les disparités dans les besoins non satisfaits, notamment pour ce qui concerne les groupes les plus vulnérables et les régions avec les taux les plus élevés de besoins non satisfaits.

CONCLUSION

D'importants efforts ont été consentis par l'Etat sénégalais pour améliorer la santé de la reproduction. Cependant, de nombreux obstacles continuent de freiner les progrès réalisés pour réduire les grossesses non désirées dans le pays. Les ressources matérielles et humaines qui sont à la fois limitées et mal réparties rendent les progrès des programmes moins efficaces. Alors que le gouvernement sénégalais a fermement déclaré sa volonté politique de réduire les grossesses non désirées grâce à la mise en place d'une feuille de route et de programmes nationaux, il a besoin d'accroître sa capacité institutionnelle pour fournir l'encadrement nécessaire, renforcer la coordination et accélérer la mobilisation des ressources financières. Un programme national plus cohérent et ciblé est donc nécessaire pour réduire ces obstacles. Dans le même temps, les acteurs non-gouvernementaux devraient poursuivre leurs efforts pour renforcer leur programmation pour produire des effets plus immédiats, tout en assurant une meilleure coordination entre eux. Les facteurs socioculturels devraient être plus fortement pris en considération et traités de façon plus directe. Compte tenu du rôle important que joue la religion au Sénégal, les initiatives devraient plus fréquemment cibler les chefs spirituels. Des efforts concertés pour atteindre ces objectifs auront un impact généralisé et substantiel sur le bien-être national.

Executive Summary

INTRODUCTION

In developing countries, 40% of pregnancies are unintended. These unintended pregnancies contribute to the rapid growth of the population and the increase in investments in demographics already unbearable in these countries. In addition, unsafe abortions can result from these pregnancies, often putting women's lives at risk. Many of these unintended pregnancies result in an unmet need for family planning. Thus, adequate responses to this unmet need would contribute to the significant reduction of unintended pregnancies and their adverse consequences. It is in this context that a research program entitled "Strengthening Evidence for Programming on Unintended Pregnancy (STEP UP) – (a consolidation of data for programming for unintended pregnancies)" and financed by the British cooperation (DFID) was implemented in five African and South Asian countries. The objective of STEP UP is to improve the health of the poorest and most vulnerable populations especially women in developing countries. This program which is executed by a consortium of partners coordinated by Population Council offers an approach based on data for the widening of access to quality family planning (FP) services and safe abortions.

In the context of research program activities, a Country Profile was prepared for Senegal to compile and synthesis available information on reproductive health (RH) especially unintended pregnancies and therefore, unmet need in family planning. The report is in six parts. The first describes the context of laws, policies and socio-cultural norms pertaining to family planning, abortion and other reproductive health problems in Senegal. Part two proceeds to an analysis of relevant data and available indicators in order to give a glimpse of the actual state and indicator levels in family planning, fertility and abortion in the country. The third deals with access, availability, quality and obstacles pertaining to use of family planning services and post abortion care (PAC). In part four, the financial and service delivery mechanisms are explored and examples of pertinent initiatives are given. The fifth part analyzes the consequences of unintended pregnancies by taking into account the changes that could result in their reduction. Finally, in conclusion, the sixth part highlights the significant challenges facing Senegal in the reduction of unintended pregnancies, the implications that would result from actions taken and gives recommendations for further progress.

The Country Profile is therefore a reference document for researchers, practitioners and stakeholders interested in family planning in general and in unmet need in particular. It provides valuable insights on the strengthening of current and future programs and the reduction of unintended pregnancies in Senegal.

METHODOLOGY

A comprehensive literature review was conducted focusing on the examination of charts, conventions, pacts, declarations, protocols and documents in national programs in order to depict the context and history. The available study data was reviewed and analyzed. Additional information was obtained from other university documents, nongovernmental organizations (NGOs) and governmental entities reports as well as others grey literature sources such as press articles. Some interviews were conducted with key stake holders to talk about certain aspects in depth.

KEY RESULTS

Part one: Sexual and Reproductive Rights in Senegal –Legal, political and socio-cultural context

In recent years, Senegal has adopted several laws, policies and programs that reflect a genuine political will to address these issues. Three major events served to frame the integration of reproductive health issues in the national program. The Declaration of Population Policy (DPP) was adopted in 1988; the International Conference

on Population and Development (ICPD) took place in 1994; and the Millennium Development Goals were instated in 2000. Key reference documents ensued, which, through their principals and strategies, contributed to the strengthening of the legal and political framework for program implementation. Thus, the adoption of policies aimed at the improvement of reproductive health in general and certain specific groups such as pregnant women and newborns, adolescents/young people, persons living with HIV, the poorest populations. The adoption of text concerning legal matters on national, regional and international levels has also permitted the strengthening of the legal and judicial systems. These measures include at the regional/international level: adoption of the Maputo protocol and the Abuja declaration; at the national level: the adoption of the law on RH and the law on HIV/AIDS. Other measures were taken to dissuade early marriages and pregnancies and to protect disabled persons' rights. However, despite the political willingness, many challenges remain, particularly with the increase of access to care, improvement of their quality and the reduction of socio-cultural and religious constraints. The legal framework still has weaknesses pertaining to issues linked to the protection of service providers, to clients' rights and to abortion rights that remain limited by article 305 of the Penal Code.

Part two: Family planning and reproductive health indicators: analysis of trends and equity

Senegal is characterized by high fertility rates. At the time of the DHS 2010 – 11, Senegal had a Total Fertility Rate (TFR) of approximately 5 children per woman. This level was very close to the ideal number of children wanted by women (5.2). However, men ideally wanted 7.3 children on average. The high level of fertility can be explained by early marriage and fertility, although marital age and age at first birth have been rising. It can also be explained by the low rate of contraception use. In 2010 – 11, although 90.7% of men and women aged 15 – 49 knew of at least one modern family planning method, only 9.6% of women had used contraception of which 8.9% used a modern method. Married women most often used injectables (5.2%) and the pill (4.1%) while sexually active single women preferred the male condom (11.7%) and injectables (7.8%). Considering the relatively low use of reliable contraception, there is a significant number of unintended pregnancies. The 2010 – 11 DHS indicates that 20% of women would have liked their pregnancies to occur at a later date and that 4% would have preferred not to be pregnant at all. The analysis reveals differences according to education level, place of residence and economic status of the household. Regarding abortions, because it's illegal in Senegal, there are few reliable statistics on its prevalence and although it is difficult to directly attribute sanitary, social and economic consequences to the practice of abortions, the chapter summarizes available information.

Part three: Access to quality family planning services and post abortion care

In order to ensure the effectiveness of family planning and reproductive health services, they have to not only exist, but also be both accessible to all and of good quality. Significant investment has been recorded concerning infrastructure and human resources. However, access to family planning information and use of reproductive health services are still lacking. According to 2010 – 11 DHS, the percentage of women who went to health facilities the previous year was 51%. Overall, only 7% of women had been to a health center in the last 12 months preceding the study and talked about family planning. Because health facilities do not provide family planning information when women go there for another issue and considering the low level of field visits by health agents in order to discuss family planning, at least 89% of women who were not able to resort to contraception use indicated not having discussed family planning with a health agent and not having been in a health facility within the last year. Access to information through the media remains low. In 2010 – 11, 60% of women and 49% of men had not seen nor heard one single message about family planning whether it be on the radio, television or even in newspapers and even less in magazines.

In order to obtain contraceptives, 85% of women are turning to the public sector, 12% to the private sector and only 2% to other sources such as NGOs. Moreover, efforts have been made to integrate FP services into other RH services. Although family planning services are more and more available in Senegal, the cost for the client

could be deemed a permanent obstacle to access. For this reason, the Minister of Health fixed moderate, standardized prices for contraception at the public sector level and certain products such as condoms are free.

Despite the fact that abortion is illegal in Senegal, significant efforts have been made to improve accessibility to Post Abortion Care. The latter is currently available in all national and regional hospitals, in health centers and in many public sector health posts. However, relatively high costs can be an obstacle for potential clients.

Finally, obstacles to the use of services are reviewed especially the lack of the perception of risk, opposition to use, religion, desired fertility, the quality of services, disinformation and false ideas, side effects, obstacles to access and supply shortage.

Part four: Financial and service delivery mechanisms

The State's contribution to the health care system has been historically weak in relation to the sector's needs regarding international commitment recommendations and especially recommendations from Abuja that advocate for 15%. This limited role of the government means that Senegal has long been dependant on foreign donors in the provision and management of contraceptives. Thus, about 20 bilateral and multilateral donors contribute to the financing of the health sector. However, the largest share of funding for specific reproductive health issues is provided almost exclusively by USAID and UNFPA. Government actors, non-governmental organizations (NGOs), religious organizations and social enterprises also play a role in the delivery of products and services and often pool together their forces.

Alternative approaches are also tested to enhance the service delivery mechanisms; some of these are: social marketing, social franchising, and community-based distribution approaches. Other mechanisms are also in place to ensure the proper functioning of the system, such as advocacy and strengthening logistics and the supply of products.

Part five: Effects of unintended pregnancies (other than abortions)

Unintended pregnancies in Senegal may have both negative and serious consequences on the population. They result in unplanned births, miscarriages and a phenomenon of adoption. In addition, unintended pregnancies, while contributing to rapid population growth and pressure on already limited resources, can lead to increased maternal and infant mortality. Thus, it is estimated that in Senegal, the maternal mortality rate is 392 deaths per 100,000 live births, and 1 woman in 43 dies in childbirth. The infant mortality rate is also high, with 47 deaths per 1,000 live births. Unintended pregnancies contribute to these high rates, including an increased risk of mortality associated with closely spaced pregnancies and the desperate recourse to infanticide. The chapter presents different projections according to the level of unintended pregnancies. For instance, Ministry of Health estimates show that if all unmet family planning needs were covered, unintended pregnancies would almost be eliminated and maternal mortality could be reduced by 20-30 %. Virtual elimination of unintended pregnancies could also lead to a decline in infant mortality from 12 to 20 %.

Part six: Implications for policies and programs

The current situation governing the environment of unintended pregnancies reveals many gaps and challenges. Weaknesses are noted in regards to family planning services, PAC, and reproductive health due to the limited number of human resources, which restricts the ability of the system to reduce the number of unintended pregnancies. While the WHO recommends at least one nurse for every 300 inhabitants and one midwife for 300 women of childbearing age, Senegal recommends a much more modest goal consisting of an educated state nurse for 5,000 inhabitants and one midwife for 1500 to 2000 women of reproductive age. In 2010, the gap to be absorbed was 712 agents. The existence of this gap reveals a paradox between the gap of midwives at posts

and the large number of midwives who have come through public and private training schools but who are unemployed. There is also the problem of the imbalance in the distribution of human resources with the Dakar region in which a large part is concentrated. The imbalance is particularly pronounced for doctors with greater emphasis on patient care and on the importance of treating patients with respect to put him/her at ease has been suggested to allow for the removal of obstacles related to the fear of judgment or mistreatment. This would encourage more potential patients to seek services. In addition, the establishment of a more elaborate supervision system would help make the system more operational.

The Government of Senegal should intensify its commitment to ensure adequate domestic supply of reproductive health and PAC products. A strengthened coordination system should be established to ensure proper distribution and allocation of products as required.

Senegal must improve its monitoring and evaluation of the distribution of resources as well as the insurance that programs for family planning, SAA, and other reproductive health met evolving needs. A reorganization of the National Health Information System (NHIS) is required to reliably document the various stages of the chain of program results (inputs, activities, outputs, outcomes and impacts). In addition, research, especially operational, should be conducted to find solutions to the bottlenecks and problems identified in the implementation of programs.

Many legal constraints affect the efficiency of RH/FP and PAC services. For instance, strict rules governing the pharmaceutical sector may hinder the ability to provide necessary services. Provision of contraceptives is also very limited in the private sector. In addition, hormonal contraceptives, in particular, are faced with strict government regulations. The importation and distribution of these methods require a complex and lengthy process. Moreover, the illegality of abortion is the most important legal obstacle in reducing unintended pregnancies.

To unite all RH actions, a coherent legal framework must be established. It will help reduce the contradictions between different laws and regulations developed in the areas affected by the RH. This legal framework must also address the issue of consistency between the measures at the national level and those ratified by Senegal at international level. The development of this coherent legal framework should include the update of the RH Act of 2005 and reach its effective implementation through a decree.

RH/FP and PAC programs should also take into account disparities in unmet needs, particularly with regard to the most vulnerable groups and regions with the highest rates of unmet needs.

CONCLUSION

Significant initiatives have been made by the Senegalese government to improve reproductive health. However, many obstacles continue to hinder progress in reducing unintended pregnancies in the country. Material and human resources being both scarce and poorly distributed make progress less effective. While the Senegalese government has firmly stated its political will to reduce unwanted pregnancies by the establishment of a roadmap and national programs, it needs to increase its institutional capacity to provide necessary support, to strengthen coordination and accelerate the mobilization of financial resources. A more coherent and focused national program is needed to reduce these barriers. At the same time, non-governmental actors should continue their efforts to strengthen their programming to produce more immediate effects, while ensuring better coordination between them. Socio-cultural factors should be strongly considered and treated more directly. Given the important role of religion in Senegal, initiatives should most often target spiritual leaders. Concerted efforts to achieve these goals will have a widespread and substantial impact on the national welfare.

Introduction

Dans les pays en développement, 40 pour cent des grossesses ne sont pas désirées (STEP-UP n.d.). Lorsqu'elles sont menées à terme, ces grossesses contribuent davantage à la croissance rapide de la population et à l'augmentation des investissements démographiques, déjà difficilement supportables par les pays. Si elles ne sont pas menées à terme, ces grossesses aboutissent à un avortement, mettant souvent en péril la vie des femmes surtout si elles ne sont pas prises en charge de façon adéquate. Beaucoup de ces grossesses non désirées résultent d'un besoin non satisfait en planification familiale. Les femmes ayant un besoin non satisfait en planification familiale sont définies comme étant des femmes fécondes, sexuellement actives, qui n'utilisent aucune méthode de contraception et qui, soit ne veulent plus d'enfants, ou ne veulent pas avoir d'enfants pendant au moins deux ans. C'est ainsi qu'un programme de recherche dénommé "Strengthening Evidence for Programming on Unintended Pregnancy (STEP UP) – (consolidation des données pour une programmation sur les grossesses non désirées)" a été mis en œuvre dans cinq pays d'Afrique et Asie du Sud-est sur financement de la coopération britannique (DFID). L'objectif de STEP UP est d'améliorer la santé des plus pauvres et des plus vulnérables, notamment les femmes des pays en développement. Ce programme, qui est exécuté par un consortium¹ de partenaires coordonné par le Population Council, propose une approche basée sur les données pour l'élargissement de l'accès à des services de qualité en matière de planification familiale et d'avortement sans risque.

Le Sénégal connaît un niveau particulièrement élevé de besoins non satisfaits en planification familiale (Ministère de la Santé, de la Prévention et de l'Hygiène Publique et Direction de la Santé 2009: pp. 25-26). Des réponses adéquates apportées à ces besoins non satisfaits contribueraient à réduire de façon significative les grossesses non désirées et leurs conséquences néfastes. Ce rapport intitulé 'Profil pays- Sénégal' compile et synthétise les informations relatives aux grossesses non désirées et par conséquent aux besoins non satisfaits en matière de planification familiale. Le rapport décrit d'abord l'historique et le contexte des lois, des politiques et des normes socioculturelles relatives à la planification familiale, à l'avortement et à d'autres problèmes de santé de la reproduction au Sénégal. Il procède par la suite à une analyse des données pertinentes et des indicateurs de santé de la reproduction pour donner un aperçu sur l'état actuel et les niveaux des indicateurs de planification familiale, de fécondité et d'avortements dans le pays. Le document aborde ensuite l'accès, la disponibilité, la qualité et les obstacles relatifs à l'utilisation des services de planification familiale et des soins post-avortements (SAA) au Sénégal. Les divers mécanismes mis en place pour le financement et la prestation de ces services sont explorés et des exemples d'initiatives pertinentes sont donnés. Le document analyse aussi les conséquences des grossesses non désirées au Sénégal et tient compte des changements qui pourraient résulter de leur diminution. Enfin, en guise de conclusion, il met en exergue les grands défis auxquels le Sénégal est confronté en matière de réduction des grossesses non désirées, les implications qui résulteraient des actions qu'il entreprendrait et donne des recommandations pour la poursuite des progrès engagés.

Il constitue donc un document de référence pour tout chercheur, praticien et acteur intéressé par la planification familiale en général et par les besoins non satisfaits en particulier. Il fournit de précieux éclairages pour le renforcement des programmes actuels et futurs et la réduction des grossesses non désirées au Sénégal.

1 Le consortium est composé des partenaires suivants : le Population Council, chargé de la coordination; l'African Population and Health Research Center (APHRC); l'International Center for Diarrhoeal Disease Research (icddr,B); la London School of Hygiene and Tropical Disease (LSHTM); Marie Stopes International (MSI); Partners in Population and Development (PPD).

Méthodologie

Pour élaborer ce profil, une revue exhaustive de la littérature a été menée pour recueillir autant que possible des informations pertinentes. Cette revue a essentiellement porté sur l'examen de chartes, conventions, pactes, déclarations, protocoles et documents des programmes nationaux en vue de camper le contexte et l'histoire.

Les données d'enquêtes, principalement issues des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) et de l'Enquête sur l'Initiative Sénégalaise de Santé Urbaine (ISSU), ont été examinées et analysées. Des informations complémentaires ont été tirées à partir d'autres documents universitaires, de rapports d'organisations non gouvernementales (ONG) et d'entités gouvernementales ainsi que d'autres sources de la littérature grise tels que les articles de presse. Quelques entretiens ont aussi été menés pour discuter plus en détails certains aspects avec des parties prenantes clés.

PREMIERE PARTIE: Droits sexuels et reproductifs au Sénégal - Contexte juridique, politique et socioculturel

A) Lois et politiques relatives à la santé de la reproduction, à la planification familiale et à l'avortement - Historique et situation actuelle

Programme national de santé de la reproduction

Au cours de ces dernières années, le Sénégal a adopté plusieurs lois, politiques et programmes directement liés à la santé de la reproduction, à la planification familiale et à l'avortement qui ont témoigné d'une réelle volonté politique de traiter ces questions.

Trois événements majeurs ont servi de cadre pour l'intégration des préoccupations en matière de santé de la reproduction dans le programme national. Il s'agit : de la Déclaration de Politique de Population (DPP) adoptée en 1988, de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) en 1994 et des Objectifs du Millénaire pour le Développement en 2000.

La Déclaration de Politique de Population

La «Déclaration de Politique de Population», adoptée par le Sénégal en 1988 et réactualisée en 2002, a confirmé l'objectif global du gouvernement visant à réduire le taux de croissance de la population et le nombre d'enfants par femme. Compte tenu de l'organisation du recensement en 2013, elle devrait de nouveau être réactualisée. La planification familiale est la principale stratégie exposée dans cette déclaration. La déclaration appelle à des améliorations en matière de planification familiale en vue d'atteindre quatre objectifs : 1) réduire la morbidité et la mortalité, en particulier chez les mères et les enfants ; 2) réduire le taux de fécondité et le rythme de croissance de la population ; 3) assurer une meilleure répartition géographique de la population, ce qui signifie utiliser le territoire de façon plus équitable pour réduire la densité des plus grandes villes (Dakar et Thiès totalisent 35 pour cent de la population, alors qu'elles ne représentent que seulement 3,6 pour cent de la superficie totale et 4) constamment améliorer les connaissances liées aux questions de population (Ministère de la Santé, de la Prévention et de l'Hygiène Publique et Direction de la Santé 2009: p. 7).

La Conférence Internationale sur la Population et le Développement

En septembre 1994, à la suite de la participation du Sénégal à la Conférence du Caire sur la Population et le Développement, la santé de la reproduction est ressortie comme un aspect important du programme national en matière de population. La conférence a abouti à un consensus statuant que l'égalité et l'autonomisation des femmes est une priorité mondiale et est essentielle pour éradiquer la pauvreté et stabiliser la croissance de la population. Elle a mis l'accent sur le droit et l'accès des femmes aux services de santé de la reproduction comme étant des préalables essentiels à cette autonomisation. La conférence a donné lieu à un «Programme d'Action», qui vise à : 1) fournir un accès universel à la planification familiale et aux services en matière de santé sexuelle et de la reproduction en assurant les droits en matière de reproduction, 2) assurer l'égalité de genre, l'autonomisation des femmes et l'égal accès des filles à l'éducation; 3) à traiter l'impact individuel, social, économique de l'urbanisation et de la migration, et 4) soutenir le développement durable et s'attaquer aux problèmes environnementaux liés à l'évolution de la population (UNFPA n.d.b). En Novembre 1996, le gouvernement du Sénégal a élaboré un processus d'évaluation de ses programmes en matière de santé de la reproduction, qui a conduit finalement à la création du «Programme National pour la Population" (Wade et Sall 2005). Ce programme comportait trois piliers: les stratégies en matière de population et de développement, le programme national de santé de la reproduction et le plaidoyer / IEC (Information, Education et Communication).

Ces trois piliers, combinant les éléments des anciens programmes constituent un cadre pertinent pour la santé de la reproduction. (Wilson n.d: p.15).

Les Objectifs du Millénaire pour le Développement

Le troisième événement clé qui a contribué de manière significative à renforcer le cadre de la santé de la reproduction au Sénégal a été le Sommet du Millénaire en 2000 qui a adopté les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) qui en ont résulté. A ce sommet, 189 Etats membres ont affirmé leur engagement pour aider de manière significative le développement des pays les plus pauvres d'ici 2015. Dans ce sens, ils ont élaboré les huit OMD: 1) réduire l'extrême pauvreté et la faim, 2) assurer l'éducation primaire pour tous, 3) promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, 4) réduire la mortalité infantile, 5) améliorer la santé maternelle, 6) lutter contre le VIH/SIDA, le paludisme et les autres maladies, 7) assurer un environnement durable, et 8) développer un partenariat mondial pour le développement. La nécessité d'améliorer la santé de la reproduction a été soulignée à travers les OMD 4 et 5 consistant à réduire le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans de deux tiers et le taux de mortalité maternelle de trois quarts et de stopper voire inverser la propagation du VIH/SIDA (Nations Unies n.d.b). Pour mener les efforts en matière de santé de la reproduction par rapport à ces engagements, le Sénégal a créé la Division de la Santé de la Reproduction (DSR) en 2001 qui est rattachée à la Direction de la Santé (Wade et Sall 2005). Depuis 2012, cette division a été érigée en Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l'Enfant.

Cadre juridique

En dépit des progrès de plus en plus importants enregistrés dans le domaine de la santé de la reproduction au niveau du programme national, il existe encore des défis à relever, en particulier en matière d'augmentation de l'accès aux soins, de l'amélioration de leur qualité et de la réduction des contraintes d'ordre socioculturel. Le cadre juridique recelait encore des faiblesses relatives aux questions liées à la protection accordée aux prestataires de services, aux droits des clients, aux personnes vivant avec le VIH ainsi qu'aux politiques relatives à la transmission volontaire du virus du SIDA (Wade et Sall 2005). Pour tenter de remédier à ces faiblesses, le Sénégal a adopté plusieurs lois, notamment la loi 2005-18 sur la santé de la reproduction et la loi 04/2010 sur le VIH/SIDA. Cependant, les droits en santé de la reproduction liés à l'avortement restent limités par l'article 305 du code pénal.

La santé de la reproduction

La Loi 2005-18 sur la santé de la reproduction a été adoptée le 5 Août 2005. Elle a été inspirée par la loi sur la santé sexuelle et de la reproduction et de planification familiale adoptée à Abidjan au mois de Juin 1999 par le Forum des Parlements africains et arabes pour la Population et le Développement et par le travail de la Commission Nationale pour «l'Elimination des Obstacles Judiciaires et non Judiciaires à la Santé de la Reproduction ». La loi est fondée sur « la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et individus de décider librement et avec discernement du nombre d'enfants qu'ils souhaitent avoir et de l'espacement des naissances. Elle implique aussi le droit à l'information nécessaire et le droit pour tous à une meilleure santé et à des services destinés à cet effet ». Elle ajoute que les «services de santé de la reproduction ne sont pas limités à prodiguer des conseils et des soins relatifs à la procréation et aux IST mais visent aussi à améliorer la qualité de vie et les relations interpersonnelles». La loi précise ensuite de manière claire, les droits spécifiques accordés aux citoyens sénégalais en matière de santé de la reproduction et de planification familiale (Wade et Sall 2005).

L'article premier, notamment, définit la santé de la reproduction comme «étant le bien-être général, tant physique que mental et social, d'un être humain pour tout ce qui concerne les organes génitaux, leur utilisation et leur fonctionnement."

Cette définition est extensive car elle stipule que : «toute personne a le droit d'être informée et d'utiliser des méthodes de son choix pour réguler les naissances, (à condition qu'elles n'aillent pas à l'encontre de la loi), et choisir des méthodes qui doivent être sûres, efficaces, accessibles et acceptables, et qui offrent aux couples la plus grande probabilité d'avoir un enfant en bonne santé.» Enfin, l'article 1 conclut en assurant aux femmes le droit d'accès aux services de santé qui leur permettent de mener à terme leurs grossesses et d'accoucher sans mettre leur vie en danger (Wade et Sall, 2005).

L'article 4 énonce en outre les soins et services couverts dans le cadre de la santé de la reproduction. La loi prévoit l'orientation, l'information, l'éducation, la communication, la recherche, les moyens, les méthodes, et de manière plus globale, tous les services relatifs à la planification familiale. Elle déclare également le droit à une maternité de moindre risque grâce à une surveillance tout au long de la grossesse et après l'accouchement. Elle consacre le droit à une croissance et à une nutrition saine à travers la promotion de l'allaitement, d'un sevrage correct, et des vaccinations. La Loi 2005-18 définit en outre le droit à des soins post-avortement. Elle prévoit aussi le droit à des services de prévention et de traitement des infections sexuellement transmissibles et d'autres maladies génitales, y compris les cancers de l'appareil génital. L'article 4 intègre les services visant à lutter contre l'infertilité, les mutilations génitales et les autres pratiques néfastes à la santé de la reproduction. De manière spécifique, il aborde et promeut la santé de la reproduction des adolescent(e)s. Enfin, cet article aborde le droit à des services pour régler les autres problèmes de santé liés à la sexualité et à la reproduction et insiste sur le fait que tous les soins et services doivent être fournis par un personnel qualifié (Wade et Sall 2005).

D'autres articles décrivent de façon plus explicite l'étendue des droits accordés par rapport à la contraception et à la planification familiale. L'article 5 autorise la production, l'importation, la vente, la prescription, la fourniture et la publicité des contraceptifs dans des conditions établies tandis que l'article 9 garantit le droit de tous les couples et individus de décider librement du nombre et de l'espacement de naissances de leurs enfants. L'article 15 limite toutefois ces droits en déclarant que toutes les interruptions volontaires de grossesses sont interdites, sauf dans les cas où la loi les autorise (bien que ces conditions juridiques ne soient pas énumérées), et souligne que l'interruption de grossesse ne sera jamais considérée comme une méthode légitime de contraception. La loi aborde aussi de manière spécifique certaines préoccupations liées aux personnes vivant avec le VIH/SIDA. L'article 7 prévoit des droits particuliers relatifs aux soins et à la confidentialité pour les personnes vivant avec le VIH ou le SIDA alors que l'article 17 définit la peine qui sera portée à l'encontre des individus infectés qui se livrent à des comportements à risque tendant à propager la transmission du virus (Wade et Sall 2005).

La loi aborde également d'autres droits importants relatifs à la santé de la reproduction. L'article 8, énonce les exigences pour le personnel de santé de la reproduction en matière de satisfaction des normes de compétences, de respect des protocoles de services et de conformité aux règles de déontologie liées à leur profession. L'Article 11 accorde le droit de toute personne à la confidentialité lorsqu'elle a recours à des services de santé de la reproduction, conformément aux lois et règlements antérieurs. L'Article 12 renforce le droit de tous les individus à l'information et à une éducation appropriée sur la santé de la reproduction. Enfin, l'article 13 rappelle les sanctions prévues en cas de violences, d'abus sexuels et de traitements inhumains ou dégradants (Wade et Sall 2005).

Des défis majeurs se posent quant à l'application de cette loi et à sa révision pour la prise en compte de certaines préoccupations :

- Disposer de décrets d'application de la loi SR
- Réviser la loi SR pour prendre en compte les cas d'inceste et de viol
- Réviser la réglementation des produits de la SR qui sont au tableau A (nécessitent une prescription)

Le VIH/SIDA

Le Sénégal a entériné la loi 04/2010 en Mars 2010 pour défendre les droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Cette loi vise à garantir les droits humains à la vie, à l'intégrité physique et à la sécurité des personnes. A cet effet, la loi vise à combler les lacunes dans la législation en institutionnalisant la lutte contre le VIH/SIDA, la réduction de la stigmatisation et de la discrimination entourant la maladie, la protection des groupes vulnérables, et la pénalité encourue par ceux et celles qui participent à des actes répréhensibles (Wade et Ndéné Ndiaye 2010).

L'avortement

Alors que les lois précitées ont fait progresser de nombreux droits liés à la santé de la reproduction et à la planification familiale au Sénégal, la loi stricte contenue dans l'article 305 du code pénal en vigueur depuis le 21 Juillet 1965 et qui évoque l'avortement, contribue à limiter les droits en matière de santé de la reproduction globalement reconnus (Ministère de la Justice, 1965). En effet, la loi réaffirme l'illégalité de l'avortement provoqué, alors qu'il n'est pas fait mention dans le Code pénal de circonstances dans lesquelles la procédure pourrait être effectuée légalement ; l'avortement thérapeutique est autorisé en vertu du Code de Déontologie médicale que lorsque la grossesse met en danger la vie de la mère (Camara et Cisse 1998 : p.2). Le code pénal définit en outre les sanctions qui seront appliquées à l'encontre de ceux et celles qui seraient impliqué(e)s dans ces actes. En ce qui concerne ceux et celles qui pratiquent des avortements, le code précise que toute personne qui tente de provoquer un avortement par n'importe quel moyen, quel que soit le consentement de la femme, sera punie d'un emprisonnement allant de 1 à 5 ans et d'une amende de 20.000 à 100.000 francs FCFA2 (environ 39 à 197 dollars américains). Si les parties coupables fournissent régulièrement ce service, la loi stipule que la peine d'emprisonnement sera portée de 5 à 10 ans accompagnée d'une amende de 50.000 à 500.000 FCFA (99 à 985 dollars américains). Les parties coupables seront également suspendues du droit d'exercice de leur profession pendant une période pouvant aller de 5 ans à une durée indéterminée. De plus, toute personne qui n'obéit pas à la sanction devra subir l'une des sanctions suivantes: une peine d'emprisonnement allant de 6 mois à 2 ans ou une amende de 100.000 à 500.000 FCFA (197 à 985 dollars) (Ministère de la Justice, 1965).

En outre, la loi prévoit que tous les membres du personnel médical ou paramédical qui auront conseillé, recommandé ou pratiqué des méthodes pouvant causer un avortement seront condamné(e)s aux mêmes peines. Les parties coupables ne peuvent pas bénéficier d'une révision ou d'une suspension de leur peine. En ce qui concerne la femme qui souhaite avorter, la loi stipule que toute femme qui a eu ou cherche à avoir un avortement ou qui accepte d'utiliser des méthodes indiquées à cet effet sera punie d'un emprisonnement de 6 mois à 2 ans et d'une amende de 20.000 à 100.000 FCFA (39 à 197 dollars) (Ministère de la Justice, 1965).

Politiques et programmes

En dehors des lois régissant directement la santé de la reproduction, la planification familiale et l'avortement, le Gouvernement sénégalais a également élaboré et mis en oeuvre divers politiques et programmes pour atteindre ses objectifs en matière de santé de la reproduction, en les accordant aux Objectifs du Millénaire pour le Développement. Ces programmes sont mis en oeuvre sous la responsabilité directe du Ministre en charge de la Santé

2 Taux de change au moment de l'élaboration de ce document: 1dollar américain équivaut à 501.63 FCFA

La Stratégie Nationale pour la Santé des Adolescent(e)s

La «Stratégie nationale pour la santé des adolescent(e)s», adoptée par le Sénégal en 2005, vise à améliorer la santé de la reproduction des jeunes et à promouvoir leur bien-être. Ses trois principaux objectifs visent à : améliorer l'accès des jeunes à des services adaptés à leurs besoins, les aider à adopter des comportements responsables et pouvoir prendre des décisions adéquates, créer un environnement social, juridique et réglementaire favorable à la promotion des jeunes, de leur santé en général et de leur santé de la reproduction en particulier. Elle s'appuie sur huit approches principales pour atteindre ces objectifs:

- l'intégration des services dédiés aux jeunes dans tous les programmes de santé et par tous les prestataires de services ;
- une amélioration de la qualité des services de santé pour les jeunes ;
- l'amélioration de l'utilisation de la communication interpersonnelle et de masse en matière de santé en général et de santé de la reproduction en particulier ;
- la promotion des compétences des jeunes et des occupations saines ;
- l'institutionnalisation des programmes de santé en général et ceux de la santé de la reproduction en particulier, pour les jeunes dans le système éducatif et dans les activités extrascolaires ;
- la mobilisation des ressources ;
- le développement d'un environnement juridique et réglementaire favorable à la santé des adolescent(e)s ;
- la promotion de la collaboration et coordination multisectorielle³.

La Feuille de route pour l'accélération de la lutte multisectorielle contre la mortalité maternelle et néonatale

En Septembre 2006, le Ministre de la Santé et de la Médecine Préventive a proposé la "feuille de route pour l'accélération de la lutte multisectorielle contre la mortalité maternelle et néonatale» au Sénégal. La conception de cette feuille de route traduit la volonté des autorités sanitaires de résoudre de façon durable les problèmes persistants et de combler les lacunes constatées dans les précédents programmes de santé de la reproduction pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement d'ici 2015. La "feuille de route" appelle à des soins garantis par des professionnels qualifiés prodigués à la mère et à l'enfant pendant la grossesse, au moment et après l'accouchement. En même temps, elle vise à renforcer les capacités des individus, des familles, des communautés, de la société civile et du gouvernement pour promouvoir la santé maternelle et néonatale. En outre, elle vise à accroître l'utilisation des services de planification familiale pour répondre aux besoins non satisfaits. Pour atteindre ces objectifs, la feuille de route recommande que les interventions soient développées en se fondant sur des données scientifiques et sur la participation communautaire dans la gestion des programmes de santé maternelle et néonatale.

Elle souligne également la nécessité d'une approche multisectorielle avec une définition claire des rôles et responsabilités des acteurs et du renforcement du système des soins de santé. Enfin, elle met également en exergue la nécessité d'une transparence et d'une coordination de tous les efforts des acteurs. Une telle approche suggère une harmonisation dans la mise en œuvre de toutes les politiques et de tous les programmes pertinents (Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale 2006:p. 4).

³ République du Sénégal, Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, Stratégie nationale pour la santé des adolescent(e)s, 2005 : pp. 3-5

Le Plan National pour le Développement Sanitaire (PNDS)

En Janvier 2009, le Sénégal a élaboré son 2ème «Plan National pour le Développement Sanitaire» (PNDS) pour la période allant de 2009 à 2018. Son principal objectif est de réduire les niveaux de la morbidité et mortalité maternelle et infantile (DSR 2011: p. 2). Les principales stratégies donnent une grande priorité à la répartition équitable des services offerts ainsi qu'au financement des besoins en santé. Pour atteindre ses objectifs, le PNDS met l'accent sur la consolidation des ressources pour lutter contre la mortalité maternelle et infantile. Il est mis en œuvre à travers la «Feuille de route multisectorielle pour l'accélération de la lutte contre la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales», du «Plan national pour la sécurisation des produits de la santé de la reproduction », de la «Stratégie nationale pour l'amélioration de la santé de la reproduction des adolescent(e)s et des jeunes », de la « Stratégie nationale de lutte contre les fistules obstétricales », du « Document de politiques, normes et protocoles pour la santé de la reproduction », et du document d'orientation stratégique du Programme « Bajenu Gox » (DSR 2011: p. 14).

Les ressources pour l'analyse de la population et de son impact sur le développement (RAPID)

Les autorités sanitaires du Sénégal en collaboration avec l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) ont entrepris, à travers le modèle RAPID, une campagne de plaidoyer axée sur la mise en perspective des impacts de croissance démographique sur les secteurs socioéconomiques. Le modèle RAPID vise également à accélérer les progrès concernant les OMD, en permettant notamment l'identification de moyens efficaces de réduction des taux de morbidité et de mortalité maternelle et néonatale, des taux de fécondité et d'accroissement démographique. RAPID est aussi un outil d'aide à une meilleure répartition spatiale de la population et maîtrise des problèmes y afférant (Ministère de la Santé, de la Prévention et de l'Hygiène Publique et la Direction de la Santé 2009: p. 7).

Le Plan Stratégique de la Santé de la Reproduction

En Novembre 2011, le Ministère de la Santé, a adopté un «Plan stratégique pour la Santé de la Reproduction» pour la période de 2012 à 2015. Le plan proposait un accès universel et équitable à des services de santé de la reproduction de qualité garantis à tous les individus, à toutes les familles et communautés. Ses principaux objectifs sont d'accroître l'utilisation des services de santé de la reproduction, d'assurer des soins de santé de la reproduction de qualité et d'améliorer le leadership et la gestion des programmes de santé de la reproduction. Il vise à atteindre ces objectifs qui sont guidés par les principes d'équité et d'accessibilité, de participation communautaire, de respect des droits humains (en particulier ceux des femmes), de décentralisation, de délégation, de démocratisation, de coordination et d'intégration, de bonne gouvernance ainsi que d'approche multisectorielle et de partenariat (DSR, 2011: p. 20).

Pour atteindre ces objectifs, le plan se focalise sur plusieurs stratégies. Il vise d'abord à accroître la disponibilité et l'accessibilité des services de santé de la reproduction de qualité. Il prévoit ensuite de mettre l'accent sur le renforcement des capacités des individus, des familles, des communautés et des organisations de la société civile pour promouvoir la santé de la reproduction. Le plan a aussi l'ambition de promouvoir les initiatives communautaires et de faire le plaidoyer en faveur d'une mobilisation suffisante de ressources financières et humaines nécessaires pour mettre en œuvre des programmes de santé de la reproduction. Il vise également à renforcer les infrastructures, les équipements, les produits, les médicaments et la pérennité des programmes. En outre, le plan met l'accent sur la fourniture de services de santé de la reproduction de qualité. Il cherche aussi à renforcer la volonté politique, les partenariats et une approche multisectorielle. Enfin, il envisage également de développer des mécanismes de contrôle et d'évaluation et de renforcer la communication institutionnelle (DSR 2011: pp. 21-27).

Le Plan d'Actions National pour la Planification familiale 2012-2015

Le « Plan d'actions national de la planification familiale pour la période 2012-2015 » a été lancé en Novembre 2012 avec comme principal objectif l'augmentation de taux de prévalence contraceptive chez les femmes mariées : de 12 à 27 % en 2015 et à 45 % en 2020. Pour atteindre cet objectif, environ 350.000 femmes en union devront avoir accès à la contraception. Pour ce faire, le plan a tenu compte des spécificités régionales dans la fixation des objectifs en matière de prévalence contraceptive. Le plan définit six grands domaines d'intervention stratégique pour atteindre son objectif : 1) un plan national de communication de grande envergure y compris la recherche et les campagnes de communication ciblées; 2) un plan de plaidoyer ciblé afin de sensibiliser et de soutenir les questions de planification familiale dans les programmes locaux et nationaux et accroître l'appui en vue de mobiliser les ressources nécessaires pour répondre aux besoins de planification familiale; 3) assurer la disponibilité des produits contraceptifs, en particulier à travers la mise en œuvre du « informed 'push" model » ou « pousse- pousse », comprenant des garanties pour les ressources matérielles nécessaires, la distribution effective et le renforcement des capacités du personnel ; 4) améliorer les services de santé du secteur public, en mettant l'accent sur les méthodes de longue durée, en sécurisant les ressources matérielles et en renforçant les compétences des agents de santé; 5) renforcer les services du secteur privé, notamment en augmentant le choix des marchés et la disponibilité des produits à travers de nombreuses initiatives et 6) élargir la distribution des produits au niveau de la communauté pour atteindre les communautés enclavées. Le coût total du plan est estimé à 16,6 milliards de FCFA (environ 31,9 millions de dollars américains) (DSR et Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, In- Press: pp. 13-16).

Malgré le nombre important de politiques et d'engagements du gouvernement sénégalais pour protéger les droits liés à la santé de la reproduction et à la planification familiale et pour la coordination des programmes, ces lois et politiques n'ont généralement pas été totalement vulgarisées et mises en œuvre. Malgré le relèvement du niveau de certains indicateurs de santé de la reproduction et de planification familiale (prévalence contraceptive de 12% en 2010 (EDS V) à 16% en 2012 (EDS continue), le rythme de progression dans l'ensemble reste insuffisant.

B) Système juridique et mécanisme de protection des droits humains fondamentaux

Le Sénégal a également mis en place des mécanismes aussi bien au niveau national qu'international pour assurer la protection de droits humains en prenant en compte la santé sexuelle et de reproduction, y compris au niveau des chartes et conventions internationales et régionales, de la Constitution nationale, des entités gouvernementales et au niveau des engagements régionaux.

Mécanismes internationaux

De nombreuses conventions et chartes internationales et régionales ont été mises en place pour protéger les droits fondamentaux. La nécessité de mécanismes d'application internationaux a été largement reconnue après la Seconde Guerre mondiale avec la Déclaration universelle des Droits de l'Homme en 1948. Elle souligne la nécessité d'un cadre juridique pour les droits humains pour assurer la paix et la sécurité dans le monde. Cette déclaration a servi de tremplin pour les conventions et pactes (Nations Unies n.d.a) internationaux ultérieurs. Ces conventions sont toutes soumises à des comités de réglementation, qui sont chargés du suivi et de l'évaluation des conventions internationales et régionales. Les comités peuvent servir à mettre en évidence les lacunes des politiques, les échecs de mise en œuvre, ou les incohérences entre les lois et les pratiques.

Beaucoup de déclarations auxquelles le Sénégal a souscrit fournissent un mécanisme pour protéger les droits en santé de la reproduction. Le Pacte International relatif aux Droits Economiques, Sociaux et Culturels, ratifié par le Sénégal le 13 Février 1978 inclut dans l'article 12 un engagement quant au droit à la santé physique et

mentale. Le Sénégal a également ratifié la Convention sur l'Élimination de toutes les Formes de Discrimination à l'Égard des Femmes, le 5 Février 1985, qui affirme dans son article 12 que les États membres vont «assurer, sur la base de l'égalité des hommes et des femmes, l'accès aux services de soins de santé, y compris ceux liés à la planification familiale ». L'Article 14 traite des besoins des femmes dans les zones rurales et de leur accès à des structures de soins de santé adéquates, y compris l'accès à l'information, le counseling et les services de planification familiale. En outre, l'article 16 affirme que les femmes ont le même droit que les hommes de décider «librement et de façon responsable du nombre et de l'espacement des naissances et d'avoir accès à l'information, à l'éducation et aux moyens pour leur permettre d'exercer ces droits» (CEDEF 1979). Le 31 Juillet 1990, le Sénégal a encore ratifié la Convention relative aux Droits de l'Enfant. L'article 24 affirme le droit à des «soins de santé prénatals et postnatals appropriés pour les mères» (CRC, 1989).

Le Sénégal a participé non seulement à l'élaboration des conventions internationales, mais aussi aux chartes régionales pour davantage accroître les mécanismes disponibles en vue de protéger les droits humains fondamentaux. Par exemple, le 15 Juin 1982, le Sénégal a ratifié la Charte africaine des Droits Humains et des Peuples, aussi connue comme la Charte de Banjul. Le Sénégal s'est ainsi engagé à garantir un meilleur état de santé physique et mentale en vertu de l'article 16 (Gouvernement du Sénégal 2003: p. 25). Le Sénégal a aussi ratifié la Charte Africaine des Droits et du Bien-être de l'Enfant, le 29 Septembre 1998. L'Article 14 de la Charte porte sur la santé et les services de santé et affirme que les signataires doivent assurer des soins adaptés pour les femmes enceintes et allaitantes. De manière significative, le Sénégal a également ratifié le Protocole à la Charte Africaine des Droits Humains et des Peuples relatif aux Droits des Femmes en Afrique, le 27 Décembre 2004. L'article 14 du Protocole établit explicitement les droits à la santé et à la santé de la reproduction. Les droits énoncés comprennent le droit de contrôler sa fécondité, y compris le nombre et l'espacement des enfants, le droit de choisir une méthode de contraception, le droit de se protéger contre les infections sexuellement transmissibles et le droit à l'éducation sur la planification familiale. Il affirme en outre que les États membres doivent prendre toutes les mesures appropriées pour fournir des services de santé adéquats, abordables et accessibles et pour établir et renforcer les services actuels. Ceci inclut les soins prénatals et postnatals, d'accouchement et de nutrition, et autorise l'avortement médicalisé, en cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste et lorsque la grossesse met en danger la santé mentale et physique de la mère ou la vie de la mère ou du fœtus (Deuxième Session Ordinaire de 2003). Malgré les nombreux engagements pris pour protéger les droits de la reproduction, l'interdiction de l'avortement au Sénégal et les taux élevés de mortalité maternelle démontrent de la capacité limitée de ces conventions à contraindre les États à une mise en œuvre effective de ces conventions.

Engagements régionaux

En plus des droits formels liés à la santé de la reproduction, le Sénégal a également participé à des conférences régionales et en conséquence a adopté divers engagements pour accélérer les progrès pour l'atteinte des objectifs en santé de la reproduction.

La Déclaration d'Abuja

En 2001, le Sénégal a entériné la Déclaration d'Abuja qui a fixé à tous les pays africains, l'objectif de consacrer 15 pour cent de leurs dépenses publiques à la santé. Le Sénégal n'a pas encore atteint cet objectif. En 2005, le Sénégal consacrait seulement 9,0 % de son budget national au secteur de la santé (Centre d'Information sur la Santé du DFID, 2006 : p. 7). En 2001, seulement 10, 8 % des dépenses publiques totales du Sénégal ont été consacrés aux soins de santé. Ce chiffre est passé à seulement 11,2 % en 2002 (Centre d'information sur la Santé du DFID, 2006, p. 36). Par ailleurs, seulement 20 % des dépenses totales de santé sont utilisés au niveau opérationnel (Centre d'Information sur la Santé du DFID 2006: p. 13).

Le protocole de Maputo en 2003

Le protocole de Maputo a été adopté en juillet 2003. Il est un protocole additif de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples. Il vise à promouvoir les droits des femmes dans les domaines politiques, économiques et sociaux. Il garantit par ailleurs le droit des femmes en matière de santé sexuelle et reproductive, promeut l'avortement dans des cas d'inceste, de viol ou dans des situations dans lesquelles, il existe un risque pour la survie de la mère. Il encourage la lutte contre les mutilations génitales féminines. Le Sénégal fait partie des pays africains ayant ratifié le protocole de Maputo.

VISION 2010

Le 8 mai 2001, les Premières Dames d'Afrique de l'Ouest et du Centre dont celle du Sénégal ont participé à «Vision 2010» à Bamako, dans le cadre de la lutte contre la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales dans la région. Cette conférence a également abouti à une déclaration avec des objectifs de réduction des taux de mortalité maternelle et néonatale, de 50 pour cent et la morbidité maternelle et néonatale de 30 % d'ici 2010. Les Premières Dames se sont de nouveau réunies à Bamako le 6 et 7 Octobre 2011 pour évaluer les activités qui ont eu lieu entre 2001 et 2010. Elles ont souligné le risque potentiel pour la mère et l'enfant dans toute grossesse et que ce risque pourrait être diminué avec l'implication d'un personnel qualifié. Elles ont aussi reconnu que les objectifs n'ont pas été atteints. Elles ont donc confirmé la nécessité de redoubler d'efforts dans le cadre de l'initiative nouvellement intitulée "Vision 2010 Plus 5». Elles ont également appelé à la création d'un comité national multisectoriel dans chaque pays engagé dans la réduction de la mortalité maternelle et néonatale et ont exhorté les chefs d'Etat à respecter les conditions convenues dans le cadre de l'Engagement d'Abuja à consacrer au moins 15 % de leur budget national au secteur de la santé («Résolution des Epouses," 2011).

La Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique (CARMMA)

Au mois de mai 2009, les gouvernements, l'Union africaine (UA), l'Organisation des Nations Unies (ONU) et d'autres partenaires se sont mis ensemble pour sélectionner huit pays africains dont le Sénégal en vue du lancement de la CARMMA la même année. Ce choix résulte des taux élevés de mortalité maternelle, des indices de développement pas suffisamment sensibles au genre, et des engagements politiques décisifs (Union africaine n.d). Cette campagne visait à renforcer la mise en œuvre du «Plan d'Action de Maputo » pour réduire la mortalité maternelle en Afrique. La CARMMA vise à accroître l'engagement politique, les ressources et le changement social pour arriver à l'atteinte de ces objectifs par le biais de discussions politiques, de plaidoyer et de mobilisation communautaire. L'accent a été mis sur le renforcement des efforts en cours et des meilleures pratiques, la production et la fourniture de données sur les décès maternels et néonataux, la mobilisation d'un éventail d'acteurs et de ressources, et l'accélération des actions visant à réduire la mortalité maternelle et infantile en Afrique.

La CARMMA a été lancée au Sénégal en 2010. Pour le lancement de cette campagne, le Premier ministre a annoncé une série de mesures pour accélérer les progrès, y compris une politique visant à fournir en milieu hospitalier, des accouchements et césariennes gratuits pour les patientes, une augmentation des capacités techniques grâce à une nouvelle acquisition d'équipements médicaux et d'ambulances, la construction et la rénovation de structures de santé et le recrutement d'environ 800 professionnels de santé.

Les conventions internationales et régionales, les mécanismes nationaux ainsi que les différents engagements pris notamment lors des conférences internationales servent à fournir des mécanismes de contrôle des progrès du Sénégal en matière de santé de la reproduction. Cependant, elles sont confrontées aux mêmes défis quant à leur mise en application et leur effectivité.

Mécanismes nationaux

Au niveau national, la Constitution sénégalaise établit le cadre de base pour la protection des droits humains fondamentaux. En effet, la Constitution énonce les principes fondamentaux de la dignité, de l'égalité, de la liberté et des droits individuels. Elle prévoit formellement le «rejet et l'élimination de toutes les formes d'injustice, d'inégalités et de discrimination» (Gouvernement du Sénégal 2003, p.11). A cet effet, elle assure que «tous les êtres humains sont égaux devant la loi et que les hommes et les femmes sont égaux en droits» (Gouvernement du Sénégal 2003 : p. 12). En outre, la Constitution dispose en son article 7, alinéa 1, que «la personne humaine est sacrée et ne peut pas être violée ». L'Etat a l'obligation de la respecter et de la protéger. «L'alinéa 2 précise ensuite que «toute personne a le droit à la vie, à la liberté, à la sécurité et à l'intégrité physique, notamment à la protection contre toute mutilation physique.» (Gouvernement du Sénégal, 2003: p. 13). Par ailleurs, en 1999, la loi contre l'excision a été adoptée. L'Article 17, alinéa 2 évoque aussi les droits à la santé en affirmant que les structures étatiques et publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale des familles, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées. En outre, il garantit aux familles en général et à ceux qui vivent dans les zones rurales en particulier l'accès aux services de santé (Gouvernement du Sénégal 2003: p. 25). En vue de protéger les droits énoncés dans la Constitution, dans les autres lois nationales et conventions internationales et régionales, le Sénégal a créé de nombreuses structures gouvernementales chargées de leur application. Les principaux organes qui sont chargés de veiller à l'application des lois nationales comprennent le Médiateur de la République, le Conseil Constitutionnel, le Conseil d'Etat et la Cour de Cassation (cour d'appel) (Gouvernement du Sénégal 2003: p. 7; Gouvernement du Sénégal, 2000). Le Sénégal a par ailleurs, délégué la protection des droits humains évoqués, à divers comités, notamment le Comité sénégalais des Droits de l'Homme, le Comité Interministériel des Droits de l'Homme et du Droit International Humanitaire et le Comité Interministériel des Droits de l'Homme et la Paix. Ces divers organismes gouvernementaux sont chargés de répondre à toutes les violations en matière de droits humains et de servir ainsi d'organe de contrôle supplémentaire pour leur application.

C) Non-discrimination et prise en compte des groupes vulnérables

De la non-discrimination en général

La plupart des lois, politiques et programmes susmentionnés accordent une attention particulière à ne pas utiliser un langage discriminatoire et de bien noter voire mettre en exergue les besoins des groupes particulièrement vulnérables. Tout d'abord, la Constitution codifie officiellement la pratique de la non-discrimination en prévoyant le «rejet et l'élimination de toutes les formes d'injustice, d'inégalités et de discrimination» (Gouvernement du Sénégal 2003, p. 11).

En outre, l'article 3 de la loi 2005-18 garantit expressément la non-discrimination concernant les droits liés à la santé de la reproduction. Il déclare que le droit à la santé de la reproduction est un «droit fondamental et universel garanti à tous les êtres humains, sans discrimination fondée sur l'âge, le sexe, la richesse, la religion, la race, l'origine ethnique, le statut matrimonial ou toute autre situation." L'Article 10 précise que «toute personne a le droit d'accéder à tous les soins de santé de la reproduction, sans discrimination fondée sur l'âge, le sexe, le statut matrimonial ou l'appartenance à un groupe ethnique ou religieux» (Wade et Sall 2005).

Femmes enceintes et nouveau-nés

Au Sénégal, beaucoup de lois, politiques et programmes relatifs aux droits de santé sexuelle et de reproduction, mettent l'accent sur la vulnérabilité des femmes enceintes et des nouveau-nés. La loi 2005-18 sur la santé de la reproduction, le Plan National de Développement de la Santé, la Feuille de Route Multisectorielle pour l'Accélération de la Lutte contre la Mortalité Maternelle et Néonatale, et le modèle RAPID visent tous à réduire

les taux élevés de mortalité maternelle et néonatale, et à réduire les risques qui y sont associés. A cet effet, la loi 2005-18 sur la santé de la reproduction, la Feuille de route, et la Charte africaine des Droits et du Bien-être de l'Enfant unanimement demandent une certaine forme de supervision ou de soins particuliers pour les femmes enceintes pour réduire les risques encourus tout au long de la grossesse, de l'accouchement et immédiatement après la naissance (Wade et Sall 2005; Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, 2006; Gouvernement du Sénégal, 2003). En outre, pour réaliser ces objectifs et assister les femmes enceintes, les accouchées et les enfants, les points de prestation de santé du pays offrent un paquet intégré de services de santé de la reproduction.

Personnes vivant avec le VIH/SIDA

Les personnes vivant avec le VIH/SIDA sont aussi citées comme un groupe qui mérite une attention particulière. La Loi 2005-18 sur la santé de la reproduction traite spécifiquement de certaines préoccupations de cette population vulnérable. L'Article 7 de la loi accorde des droits particuliers en matière de soins et de confidentialité pour les personnes vivant avec le VIH /SIDA alors que l'article 17 prévoit une peine à l'encontre de ceux qui ont le virus et qui se livrent à des comportements à risque contribuant à propager la transmission (Wade et Sall 2005).

En outre, la loi 04/2010 énumère directement les droits des personnes vivant avec le virus (Wade et Ndiaye, 2010).

Femmes rurales

Plusieurs lois, politiques et programmes abordent de manière spécifique la question de la vulnérabilité des personnes vivant dans les zones rurales. L'Article 17, alinéa 2 de la Constitution, par exemple, garantit aux «familles en général et celles qui vivent dans les zones rurales en particulier, l'accès aux services de santé et de bien-être» (Gouvernement du Sénégal 2003: p. 25). De même, le Protocole à la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples relatif aux Droits des Femmes en Afrique note que les efforts visant à fournir des services de santé adéquats, abordables et accessibles, y compris les programmes d'information, d'éducation et de communication à l'attention des femmes devraient en particulier cibler les femmes rurales (Deuxième Session Ordinaire de 2003). Un effort important a été fait en la matière avec la décentralisation jusqu'au niveau communautaire des services de PF (OIP, injectables, condoms). De plus, par le biais du task shifting (transfert de tâches), des ICP ont bénéficié d'un renforcement de compétences qui leur a permis d'offrir à celles qui le désiraient des méthodes longue durée (Jadelle, DIU).

Jeunes

Les jeunes sont aussi reconnus comme étant un groupe vulnérable. La « Stratégie Nationale de Santé des Adolescent(e)s/Jeunes a mis en place un programme pour cibler de manière spécifique la santé en général et la santé de reproduction des jeunes en particulier (Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, 2005). Au Sénégal, le « Plan Stratégique de la Santé de la Reproduction» précise que les jeunes et les adolescent(e)s en tant que groupes vulnérables, ont des taux élevés de fécondité qui sont principalement liés au niveau élevé de la pauvreté, au manque d'informations et à l'importance du chômage. Le plan mentionne aussi que les adolescent(e)s dans les zones rurales sont encore plus exposé(e)s à la fécondité précoce et souligne la vulnérabilité accrue de ces groupes aux Infections Sexuellement Transmissibles (IST), au VIH/SIDA, aux grossesses précoces et/ou non désirées, aux avortements, à l'excision et autres pratiques néfastes. (DSR 2011: p. 11). La Loi 2005-18 relative à la santé de la reproduction en reconnaissant les risques particuliers auxquels sont exposés les adolescent(e)s, accorde une place importante à la promotion de la santé de la reproduction de

ce groupe vulnérable (Wade et Sall 2005). La création de centres conseils ADO et les initiatives visant à faciliter l'accès aux jeunes traduit l'intérêt accordé par le Gouvernement à ce groupe.

Handicapés

La Loi 2005-18 relative à la santé de la reproduction ne traite pas spécifiquement des personnes vivant avec un handicap.

Art. 3. - Le droit à la Santé de la Reproduction est un droit fondamental et universel garanti à tout être humain sans discrimination fondée sur l'âge, le sexe, la fortune, la religion, la race, l'ethnie, la situation matrimoniale ou sur toute autre situation.

Pauvres et autres catégories vulnérables

Bien qu'étant un groupe particulièrement vulnérable, peu de lois, politiques ou programmes traitent de manière spécifique les besoins particuliers des pauvres. La feuille de route, cependant, met un accent particulier sur les groupes pauvres et vulnérables dans le but d'offrir un accès équitable aux services de santé de qualité (Ministère de la Santé et de la Prévention médicale 2006: p. 4). Enfin, le Ministre de la Santé, affirmait la nécessité de poser le problème des groupes vulnérables en général. Elle a insisté sur l'amélioration constante de la qualité de vie de «tous les segments de la société, en particulier les groupes les plus vulnérables » qui devraient "constituer une priorité pour toutes les structures publiques" au Sénégal (Ministère de la Santé, de la Prévention et de l'Hygiène Publique et de la Direction de la Santé 2009: p. 3).

D) Les normes socio-culturelles et les tendances concernant la constitution de famille, la maternité, etc.

Les comportements, attitudes et pratiques en matière de santé de la reproduction et sexuelle sont intimement liés aux croyances et aux représentations socioculturelles au Sénégal. Les normes socioculturelles jouent un rôle important en influençant la constitution de la famille, la maternité et les autres décisions pertinentes en matière de santé de la reproduction.

En général, au Sénégal, la norme est la fondation rapide d'un foyer et d'avoir une descendance nombreuse. De telles normes peuvent contribuer à entraver ou à renforcer les efforts en vue de l'amélioration de la santé de la reproduction et elles devraient être prises en compte lors de l'élaboration des programmes conçus pour répondre au phénomène des grossesses non désirées.

Mariage précoce et quasi universel

Le Sénégal est marqué par le phénomène des mariages précoces. Les femmes en particulier ont tendance à se marier précocement. Selon l'EDS de 2010-2011, 15,1 pour cent des femmes âgées de 20 à 49 ans étaient déjà mariées à l'âge de 15 ans et 40,3 pour cent étaient mariées à l'âge de 18 ans (ANSD et ICF 2012b: p. 3). L'âge moyen de la première union était de 19,6 ans. Alors que les femmes sénégalaises continuent de se marier très tôt, l'âge moyen du mariage a légèrement augmenté au cours des dernières années. L'EDS de 2005 a révélé que l'âge moyen pour les femmes âgées de 20 à 49 ans au moment de leur première union était de 18,5 ans (ANSD et ICF 2012a: p. 62).

Les hommes se marient généralement plus tard que les femmes et plus de la moitié d'entre eux âgés de moins de 30 ans n'ont jamais été mariés (ANSD et ICF 2012b: p. 5). L'âge du mariage est fonction également de la

richesse; l'âge moyen du mariage dans les ménages les plus pauvres est de 16,5 ans par rapport à 23,2 ans dans les ménages les plus riches (ANSD et ICF 2012b: p. 3).

Le mariage est presque unanimement pratiqué au Sénégal. Dans l'ensemble, 66 pour cent des femmes et 36 pour cent des hommes âgés de 15 à 49 ans étaient mariés au moment de l'enquête en 2010-2011 (ANSD et ICF 2012b: p. 5). La proportion de femmes mariées au moment de l'enquête est restée relativement constante au cours des dernières années (65 pour cent en 2005) ; mais la proportion d'hommes mariés a diminué de 44 pour cent au moment de l'enquête en 2005 (CRDH et ORC Macro 2005, p. 4). Le pourcentage des femmes et des hommes mariés a considérablement augmenté avec l'âge. Concernant le groupe d'âge de 45 à 49 ans, environ 3,0 pour cent seulement des femmes et 4,0 pour cent des hommes n'ont jamais été mariés (ANSD et ICF 2012a: p. 58). Les mariages polygames sont aussi relativement fréquents avec 35 pour cent de femmes sénégalaises mariées à un homme ayant plus d'une épouse (ANSD et ICF 2012b: p. 5). Cette proportion a toutefois diminué ces dernières années de 40 pour cent en 2005 (CRDH et ORC Macro 2005: p. 4).

Rapports sexuels et grossesses précoces

Au Sénégal, la sexualité pré maritale est fortement réprouvée. D'ailleurs, la nuptialité précoce apparaît comme un élément du dispositif visant à prévenir cette sexualité précoce (Sall, 2010 : 112). De ce fait, l'âge au premier rapport sexuel coïncide souvent avec l'âge au premier mariage et ces deux indicateurs de calendrier sont assez voisins de l'âge à la première maternité. En 2010-2011, les femmes âgées entre 25 et 49 ans ont commencé à entretenir des relations sexuelles à un âge moyen de 18,8 ans, et à seulement 0,5 ans avant l'âge moyen de la première union et 2,2 ans avant la naissance de leur premier enfant (ANSD et ICF 2012a: pp. 63-65). Pour les hommes, le premier rapport sexuel se passe généralement, sensiblement avant la première union. Les hommes âgés de 30 à 39 ans ont eu leur premier rapport sexuel à un âge moyen de 22,3 ans, à peu près 6,9 ans avant leur première union (ANSD et ICF 2012b: p. 5). L'âge moyen du premier rapport sexuel chez les femmes a également augmenté au cours des dernières années, passant de 17,5 en 1997 à 18,7 en 2005 à 19,0 en 2010-2011 chez les femmes âgées de 20 à 49 ans. De la même manière, l'âge a augmenté chez les hommes avec un âge moyen de 20,9 ans en 2005 (CRDH et ORC Macro 2005: p. 5). Pour les femmes, l'âge du premier rapport sexuel est lié au lieu de résidence avec des femmes vivant dans les zones urbaines commençant une activité sexuelle à 20,5 ans, soit trois ans plus tard que les femmes dans les zones rurales (17,5 ans) (ANSD et ICF 2012b: p. 5). Parallèlement, les femmes vivant dans les zones urbaines ont aussi eu leur premier enfant à un âge plus avancé que les femmes rurales (22,5 ans contre 19,8 années) (ANSD et ICF 2012a: p. 83).

Désir de famille nombreuse

Les familles sénégalaises sont en général des familles nombreuses avec une moyenne de 5,0 enfants par femme en âge de procréer (ANSD et ICF 2012a: p. 73). Au Sénégal, les familles nombreuses résultent d'abord d'une forte valorisation de la fécondité observable dans toutes les ethnies. Cette forte valorisation de la fécondité se manifeste par un désir chez les hommes et chez les femmes d'avoir de nombreux enfants. Les femmes mariées ont tendance à souhaiter avoir en moyenne 5,3 enfants alors que les hommes mariés en désirent plus (8,1) (ANSD et ICF 2012a: p. 92). Une étude menée par Randall et Legrand (2003) a révélé que le désir d'avoir une descendance nombreuse était lié à plusieurs perceptions. Ainsi, selon certaines croyances que les enfants seraient indispensables pour insuffler la vie dans la maison et éviter l'isolement et la solitude et contribuent à la vitalité du ménage (Randall et Legrand 2003, p. 702). Les enfants sont également souvent considérés comme un investissement rentable pour l'avenir. Par exemple, une femme a expliqué que la raison d'avoir des enfants est « uniquement pour qu'ils puissent nous aider un jour » (Randall et Legrand 2003 : p. 706). Dans le milieu rural en particulier, les enfants sont perçus plus comme un investissement financier futur qu'un coût net (Randall et Legrand 2003 :p. 706).

Une autre femme expliqua qu'un enfant a «une capacité potentielle de soutenir ses parents âgés et, de manière plus importante, une fois adulte, éprouvera de l'amour et du respect envers ses parents et les autres» (Randall et Legrand 2003: p. 708). Cette citation souligne en outre l'importance des liens de la parenté qui contribuent matériellement et socialement à la qualité de vie dans la société sénégalaise.

Allaitement maternel prolongé

Il existe une relation positive entre la durée d'allaitement et l'aménorrhée. Au Sénégal, dans la plupart des ethnies, les pratiques culturelles tendent à encourager l'allaitement pendant les deux années. La dérogation à cet espacement est désignée sous le terme local de « néf ». Au Sénégal, la durée de l'allaitement était en moyenne de 17 mois en 1986 ; ce qui s'avérait être l'une des durées d'allaitement maternel des plus longues en Afrique (CESCR 2001). Cette durée a depuis lors augmenté pour atteindre une moyenne de 20,1 mois en 2005 et 20,9 mois en 2010-2011 (CRDH et ORC Macro 2005: p. 10; ANSD et ICF 2012a: p. 174).

Croyances et traditions islamiques

Le Sénégal est une société à dominante musulmane où les croyances et traditions islamiques influencent presque tous les aspects de la vie, y compris les considérations et pratiques liées à la santé de la reproduction. L'interprétation des textes sacrés peut fonder des croyances religieuses et culturelles pouvant induire des comportements comme le refus des contraceptifs. L'étude menée au Sénégal par Randall et Legrand (2003) sur la prise de décisions relative à la procréation a révélé que les considérations relatives à la fécondité étaient généralement d'ordre fataliste en ce sens que Dieu est perçu comme ayant un contrôle total sur les résultats.

Dans un certain nombre d'entretiens, la majorité des personnes interrogées dans les villages et les petites villes et certains répondants à Dakar, ont révélé que la grossesse et le nombre d'enfants par femme est du seul ressort de Dieu (Randall et Legrand 2003, pp. 701-702). Cette croyance a un impact sur la perception de la planification familiale en tant que concept général, et explique en partie la faible utilisation des contraceptifs et le taux de fécondité élevé au Sénégal.

Certains aspects relatifs à l'Islam peuvent aussi contribuer au rejet de la planification familiale selon certaines interprétations. Certains musulmans s'opposent à la planification familiale parce que la considérant comme une tentative de réduire la population musulmane. D'autres croient que les contraceptifs font la promotion d'un comportement immoral, encourageant ainsi les relations sexuelles extraconjugales. De manière plus prononcée encore, certains prétendent que l'utilisation de la contraception équivaut à un assassinat (Omran 1992, p.203). En outre, les croyances islamiques qui entretiennent la domination des hommes dans la société sénégalaise et le manque d'autonomie des femmes dans le mariage contribuent à des taux de fécondité élevés. Bien que certaines femmes aient exprimé le désir de limiter ou d'espacer les naissances, lorsqu'on leur a demandé si elles iraient à l'encontre de la volonté de leur mari d'avoir des enfants, la majorité a répondu qu'elles ne le feraient pas (Randall et Legrand 2003, p. 704).

Malgré ces facteurs qui contribuent aux taux élevés de fécondité, la planification familiale semble être de plus en plus acceptée, y compris dans le discours religieux. Certaines personnes interrogées ont déclaré que la promotion de la santé dans la doctrine islamique justifie le recours à des mécanismes de régulation de la fécondité pour protéger la santé des femmes. En outre, cette justification peut être utilisée pour atténuer le refus probable d'un mari quant à l'utilisation de la contraception par sa femme. La définition de la santé est de plus en plus large en ce sens qu'elle inclut les notions de douleur, risques pour la santé et d'épuisement résultant des grossesses et cela est utilisé comme pour justifier la maîtrise de la fécondité, en particulier dans les zones urbaines (Randall et Legrand 2003, pp. 703-704).

Certains répondants ont expliqué qu'en ce qui concerne la planification familiale, l'Islam "accepte que les couples légalement mariés puissent planifier le nombre d'enfants qu'ils souhaitent avoir en fonction de leurs

moyens» (Randall et Legrand 2003 : p. 706). Par conséquent, si une famille n'a pas les moyens de s'occuper de plusieurs enfants, elle peut recourir à des méthodes de planification familiale afin de limiter la taille de la famille. En outre, le coût de plus en plus élevé de l'éducation des enfants justifie davantage l'acceptation de la planification familiale. Dans les zones urbaines, en particulier, les répondant(e)s ont soulevé plusieurs préoccupations de plus en plus importantes liées à la charge financière des enfants comme étant le facteur de motivation le plus important pour justifier la planification familiale (Randall et Legrand 2003, p. 710).

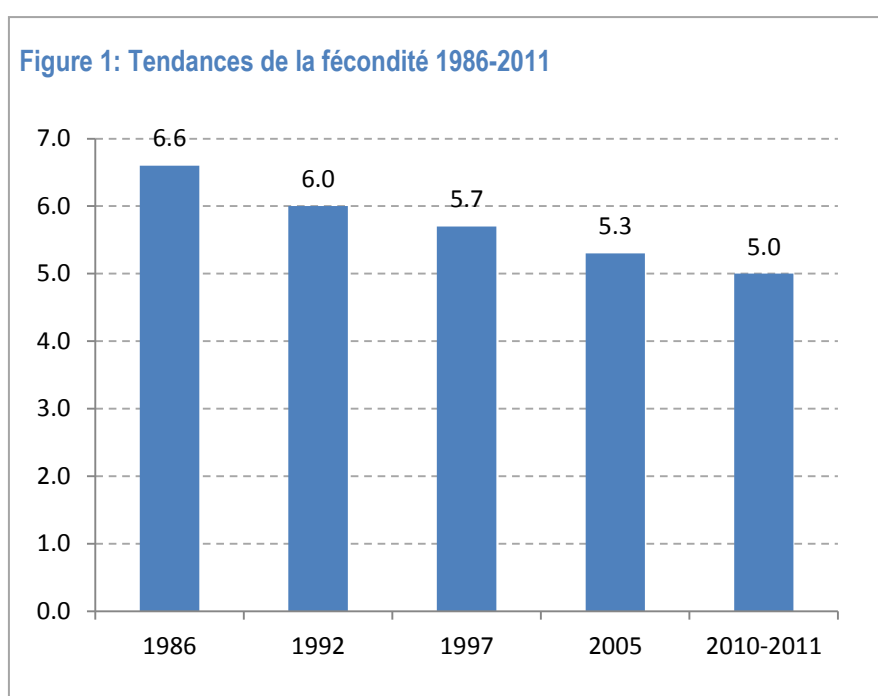
La combinaison de ces facteurs, plus particulièrement le contexte financier en mutation, peut participer à une acceptation de plus en plus grande de la planification familiale et de la baisse du taux de fécondité au Sénégal. Il est cependant important de souligner que dans la société sénégalaise, les enfants ont une valeur sociale symbolique ; ce qui peut servir d'obstacle majeur à une réduction significative de la fécondité en dépit des facteurs financiers ou environnementaux.

DEUXIEME PARTIE: Indicateurs en matière de planification familiale et de santé de la reproduction: analyses des tendances et de l'équité

A) Statut de la fécondité, intentions et taille souhaitée de la famille

Les tendances de la fécondité

Le Sénégal est caractérisé par des taux de fécondité élevés. Au moment de l'EDS 2010-2011, le Sénégal avait un indice synthétique de fécondité (ISF) d'environ 5,0 enfants par femme. L'ISF représente la somme des naissances estimées (nombre moyen d'enfants) par femme en âge de procréer (ANSD et ORC Macro 2010-2011: p. 11). Quoiqu'encore élevé, ce nombre a diminué de façon constante d'une moyenne de 6,6 enfants par femme en 1986 à 6,0 en 1992, 5,7 en 1997 et 5,3 en 2005 (voir Figure 1) (ANSD et ORC Macro 2010-2011: p. 11).



Avant 1986, le taux était encore plus élevé (Ministère de l'Economie et des Finances 1986: p.2). L'EDS 2010-2011 donne également à travers le Taux Global de Fécondité Général (TGFG), une autre mesure de la fécondité, soit le nombre annuel de naissances vivantes chez les femmes en âge de procréer. Le TGFG au Sénégal est de 168 pour mille. Malgré la baisse au fil du temps, ce taux reste élevé. Des différences importantes sont notées au niveau des taux de fécondité selon certaines caractéristiques démographiques dans l'EDS 2010-2011 (ANSD et ICF 2012: pp. 72-73).

- Est plus faible chez les femmes urbaines (3,9) que chez les femmes rurales (6,0) et diffère selon les régions.
- *Région* : Dakar possède le niveau d'ISF le plus bas est (3,7) alors que les niveaux les plus élevés ont été notés à Kaffrine (6,5), Kolda(6,8) et Sédiou (6,9).

- *Niveau d'étude* : l'ISF tend à la baisse avec l'augmentation du niveau de scolarité et de richesses. Les femmes moins instruites avaient environ deux fois plus d'enfants (5,8) que les femmes ayant suivi un enseignement secondaire ou supérieur (2,9) (voir figure 2).
- *Quintile de bien être* : De même, le quintile de bien être le plus bas avait un ISF deux fois plus grand (7,0) que le quintile le élevé (3,3) (voir la figure 3).

Figure 2: ISF par niveau d'éducation (EDS 2010-2011)

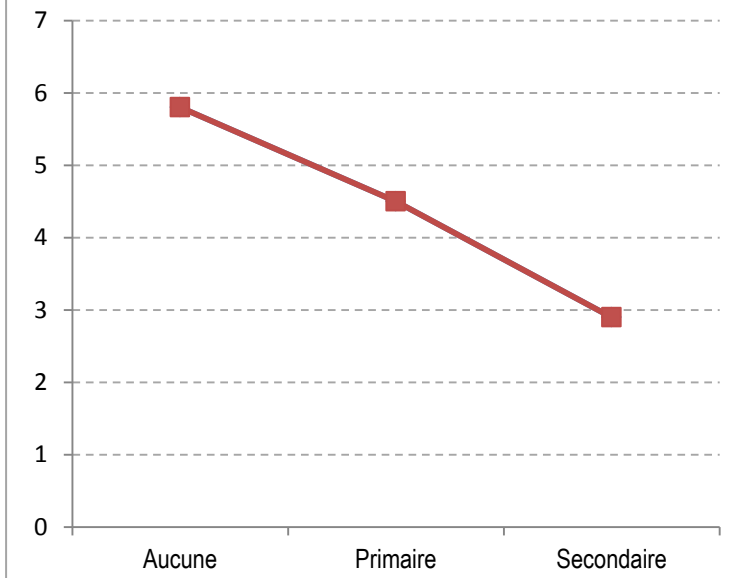
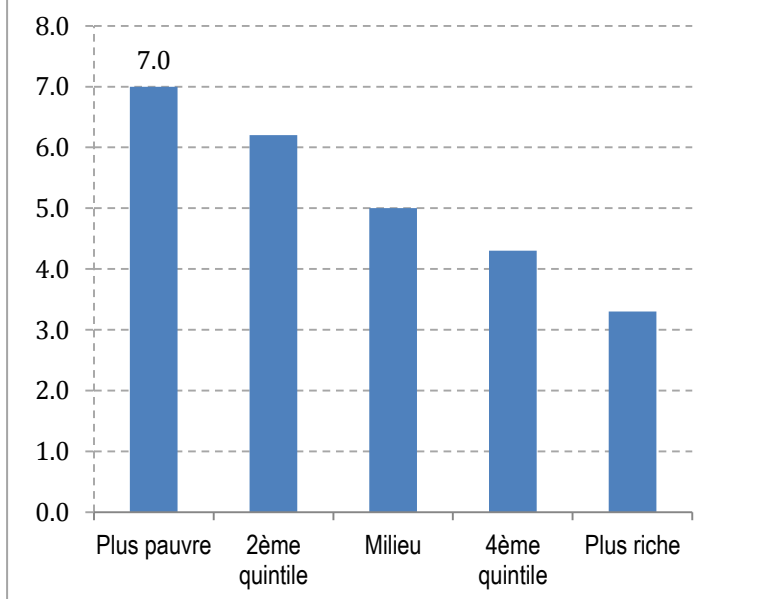


Figure 3: ISF par quintile de richesse (EDS 2010-2011)



La fécondité désirée et non désirée

L'ampleur de la fécondité au Sénégal est généralement représentée par le niveau de fécondité désirée. En 2010-2011, les femmes en moyenne, ont affirmé désirer 5,2 enfants. Le nombre d'enfants désiré par la femme était donc très proche et même légèrement supérieur à l'ISF enregistré (5,0). Les hommes, en revanche, voulaient sensiblement plus d'enfants que l'ISF annoncé, avec idéalement 7,3 enfants en moyenne (ANSD et ICF 2012: p. 92). Ces dernières années, le nombre d'enfants désiré a une tendance à la baisse avec idéalement 7 enfants chez les femmes en 1986. Toutefois, les estimations les plus récentes ont augmenté depuis 2005 quand alors le nombre idéal était de 4,5 enfants (Ministère de l'Economie et des Finances 1986:p.6, CRDH et ORC Macro, p. 4). Le nombre d'enfants désirés variait chez les femmes en fonction d'un certain nombre de caractéristiques démographiques selon l'EDS 2010-2011 comme examiné plus loin (ANSD et ICF 2012a: p. 93).

- *Age*: Le nombre d'enfants désiré a eu une tendance légèrement à la hausse avec l'augmentation de l'âge de la mère ; de 5.0 enfants désirés chez les femmes âgées de 15 à 19 ans à 5,9 enfants chez les femmes âgées de 45 à 49 ans.
- *Lieu de Résidence*: en moyenne, les femmes rurales désiraient sensiblement avoir plus d'enfants (5,8) que les femmes urbaines (4,7)
- *Région*: Le nombre d'enfants désiré variait sensiblement selon la région; les femmes vivant à Matam, Kaffrine, Sédhiou et Tambacounda, désiraient avoir plus de 6 enfants en moyenne alors que les femmes vivant à Saint-Louis, Dakar et Ziguinchor désiraient en avoir moins de 5.
- *Niveau d'étude*: en plus, Le nombre d'enfants désiré connaît une tendance à la baisse avec le niveau d'éducation de 5, 8 enfants désirés par des femmes sans instruction à 4,4 d'enfants désirés chez les femmes avec un minimum d'éducation secondaire ou supérieure (voire Figure 4)
- *Quintile de bien être*: le nombre d'enfants désiré a baissé avec le niveau du quintile de bien être de 6,2 enfants désirés dans le quintile le plus bas

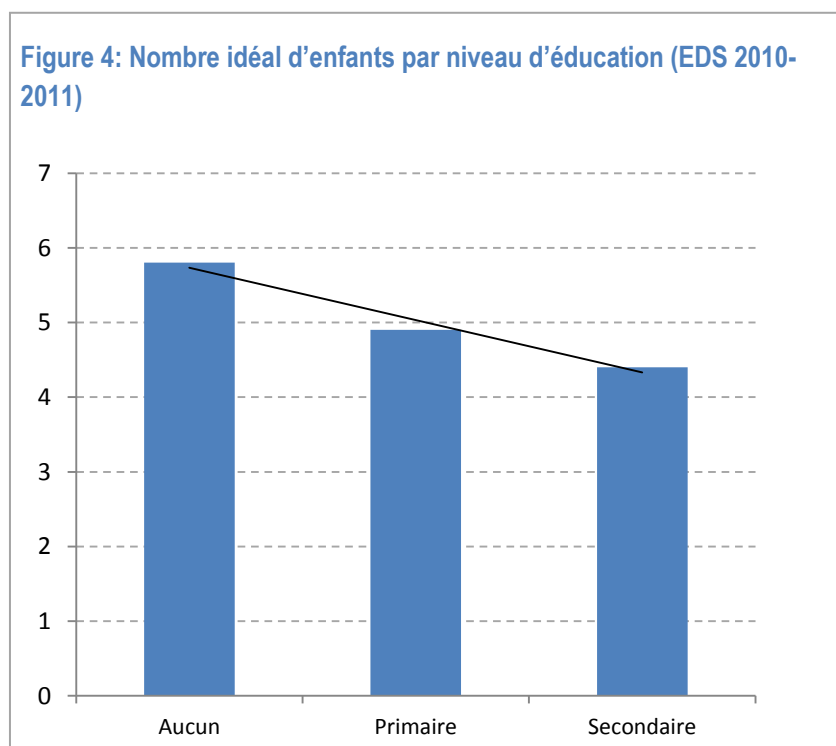
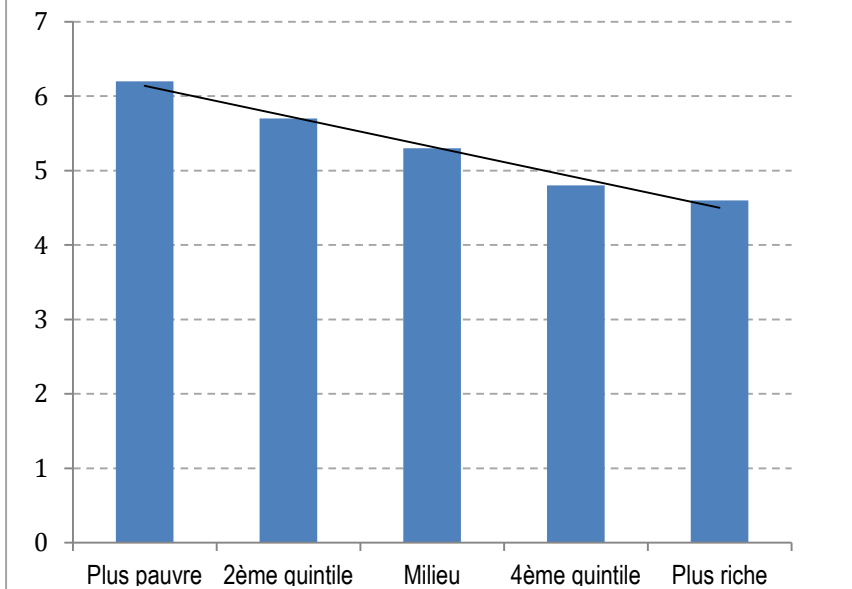


Figure 5: Nombre idéal d'enfants par quintile de bien être (EDS 2010-2011)



Alors que le nombre d'enfants désirés connaît une tendance à la baisse, on ne note pas de préférence pour les petites familles. Parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans, seules 4,0 pour cent désiraient avoir au plus 2 enfants contre 67,8 pour cent d'entre elles qui désiraient en avoir au moins 4. Chez les hommes, les petites familles étaient encore moins désirées, seuls 2,7 pour cent des hommes souhaitaient avoir au plus 2 enfants tandis que 71,6 pour cent désiraient avoir au moins 4 enfants et 60,1 pour cent au moins 5 enfants (ANSD et ICF 2012: p. 92).

La planification et l'espacement des naissances

La fécondité des adolescentes

Le niveau élevé de la fécondité s'explique souvent et en partie grâce à une procréation précoce au Sénégal ; elle-même indissociable d'une nuptialité précoce. En 1986, plus d'un tiers des femmes avaient eu leur premier enfant avant l'âge de 17 ans (Ministère de l'Economie et des Finances 1986: p. 6). De cette période à nos jours, ce calendrier de la fécondité a sensiblement diminué, passant de 22 pour cent en 1997 et même à 19 pour cent en 2005 (CRDH et ORC Macro 2005: p. 4). En 2010-2011, seules 11,6 pour cent des femmes âgées de 17 ans avaient donné naissance (ANSD et ICF 2012a: p. 84). Alors que le niveau a connu une tendance à la baisse au cours des dernières années, une proportion importante de femmes ont leur première grossesse au cours de leur adolescence. Dans l'ensemble, en 2010-2011, 18,7 pour cent des adolescentes au Sénégal âgées de 15 à 19 ans avaient déjà eu une grossesse (ANSD et ICF 2012b: p. 18). La fréquence des grossesses chez les adolescentes a été étroitement associée à plusieurs caractéristiques démographiques selon l'EDS 2010-2011 examinée ci-dessous.

- *Lieu de résidence*: la proportion de grossesses adolescentes est 2 fois plus élevée en milieu rural (25 pour cent) qu'en milieu urbain (12 pour cent) (ANSD et ICF 2012b: p. 18).

- *Région*: le taux de grossesses chez les adolescentes varie grandement d'une région à une autre, allant d'un minimum de 11 à 12 pour cent à Ziguinchor et à Dakar à un maximum de 40 à 43 pour cent à Tambacounda et Kolda (ANSD et ICF 2012b: p. 19).
- *Niveau d'étude*: les grossesses chez les adolescentes diminuent en fonction du niveau d'instruction : chez les adolescentes qui ne sont pas instruites, 31 % ont été enceintes contre 4 pour cent chez celles ayant fait des études secondaires ou supérieures (voir Figure 6) (ANSD et ICF 2012b: p. 4).
- *Quintile de bien-être* : le pourcentage de grossesses chez les adolescentes est inversement lié à la richesse en général, se chiffrant à 38,3 pour cent parmi les femmes dans le quintile le plus pauvre et de seulement 7,3 pour cent des femmes dans le quintile le plus riche (voir Figure 7) (ANSD et ICF 2012a: p. 84).

Figure 6: Proportion d'adolescentes qui ont commencé à procréer selon le niveau d'instruction (EDS 2010-2011)

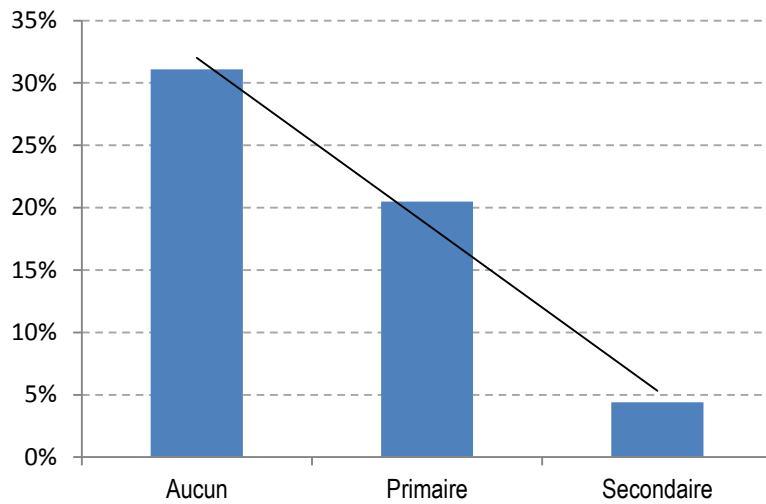
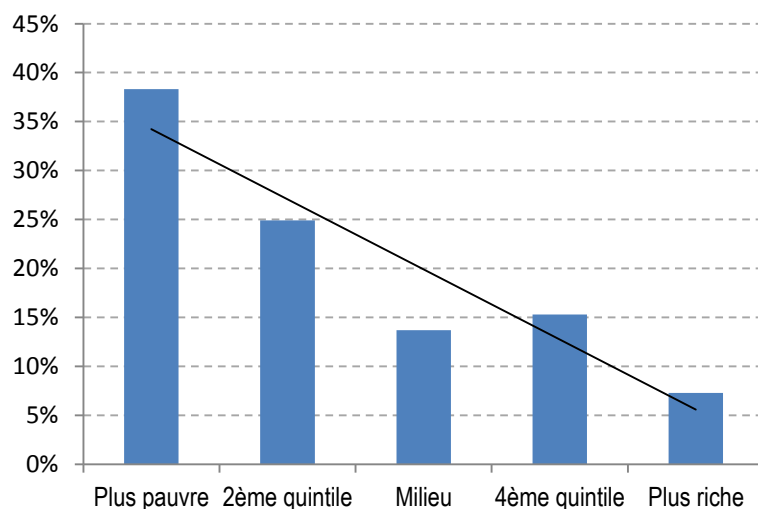


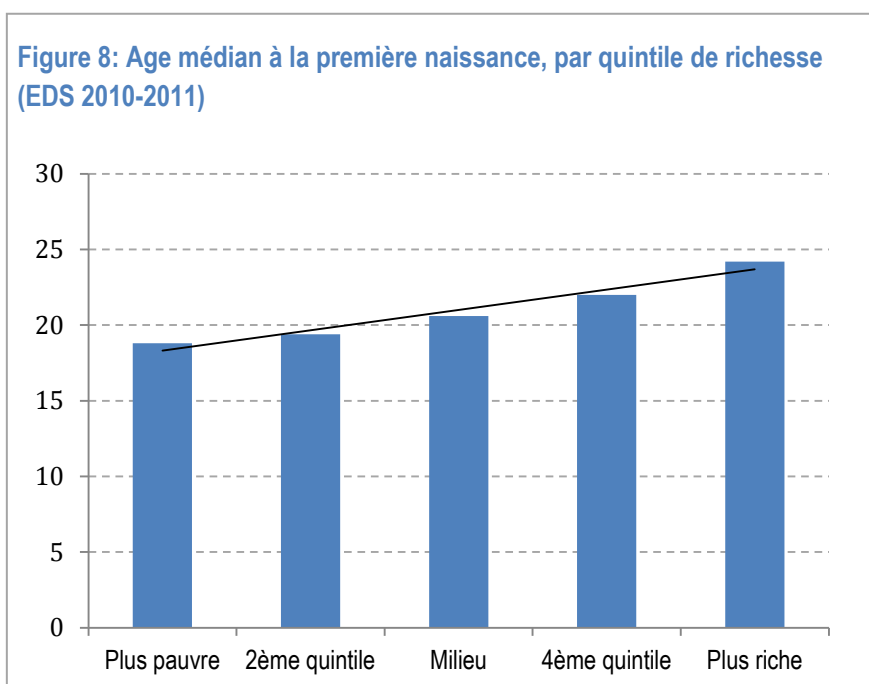
Figure 7: Personnes de 15-19 ans qui ont commencé à procréer, par quintile de richesse (EDS 2010-2011)



Le début de la procréation

Malgré un taux important de grossesses chez les adolescentes, l'âge à la première maternité a augmenté chez les adolescentes au cours de ces dernières années. En 1986, les femmes de 25 à 49 ont eu leur premier enfant à un âge moyen qui était inférieur à 20 ans (Ministère de l'Economie et des Finances 1986: p. 6). En 2010-2011, l'âge moyen des femmes quand elles ont eu leur premier enfant était de 21 ans (ANSD et ICF 2012b: p. 5). L'âge de la première grossesse varie selon le lieu de résidence, la région, le niveau d'études et de richesse selon l'EDS de 2010-2011.

- *Lieu de résidence* : les femmes vivant en milieu urbain avaient leur première grossesse à un âge moyen plus tardif (22,5) que celles vivant en milieu rural (19,8) (ANSD et ICF 2012b: p. 18).
- *Région* : les écarts entre l'âge moyen de la première grossesse sont également observés selon les régions, allant d'un minimum d'environ 19 ans à Kolda, Tambacounda, Kédougou et Kaffrine à un maximum de 23 ans à Dakar (ANSD et ICF 2012b: p. 19).
- *Niveau d'étude* : l'âge moyen à la première grossesse augmente avec le niveau de scolarité de 19,9 ans chez les femmes sans instruction formelle à 22,1 ans chez les personnes ayant une éducation primaire.⁴ (ANSD et ICF 2012a: p.83).
- *Quintile de bien être* : l'âge moyen à la première grossesse varie aussi selon le niveau de richesse. Il est plus précoce (18,8 ans) chez les adolescentes du quintile de richesse le plus pauvre que chez les adolescentes du quintile de richesse plus riche (24,2 ans) (voir figure 8) (ANSD et ICF 2012b: p. 5).

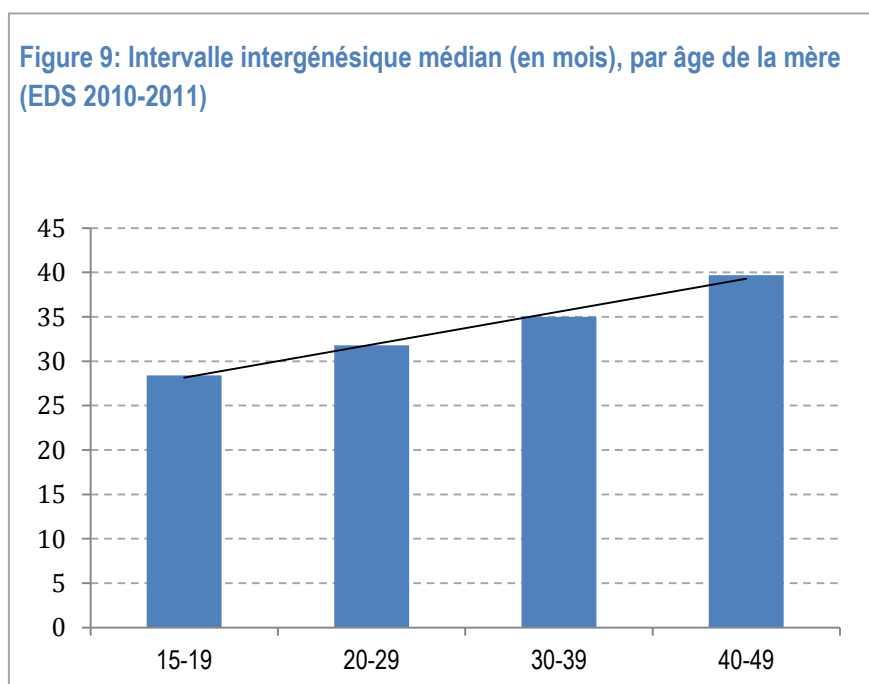


⁴ Il n'y a aucune donnée disponible concernant celles qui ont un niveau d'éducation secondaire et supérieure

L'espacement des naissances

Malgré un démarrage précoce de la procréation, le taux de fécondité est atténué par des intervalles de naissances relativement longs entre les enfants. En 2010-2011, l'intervalle médian au Sénégal était de 34 mois, et seulement 18 pour cent d'enfants étaient nés dans un intervalle de moins de deux ans par rapport à la naissance précédente (ANSD et ICF 2012b: p. 8). La durée médiane de l'intervalle intergénéral est légèrement différente par rapport à certaines caractéristiques démographiques explorées ci-dessous selon l'EDS 2010-2011; cependant, à l'exception de l'âge de la mère la plupart des différences ne sont pas très grandes (ANSD et ICF 2012a: p. 78).

- *Age de la mère* : l'intervalle intergénéral médian varie avec l'âge de la mère il va de 28,4 mois chez les femmes âgées de 15 à 19 ans à 39,7 mois chez les femmes âgées de 40 à 49 ans (voir la figure 9).



- *Lieu de résidence*: les intervalles intergénéral diffèrent légèrement selon le lieu de résidence avec des intervalles plus courts dans les zones rurales (33,0 mois) que dans les zones urbaines (35,3 mois).
- *Région*: la durée médiane de l'intervalle intergénéral varie aussi légèrement selon les régions, allant de 31,9 mois à Fatick à 36,3 mois à Kédougou.
- *Niveau d'étude* : celles qui n'ont pas eu d'éducation formelle ou ont seulement un niveau d'enseignement primaire avaient des intervalles entre les naissances en moyenne plus courts (33,6 et 34,1 mois respectivement) que celles de niveau secondaire ou supérieur (36,3 mois) (voire Figure 10).
- *Quintile de bien être* : les adolescentes appartenant au groupe de quintile de richesse le plus pauvre, ont également marqué des intervalles un peu plus courts (32,7 mois) que celles du quintile le plus riche (36,4 mois) (voire Figure 11).

Figure 10: Intervalle intergénérisque médian (en mois), par niveau d'éducation (EDS 2010-2011)

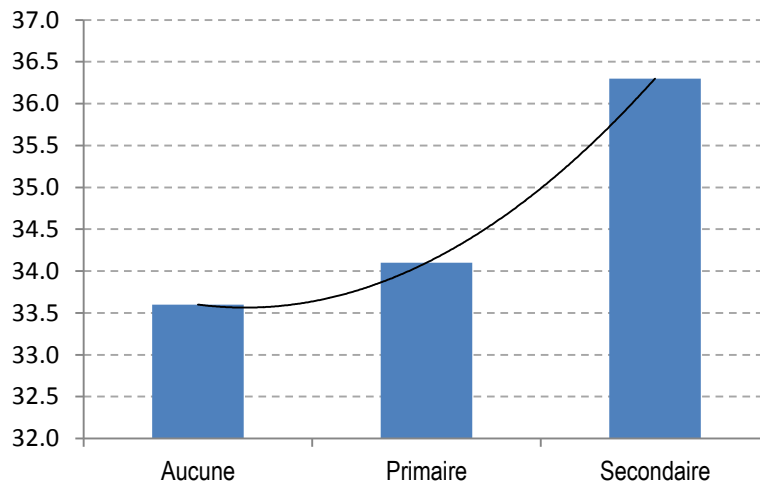
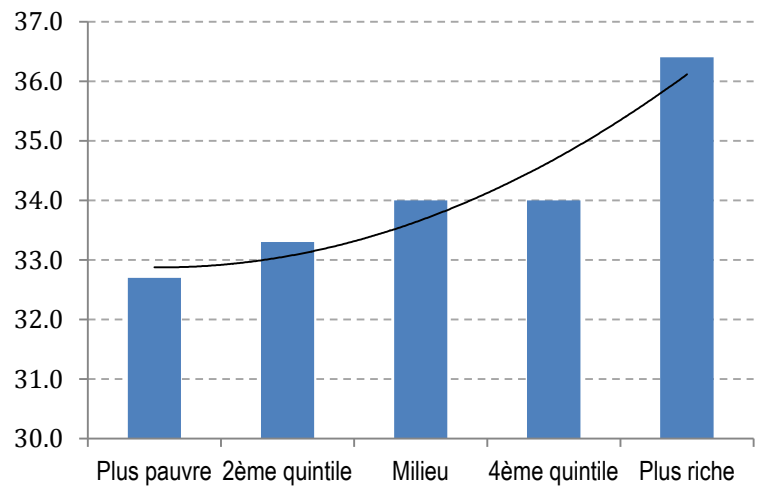


Figure 11: Intervalle intergénérisque médian (en mois), par quintile de richesse (EDS 2010-2011)



Intentions de fécondité chez les femmes vivant avec le VIH/SIDA et ayant subi un avortement

Peu de données sont disponibles sur les intentions de fécondité des femmes vivant avec le VIH/SIDA ou de celles qui ont récemment subi des avortements.

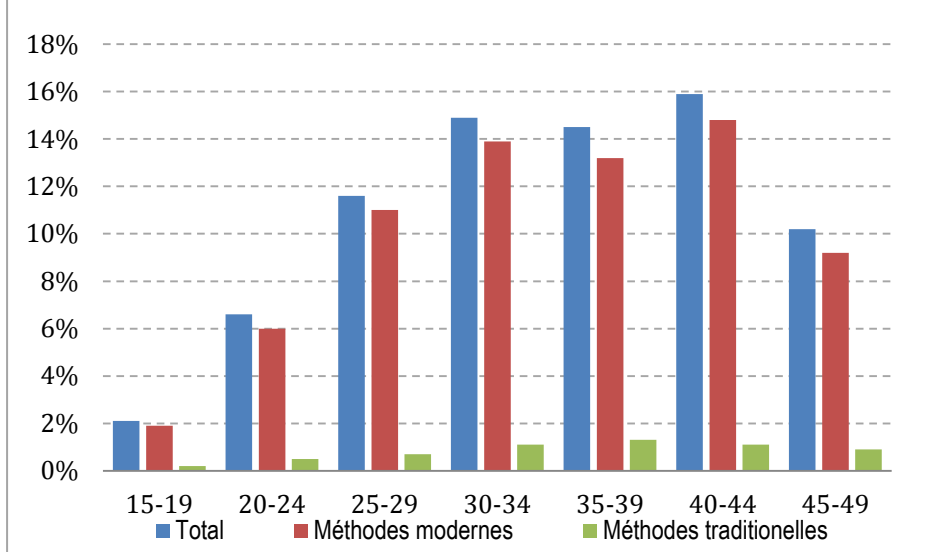
B) La planification familiale

Utilisation de la contraception

Avant que des efforts concertés autour de la programmation en matière de planification familiale n'aient commencé dans les années 1980, la contraception était rarement utilisée au Sénégal. En 1986, le taux de pratique contraceptive (toutes méthodes confondues) se situait à 3,9 pour cent tandis que celui des méthodes modernes était à peine de 0,6 pour cent (DSR 2011: p. 11). Au cours des deux décennies passées, le taux a augmenté mais le recours à la contraception reste remarquablement faible au Sénégal, contribuant ainsi de manière significative à un taux de fécondité élevé. En 2010-2011, seulement environ 9,6 pour cent des femmes ont eu recours à la contraception, dont 8,9 pour cent utilisant une méthode moderne, comparé à 0,7 cent qui ont utilisé une méthode traditionnelle (ANSD et ICF 2012a: p. 100). Dans toutes les catégories démographiques, l'utilisation d'une méthode traditionnelle tournait autour de 1 pour cent, mais l'utilisation d'une méthode moderne a varié plus sensiblement par rapport au statut matrimonial, à l'âge, au nombre d'enfants vivants, au lieu de résidence, à la région, au niveau d'études et au quintile de bien-être (traité ci-dessous).

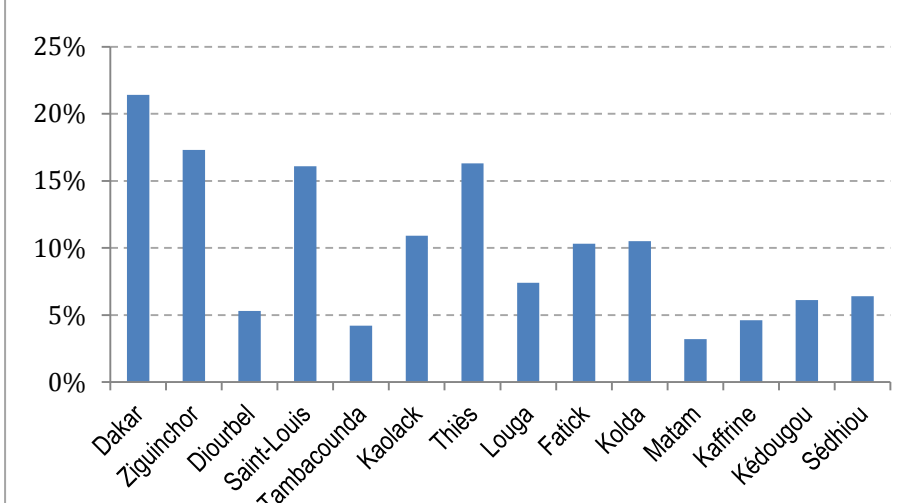
- *Statut matrimonial*: l'EDS 5-MICS a révélé que le taux d'utilisation des méthodes modernes chez les femmes mariées était légèrement plus élevé que la moyenne globale, de 12,1 pour cent. Toutefois, les femmes célibataires sexuellement actives avaient de loin le taux d'utilisation le plus élevé (25,0 pour cent utilisant une méthode moderne) (ANSD et ICF 2012b: p. 6). L'enquête de l'ISSU, en ciblant les femmes urbaines, a également révélé que les femmes en union connaissent des taux d'utilisation régulière plus élevés (20 pour cent) que la moyenne (13 pour cent) (CRDH et MEA 2012: p. 40).
- *Age*: les données de l'EDS ont montré que l'utilisation de contraceptifs augmentait généralement avec l'âge, passant de 2,1 pour cent chez les femmes âgées de 15 à 19 ans, à 15,9 pour cent chez celles âgées de 40 à 44 ans. L'utilisation est plus faible dans le groupe le plus âgé (45-49 ans) (voire Figure 12) (ANSD et ICF 2012a: p. 100). La même tendance a été observée lorsque qu'il s'est agi des femmes en union seulement (ANSD et ICF 2012a: p. 108). Il y a donc aussi un effet de génération dans la mesure où les femmes des générations plus jeunes sont beaucoup plus réceptives à la contraception que leurs aînées.
- *Nombre d'enfants vivants*: le taux d'utilisation de la contraception moderne semblerait être positivement corrélé à la parité atteinte par la femme. En effet, le taux de prévalence augmente au fur et à mesure que le nombre d'enfants vivants augmente. Il est de 2,9 pour cent chez les femmes qui n'ont pas d'enfants vivants et de 15,6 pour cent chez les femmes ayant 5 enfants ou plus (ANSD et ICF 2012a: p. 102).

Figure 12: Utilisation actuelle de la contraception selon l'âge des femmes (EDS 2010-2011)

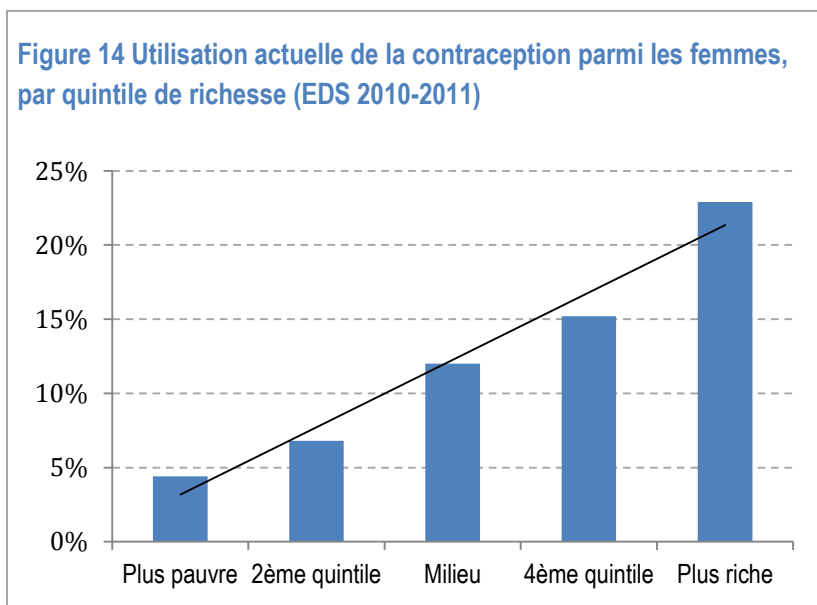


- *Lieu de résidence*: l'utilisation de la contraception moderne était nettement plus élevée chez les femmes urbaines (20,2 pour cent) que chez les femmes rurales (6,5 pour cent) selon l'EDS 2010-2011 (ANSD et ICF 2012a: p. 102). De fortes variations interurbaines sont aussi notées. L'enquête de l'ISSU, en évaluant seulement les zones urbaines, a révélé que les taux variaient de 19 pour cent à Guédiawaye à 12,2 pour cent à Mbao. Cependant, ces taux étaient tous au-dessus de la moyenne nationale, soutenant ainsi davantage la tendance que les femmes urbaines ont un taux d'utilisation plus élevé que les femmes rurales (CRDH et MEA 2012: p. 40).
- *Région*: il ressort de l'EDS 5-MICS qu'il existe de grandes variations au niveau des régions quant à l'utilisation des méthodes modernes. Le taux d'utilisation le plus faible a été noté à Matam, Tambacounda et Kaffrine (moins de 5 pour cent), tandis que les taux d'utilisation les plus élevés ont été cités à Dakar, Ziguinchor, Saint-Louis et Thiès (au-dessus de 16 pour cent) (voir Figure 13) (ANSD et ICF 2012a: p. 102).

Figure 13: Utilisation actuelle de la contraception parmi les femmes, par région (EDS 2010-2011)



- *Niveau d'étude*: les données de l'EDS ont également montré que le taux de prévalence contraceptive était d'autant plus élevé que le niveau d'étude était plus élevé, et cela indépendamment du statut matrimonial. Le taux d'utilisation des femmes ayant fait des études secondaires ou supérieures, était de 26 pour cent, soit plus de trois fois supérieure au taux d'utilisation des femmes sans instruction formelle (8 pour cent) (ANSD et ICF 2012a: p. 102).
- *Quintile de bien être* : Il ressort des résultats de l'EDS 2010-2011 que l'utilisation des méthodes modernes a augmenté avec chaque quintile de richesse indépendamment du statut matrimonial. Environ 23 pour cent des femmes dans le quintile le plus riche utilisaient la contraception moderne ; soit plus de cinq fois plus que dans le quintile le plus pauvre (4 pour cent) (ANSD et ICF 2012a: p. 102). Les résultats obtenus à Guédiawaye ont révélé que les catégories les plus pauvres comme les plus riches connaissaient des taux d'utilisation plus élevés alors que Dakar avait des taux d'utilisation plus élevés dans les deuxième et quatrième quintiles (voir figure 14) (CRDH et MEA 2012: p. 40).



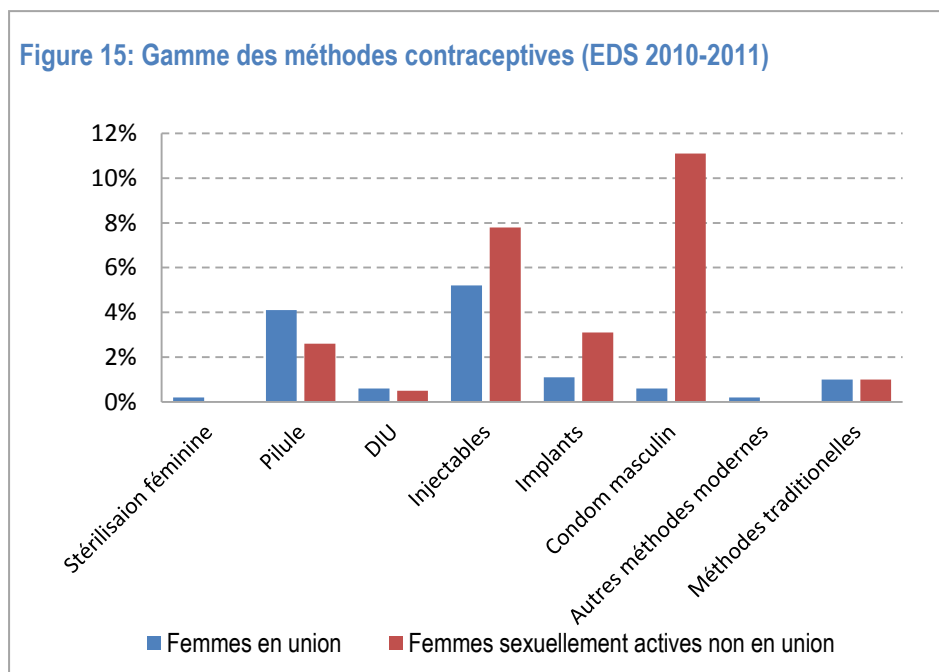
Le niveau de prévalence contraceptive informerait aussi sur le niveau des besoins non satisfaits en planification familiale. Par conséquent, les faibles taux d'utilisation des contraceptifs soulignent aussi les faibles taux de besoins en planification familiale satisfaits et qui sont répartis entre un besoin satisfait pour l'espacement des naissances et un autre besoin pour la limitation des naissances. Parmi les 9,6 pour cent de femmes dont les besoins en planification familiale sont satisfaits, 6,6 pour cent avaient l'intention d'espacer les naissances, alors que seulement 3,0 pour cent désiraient les limiter. Parmi les 13,1 pour cent de femmes mariées ayant des besoins satisfaits, 8,7 pour cent ont cherché à espacer les naissances, alors que seulement 4,4 pour cent ont cherché à limiter les naissances (ANSD et ICF 2012a: pp. 108-109). Ces données montrent que l'utilisation de la contraception vise essentiellement l'espacement plutôt que la limitation des naissances.

La gamme de méthodes

Le choix d'une méthode contraceptive diffère substantiellement entre femmes mariées et femmes célibataires sexuellement actives. Selon l'EDS 2010-2011, les femmes mariées utilisaient le plus souvent les injectables (5,2 pour cent) et la pilule (4,1 pour cent). L'utilisation des préservatifs masculins, des implants hormonaux, des dispositifs intra-utérins (DIU), et de la stérilisation féminine était inférieure à un pour cent pour chacune de ces méthodes. Un pour cent recourait à une méthode traditionnelle. Cependant, parmi les femmes célibataires

sexuellement actives, le préservatif masculin était la méthode la plus couramment utilisée, représentant 11 pour cent de cette population. Les injectables étaient la deuxième méthode la plus fréquemment utilisée par 8 pour cent de ces femmes. Environ 3 pour cent ou moins, utilisaient les implants, la pilule ou le DIU.

Concernant les femmes mariées, environ un pour cent avait utilisé une méthode traditionnelle (voir figure 15) (ANSD et ICF 2012a: p. 100).



La combinaison des méthodes révélée dans l'EDS 2010-2011 et dans celle de l'ISSU, à quelques exceptions près, avait dans l'ensemble, une tendance à suivre les mêmes modèles d'utilisation de contraceptifs.

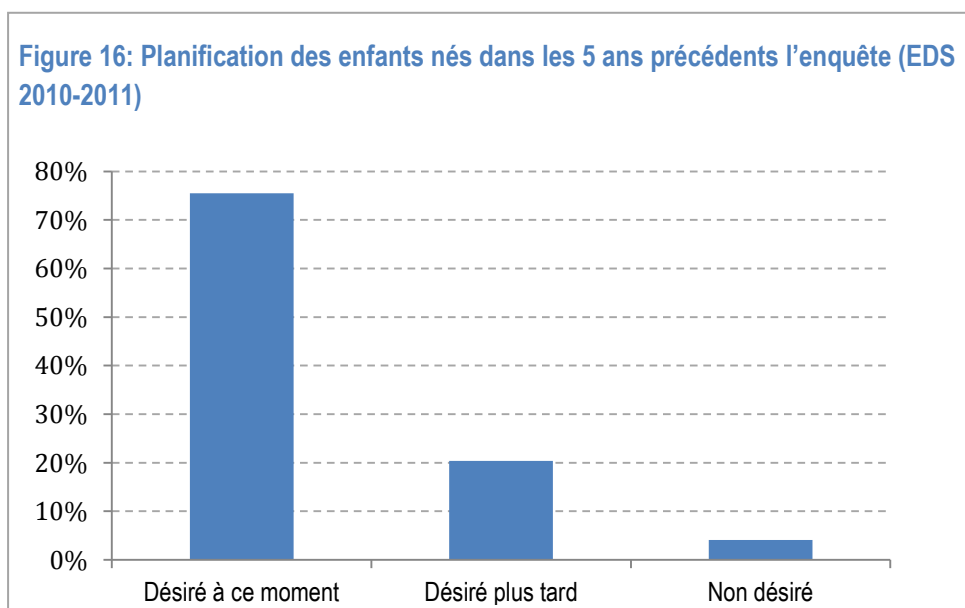
- *Age*: l'utilisation de la pilule, des injectables et des implants suit généralement la même tendance que l'utilisation des contraceptifs en général, avec un pic chez les femmes âgées de 30 à 39 ans. La stérilisation féminine, cependant, augmente avec l'âge, même si elle n'était encore utilisée que par 1,0 pour cent de femmes dans le groupe le plus âgé. L'utilisation du DIU était plus élevée chez les femmes âgées de 35 à 45 ans tandis que l'utilisation du préservatif masculin était plus élevée chez les groupes d'âge plus jeunes (20 à 29 ans) (ANSD et ICF 2012a: p. 100).
- *Nombre d'enfants vivants*: à l'exception de la pilule et du préservatif masculin, l'utilisation de toutes les autres méthodes avait augmenté parallèlement au nombre d'enfants vivants qui était aussi en hausse. L'utilisation de la pilule est restée relativement stable avec le nombre d'enfants vivants tandis que l'utilisation du préservatif a baissé lorsque le nombre d'enfants vivants a augmenté (ANSD et ICF 2012a: p. 100).
- *Lieu de résidence*: les femmes urbaines sont celles qui ont le plus couramment utilisé toutes les méthodes (ANSD et ICF 2012a: p. 100).
- *Région*: les injectables et la pilule étaient les deux méthodes privilégiées dans toutes les régions mais les produits injectables dépassent légèrement la pilule dans toutes les régions sauf pour Diourbel, Saint-Louis et Matam (ANSD et ICF 2012a: p. 102). L'enquête de l'ISSU a trouvé que la pilule et les injectables étaient les méthodes les plus utilisées avec toutefois, une légère préférence pour la pilule au niveau de Guédiawaye, Dakar et Pikine, et pour les injectables, au niveau de Mbour (CRDH et MEA 2012: p. 40).

- *Niveau d'étude*: le taux d'utilisation de la pilule, des injectables, et du préservatif masculin en général, était en hausse quand le niveau d'instruction augmentait. La stérilisation féminine était la plus élevée parmi le groupe de femmes sans instruction et les femmes ayant une éducation secondaire ou plus (0,3 pour cent pour chaque groupe). Quant à l'utilisation du DIU, des implants et des méthodes traditionnelles, la prévalence était plus élevée chez les femmes ayant le niveau d'instruction primaire (ANSD et ICF 2012a: p. 102).
- *Quintile de richesse*: l'utilisation de la plupart des méthodes a augmenté parallèlement à l'augmentation du quintile de richesse, à l'exception de la stérilisation féminine, qui était légèrement inférieure chez les femmes dans les troisième et quatrième quintiles de richesse (ANSD et ICF 2012a: p. 102). Les résultats de l'enquête de l'ISSU, cependant, ont montré des tendances différentes dans le choix des méthodes basé sur la richesse dans chaque région urbaine (CRDH et MEA 2012: pp. 40-41).

Les grossesses non désirées et non planifiées

Telles que mesurées par le désir manifeste de retarder ou de limiter les naissances

Compte tenu de l'utilisation relativement faible d'une contraception fiable, il n'est pas surprenant chez les femmes sénégalaises qu'une proportion des grossesses assez importante ait été indésirable à l'époque. Alors que 76 pour cent des femmes âgées de 15 à 49 ans interrogées lors de l'EDS 2010-2011 ont déclaré que leurs grossesses au cours des cinq dernières années avaient été désirées, environ 20 pour cent d'entre elles auraient aimé avoir la grossesse à une date ultérieure. Il s'est avéré que 4 autres pour cent auraient préféré ne pas avoir de grossesses du tout ; ce qui fait un taux combiné de 24 pour cent de grossesses non désirées (voir figure 16) (ANSD et ICF 2012a: p. 94). L'enquête de l'ISSU a trouvé des chiffres similaires (CRDH et MEA 2012: p. 29). Cette proportion est similaire à celle rapportée dans l'EDS de 2005. La proportion de grossesses non désirées mentionnée dans l'EDS avait augmenté avec le nombre des naissances, tandis que seulement 1,2 pour cent des naissances n'étaient pas désirés lorsqu'il s'était agi du premier enfant, alors que 7,8 pour cent des naissances n'étaient pas désirées quand il s'était agi du quatrième enfant ou plus. La proportion de grossesses non désirées a également considérablement augmenté avec l'âge de la mère. Moins de 5 pour cent des naissances chez les femmes âgées de 34 ans ou moins étaient prétendues être indésirables alors que 30,5 pour cent des grossesses des femmes âgées de 40 à 44 ans semblaient ne pas être désirées (ANSD et ICF 2012a: p. 95)



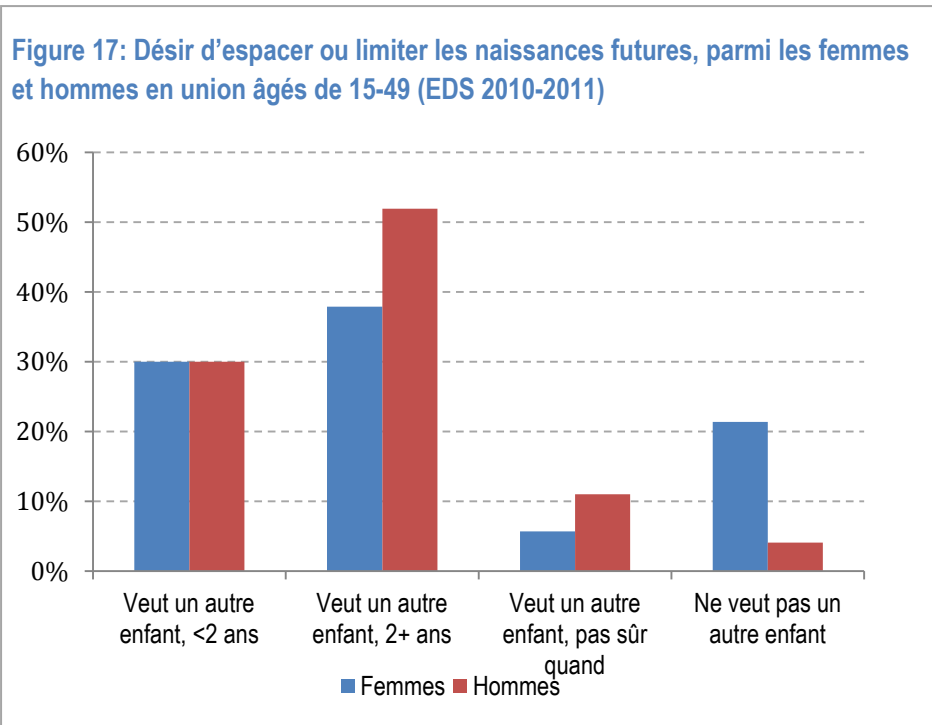
Telles que mesurées par l'ISF désiré

L'ISF désiré, en se basant sur l'indice synthétique de fécondité (ISF) estimé si toutes les grossesses non désirées avaient été évitées en 2010-2011, aurait été de 3,2 enfants par femme au lieu du taux de 5 enfants par femme enregistré par l'ISF. Parallèlement, il a été noté que 36 pour cent des couples avaient eu plus d'enfants qu'ils ne les auraient voulu, provoquant ainsi sensiblement une hausse du taux de 15 pour cent enregistrée en 2005. Cette mesure des grossesses non désirées est plus proche des taux internationaux de grossesses non désirées qui sont documentés (moyenne de 41 pour cent). Elle est également beaucoup plus élevée que les 24 pour cent enregistrés concernant les naissances antérieures non-planifiées (section précédente). La différence entre les deux chiffres s'explique probablement par le fait qu'au Sénégal, il est culturellement inacceptable qu'une femme puisse refuser d'avoir un enfant qui a déjà été décrété. L'ISF désiré, a suivi les mêmes modèles que l'ISF réel: il était plus faible dans les zones urbaines, et diminuait progressivement avec l'augmentation du niveau d'éducation et de bien-être, et suivait généralement le même schéma régional que l'ISF réel. Néanmoins, le pourcentage des grossesses non désirées, en se basant sur une comparaison entre l'ISF désiré et l'ISF réel, a révélé de légères différences (ANSD et ICF 2012a: pp. 95-96).

- *Lieu de résidence*: les femmes rurales expérimentent un taux de prévalence de grossesses non désirées qui est légèrement plus élevé (37 pour cent) que celui des femmes urbaines (33 pour cent).
- *Région*: la prévalence des grossesses non désirées a varié d'un minimum à Kaffrine, Fatick et Sédhiou (moins de 29 pour cent) à un maximum à Kédougou, Diourbel et Matam (plus de 45 pour cent).
- *Niveau d'étude*: le pourcentage de grossesses non désirées diminuait avec le niveau d'éducation de 38 pour cent chez les femmes sans instruction formelle à 24 pour cent chez les femmes ayant un niveau d'éducation secondaire ou supérieure.
- *Quintile de bien être* : les taux les plus élevés des grossesses non désirées ont été trouvés dans le quatrième quintile et le quintile le plus pauvre (respectivement 39 et 40 pour cent), tandis que le quintile le plus riche avait eu le taux le plus faible (27 pour cent).

Telles que mesurées par le désir exprimé de retarder ou limiter les naissances à venir

Alors que la plupart des couples veulent avoir plus d'enfants, des proportions considérables ne veulent plus d'enfants ou désirent espacer les naissances. Selon l'EDS 2010-2011, 30 pour cent des femmes en union âgées de 15 à 49 ans désiraient avoir un autre enfant dans les deux prochaines années, mais 37,9 pour cent voulaient attendre au moins deux ans avant d'avoir un autre enfant et 5,7 pour cent de plus voulaient un autre enfant, mais ne savaient pas quand. En outre, 21,4 pour cent des femmes ont exprimé le désir d'avoir un nombre d'enfants plus élevé. Chez les hommes en union, les taux de fécondité non désirée étaient encore plus bas, mais de manière générale, les hommes voulaient espacer les naissances. Alors que 30,0 pour cent des hommes désiraient un autre enfant dans les 2 ans, 51,9 pour cent d'entre eux voulaient les avoir dans un intervalle d'au moins 2 ans avant le prochain enfant et 11,0 pour cent d'autres voulaient un autre enfant, mais ne savaient pas quand. Seulement 4,1 pour cent ont exprimé le désir de ne plus avoir d'enfants (ANSD et ICF 2012a: p.88). Le désir les plus exprimé chez les hommes et les femmes en union était donc de retarder ou d'espacer les naissances, plutôt que de les limiter (voir figure 17).



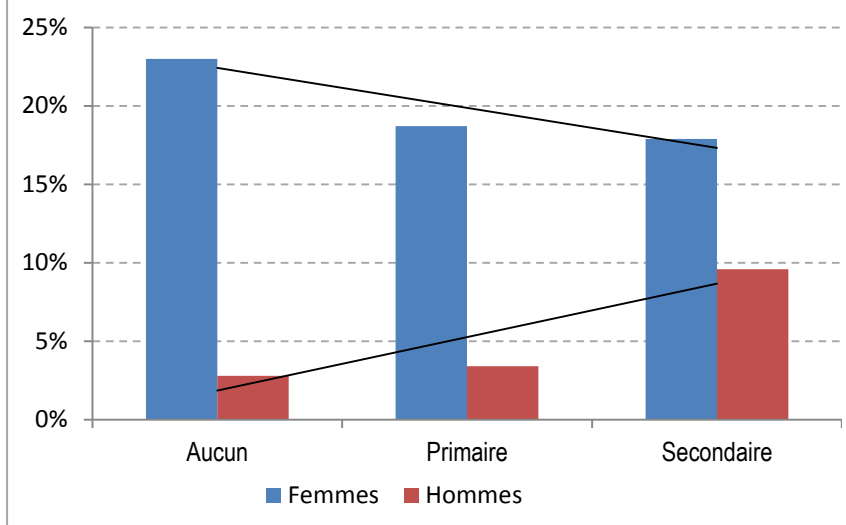
La proportion de femmes qui désiraient limiter les naissances futures variait selon la richesse, la résidence, la région et l'éducation (ANSD et ICF 2012a: p. 89).

- *Lieu de résidence*: des différences mineures ont été trouvées par rapport au lieu de résidence. Les femmes urbaines étaient légèrement plus susceptibles de vouloir limiter les naissances (22,9 pour cent) que les femmes rurales (20,8 pour cent).
- *Région*: le désir d'avoir plus d'enfants variait considérablement entre les régions allant d'un maximum de 28,4 pour cent à Kaolack à un minimum de 11,1 pour cent à Sédhiou.
- *Niveau d'étude*: le désir de limiter les futures naissances a diminué avec l'augmentation du niveau d'éducation. Les femmes sans instruction formelle étaient plus susceptibles de vouloir limiter les naissances (23,0 pour cent) que les femmes ayant un niveau d'éducation primaire (18,7 pour cent) ou les femmes ayant suivi un enseignement secondaire ou supérieur (17,9 pour cent) (voir figure 18).
- *Quintile de bien-être* : le pourcentage de femmes qui souhaitaient limiter les naissances généralement diminuait avec le quintile de richesse de 23,0 pour cent dans le quintile le plus pauvre à 19,0 pour cent dans le quintile le plus riche. Le quintile du milieu était une exception par rapport à cette tendance et avait eu le pourcentage le plus élevé de femmes qui souhaitaient éviter les futures naissances (23,9 pour cent) (voir figure 19). Concernant la volonté de limiter les futures naissances, des différences dans les tendances ont été considérablement notées chez les hommes (ANSD et ICF 2012a: p. 90).

De plus :

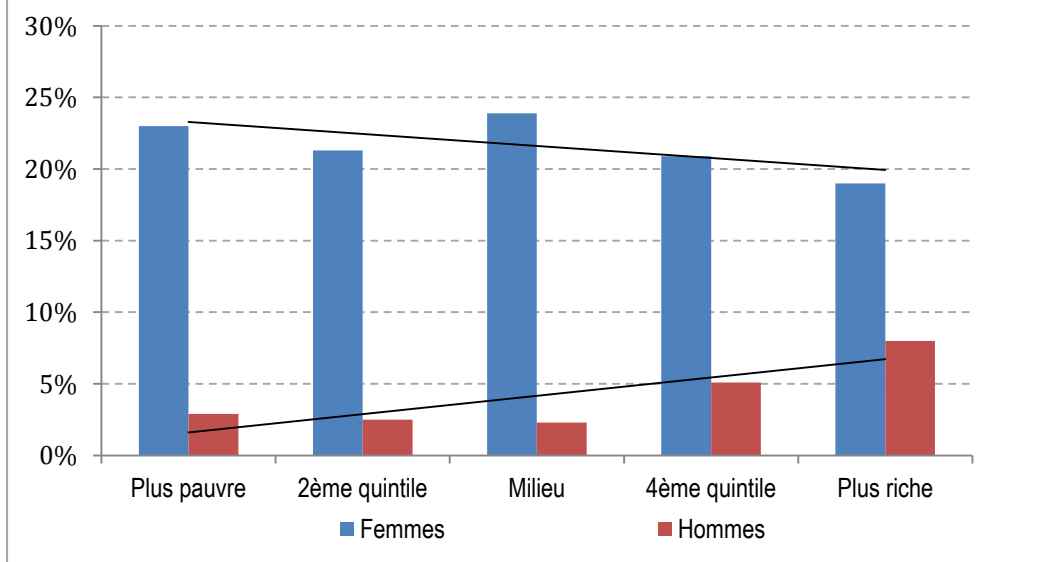
- *Lieu de résidence*: comme pour les femmes, la prévalence du taux d'hommes dans les zones rurales désirant limiter le nombre d'enfants était plus faible (2,7 pour cent) que celui des hommes qui vivaient dans les zones urbaines (5,9 pour cent).
- *Région*: chez les hommes, le désir de limiter le nombre d'enfants variait d'un maximum de 10,1 pour cent à Ziguinchor à un minimum de 0,8 pour cent à Diourbel.
- *Niveau d'étude*: de manière intéressante, il a été relevé que quand le niveau d'éducation était élevé chez les hommes, le désir de limiter les naissances augmentait également. Le contraire a été observé chez les femmes. Les hommes ayant un niveau secondaire ou plus étaient plus de trois fois plus susceptibles d'exprimer le désir de limiter les naissances (9,6 pour cent) que les hommes sans instruction (2,8 pour cent) (voir figure 18).

Figure 18: Désir de limiter les naissances, par niveau d'éducation (EDS 2010-2011)



- *Quintile de bien être* : le désir des hommes de limiter les naissances avait aussi suivi une tendance opposée à celui des femmes en ce qui concerne le quintile de richesse. Les hommes les plus riches étaient beaucoup plus susceptibles d'exprimer un désir de limiter les naissances (8,0 pour cent) que les hommes dans le quintile le plus pauvre (2,9 pour cent) (voir figure 19).

Figure 19: Désir de limiter les naissances, par quintile de richesse (EDS 2010-2011)



Compte tenu des tendances contradictoires et des différences considérables notées entre les hommes et les femmes quant au désir fortement exprimé de limiter les naissances, les rôles respectifs des hommes et des femmes dans la prise de décision en matière de planification familiale devraient être fortement pris en considération.

La demande en planification familiale et les besoins non satisfaits

La demande en planification familiale

Les besoins non satisfaits en planification familiale sont définis comme la proportion de femmes fécondes, sexuellement actives et qui n'utilisent pas de méthode de contraception, alors qu'elles ne veulent plus du tout avoir d'enfants, ou veulent attendre au moins deux ans pour la prochaine grossesse (Ministère de la Santé, de la Prévention et de l'Hygiène Publique et la Direction de la Santé 2009: p.25). La combinaison des besoins satisfaits et non satisfaits (la proportion de femmes qui utilise des méthodes de planification familiale) donne la demande totale en planification familiale. Selon l'EDS 2010-2011, moins d'un tiers (29,6 pour cent) des femmes au Sénégal avait eu une demande pour la planification familiale, répartie entre une demande de 21,5 pour cent pour l'espacement des naissances et une demande de 8,1 pour cent pour la limitation des naissances. Cependant, parmi les femmes en union, la demande était plus élevée. Environ 42,8 pour cent des femmes mariées avaient une demande pour la planification familiale, répartie entre 30,7 pour cent pour une demande d'espacement des naissances et 12,1 pour cent pour une demande de limitation des naissances. Conformément à la volonté exprimée de retarder ou limiter les naissances, la majorité de la demande en planification familiale était pour l'espacement des naissances plutôt que pour la limitation. La demande variait en fonction d'un certain nombre de caractéristiques démographiques comme le statut matrimonial (ANSD et ICF 2012a: pp.108-110).

- *Statut matrimonial*: La grande majorité de la demande en contraception provient des femmes en union. Alors que 43 pour cent des femmes en union ont besoin de services de planification familiale, seulement 4 pour cent des femmes qui ne sont pas en union en ont besoin.
- *Age*: parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans, la demande était plus faible que dans le groupe d'âge le plus jeune⁵ (10 pour cent) et atteignait un maximum chez les femmes âgées de 30 à 39 ans (environ 42 pour cent). Alors que la même tendance était remarquée chez les femmes en union, la prévalence des différences était plus petite. Environ 37 pour cent des femmes en union, âgées de 15 à 19 ans avaient une demande alors qu'environ 48% des femmes âgées de 15 à 34 ans en avaient.
- *Lieu de Résidence*: en général, la prévalence de la demande était légèrement plus élevée chez les femmes urbaines (31 pour cent) que chez les femmes rurales (28 pour cent). La différence était plus importante lorsque seules les femmes en union étaient prises en compte. Dans cette catégorie, 52,6 pour cent des femmes urbaines avaient une demande par rapport à 35,9 pour cent des femmes rurales.
- *Région*: la demande variait légèrement entre les régions allant de 25 pour cent à Diourbel à 34 pour cent à Kédougou.
- *Niveau d'étude*: en général, la demande était plus faible chez les femmes ayant un niveau d'éducation secondaire ou supérieure. Seulement 19 pour cent des femmes dans cette catégorie recouraient à des services de planification familiale par opposition à 31 pour cent de femmes sans éducation et 35 pour cent de celles qui avaient seulement un niveau primaire. Cependant, la tendance inverse a été retrouvée chez les femmes en union. Parmi les femmes dans cette catégorie, la demande a augmenté de 38,1 pour cent chez les femmes sans éducation formelle à 55,2 pour cent chez les femmes ayant une éducation secondaire ou supérieure.

⁵ Agées de 15-19 ans

- *Quintile de bien être* : En général, la demande est restée assez constante au niveau de toutes les classes économiques, demeurant entre 29 et 30 pour cent dans chaque catégorie. Parmi les femmes en union, toutefois, la demande a augmenté avec le quintile de richesse de 34,5 pour cent dans le quintile le plus pauvre à 51,8 pour cent dans le plus riche.

Les besoins non satisfaits en planification familiale

En raison d'une forte volonté en faveur de l'espacement des naissances, le Sénégal a un besoin important en services de planification familiale non satisfait. En fait, la plupart de la demande totale des femmes en union est constituée de besoins non satisfaits. Les besoins satisfaits ne représentent que 31,2 pour cent de la demande des femmes en union. Un pourcentage plus élevé de la demande des femmes qui ne sont pas en union a été atteint (66,1 pour cent). Selon l'EDS 2010-2011, le taux de besoins non satisfaits chez les femmes était d'environ 19,9 pour cent, répartis entre un besoin de 14,8 pour cent en faveur de l'espacement des naissances et un besoin de 5,0 pour cent pour la limitation. Ce taux était encore plus élevé chez les femmes mariées. Environ 29,4 pour cent des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans avaient un besoin en services de planification familiale non satisfait, se composant de 7,6 pour cent pour la limitation des naissances et 21,8 pour cent pour l'espacement (ANSD et ICF 2012a: pp. 108-110). Ce besoin non satisfait est illustré par le fait que, selon RAPID, 95 à 98 pour cent des femmes en post-partum ne désiraient pas d'autres enfants dans les deux ans qui suivirent un accouchement ; pourtant, seulement 40 pour cent ont eu recours à des méthodes de planification familiale (Ministère de la Santé, de la Prévention, et de l'Hygiène Publique et de la Direction de la Santé 2009: p.27). En conséquence, 57 à 59 pour cent des femmes en post-partum ont un besoin en planification familiale non satisfait. En revanche, seulement 1,4 pour cent des femmes qui n'étaient pas en union avaient un besoin de planification familiale non satisfait (1,3 pour cent pour l'espacement des naissances, 0,1 pour cent pour la limitation des naissances) (ANSD et ICF 2012a: p.110). En conséquence, l'essentiel des résultats émanait des besoins non satisfaits de femmes mariées. Par ailleurs, parmi les femmes mariées, le taux de besoin non satisfait est demeuré relativement constant en fonction des caractéristiques démographiques (ANSD et ICF 2012a: p.108).

- *Age*: les besoins non satisfaits sont restés à des niveaux constants allant de 30 à 31 pour cent entre l'âge de 15 et 39 ans et diminuant légèrement par la suite dans le groupe le plus âgé.
- *Lieu de résidence*: les besoins non satisfaits chez les femmes mariées en milieu urbain n'étaient que de 1,5 pour cent plus élevés que chez les femmes mariées en milieu rural.
- *Région*: les besoins non satisfaits chez les femmes mariées variaient légèrement d'un minimum de 23 à 28 pour cent à Sédhiou, Tambacounda, Kolda et à un maximum de 33 à 34 pour cent à Matam, Fatick, et Kaolack.
- *Niveau d'étude*: les besoins non satisfaits variaient légèrement chez les femmes mariées en fonction du niveau d'éducation, allant de 29 à 31 pour cent.
- *Quintile de bien être* : les besoins non satisfaits sont restés relativement constants en fonction des quintiles de richesse, de 29 à 32 pour cent au cours des quatre premiers quintiles et ne diminuant que de 27 pour cent dans le quintile le plus riche.

Malgré des taux toujours élevés en besoins de planification familiale non satisfaits chez les femmes en union, une certaine amélioration a été observée au cours des dernières années. Alors que le taux de 2010-2011 (29 pour cent) avait été légèrement supérieur au taux de 1992/1993 (28 pour cent), il semble s'être légèrement amélioré depuis 2005 (32 pour cent) (Direction de la Prévision et de la Statistique et ORC Macro 1994, p.10; Wilson n.d, p.121).

L'interruption d'une méthode de contraception

L'Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de Santé (ESIS) de 1999 avait constaté que la durée d'utilisation de contraception dans la vie d'une femme, était nettement plus élevée que le taux d'utilisation actuel. Dans le rapport d'ESIS, il a été révélé que 19,1 pour cent des femmes avaient utilisé une contraception quelconque dans le passé et que 15,6 pour cent avaient utilisé une méthode moderne. Dans le même temps, les résultats de l'enquête ont montré que le taux d'utilisation actuelle n'était que de 9,0 pour cent. Le taux relatif à la durée d'utilisation de la contraception à long terme diffère selon le statut matrimonial et l'âge (Ministère de la Santé, SERDHA et Macro International Inc. 1999: p.44). Les femmes en union étaient plus susceptibles d'avoir utilisé une méthode de contraception dans le passé (22,9 pour cent) que les femmes célibataires. De même, les femmes plus âgées, qui avaient entre 25 et 49 ans, étaient plus susceptibles d'avoir eu recours à la contraception (plus de 23 pour cent du taux d'utilisation dans le passé pour chaque groupe d'âge) que les femmes plus jeunes.

Seulement 16,5 pour cent des femmes âgées de 20 à 24 ans avaient utilisé une méthode de contraception alors que seulement 3,9 pour cent des femmes de moins de 20 ans l'avait fait. La différence entre les taux d'utilisation actuelle et les taux concernant la durée d'utilisation laissait entrevoir des niveaux d'abandon de la contraception élevés. En fait, l'ESIS a démontré que 4,6 pour cent des femmes mariées et 4,0 pour cent de toutes les femmes confondues, avaient utilisé une méthode moderne de contraception en continu pendant les douze mois ou plus qui ont précédé l'enquête (Ministère de la Santé, SERDHA et Macro International Inc 1999: p.50) .

La connaissance et l'acceptation de la planification familiale

La connaissance des méthodes de planification familiale

Au Sénégal, en 2010-2011, la connaissance des méthodes de planification familiale était très répandue. Environ 90,7 pour cent des hommes et des femmes âgés de 15 à 49 ans connaissaient au moins une méthode moderne de planification familiale. Cette connaissance d'au moins une méthode a été notée dans tous les groupes de population même si de légères différences ont été trouvées (ANSD et ICF 2012a: pp.98-99).

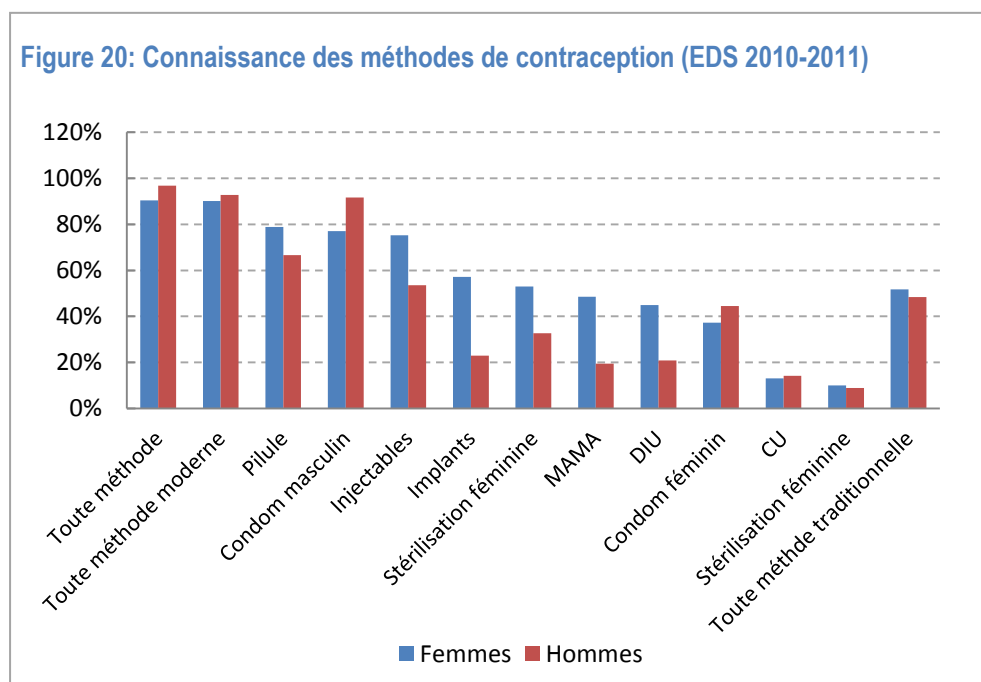
- *Genre*: la connaissance d'au moins une méthode moderne était légèrement plus élevée chez les hommes (92,8 pour cent) que chez les femmes (90,1 pour cent). Cependant, en moyenne, les femmes étaient plus à mêmes de citer plus de méthodes modernes (5,8) que les hommes (4,5).
- *Statut matrimonial*: bien que la connaissance d'au moins une méthode moderne ait été légèrement plus élevée chez les hommes et les femmes mariés (environ 93,3 pour cent) que la moyenne globale, les hommes et femmes célibataires sexuellement actifs avaient une connaissance plus élevée et presque universelle. Environ 99,4 pour cent des hommes célibataires sexuellement actifs et 100,0 pour cent des femmes célibataires sexuellement actives étaient informés au moins d'une méthode moderne.
- *Age*: la connaissance de méthodes modernes a atteint le maximum chez les femmes âgées de 30 à 39 ans (environ 95 pour cent) et chez les hommes de 35 à 44 ans (97 à 98 pour cent). Le niveau de connaissances était plus faible chez le groupe d'âge plus jeune aussi bien pour les hommes que pour les femmes.
- *Lieu de Résidence*: la connaissance des méthodes modernes était également légèrement plus élevée au niveau de la population urbaine que de la population rurale. Alors que 96 pour cent des femmes et 99 pour cent des hommes en milieu urbain, avaient eu connaissance d'au moins une méthode moderne, 90 pour cent des femmes et 94 pour cent des hommes en milieu rural connaissaient au moins une méthode.
- *Région*: de légères différences ont également été observées selon les régions. Le niveau de connaissances était plus élevé chez les femmes de Ziguinchor (98 pour cent) et chez les hommes de la

même région, Thiès, Fatick, Kolda et Sédhiou (100 pour cent pour chacune). Le niveau de connaissances était plus faible chez les femmes à Tambacounda (76 pour cent) et chez les hommes à Louga (83 pour cent).

- *Niveau d'étude*: certaines légères différences ont également été observées en fonction du niveau d'éducation. Presque toutes les femmes et tous les hommes (99 à 100 pour cent) qui avaient un niveau d'éducation secondaire ou supérieure, connaissaient au moins une méthode moderne. Ce niveau de connaissances avait baissé à 90 pour cent chez les femmes et à 94 pour cent chez les hommes qui n'avaient aucune éducation formelle.
- *Quintile de bien être* : la connaissance d'une méthode moderne variait considérablement par quintile de richesse, en particulier chez les femmes. Pratiquement tous les hommes et toutes les femmes (99 pour cent) dans le quintile le plus riche connaissaient au moins une méthode moderne, alors que seulement 84 pour cent des femmes et 93 pour cent des hommes dans le quintile le plus pauvre n'en connaissaient qu'une.

Les méthodes les plus connues

Plus des trois quarts des femmes connaissaient la pilule, le préservatif masculin, et les injectables. Plus de la moitié d'entre elles connaissaient les implants et la stérilisation féminine, près de la moitié connaissaient la méthode de l'allaitement maternel prolongé et de l'aménorrhée (MAMA) ainsi que le DIU, et plus d'un tiers, le préservatif féminin. Les hommes étaient de loin ceux qui connaissaient le plus le préservatif masculin (92 pour cent). Plus des deux tiers d'entre eux connaissaient la pilule. Après le préservatif masculin et la pilule, les hommes étaient plus informés au sujet des injectables, du préservatif féminin, de la stérilisation féminine, du DIU, et de la méthode MAMA. Les femmes et les hommes étaient moins susceptibles de connaître la pilule du lendemain (13 à 14 pour cent) et la stérilisation masculine (vasectomie) (9 à 10 pour cent). Les méthodes traditionnelles étaient généralement moins bien connues que les méthodes modernes. Seulement 52 pour cent des femmes et 48 pour cent des hommes connaissaient au moins une méthode traditionnelle, plus communément appelée l'abstinence périodique (aussi connue comme la méthode du calendrier ou du rythme) et le retrait (voir figure 20) (ANSD et ICF 2012a: p. 98).



L'acceptation de la planification familiale

L'acceptation de la planification familiale reste faible au Sénégal, mais s'est améliorée au cours des dernières années. En 1986, moins de la moitié des femmes avait accepté l'utilisation de contraceptifs pour les couples mariés. Les femmes urbaines âgées de 20 à 39 ans et celles qui avaient au moins un niveau d'éducation primaire étaient plus susceptibles d'accepter de telles techniques. L'acceptation avait été plus faible chez les hommes, avec moins d'une femme sur cinq citant qu'elle croyait que son mari approuverait la contraception (Ministère de l'Economie et des Finances 1986: p. 9). En 1992-1993, plus de 66 pour cent des femmes, mais seulement 44 pour cent des hommes qui connaissaient au moins une méthode de contraception, avaient approuvé la planification familiale. En outre, environ 70 pour cent des femmes étaient en faveur de la diffusion d'informations sur le sujet (Direction de la Prévision et de la Statistique et ORC Macro 1994 Macro ; p. 9). L'EDS n'avait pas mesuré le niveau d'acceptation dans les enquêtes de 2005 ou 2010-2011; cependant, en 2010-2011, seulement 27,4 pour cent des femmes mariées qui n'utilisaient pas à l'époque la contraception, avaient affirmé qu'elles avaient l'intention de l'utiliser à l'avenir alors que 65,0 pour cent affirmaient qu'elles n'avaient pas l'intention de l'utiliser (ANSD et ICF 2012a: p. 111). L'utilisation, reportée dans le futur, suggère une opposition continue à la pratique.

L'utilisation de la planification familiale par les femmes vivant avec le VIH/SIDA

Les taux d'utilisation de la planification familiale par les femmes vivant avec le VIH/SIDA sont inconnus.

C) L'avortement

L'ampleur et les caractéristiques de l'avortement

En raison de l'illégalité de l'avortement au Sénégal, il existe peu de statistiques fiables sur sa prévalence. Une étude menée par Koly a permis de constater que différentes méthodes sont employées pour procéder à des avortements au Sénégal. Parmi les méthodes classiques endo-utérines, l'étude de Koly a révélé que l'introduction d'une sonde est la plus couramment utilisée, représentant environ 72,89 pour cent des avortements. L'utilisation d'une curette et de « laminaires » (algues séchées stérilisées et utilisées pour la dilatation) a représenté quelque 9,34 pour cent chacune, contre 1,6 pour cent des cas par injection dans un liquide intra-utérin. Koly a également noté la méthode endo-vaginale atypique à base de permanganate de potassium (2,8 pour cent des cas) et l'introduction d'une tige de bois dans l'utérus (1,86 pour cent des cas) (Camara et Cisse, 1998, pp. 24 à 25).

En outre, Koly a constaté que les substances abortives, principalement les hormones qui s'opposent à la progestérone (hormone de grossesse), constituent un phénomène relativement nouveau et de plus en plus courant. Souvent, l'utilisation de ces substances est inefficace pour mettre fin à une grossesse. Selon l'étude de Koly, d'autres femmes ont eu recours à la chloroquine dans le but de mettre fin à une grossesse, et plusieurs de ces tentatives se sont soldées par des échecs ou ont entraîné la mort de la mère par intoxication. Enfin, Koly a constaté que certaines femmes ont recours à des remèdes à base d'herbes comme le persil, le champignon végétal « *Claviceps purpurea* » et d'autres feuilles et racines dans le but de provoquer un avortement (Camara et Cissé 1998, p. 25).

Dans tous les cas, les avortements provoqués mettent les femmes enceintes dans des situations de danger et les exposent à la mort. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit l'avortement à risque comme « une procédure visant à interrompre une grossesse non désirée, effectuée soit par des personnes ne disposant pas des compétences nécessaires, soit dans un environnement non conforme aux normes médicales minimales, ou les deux à la fois » (OMS 2011, p. 2)

Une bonne partie des données disponibles sur l'ampleur de l'avortement au Sénégal, définit l'avortement de façon similaire à la définition donnée par le Professeur Fadel Diadiou : « toute interruption de grossesse comprenant l'expulsion complète ou partielle du produit de conception durant les 28 semaines qui suivent la date de la dernière menstruation ou dans les 180 jours suivant l'aménorrhée » (Camara et Cisse 1998, p. 1). Cette définition ne fait donc pas de distinction entre avortements provoqués et fausses couches. Les données issues des structures de santé ne fournissent que peu d'informations sur l'ampleur de l'avortement au Sénégal. En 1994, le Ministère de la Santé a signalé 5.403 cas d'avortements au Sénégal, dont 4.606 se passant dans les districts de santé et 797 dans les hôpitaux. Toutefois, ces données ne font pas de distinction entre avortements provoqués et fausses couches. En 1995, le Ministère de la Santé a révélé qu'il y avait une hausse des cas d'avortements avec 7.935 cas répertoriés (Camara et Cisse 1998, p. 16).

Cependant, en 1992, une étude du Professeur Diadiou a révélé des taux beaucoup plus élevés représentant 21 760 cas d'avortement dont 8704 provoqués. Les hôpitaux au Sénégal avaient comptabilisé 13 719 cas d'avortements en 2007, dont 3 575 qui ont eu lieu par aspiration manuelle (AMIU) DSR 2011: p.9). En 2006, le chiffre documenté par les hôpitaux s'élevait à 12 613 avortements dont 3,267 par la dite méthode (DSR 2011: p.9).

Par ailleurs, une étude menée par Nimbona entre 1973 et 1983 a révélé 12.254 cas d'avortements et de mort-nés à l'hôpital Le Dantec de Dakar et dont 132 avaient été provoqués. Une autre étude, entreprise de 1988 à 1989 par Filbert Koly, avait trouvé que l'avortement provoqué à l'hôpital Le Dantec représentait environ 1 pour cent des naissances et 6,6 pour cent du nombre total d'avortements (Camara et Cisse 1998, pp. 16 et 17). Une étude réalisée en 1992 par la Clinique de *Gynécologie-Obstétrique*, de l'hôpital Le Dantec de Dakar avait permis d'estimer des proportions d'avortements provoqués beaucoup plus élevées. Sur un nombre estimatif de 21.760 avortements survenant chaque année, l'étude notait que quelque 40 pour cent avaient été provoqués (MSH 2006, p. 7).

Au Sénégal, l'insuffisance de données sur les taux d'avortements provoqués et à risque est encore plus marquée. Les données fournies par le Ministère de la Santé sur la base d'une estimation régionale menée par l'OMS laissent croire qu'au Sénégal, 28 femmes sur 1000, âgées de 15 et 44 ans, ont eu un avortement à risque. Selon une étude réalisée en 2006 par le projet POLICY, 81.964 avortements ont eu lieu au Sénégal en 2005, un nombre qui devrait atteindre 107.567 à l'horizon 2015 dans les conditions de base actuelles, soit une hausse de 31 pour cent (Projet POLICY 2006, p. 23). Suite à une enquête réalisée par Diadiou et al. entre 1993 et 1994 dans quatre centres témoins à Dakar, il est ressorti que l'avortement à risque représentait 19 à 24 pour cent des cas d'avortements. L'enquête de Diadiou a également révélé que la plupart des patientes était des jeunes, dont 60 à 70 pour cent avaient moins de 25 ans (MSH 2006, p. 7). Diadiou explique que le type de patientes hospitalisées pour avortements à risque au Sénégal, a en général une moyenne d'âge de 21 ans, est souvent célibataire sans enfant et jouissant d'un niveau d'éducation primaire ou secondaire (Camara et Cisse 1998, p. 2).

Ces chiffres ne sont pas à même de fournir une estimation fiable de la fréquence et des caractéristiques des avortements au Sénégal, parce que de nombreux avortements ne sont ni documentés ni signalés, et les données sur les femmes n'ayant sollicité aucune forme de soins après avortements sont rares ou inexistantes. En outre il y a peu de données sur les femmes rurales, étant donné que l'essentiel des études faites ont porté sur des patientes fréquentant les hôpitaux de Dakar. En plus, la plupart des estimations faites ne peuvent pas réellement faire état du taux d'avortements réel, car ne prenant pas en compte tous les avortements effectués hors des structures de santé. Koly estime qu'environ 14,29 pour cent des cas d'avortements ont eu lieu clandestinement dans les hôpitaux, 10,53 pour cent dans les postes de santé et 4,51 pour cent dans des cabinets privés. D'autre part, il estime que 70,68 pour cent des avortements ont lieu au domicile des patientes ou des prestataires, et se réalisent souvent dans des conditions sanitaires douteuses (Camara et Cissé 1998, p. 25).

Les conséquences des avortements à risque

La mortalité maternelle

Là encore, en raison de l'illégalité et du tabou social entourant l'avortement au Sénégal, il est difficile d'attribuer directement des conséquences sanitaires, sociales et économiques à sa pratique. (Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale 2006, p. 3). Une étude réalisée entre 1988 et 1989 par Filbert Koly et Diadiou a révélé un pourcentage un peu plus faible, estimant que les avortements clandestins provoqués représentaient 1,3 pour cent des décès maternels (Camara et Cisse 1998, p.16). Toutefois, une autre étude réalisée en 1980 par A.N. Traoré a estimé que les avortements étaient responsables de 7,95 pour cent des décès maternels (Camara et Cissé 1998, p. 26). Néanmoins, ces approximations sous-estiment le taux de mortalité maternelle dû à l'avortement, car elles sont basées uniquement sur les données hospitalières. Selon le Réseau des Femmes pour un Monde Meilleur, le Ministère de la Santé du Sénégal a classé l'avortement au cinquième rang des causes directes de mortalité maternelle dans le pays (Réseau des Femmes n.d.).

Autres complications liées à la santé

L'avortement à risque est également considéré comme étant responsable de 20 pour cent des cas de morbidité maternelle au Sénégal (Réseau des Femmes n.d.). Entre 17 et 34 pour cent des complications enregistrées dans les maternités du Sénégal sont attribués à des complications issues d'avortements et une femme sur cinq admise dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) l'a été pour des services de soins post-avortements (Projet POLICY 2006, p. 4). L'absence de soins médicaux et d'hospitalisation appropriés entraîne souvent des complications graves, dont les plus courantes sont l'avortement incomplet, les hémorragies graves et les infections. De nombreuses femmes souffrent de complications aggravées par le fait qu'elles n'aient jamais sollicité de traitement. Elles se retrouvent ainsi avec des symptômes persistants tels que l'anémie, les douleurs chroniques, les inflammations des organes génitaux et peuvent même souffrir de stérilité. Parmi les complications les moins fréquentes mais plus graves, figurent les chocs septiques, la perforation des organes internes, la péritonite et même la mort. Les femmes qui sont économiquement défavorisées ainsi que les femmes rurales sont plus susceptibles de souffrir de ces graves conséquences, car étant plus enclines à recourir aux méthodes les plus risquées, pratiquées par des praticiens non qualifiés (Guttmacher Institute, 2012). Les conséquences physiques graves des avortements à risque sur la santé sont particulièrement alarmantes, alors que les avortements pratiqués par des personnels qualifiés à l'aide de techniques appropriées et en milieu médicalisé, constituent, en réalité, une intervention chirurgicale assez sûre. Toutefois, le danger lié aux avortements à risque dans les pays en développement est souvent plus de cent fois plus élevé que dans les pays développés (OMS 2011, p. 14).

Les conséquences économiques

L'avortement à risque revêt également un impact économique négatif à la fois sur la cliente et sur les structures de santé. L'impact économique des soins coûteux à la suite d'avortements à risque a également d'autres implications plus importantes. Cette pratique réduit les ressources destinées à d'autres services de santé et s'avère plus coûteuse pour les structures de santé en général. Les soins post-avortements en milieu hospitalier visant à traiter les complications résultant d'avortements à risque absorbent une importante partie des ressources non seulement financières, mais également cliniques et matérielles mais impactent aussi négativement sur la disponibilité des lits d'hôpitaux, des réserves de sang, des médicaments, des salles d'opération, mobilisent les anesthésistes et augmentent considérablement les honoraires des médecins spécialistes. Cette situation revêt une influence négative sur les autres services de maternité et d'urgence. Etant donné que les avortements à risque entraînent des complications significativement plus graves que les avortements thérapeutiques et nécessitent plus de ressources, les coûts de prise en charge des avortements se

retrouvent plus élevés dans les environnements qui sont confrontés à des restrictions juridiques draconiennes que dans les cas d'avortements pratiqués en toute légalité. Les coûts sont encore plus élevés lorsque les services d'avortements ne sont pas accessibles à tous les niveaux de service (OMS 2011, p. 14).

Les conséquences sociales

En outre, les risques de décès maternels qui accompagnent les avortements à risque peuvent avoir un impact négatif sur le bien-être social et la structure familiale et communautaire. La mère étant souvent responsable de l'éducation et de la nutrition des enfants dans la famille, sa mort prématurée peut en affaiblir la structure sociale. En outre, lorsque les avortements à risque ont pour conséquence la stérilité, la femme est souvent privée de son statut social antérieur dans une société qui accorde une grande valeur à la fécondité. Elle peut être marginalisée et ses chances de fonder une famille peuvent en être sensiblement réduites. Un tel ostracisme peut également avoir un impact psychologique sur la femme (Camara et Cissé 1998, p. 30).

TROISIEME PARTIE : Accès à la planification familiale et aux services après avortement de qualité

A) L'accès à l'information et aux services

L'accès aux structures de santé et aux prestataires de soins

L'accès physique à une structure de santé

Pour assurer l'efficacité de la planification familiale et des services de santé de la reproduction, ceux-ci doivent non seulement exister, mais également être à la fois accessibles à tous et de bonne qualité. L'accessibilité physique à la planification familiale et aux soins après avortement (SAA) est principalement déterminée par la multiplicité des structures de santé. Ces dernières ont connu une progression lente au Sénégal. Des investissements récents dans ce secteur ont permis l'accroissement des districts de santé, qui passent de 56 en 2006 à 76 en 2013 (DSRSE 14). Ces districts de santé comprennent 1.245 postes de santé et environ 2.098 cases de santé. En outre, en fin 2011, 5 hôpitaux, 6 centres de santé et 50 postes de santé étaient en construction, et les unités de soins obstétricaux et gynécologiques de l'Hôpital Le Dantec étaient en rénovation (DSR 2011, p. 14). Néanmoins, des améliorations restent encore à faire. Alors que chaque communauté au Sénégal dispose d'au moins une case de santé, la majeure partie ne fonctionne pas ou ne propose pas de services complets (CEFOREP et FRONTIERS 2008, p. 17). Par exemple, l'«Evaluation des Progrès de l'Initiative de Soins Post-Avortements en Afrique Francophone», menée par le Centre de Formation et de Recherche pour la Santé de la Reproduction (CEFOREP) et FRONTIERS en santé de la reproduction a permis de constater que les deux cases de santé visitées au Sénégal ne disposaient pas de services de conseil en matière de planification familiale (CEFOREP et FRONTIERS 2008, p. 39).

L'accès à des professionnels de santé qualifiés

Pour assurer l'accès à ces services, des professionnels de santé doivent également être disponibles et en nombre suffisant. En 2002, il n'existait en tout que 1.826 infirmiers et une seule sage-femme pour 3.282 femmes en âge de procréer (Ministère de la Santé, de la Prévention et de l'Hygiène Publique et Direction de la Santé 2009, p. 22). De même, il n'existait que 359 médecins disponibles, soit un pour 27.935 personnes (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2009b, p. 46). Néanmoins, afin de faciliter l'accès, le gouvernement sénégalais a déployé des efforts visant à accroître l'accès à des professionnels de santé qualifiés, en recrutant 590 agents de santé en 2010. En outre, pour lutter contre les déficits enregistrés dans certaines régions, le Fonds mondial prévoit de mettre à disposition 250 professionnels de santé sous contrat sur une période de 5 ans. A la fin de 2011, 13 sages-femmes et 12 infirmiers formés et engagés par l'Etat avaient déjà commencé leurs activités dans les régions de Ziguinchor, de Kolda et de Sédhiou (DSR 2011, p. 15).

L'accès à l'information et aux services en matière de planification familiale

L'accès à l'information en matière de planification familiale et aux services de professionnels de la santé

Si l'accès aux structures de santé connaît une amélioration, l'accès à l'information en matière de planification familiale et de services de soins en santé de la reproduction fait encore défaut, à cause de la persistance des lacunes. L'information sur la contraception doit être facilement accessible à toutes les femmes. Pour réduire les grossesses non désirées, les femmes qui n'ont pas actuellement recours à la contraception ont plus besoin d'être informées, mais l'offre d'informations aux femmes qui ne sollicitent pas activement la contraception, reste très faible, même lors des visites dans les structures de santé. Selon l'EDS 2010-2011, le pourcentage de femmes qui fréquentait les structures de santé l'année précédente était déjà assez faible avec 51 pour cent ; et

86 pour cent d'entre-elles n'avaient même pas discuté de planification familiale au cours de leur visite. Dans l'ensemble, seules 7 pour cent des femmes avaient fréquenté un centre de santé au cours des 12 mois précédant l'enquête et discuté de planification familiale. Les pourcentages de femmes n'utilisant pas de contraception et ayant eu accès à l'information sur la planification familiale diffèrent en fonction de plusieurs caractéristiques démographiques (ANSD et ICF 2012a, pp. 113-114) :

- *Age* : les groupes les plus jeunes et les plus âgés étaient moins susceptibles d'avoir été en contact avec un professionnel de santé pour discuter de planification familiale. Au sein du groupe plus jeune (15 à 19 ans), seulement 32 pour cent ont fréquenté une structure de santé au cours de l'année écoulée et à peine 2 pour cent ont discuté de planification familiale au cours de leur visite. Les femmes dans la tranche d'âge de 25 à 39 ans étaient plus susceptibles d'avoir fréquenté une structure de santé et d'avoir discuté de planification familiale, mais même parmi celles-ci, la fréquence était de 10 à 12 pour cent seulement.
- *Région* : La proportion de femmes qui n'avaient pas discuté de planification familiale avec un professionnel de santé est plus élevée dans les régions de Matam, Diourbel et Tambacounda (94 à 96 pour cent). Même dans la région de Sédhiou, qui enregistre la plus faible proportion, 77 pour cent des femmes n'avaient pas discuté de contraception avec un professionnel de santé au cours de l'année précédente.

La sensibilisation des femmes qui n'utilisaient pas de contraception et qui n'avaient pas récemment fréquenté une structure de santé était particulièrement faible. Seulement 6 pour cent de ces femmes, ont reçu une visite d'un agent de santé sur le terrain et qui a discuté de planification familiale avec elles. La plupart de ces visites ont eu lieu à Sédhiou, où 18 pour cent des femmes avaient reçu une visite, suivie de Fatick et de Kolda où 10 à 11 pour cent avaient reçu une visite. Des proportions de femmes beaucoup plus faibles ont reçu des visites similaires à Matam, à Diourbel, à Tambacounda, à Saint-Louis et à Dakar (2 à 5 pour cent). A l'instar de l'accès à d'autres professionnels de santé, les tranches d'âge des plus jeunes et des plus âgés étaient moins susceptibles de recevoir des visites sur le terrain. Seules 2 pour cent des femmes plus jeunes et 4 pour cent des plus âgées ont attesté avoir reçu une telle visite. La proportion de femmes ayant discuté de planification familiale avec un professionnel de santé quelconque ne varie que très peu en fonction du lieu de résidence, du niveau d'étude ou du bien-être économique. Du fait que les structures de santé ne donnent pas d'informations sur la planification familiale lorsque les femmes y vont pour autre chose et compte tenu du faible niveau des visites effectuées sur le terrain par les agents de santé dans le but de discuter de planification familiale, au moins 89 pour cent des femmes n'ayant pas pu recourir à la contraception, ont indiqué n'avoir discuté ni de planification familiale avec un agent de santé ni dans une structure de santé au cours de l'année précédente (ANSD et ICF 2012a, pp. 113 à 114).

L'accès à l'information sur la planification familiale à travers les media

Lorsque l'information sur la planification familiale fournie directement par les professionnels de santé n'atteint pas la majorité de la population, elle peut être complétée par les médias. Toutefois, là encore, l'accès à l'information à travers les médias reste limité. Au cours du mois précédant l'EDS 2010-2011, 60 pour cent des femmes et 49 pour cent des hommes n'avaient ni vu ni entendu un seul message sur la planification familiale aussi bien à la radio qu'à la télévision, ou encore dans les journaux, encore moins dans les revues. Les femmes étaient plus censées avoir reçu un message à travers la télévision ou la radio (respectivement 30 à 31 pour cent). Toutefois, seulement 5 pour cent des femmes avaient reçu une information par le biais des journaux ou des revues, probablement en raison de la faiblesse notée au niveau de leur taux d'alphabétisation. Selon l'EDS 2010-2011, la proportion de femmes ayant reçu des messages provenant des médias dans les 12 mois précédant l'enquête variait en fonction d'un certain nombre de caractéristiques démographiques (ANSD et ICF 2012a, pp. 111-112).

- *Age*: l'accès aux messages relatifs à la planification familiale à travers les médias a atteint son niveau le plus élevé dans la tranche d'âge des 25 à 39 ans. Environ 43 pour cent des femmes de cette tranche d'âge ont pu accéder à ces messages.
- *Lieu de résidence* : les femmes vivant en zones urbaines étaient nettement plus à même d'avoir reçu un message relatif à la planification familiale à travers les médias (53 pour cent) comparé aux femmes des zones rurales (27 pour cent).
- *Région* : l'accès aux messages relatifs à la planification familiale à travers les médias a enregistré des variables importantes. Dakar a enregistré de loin, les taux les plus élevés (61 pour cent), suivis de Ziguinchor, de Saint-Louis et de Thiès (39 à 46 pour cent). Les taux les plus faibles ont été enregistrés à Matam, à Kédougou et à Fatick (19 à 24 pour cent).
- *Niveau d'étude* : l'accès aux messages sur la planification familiale à travers les médias a connu une hausse grâce à l'éducation. Le groupe le plus instruit était presque deux fois plus susceptible d'avoir vu ou entendu un message relatif à la planification familiale que le groupe le moins instruit (58 contre 31 pour cent).
- *Quintile de richesse* : l'accès des femmes aux messages relatifs à la planification familiale a également bien augmenté en fonction de l'amélioration du bien-être économique; de 16 pour cent dans le quintile le plus pauvre à 60 pour cent dans le quintile le plus riche. Dans l'ensemble, les femmes les plus riches et plus instruites et vivant en zones urbaines étaient plus susceptibles de recevoir des messages de planification familiale à travers la télévision. Inversement, les femmes les moins instruites et plus pauvres et vivant en zones rurales ont reçu des messages de planification familiale, à travers les ondes de la radio. Les informations transmises par les journaux et les revues étaient uniquement accessibles à un groupe de femmes très restreint, touchant presque exclusivement les femmes en milieu urbain, les femmes de la région de Dakar et les femmes les plus instruites. Les mêmes tendances ont été aussi observées chez les hommes (ANSD et ICF 2012a, p. 112).

Ces différentes tendances laissent sous-entendre que l'information sur la planification familiale n'est pas facilement accessible à toutes les femmes, et que différentes méthodes peuvent être nécessaires pour cibler différents groupes de population. Par ailleurs, une attention particulière devrait être accordée aux jeunes, aux pauvres, aux femmes en zones rurales et à celles qui viennent d'accoucher, en ayant recours à des méthodes ciblées en vue d'atteindre ces groupes vulnérables. Paradoxalement, l'accès aux messages sur la planification familiale véhiculés par les médias, semble connaître une baisse ces dernières années. Selon le Plan d'Action National de la Planification Familiale 2012-2015, le pourcentage de femmes ayant accédé à des messages relatifs à la planification familiale dans les médias est passé de 48 pour cent en 2005 à 39 pour cent en 2011 (DSRSE et Ministère de la Santé et de l'Action sociale, In-Press, p. 36). Par conséquent, il est important de mutualiser les efforts pour intensifier la vulgarisation des méthodes de planification familiale.

L'accès aux soins pendant et après-avortement

L'accès aux services de SAA

Alors que l'avortement est illégal au Sénégal, et n'est donc pas forcément accessible à travers des moyens sûrs, fiables et juridiques, les services de soins après avortement (SAA) eux, sont de plus en plus répandus et sont à présent disponibles dans tous les hôpitaux régionaux, dans la majorité des centres des districts de santé et dans de nombreux postes de santé. Entre 2003 et 2006, le Management Sciences for Health (MSH) a formé le personnel de certaines structures de santé et aidé à réorganiser les services dans les régions ciblées par l'USAID, à savoir Thiès, Louga, Kaolack, Fatick et Ziguinchor. Ces programmes ont permis d'atteindre 23 centres et 300 postes de santé de ces régions, soit 72 pour cent des postes de santé qui avaient ainsi, acquis la capacité de fournir des services en SAA. L'accès à ces services a été rendu possible en partie par IPAS, qui a

apporté un soutien financier pour la formation des sages-femmes, des infirmiers chefs de postes et des conseillers dans les centres hospitaliers universitaires (CEFOREP et FRONTIERS 2008, p. iv). Par conséquent, compte tenu de ces progrès, le nombre de femmes sollicitant des services de SAA dans les centres de santé a plus que doublé entre 2003 et 2005 (MSH 2006, p. 1). En outre, entre 2003 et 2006, le programme d'intensification des SAA a entraîné une augmentation de 29 pour cent en 2003, à 95 pour cent en 2006 sur le nombre de centres de santé désormais équipés, disposant d'espaces pour les services en SAA et proposant des services 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 (MSH 2006, p. 14).

L'accès à des professionnels qualifiés

Pour assurer l'accessibilité des services en SAA, des praticiens formés devraient également être disponibles en nombre suffisant. De ce fait IPAS a signé un accord de partenariat pour l'extension de la formation au niveau de certaines régions non encore couvertes et a, depuis, formé deux sages-femmes dans la région de Dakar ainsi que leurs enseignants à l'Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social (CEFOREP et FRONTIERS 2008, p. 17). Néanmoins, il reste encore un long chemin à parcourir. De nombreuses cases de santé ne sont pas encore fonctionnelles et le personnel des deux cases visitées au Sénégal dans le cadre de l'Evaluation des progrès des SAA en Afrique francophone par le CEFOREP et FRONTIERS étaient composées de 7 matrones, dont seulement 3 qui étaient formées aux SAA (CEFOREP et FRONTIERS 2008, p. 39).

Le coût supporté par les client(e)s pour l'accès aux services de planification familiale et d'avortement/SAA

La planification familiale

Alors que les services de planification familiale et de SAA sont de plus en plus disponibles au Sénégal, les coûts supportés par les client(e)s peuvent constituer des barrières permanentes à leur accès. Pour cette raison, le Ministère de la Santé a fixé des prix modérés pour la contraception au niveau du secteur public. En 2010, la gratuité du préservatif masculin et féminin pour le client a été instaurée, la boîte de deux pilules contraceptives d'urgence est vendue à 75 FCFA (0,15 \$ US), la boîte de pilules de contraception à 100 FCFA (0,20 \$ US), l'injectable ou le collier contraceptif à 200 FCFA (0,39 \$ US) et l'implant ou le DIU à 500 FCFA (0,98 \$ US) (Ministère de la Santé et de la Prévention 2010).

Toutefois, ces prix faibles et fixés ne correspondent pas aux prix réels payés par les client(e)s. Par ailleurs, les prix pratiqués dans le secteur privé peuvent être beaucoup plus élevés. Par exemple, la clinique de l'Association Sénégalaise pour Bien-être Familial (ASBEF) fixe à 300 FCFA (0,59 dollars américains) la pilule, à 1.000 FCFA (1,97 dollars américains) l'injection de Depo-Provera, à 2.000 FCFA (3,94 dollars américains) le DIU et à 2.500 FCFA (4,92 dollars américains) l'implant Jadelle, et pratique des prix encore plus élevés (3.000 FCFA / dollars américains) pour le retrait des dispositifs de longue durée (Ndiaye, In-Press, p. 25).

Les services de SAA

Selon une analyse menée en 2006 par l'USAID, les coûts directs supportés par les client(e)s pour le traitement des complications résultant d'avortements au Sénégal sont compris entre 38,12 dollars américains pour les postes de santé, 15,07 dollars américains pour les centres de santé, et s'élèvent à quelque 18,18 dollars américains pour les hôpitaux. Les coûts élevés supportés par les postes de santé résultent principalement du coût des médicaments, soit 34,56 sur les 38,12 dollars américains dépensés, ce qui indique un surdosage probable et un usage incohérent de médicaments (Project de POLICY 2006, p. 18).

Ces coûts sont relativement élevés pour la plupart des Sénégalais et peuvent constituer un obstacle pour les client(e)s potentiel(le)s. En outre, cela ne comprend pas les coûts liés aux ordonnances prescrites après les

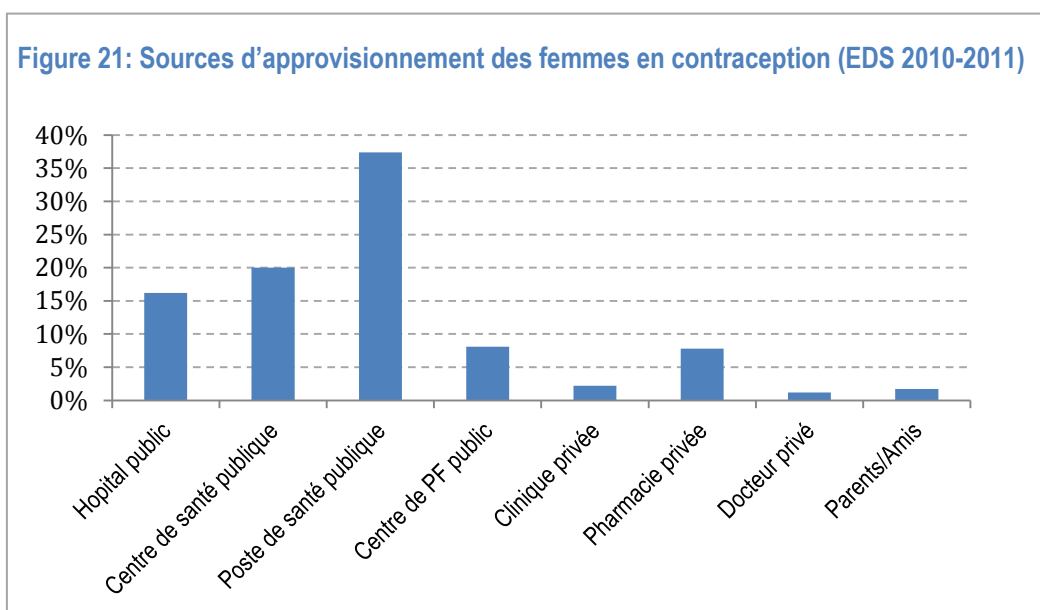
soins (CEFOREP et FRONTIERS 2008, p. 38). Les frais de transport vers les structures de santé équipées ne sont pas non plus inclus dans ces estimations et doivent être pris en compte dans le calcul des coûts réels supportés par les client(e)s. Une étude réalisée par le Professeur Diadhiou estime que les coûts supportés par les client(e)s sont encore plus élevés. Il avance qu'en moyenne, une patiente hospitalisée pour un traitement résultant de complications des suites d'un avortement provoqué, dépense entre 16.974 et 25.310 FCFA (environ 35 à 51 dollars américains) pour les soins (Camara et Cisse 1998, p. 2).

B) Disponibilité et Qualité des Services

La disponibilité des services de planification familiale et de soins après avortement(SAA)

La disponibilité des services de planification familiale

Les services de planification familiale sont principalement disponibles dans les secteurs public et privé. Afin d'obtenir des contraceptifs, 85 pour cent des femmes se tournent vers le secteur public, 12 pour cent vers le secteur privé et seulement 2 pour cent vers les autres sources telles que les ONG. Les postes et centres de santé sont les principaux prestataires du secteur public, bien que les hôpitaux publics jouent également un rôle considérable. Dans le secteur privé, les pharmacies sont les principaux prestataires, suivis des cliniques et des cabinets privés, ainsi que des autres sources non médicales telles que les amis et parents (voir figure 21) (ANSD et ICF 2012a, pp. 103 et 104).



Toutefois, la facilité d'approvisionnement en contraceptifs pour les prestataires, varie selon la méthode ; ce qui donne lieu à différentes sources en fonction de la méthode employée. Par exemple, 52 pour cent des femmes sollicitant des préservatifs masculins se tournent vers le secteur privé comme les pharmacies, alors que seulement 21 pour cent vont vers le secteur public. Ce dernier joue toutefois le rôle principal dans la distribution des pilules, des implants et des injectables, et 90 pour cent des femmes se procurent ces produits dans ce secteur (ANSD et ICF 2012a, p. 103). En outre, certaines femmes citent d'autres sources pour l'offre en contraception, notamment les cliniques en milieu de travail, les foyers de jeunes, les organisations non gouvernementales, les bénévoles et les éducateurs pairs (CRDH et MEA 2012, p. 50).

La disponibilité des services de SAA

Les services de SAA ont été mis à la disposition du Sénégal pour la première fois par des projets de recherche opérationnelle pilotes élaborés par Population Council et JHPIEGO avec l'appui de l'USAID, en collaboration avec la Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l'Enfant du Ministère de la Santé et de l'action Sociale et CEFOREP. Les services de SAA au Sénégal sont centralisés grâce à la coordination nationale du Ministère de la Santé, et les services sont à présent disponibles dans tous les hôpitaux régionaux et dans tous les centres et postes de santé. En outre, les services de SAA ont été intégrés dans la Stratégie Nationale des Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU) (CEFOREP et FRONTIERS 2008, pp. : ii-v). Les services particuliers disponibles dépendent du type de structures de santé. Avant le projet pilote sur les SAA, qui a été mis en œuvre entre 1997 et 1998, une étude menée dans trois centres témoins de la région de Dakar, a montré que près de 97 pour cent des cas d'avortements ont été traités par curetage (C&D) qui est un traitement plus dangereux, plus coûteux et plus long). Néanmoins, cette méthode est la seule autorisée aux infirmières et aux sages-femmes dans les postes de santé par le Ministère de la Santé, alors que l'aspiration manuelle à vide (AMIU) n'est autorisée que dans les centres de santé (MSH 2006, pp. 7-8).

Toutefois, dans les centres de santé, l'utilisation d'AMIU est de plus en plus répandue. En 2005, cette méthode est devenue la technique préférée pour l'évacuation utérine dans les centres de santé, grâce au Programme d'intensification des services de SAA. Par conséquent, le pourcentage de patientes ayant reçu un traitement par AMIU dans 23 centres de santé a plus que doublé entre 2003 et 2005 (MSH 2006, p. 18). Des investissements supplémentaires tournés vers les technologies permettent progressivement d'assurer une plus grande disponibilité des services de SAA. Ces dernières années, d'importants équipements tels que les unités de radiographie, de mammographie et d'échographie, ainsi que du matériel général de laboratoire, ont été acquis (DSRSE 2011, p. 14).

L'intégration des SAA dans les autres services

A partir de 2002, les services de SAA étaient destinés à intégrer cinq volets principaux : le traitement des avortements incomplets, le counseling PF, les services de contraception et de planification familiale, les liens avec les autres services de SR et le partenariat avec les communautés (CEFOREP et FRONTIERS 2008, p. 31). Le pourcentage de femmes ayant reçu du counseling immédiatement après avoir sollicité des services de SAA est passé de 36 pour cent dans la période 2003-2004 à 82 pour cent en 2005 (MSH 2006, p. 1). De même, le pourcentage de femmes ayant reçu du counseling et obtenu un moyen de planification familiale à partir d'une structure de santé, a connu une augmentation sensible, passant de 15 pour cent en 2003 à 56 pour cent en 2005 (MSI n.d.a). En 2009, 59 pour cent des femmes ayant bénéficié de services de SAA ont obtenu une méthode de planification familiale à la suite de cette procédure (IntraHealth et Population Council, 2010a). Suite à des révisions apportées au Document sur les Politiques, les Normes et les Protocoles en 2010, les services de soins après avortement sont en train d'être davantage élargis (DSRSE 2011, p. 16).

La faiblesse notoire en matière d'intégration des services de SAA

Il reste, toutefois, beaucoup à faire pour assurer davantage l'intégration entre les services de SAA et les autres services de SR. Alors que les taux de counseling et d'obtention de méthode de planification familiale suite à des SAA connaissent une amélioration, ils ne sont pas encore universellement intégrés dans chaque traitement. Par exemple, l'évaluation menée par le CEFOPREP et FRONTIERS a permis de constater que les structures de santé ciblées à Kaolack et à Fatick n'ont pas intégré les services de SAA dans la planification familiale (FRONTIERS 2004). En outre, de façon générale, les produits contraceptifs sont disponibles uniquement dans l'unité de planification familiale spécifique, comparés aux salles de traitement ou de réveil des patientes admises en services de SAA. Parmi les structures visitées dans le cadre de cette évaluation au Sénégal, une seule a mis à disposition la contraception orale dans la salle de réveil (CEFOREP et FRONTIERS 2008, p. 33). De même,

alors que le diagnostic, le counseling et le traitement des infections sexuellement transmissibles et du VIH devraient être régulièrement et systématiquement fournis aux patientes après avortements, ils sont rarement donnés au niveau des structures. En outre, les soins prénatals sont confrontés au même manque d'intégration dans les programmes de SAA (MSH 2006, p. 21). Toutefois, des efforts considérables ont été consentis dans l'intégration de l'offre des services SR.

L'intégration de la planification familiale dans les autres services

Des efforts sont également déployés pour intégrer la planification familiale aux autres programmes de santé dans le but d'en élargir la disponibilité. Le projet « Santé Maternelle, Néonatale et Infantile, Planification Familiale et Lutte contre le Paludisme" (SMNI/PF/PALU), développé par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale du Sénégal avec le soutien financier de l'USAID et l'appui technique d'IntraHealth, de Population Council, du Réseau Siggil Jigeen et de Helen Keller International, a joué un rôle important dans les efforts visant à intégrer les services de planification familiale dans tous les autres services de santé de la reproduction. En juin 2010, ce programme a permis la formation de 573 prestataires, comprenant 360 agents communautaires et 213 prestataires de services qualifiés dont 137 sages-femmes et 76 infirmières, infirmières auxiliaires et autres professionnels de santé (IntraHealth et Population Council, 2010a).

Le projet SMNI/PF/PALU a également permis d'intégrer le secteur privé dans un plan national plus complet destiné à la planification familiale, en dispensant à 52 praticiens de santé du secteur privé une formation sur un « paquet de services de planification familiale », notamment des informations sur les politiques nationales de santé, sur les normes, les protocoles, les systèmes logistiques et de prise en charge en matière de santé de la reproduction, ainsi que l'utilisation du système d'information sur la santé. Ce programme a également permis de fournir aux participant(e)s des outils d'aide pour le travail, des supports visuelles, des documents d'éducation et de communication, ainsi que des trousseaux médicaux pour l'insertion du DIU et des implants. Grâce à ces services, le projet SMNI/PF/PALU a facilité une meilleure intégration entre l'approvisionnement public et privé d'une part, et les systèmes logistiques d'autre part. Les structures privées sont davantage parties prenantes du programme national dans le sens où elles transmettent à la base de données nationale relative à la santé, des statistiques en matière de santé de la reproduction. De plus, la supervision de leurs activités est désormais officiellement intégrée dans un système de suivi plus large aussi bien au niveau des districts qu'à l'échelle régionale (IntraHealth et Population Council, 2010b).

Les lacunes notoires constatées dans l'intégration de la planification familiale

Malgré ces efforts, beaucoup reste à faire pour assurer l'intégration de la planification familiale dans les autres services. L'EDS 2010-2011 a révélé que quelque 86 pour cent des femmes qui s'étaient rendues dans un centre de santé au cours des 12 mois précédant l'enquête n'ont pas eu à discuter de planification familiale (ANSD et ICF 2012a, p. 114). De même, l'enquête de l'ISSU a révélé que plus de 75 pour cent des femmes n'avaient reçu aucun conseil ni aucune information sur la planification familiale au cours de leur dernière visite pour raison de santé maternelle, dans les structures de santé.

Lors des visites, environ une femme sur cinq a reçu une certaine forme de contraception. Toutefois, des ordonnances ont rarement été prescrites. L'orientation de patientes vers d'autres services s'est également avérée rare ; d'un maximum de 22 pour cent seulement à Mbao, à un minimum de 5 pour cent seulement à Pikine. Dans l'ensemble, une forte proportion de femmes n'a reçu aucune méthode contraceptive ni aucune ordonnance, encore moins une orientation vers d'autres services : ce qui totalise un taux élevé de 73 pour cent de la population féminine de Pikine, et un taux plus faible de 32 pour cent des femmes à Kaolack et de Mbao (CRDH et MEA 2012, p. 63).

De la même façon, les services de planification familiale ne sont pas intégrés aux soins obstétricaux dans les structures de santé comme ils devraient l'être. La grande majorité des femmes (60 à 80 pour cent dans les villes concernées par l'enquête de l'ISSU) n'ont reçu aucun conseil sur la planification familiale ni aucune information, avant ou après leur dernier accouchement dans une structure de santé. Par ailleurs, l'information sur la planification familiale n'est pas bien intégrée dans les services de soins infantiles au niveau des structures de santé. Plus de 90 pour cent des femmes qui se sont rendues dans une structure de santé pour des soins infantiles n'ont reçu ni conseils ni informations sur la planification familiale. En outre, plus de 80 pour cent des femmes n'ont reçu aucun conseil ou information sur la planification familiale lors des visites dans les structures de santé en vue d'un traitement d'IST ou de VIH. En plus, 3 pour cent ou même moins parmi ces femmes dans chaque ville concernée par l'enquête, avaient reçu une méthode de contraception, alors que presque aucune d'entre elles n'avait reçu d'ordonnances (CRDH et MEA 2012, pp. 64 et 65).

La qualité des services de planification familiale et d'avortement/SAA

Les problèmes de qualité en matière de la planification familiale

Beaucoup reste à faire pour l'amélioration de la qualité des services de planification familiale et de SAA. Souvent, les prestataires de services en la matière ne fournissent pas les conseils et les informations adéquats à leurs clientes. Selon l'EDS 2010-2011, seulement 76 pour cent des femmes avaient été informées par leurs fournisseurs de contraception de l'existence de méthodes autres que celles qu'elles utilisaient déjà. Environ 79 pour cent des femmes qui fréquentaient les services du secteur public ont été informées de l'existence d'autres méthodes de contraception, contre seulement 54 pour cent pour celles ayant sollicité ces services auprès du secteur privé. Par ailleurs, les services de planification familiale n'informent que très rarement des effets secondaires ou d'autres problèmes possibles liés à la contraception. En effet, l'EDS a révélé que seulement 57 pour cent des femmes ont été informées des effets secondaires potentiels liés à la méthode contraceptive qu'elles avaient choisie. Des proportions de femmes encore plus faibles (52 pour cent) ont été informées des mesures à prendre en cas d'effets secondaires. Les informations sur les actions à entreprendre ont été légèrement plus données par les prestataires du secteur public (53 pour cent) que par ceux du privé (41 pour cent). Dans le secteur public, les centres et postes de santé étaient plus susceptibles de fournir ces informations que les hôpitaux publics (ANSD et ICF 2012a, p. 105). Ces données montrent que les prestataires de services en matière de planification familiale au Sénégal fournissent rarement toutes les informations nécessaires devant servir aux clientes.

En plus, les femmes sont souvent insatisfaites de la qualité de traitement lors des visites pour raison de planification familiale. L'enquête de l'ISSU a permis de constater que presque une femme sur quatre a pensé que son prestataire de services de planification familiale ne traitait pas les clientes de façon appropriée et n'avait pas apprécié la façon dont elle-même avait été traitée par les services en la matière. De même, environ 27 pour cent ont soutenu que les services de planification familiale ou les prestataires de produits y afférant ne mettaient pas les femmes à l'aise lorsqu'elles sollicitaient des méthodes contraceptives (CRDH et MEA 2012, p. 58). Ce sentiment éprouvé par les femmes sollicitant des services de planification familiale pourrait constituer un obstacle important à l'utilisation de ces services.

Les problèmes de qualité des services de SAA

Les services de SAA continuent d'être confrontés à des problèmes de qualité. Les cinq volets décrits ne sont souvent pas réalisés ou le sont à un niveau inférieur à la norme. Les normes de prévention des infections tardent à être largement respectées et la prise en charge de la douleur fait défaut (MSH 2006, p. 9). En plus, le counseling associé aux services de SAA, lorsqu'ils existent, sont souvent de mauvaise qualité. Alors que le counseling doit être donné avant, pendant et après le traitement d'évacuation, de manière générale, il ne se fait pas de façon systématique. En outre, certaines structures en Afrique proposent des services de qualité douteuse

surtout pendant la nuit. Le personnel qui assure le service de garde la nuit, est souvent mal formé et utilise parfois des techniques de curetage ou des curettes pour terminer l'évacuation en raison de l'absence d'équipements d'AMV pendant la garde de nuit.

Aussi les services de nuit sont rarement accompagnés de counseling (CEFOREP et FRONTIERS 2008, p. vii). La disponibilité de prestataires qualifiés pose problème en tout temps et pas seulement durant les gardes de nuit. Parmi les trois centres des districts de santé et les six postes de santé à Kaolack et Fatick, seul un tiers des médecins et des sages-femmes ayant régulièrement fourni des services de SAA étaient formés à la procédure (FRONTIERS 2004).

Tout comme pour la planification familiale, de nombreuses femmes étaient également insatisfaites de la qualité des traitements reçus en SAA. Les femmes interrogées dans le cadre de l'évaluation effectuée par CEFOREP et FRONTIERS ont indiqué se sentir mal à l'aise ou être victimes de mauvais traitements dans leur recherche de soins. Par exemple, une femme a indiqué que «certains prestataires insultent et maltraitent les femmes célibataires qui viennent solliciter des services de SAA » (CEFOREP et FRONTIERS 2008, p. 40). Ces réponses laissent présager que les femmes sont particulièrement réticentes à solliciter des services de SAA de manière formelle, en partie à cause de la crainte d'être jugées par les prestataires de services.

L'amélioration de la qualité

Certains efforts visant à améliorer la question de la qualité ainsi que les services de SAA et de planification familiale sont en cours. La gamme de produits de planification familiale disponibles a été élargie à tous les niveaux ; les prix ont été harmonisés et les méthodes contraceptives incluses dans la liste des médicaments essentiels et génériques à distribuer (DSRSE 2011, p. 15). La fourniture de services de SAA est également plus sûre, plus conciliante et mieux organisée. Selon une étude menée par EngenderHealth en 2001, il a été démontré que la procédure d'AMIU est de plus en plus utilisée par les prestataires et les compétences en matière de prévention des infections ont été renforcées. En outre, l'étude révèle une amélioration des relations entre les prestataires et les patientes. De même, l'enregistrement des dossiers est de plus en plus systématique (MSH 2006, p. 9). En effet, en 2006, 84 pour cent des centres de santé ciblés par le programme d'intensification des SAA avaient réorganisé et adapté leurs services pour assurer la disponibilité des « services de SAA intégrés et de qualité » (MSH 2006, p. 16).

D'autres efforts importants sont déployés pour améliorer la qualité du personnel assurant les services de santé de la reproduction. Par exemple, les qualifications requises pour le recrutement dans les écoles de formation des infirmières et des sages-femmes ont été revues à la hausse en 2009 avec l'exigence du niveau du baccalauréat. Davantage d'investissements sont réalisés pour garantir la qualité de prestation des professionnels de santé. De plus, les efforts de renforcement des capacités à l'Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social (ENDSS) ont été intensifiés par la décentralisation de la formation à travers la mise en place de Centres Régionaux de Formation en Santé (CRFS). Parmi les autres efforts visant à renforcer les capacités figurent les partenariats avec le secteur privé, le recrutement de personnel médical dans certains postes de santé difficiles d'accès et la formation des médecins et des sages-femmes à l'échographie (DSRSE2011, p. 15). Alors que des améliorations importantes autour de la qualité sont en cours, ces progrès doivent être accélérés pour combler les lacunes persistantes.

Le coût des services de planification familiale et d'avortement/SAA

Le coût des services de planification familiale

Globalement, les services contraceptifs coûtent 4 milliards de dollars américains par an comprenant 1,2 milliards de dollars pour les produits et fournitures, 0,7 milliard de dollars pour le travail, et 2,0 milliards de dollars pour le programme et les coûts des systèmes tels que la supervision et la formation du personnel, l'éducation sur la

planification familiale, le plaidoyer, la construction d'infrastructures et le développement de systèmes logistiques (Singh et Darroch 2012: p.11). Au Sénégal, le coût prévu des services de planification familiale, afin de répondre progressivement aux besoins non satisfaits entre 2010 et 2020, est d'environ 18,3 millions de dollars (Projet de Politique de la Santé, 2011). Au Sénégal le coût du secteur public dans la fourniture de services de planification familiale par utilisateur, est d'environ 61,52 dollars (Moreland et Talbird 2006: p.10).

Le coût des services de SAA

Dans les structures de santé au Sénégal, les complications survenant seulement de 1,060 cas d'avortements à risque coûtent plus de 21.000 dollars américains pour les traiter ; ce qui correspond à environ 20 dollars par cas (Projet POLICY de 2006: p.18). Une étude réalisée par le Professeur Diadiou suggère que le traitement des complications des avortements provoqués coûte en moyenne 6,142.2 et 56 275 FCFA (environ 12 dollars à 114 dollars) par cas dans les structures de santé (Camara et Cisse 1998, p.2).

Le coût par couple-année protection (CAP) pour des scénarios alternatifs de gamme de méthodes/ combinaison de secteurs

Les informations sur le coût par CAP de méthodes alternatives ne sont pas facilement disponibles.

C) Les obstacles et les raisons justifiant l'utilisation et la non-utilisation des services de planification familiale / santé de la reproduction et / SAA

Les obstacles à la demande

Au Sénégal, il existe de nombreuses raisons liées à la non-utilisation des services de planification familiale, de santé de la reproduction et des SAA. Dans la plupart des cas, ces obstacles à l'utilisation des services de planification familiale sont liés à la demande, notamment le manque de perception du risque par la femme, le refus personnel d'utiliser une contraception, les raisons d'ordre religieux, les niveaux de fécondité élevés souhaités, une qualité insuffisante des services, la désinformation, les idées fausses et la peur des effets secondaires.

Le manque de perception du risque

Beaucoup de femmes ne considèrent pas leur comportement sexuel comme pouvant présenter un risque suffisamment important pour justifier l'utilisation d'une contraception. La raison la plus souvent citée pour ne pas utiliser de planification familiale, est l'absence ou la faible fréquence de rapports sexuels. Cette raison a été citée par 49 et 57 pour cent de la population dans chaque ville étudiée par l'ISSU. De même, d'autres femmes, 5.6 à 10.5 pour cent ont évoqué l'absence de leur partenaire comme principale raison (CRDH et MEA 2012: pp.55-56). Compte tenu de la faible fréquence de rapports sexuels ou de l'absence d'un partenaire, les femmes peuvent ne pas percevoir la nécessité de contraception comme présentant un niveau de risque.

L'opposition à l'utilisation

Une autre raison principale justifiant la non-utilisation de la planification familiale est l'opposition nette par rapport à son utilisation. Cette opposition a été la principale raison fournie par 15 pour cent des personnes interrogées en 2011 (DSRSE et le Ministère de la Santé et de l'Action sociale, In Press: p. 36). De même, entre 8,6 et 10,2 pour cent des femmes dans chaque ville étudiée par l'ISSU ont évoqué leur opposition personnelle comme raison principale pour ne pas recourir à des méthodes de planification familiale (CRDH et MEA 2012: p.57). Les niveaux légèrement inférieurs constatés par l'enquête de l'ISSU peuvent suggérer que le refus est plus élevé dans les zones rurales que dans les zones urbaines. L'opposition exprimée par les autres, notamment les maris,

peut aussi être un obstacle à leur utilisation. En 2005, 9 pour cent des femmes mariées n'utilisant pas la planification familiale, avaient évoqué le refus de leur mari comme raison principale (DSRSE et le Ministère de la Santé et de l'Action sociale, In Press: p.12). L'enquête de l'ISSU a tout aussi révélé qu'entre 3,7 et 5,2 pour cent des femmes n'avaient pas recours à des méthodes de planification familiale en raison de l'opposition de leurs partenaires. 0, 2 pour cent en plus des 0,9 pour cent de femmes n'avaient pas recours à la planification familiale en raison de l'opposition des autres (CRDH et MEA 2012: p.157).

L'opposition des tierces personnes influence le plus souvent la décision d'une femme d'utiliser ou pas la planification familiale. Ceci semble être le reflet d'une société fortement patriarcale au Sénégal et cet aspect devra être pris en compte lors de la mise en œuvre des programmes.

La religion

La religion peut servir de barrière à l'utilisation de la planification familiale au Sénégal. En 2005, 11 pour cent des femmes ont évoqué une opposition d'ordre religieux qui justifiait qu'elles n'utilisaient pas la planification familiale. L'enquête ISSU a également révélé de nombreuses raisons d'ordre religieux pour la non-utilisation. Entre 1,3 et 4,2 pour cent des femmes interrogées avaient dit qu'elles n'utilisaient pas la planification familiale parce qu'elles croient que la religion s'y oppose. D'autres qui ne croyaient pas nécessairement que la religion s'opposait de façon nette à la planification, ont quand même invoqué des raisons d'ordre religieux pour justifier la non-utilisation de la planification familiale ainsi que les croyances fatalistes sur la fécondité. Entre 1,4 et 2,2 pour cent des femmes ont déclaré qu'elles n'utilisaient pas de contraception parce que "c'est de la volonté de Dieu" (CRDH et MEA 2012: p.57). Cependant, la religion ne constitue pas toujours un obstacle à l'utilisation de la planification familiale. Pour plus d'informations sur le rôle que la religion peut jouer pour influencer les vues sur la planification familiale voire la Première Partie, Section D de ce document sur les normes socioculturelles.

La fécondité désirée

Une autre raison principale pour ne pas utiliser la planification familiale, contribuant ainsi à une insuffisance de la demande, est le désir d'être enceinte. L'enquête de l'ISSU a révélé que 9.4 à 12.6 pour cent des femmes interrogées ont dit que leur désir de vouloir tomber enceintes était la raison principale pour laquelle elles n'utilisaient pas de planification familiale. D'autres femmes, 6.2 à 7.6 pour cent n'ont cité aucun besoin en matière de planification familiale parce qu'elles désiraient avoir autant d'enfants que possible (CRDH et MEA 2012:p. 57). De même, la deuxième raison justifiant l'interruption de la contraception la plus fréquemment citée dans l'EDS 2010-2011, était le désir d'avoir des enfants; cela a été évoqué par 22,7 pour cent des répondantes (ANSD et ICF 2012a: p.106). Le désir affiché par la plupart d'être enceintes, est également intimement lié aux normes socioculturelles présentes dans la société sénégalaise qui valorise les grandes familles avec de nombreux enfants (également discuté dans la Première Partie, Section D sur les normes socioculturelles).

La qualité des services

Les femmes peuvent également ne pas recourir aux services de planification familiale et de SAA en raison de leur qualité insatisfaisante. Les femmes sont particulièrement moins enclines à recourir à des services du fait du manque de convivialité ou du fait qu'elles sont mal jugées par les prestataires de services. En ce qui concerne le traitement en SAA, une femme sénégalaise a relaté: «les femmes préfèrent généralement aller voir des matrones dans leurs maisons parce qu'elles sont généralement plus expérimentées et gentilles" (CEFOREP et FRONTIÈRES 2008: p.40). Ce commentaire laisse entendre que le jugement fait à l'encontre des fournisseurs de services officiels peut conduire les femmes à se détourner des services officiels en s'orientant vers un traitement informel. Pour plus d'informations sur l'échec des services dans ce domaine voir la section précédente sur la qualité des services de planification familiale et de SAA.

La désinformation et les idées fausses

La peur des effets négatifs sur la santé est aussi une perception commune chez les femmes qui peut être une cause importante de la non-utilisation de la contraception. En fait, 20 pour cent des femmes ont déclaré qu'elles n'utilisaient pas de contraception, de crainte du danger que cela pourrait susciter pour leur santé (DSRSE et le Ministère de la Santé et de l'Action sociale, In Press: p.12). Dans l'enquête de l'ISSU, entre 5,6 et 13,5 pour cent des femmes ont cité la crainte d'effets secondaires comme raison principale pour ne pas utiliser la planification familiale (CRDH et MEA 2012: p.57). Bien qu'il existe des effets secondaires réels pour les différentes formes de contraception, cette crainte est également liée aux mythes et idées fausses communément admis. Par exemple, parmi les femmes connaissant les méthodes de planification familiale interrogées par l'ISSU, entre 28 et 33 pour cent croyaient que les injectables contraceptives pouvaient rendre les femmes à jamais stériles. De même, 27 à 42 pour cent d'entre elles croyaient que la contraception pouvait nuire à l'utérus. Entre 15 et 26 pour cent croyaient que la contraception pouvait causer le cancer, tandis que 15 à 27 pour cent croyaient qu'elles pourraient causer des malformations chez les nouveaux-nés. De manière générale, entre 34 et 61 pour cent des femmes croyaient que la contraception pouvait nuire à leur santé et 50 à 67 pour cent de la population ont soutenu que les utilisateurs de la contraception se retrouveraient avec des problèmes de santé. En général, la proportion d'hommes qui faisait valoir ces croyances était encore plus élevée (CRDH et MEA 2012: pp.53-54).

Les effets secondaires

D'autres femmes n'utilisent pas de méthodes de planification familiale en raison des effets secondaires réels expérimentés ou de problèmes de santé. Environ 3,9 à 5,3 pour cent des femmes interrogées dans l'enquête de l'ISSU, ont cité des problèmes de santé comme principale raison de la non-utilisation de la contraception (CRDH et MEA 2012: p.57). En fait, l'EDS 2010-2011 a trouvé qu'environ 24 pour cent des femmes ont arrêté l'utilisation de la contraception pour cause d'effets secondaires ou de problèmes de santé. La référence à ces obstacles, varie considérablement selon le type de produits contraceptifs que les femmes avaient utilisé. Presque toutes celles qui ont cité les effets secondaires ou les problèmes de santé comme raison principale d'abandon de la contraception, avaient utilisé la pilule, les injectables ou les implants. Parmi les femmes ayant abandonné la pilule, 23 pour cent avaient cité les effets secondaires et les problèmes de santé comme raisons principales, de même que 39,4 pour cent des femmes qui avaient abandonné les injectables et 43,1 pour cent des femmes qui avaient interrompu les implants. Seulement 1,5 pour cent ou moins parmi celles qui ont cessé de recourir au préservatif masculin et à la méthode du calendrier et MAMA ont évoqué les effets secondaires ou des problèmes de santé comme principales raisons (ANSD et ICF 2012a: p.106).

Les obstacles à l'accès

La non-utilisation des services de planification familiale ou de SAA peut également être liée à des problèmes d'accès. Beaucoup de femmes font face à un manque d'accès physique aux structures équipées. En outre, les autres raisons évoquées par certaines femmes sont liées aux ruptures de stock des produits quand elles en ont besoin tandis que d'autres font face à des obstacles d'ordre financier par rapport à l'accès.

Le manque d'accès physique aux services

Le manque d'accès aux produits et services en matière de planification familiale, de santé de la reproduction, et des SAA contribue également à un autre obstacle quant à leur utilisation. Bien qu'il y ait une disponibilité de plus en plus accrue de services de planification familiale et de SAA, comme relaté dans la section A sur l'Accès à l'Information et aux Services, beaucoup de femmes sont encore confrontées à des obstacles en matière d'accès. Avec le niveau actuel des structures de santé, environ 80 pour cent des femmes dans les villes ciblées par l'ISSU ont affirmé qu'il existait des lieux de vente et de fourniture de produits contraceptifs disponibles si toutefois elles décidaient d'obtenir une méthode, et voire même l'utiliser si elles le désiraient, et cela même si

aucune des leurs amies ou parentes ne l'avait utilisée auparavant (CRDH et MEA 2012: p.57). Par conséquent, environ 20 pour cent des femmes dans les villes ciblées n'ont pas d'accès physiques pour obtenir une méthode de contraception. Certaines régions, en particulier dans les zones rurales, qui sont plus difficiles d'accès, enregistrent des taux encore beaucoup plus élevés en matière d'absence de structures et il en est de même pour l'accès à des services de SAA. Malgré les améliorations notées, dans certaines régions, le nombre de structures où l'on peut accéder à des services de planification familiale, de santé de la reproduction et de SAA fiable et de qualité reste encore très faible (DSRSE et Ministère de la Santé et de l'Action sociale, In Press: p.12).

Les ruptures de stocks

Les obstacles liés à l'utilisation des services de planification familiale sont aussi dus à des problèmes de disponibilité de stocks. Le Sénégal enregistre de fréquentes pénuries des divers produits de contraception. Par exemple, la prévalence des ruptures de stock de produits injectables de contraception varie entre 25 et 45 pour cent dans les villes principales. Des problèmes similaires se posent au niveau des stocks concernant les implants où des ruptures peuvent être enregistrées à hauteur de 80 pour cent dans le secteur public (Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l'Enfant et Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, p. 12). Non seulement il existe des problèmes de stockage au niveau national, mais les produits ne sont également pas bien distribués ; ce qui entraîne encore plus de ruptures au niveau local. Par exemple, en dépit de stocks disponibles au niveau national, en 2010-2011, il y avait des ruptures de produits contraceptifs tels que Depo-Provera et Jadelle à Pikine à des taux égalant 40 et 80 pour cent, respectivement (DSRSE et le Ministère de la Santé et de l'Action sociale In- Press: p.12). Ces pénuries signifient que même les femmes qui cherchent des contraceptifs ne sont pas toujours en mesure d'en accéder. En décourageant les femmes de revenir pour s'approvisionner en produits, ces ruptures de stock constituent un déterminant majeur dans la prévalence des besoins non satisfaits en planification familiale. Actuellement, des stratégies novatrices dont l'Informed Push Model (IPM) sont en cours pour assurer une disponibilité des produits PF au niveau de tout le pays.

Les difficultés liées à l'accessibilité financière

En outre, le prix peut être un obstacle à l'utilisation des services de santé de la reproduction. Il est souvent cité par les femmes comme une raison pour ne pas chercher des services de SAA et obtenir à la place des soins moins fiables. Certaines femmes ont mentionné qu'elles préféreraient aller voir les matrones qui ne facturaient que de 2 à 4 dollars américains environ et qui résidaient elles dans la communauté (CEFOREP et FRONTIERS 2008: p.vii). Pour plus d'informations sur le coût d'accès aux services de planification familiale et de SAA pour les clientes, voire la Section A sur l'Accès à l'Information et aux Services.

QUATRIEME PARTIE: Mécanismes de financement et de prestations

A) Les acteurs dans le domaine du financement et des prestations

La partie précédente a donné une vue d'ensemble des sources d'approvisionnement des biens et services les plus courantes en matière de santé de la reproduction, de planification familiale et de soins post-avortements (SAA). Comme il a été souligné, les sources de base par lesquelles les client(e)s s'approvisionnent en produits et services, sont les structures publiques de santé et le secteur privé dans lequel les pharmacies jouent un rôle primordial. Toutefois, de nombreux autres acteurs des secteurs privé et public facilitent la prestation de biens et services à travers différents moyens consacrés au processus de financement et de prestations.

La répartition des financements

En Afrique de l'ouest, les budgets publics ne suffisent pas au financement de l'approvisionnement en produits de santé de la reproduction nécessaires pour couvrir tous les besoins de la population (DELIVER 2004 :p.14). Dans les pays en développement en général, les gouvernements supportent entre 63% à 75% des coûts relatifs à la planification familiale. En conséquence, les gouvernements comptent en partie sur les patient(e)s et de manière significative sur les bailleurs internationaux afin de couvrir tous les besoins dans ce domaine. Les patient(e)s sont en général censé(e)s couvrir entre 10% à 17% des coûts relatifs à la planification familiale, tandis que les partenaires internationaux en supportent environ 15% à 20%. (MSH n.d.). Cette répartition est valable au Sénégal où, entre 1998 et 2002, l'Etat a alloué environ 60% du budget prévisionnel de la santé, tandis que les partenaires internationaux ont assuré approximativement 30%. Le système de recouvrement des coûts financés par les client(e)s étaient destinés à couvrir les 10% restants (Wickstrom, Diagne et Smith 200- : p.14).

Le rôle de l'Etat

Depuis 2000, l'Etat du Sénégal n'a alloué que 11% de son budget au secteur global de la santé (DSR 2001: p.16). La contribution de l'Etat au système de soins de santé a historiquement été faible par rapport aux besoins du secteur en référence aux recommandations des engagements internationaux et aux recommandations d'Abuja qui préconisent 15%.

L'application de la Loi de 1996 sur le transfert de compétences a alloué des dotations budgétaires des neuf ministères vers divers comptes des collectivités locales. Dans l'exécution du budget de la Santé, il a été noté des écarts à type de détournements d'objectifs. En effet la compétence dévolue aux élus locaux, les autorise à affecter des fonds, selon que de besoin, dans les neuf domaines transférés, y compris en matière de santé, population et affaires sociales. Ainsi, le Ministère de la santé a perdu une partie significative de ses allocations en faveur des collectivités locales, dont la plupart ont opté pour l'orientation des dépenses vers d'autres secteurs. En fait, près de 30% du budget initialement alloué à la santé ont été dépensés dans d'autres secteurs. De plus, pour le secteur de la santé, la décentralisation a eu pour effet de détourner l'attention vers des infrastructures plus importantes, vers l'administration et les autres financements au détriment des questions spécifiques liées à la santé, telle que la planification familiale (Wickstrom, Diagne, et Smith 2006 : pp.12-13).

En conséquence, sur les 105 milliards de FCFA de budget (environ 207 millions de dollars US), du Ministère de la santé en 2010, il n'a été alloué que 1,5 milliards de FCFA (environ 3 million de dollars US) aux activités relatives à la santé de la reproduction ; ce qui représente seulement 3% du budget total de la santé (DSR 2011 :pp.12-13). Néanmoins, à partir de 2006, le gouvernement du Sénégal s'est engagé à prendre en charge la

gestion du financement des produits contraceptifs, en commençant par le DIU. En conséquence, lors de la Conférence internationale sur la planification familiale tenue en novembre 2011, le Sénégal s'était engagé à renforcer le rôle de l'Etat dans la planification familiale et à augmenter le financement des moyens de contraception à hauteur de 500 millions de CFA (environ 985.000 dollars US) (Gueye 2011).

Les bailleurs de fonds internationaux

Le rôle limité du gouvernement signifie que le Sénégal a longtemps été tributaire des bailleurs étrangers en ce qui concerne la fourniture et la gestion de produits contraceptifs (Wickstrom, Diagne, et Smith 2006, p. ix). Au Sénégal, environ 20 bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux, dont la Banque mondiale, l'OMS, l'UNICEF, et les agences de coopération belge, américaine, japonaise, allemande et française contribuent au financement du secteur de la santé. Cependant, la part la plus importante du financement pour les questions spécifiques de santé de la reproduction comme la planification familiale, est fournie presque exclusivement par l'USAID et UNFPA (Wickstrom, Diagne, et Smith 2006:pp.13-14). Cependant, entre 1996 et 2002, l'appui financier des bailleurs internationaux concernant l'achat de produits contraceptifs était irrégulier et en baisse. En effet, les ressources financières allouées par les bailleurs internationaux et destinées à la contraception en Afrique de l'ouest sont passées de 17 millions de dollars américains en 2001 à moins de 11 millions de dollars l'année suivante (DELIVER 2006: p.14).

L'USAID a joué un rôle important dans le programme de planification familiale au Sénégal, et cela depuis les années 1980, à travers ses zones d'intervention à Dakar, de Kaolack, Louga, Thiès Ziguinchor, Diourbel, Kolda, Sédhiou, Kaffrine, Saint Louis et Fatick. De même, UNFPA a été un acteur clé dans les actions relatives à la santé de la reproduction au Sénégal depuis 1979. UNFPA met l'accent au niveau des régions de Diourbel, Louga, Saint-Louis, Matam et Tambacounda. Depuis 1994, cependant, l'élargissement du mandat de l'UNFPA s'est traduit par le fait qu'il y a eu une mutation de la planification familiale en tant que priorité vers une approche plus intégrée de la santé de la reproduction et des droits à la santé. Ces partenaires continuent de fournir un appui important au Ministère de la Santé, à travers le financement direct pour l'élaboration de principes directeurs, la formation et la fourniture de produits par le biais du système d'approvisionnement de l'UNFPA (Wickstrom, Diagne, et Smith 2006: pp.14-15).

Les acteurs intervenant dans la prestation de services

Plusieurs acteurs, allant des petites initiatives locales aux grands programmes internationaux, bénéficient de ces financements et bien d'autres afin de faciliter la prestation des services de santé de la reproduction. Les acteurs gouvernementaux, les ONG, les organisations confessionnelles et les entreprises sociales jouent tous un rôle dans la prestation de produits et services et mutualisent souvent leurs forces pour mettre en œuvre leurs approches novatrices. La Division (maintenant Direction) de la Santé de la Reproduction et Survie de l'Enfant (DSRSE du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale est l'acteur public principal et collabore souvent avec les différents acteurs du secteur privé. Les ONG sont impliquées dans de multiples aspects en matière de prestations de services, y compris le suivi, l'organisation, la formation, la recherche et le plaidoyer ainsi que la prestation de services. Certaines des ONG qui interviennent principalement dans la prestation de services de santé de la reproduction au Sénégal sont : Population Council, Management Sciences for Health (MSH), Tostan, Marie Stopes International, SANFAM, IntraHealth International, le Réseau Siggil Jigeen, Helen Keller International, Family Health International et ENDA Santé.

Par ailleurs, en plus de son rôle de partenaire financier, l'USAID à travers ses agences d'exécution contribue également à l'élaboration de politiques, dans la formation et le marketing social en matière de santé de la reproduction. Il a également contribué à l'augmentation des prestations de services, à l'équipement des points de prestation de services, à l'amélioration de la logistique et de la gestion du système tout en soutenant des

activités en termes d'information, d'éducation et de communication (IEC) ainsi que des actions de communication pour le changement de comportement. Plus récemment, il a contribué à encourager les prestations à l'échelle communautaire en soutenant la gestion à tous les niveaux du système et le développement de techniques permettant de renforcer les capacités des communautés à contribuer à la planification et au financement des services de santé (Wickstrom, Diagne, et Smith 2006: pp.14-15)

Depuis deux ans, avec la relance de la planification familiale à travers son plan d'actions accéléré, de nouveaux acteurs ont apporté leur contributions : AFD (fonds Muskoka mis en œuvre par le UNFPA, l'OMS et L'UNICEF), la fondation Bill et Mé linda Gates à travers IntraHealth International.

B) Les mécanismes d'intervention en matière de prestation

Les prestataires privés

La prestation en matière de produits et services de santé de la reproduction dans le secteur privé se heurte à plusieurs obstacles. En Afrique de l'ouest d'une manière générale, le secteur commercial, défini comme le secteur par excellence où les produits et services ne sont pas subventionnés et qui est géré par les prestataires du secteur privé dans un but lucratif, ne joue qu'un rôle très limité dans la fourniture de produits et services en matière de santé de la reproduction.

Dans cette région, environ 10% de la population globale seulement disposent de moyens suffisants pour acheter des produits contraceptifs et ainsi permettre à toute cette production non subventionnée de pouvoir être commercialisée, (DELIVER 2006 : p.14). En outre, le secteur privé est soumis à des contraintes juridiques interdisant que dans un établissement privé, il puisse y avoir à la fois des prestations en matière de counseling, de prescription et de vente de produits contraceptifs (Wickstrom, Diagne, et Smith 2006: p.viii).

Néanmoins, certains programmes publics s'emploient à augmenter le rôle du secteur privé au niveau des prestations de services de planification familiale et à mieux les intégrer dans le programme national de santé de la reproduction.

Au Sénégal, le PNDS 2009 énonce plusieurs objectifs visant au renforcement des partenariats public-privé dans le secteur de la santé. Il vise à identifier et informer les différents acteurs sur les partenariats public-privé. Il a aussi pour but de définir les domaines d'intervention, les objectifs, les résultats attendus, la méthodologie et l'évaluation de ces partenariats. Enfin, le PNDS vise à accroître la sensibilisation des acteurs concernés sur le partenariat public-privé, sur le document relatif aux politiques contractuelles et le guide opérationnel qui en est une partie ; ce qui démontre l'importance de ces partenariats (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2009a: p.41). Le programme SMNI/PF/PALU, mis en œuvre par IntraHealth International, en partenariat avec Population Council, le Réseau Siggil Jigéen et Helen Keller International et financé par l'USAID, aide également à renforcer les partenariats public-privé. Un réseau d'entreprises privées de prestations de services a été mis en place. Les membres de ce réseau bénéficient de services de renforcement des capacités, y compris l'enseignement d'une approche d'auto-évaluation et la mise en œuvre d'un paquet de services visant à l'amélioration de la qualité des services. Le programme Paludisme/ SMNI / PF a mis en place un cadre de concertation entre les secteurs public et privé afin de mieux intégrer les données du secteur privé dans le système national d'informations sur la santé (IntraHealth 2008: p.7).

Les offres de services dans le milieu du travail

Les entreprises faisant partie du secteur privé qui pourraient contribuer à la fourniture de produits et services en matière de santé de la reproduction, jouent en général un rôle limité, voire inexistant. Seule une infime minorité des lieux de travail au Sénégal fournit un certain niveau de produits et services relatifs à la santé de la

reproduction. La fourniture de produits disponibles en milieu de travail a été essentiellement facilitée par le travail des ONG.

L'ONG SANFAM, bien que n'étant plus en activité, a travaillé au Sénégal pour essayer de développer un mécanisme d'offre de services de planification familiale s'appuyant sur les employeurs, desservant jusqu'à environ 40 lieux de travail à un moment donné (Wickstrom, Diagne, et Smith 2006: p.18). A partir de 1991, SANFAM a été chargé de superviser le volet du secteur privé/para-public (VSPP) du Projet de santé familiale et de population (PSFP). La mission de SANFAM était de contribuer à l'amélioration de la santé par la promotion de la santé de la reproduction dans les secteurs privés et para-publics, ciblant spécifiquement les lieux de travail, y compris les travailleurs, leurs familles et les professionnels médicaux et des pharmacies qui fournissent les services. SANFAM a appuyé les structures de santé existantes dans les secteurs privé et semi-public essentiellement par le biais de la supervision et la fourniture de produits (SFPS Project n.d.).

Ce type d'offre en milieu de travail est en train d'être pérennisé par la DSRSE à travers l'appui de IntraHealth International tel que cité dans le paragraphe précédent.

Les franchises sociales et le marketing social

Les franchises sociales

Depuis peu de temps, le système de franchises sociales et techniques de marketing social a également été développé et mis en œuvre au Sénégal pour faciliter et encourager la fourniture de produits de santé de la reproduction dans le secteur privé. Marie Stopes International (MSI) est la première organisation de santé de la reproduction au Sénégal à travailler avec le secteur privé à travers la franchise sociale. MSI est l'un des seuls organismes à fournir des services de planification familiale dans les centres et les franchises sociales au Sénégal. Son objectif principal dans le pays est de constituer un réseau de franchises sociales, Blue Star qui facilitera la prestation de services de planification familiale de qualité puis d'étendre le réseau à 70 prestataires privés (MSI n.d.c).

Le réseau de franchises sociales vise à offrir aux franchises, une formation approfondie dans une gamme variée de services de santé de reproduction, constituée de cliniques, sages-femmes et de pharmacies, qui paient une somme modique à titre de frais d'adhésion. Après avoir terminé la formation et satisfait aux normes de qualité, les franchisees reçoivent de nouveaux panneaux et produits estampillés du logo de la franchise sociale Blue Star ainsi que des produits à prix abordables et de haute qualité à proposer aux clients sur la base d'un prix fixé d'un commun accord. Un suivi des normes est assuré afin de garantir que la qualité reste à un niveau élevé. En conséquence, les client(e)s se retrouvent avec un large éventail d'options en matière de planification familiale (MSI n.d.b).

Le réseau sénégalais de franchise sociale a été lancé en fin octobre 2012, avec trois franchises qui offrent des services de planification familiale aux clientes dans les bidonvilles de Dakar. MSI a également réaffirmé son objectif d'avoir 60 franchises opérationnelles d'ici la fin de l'année.

Le lancement du réseau de franchises sociales a enregistré une forte participation communautaire et celle des agents du Ministère de la santé relevant des niveaux local, régional et national. La première franchise qui a commencé à fournir des services de planification familiale a procédé à la consultation de 27 clientes dans la première semaine et a fourni 14 implants, 8 DIU, 3 contraceptifs injectables, 2 pilules contraceptives (MSI 2012). L'ISSU est également en train de tester un système de franchise sociale auprès de cliniques privées et d'autres prestataires. Le programme collabore avec des infirmières et d'autres membres des personnels des cliniques privées situées dans les quartiers urbains défavorisés n'offrant pas actuellement toute la gamme de services de planification familiale de haute qualité et à faible coût (ENDA Santé n.d.).

Le marketing social

D'autres organisations se concentrent sur les systèmes de marketing social pour accroître les prestations en matière de contraception. Au Sénégal, l'Agence pour le Développement du Marketing Social (ADEMAS) est la principale ONG œuvrant dans le marketing social. ADEMAS est une émanation du Projet Sénégalais de Marketing Social des Contraceptifs (SOMARC), financé par l'USAID. L'organisation a été chargée du volet du marketing social du programme de santé de l'USAID au Sénégal pour la période 2006 à 2011 qui est intitulé "Amélioration de la santé familiale » (ADEMAS n.d). ADEMAS et Stratégies de Commercialisation (CMS) ont uni leurs forces pour mettre en œuvre un programme de marketing social au Sénégal pour promouvoir la connaissance et l'utilisation du préservatif, notamment la marque Protec d'ADEMAS (CMS 2003: p.2). Leur stratégie de marketing social a été axée sur des campagnes de distribution, de relations publiques et de sensibilisation.

CMS / ADEMAS visent à améliorer l'accès à la contraception par la commercialisation de préservatifs Protec au niveau de points de vente, y compris non seulement dans les pharmacies mais aussi au niveau de lieux de vente non conventionnels tels que les discothèques, les stations d'essence et les épiceries. Grâce aux interventions de 10 agents commerciaux formés et dynamiques, le nombre de détaillants commercialisant les préservatifs Protec est passé de 550 pharmacies en 1999 à plus 3000 points de vente en 2003. CMS / ADEMAS ont également renommé la marque des préservatifs Protec pour réorienter l'approche en matière de planification familiale vers des activités de prévention du VIH et des IST. Ils ont en outre formé et sensibilisé des fournisseurs sur l'utilisation du préservatif, sur les IST et le VIH, la gestion des stocks, les techniques de communication et la qualité de service. Ils participent également à la mise à jour de manuels de formation à l'intention des pharmaciens et des caissiers. CMS / ADEMAS utilisent des stratégies multiples afin de promouvoir leurs produits, y compris des concours et des actions promotionnelles. Par ailleurs, ils ont mis en œuvre avec succès, des techniques de communication sociale pour le changement (CSCC) afin de soutenir les objectifs commerciaux, entraînant ainsi une hausse de 66% des ventes Protec entre 1999 et 2003. Grâce à leurs actions de marketing social, CMS / ADEMAS ont effectivement contribué à promouvoir l'accessibilité du préservatif au sein de la population sénégalaise (CMS 2003, p. 3.2).

CMS / ADEMAS ont également œuvré à la mise au point et à l'introduction de Securil, une méthode contraceptive orale à faible coût, en utilisant des techniques de marketing social similaires. Ils ont commencé par rendre visite à 90% des pharmacies de Dakar ainsi qu'à certains points de vente semi-urbains pour assurer une large couverture. Ils ont assuré des services de formation du personnel médical sur le produit et procédé à la distribution de matériaux publicitaires. En outre, CMS / ADEMAS ont mis en place un programme de formation pour les prestataires privés afin de leur permettre d'assurer des soins de grande qualité, une bonne communication interpersonnelle et la gestion des effets secondaires. Cette formation avait pour but d'encourager le gouvernement à permettre à un plus grand nombre de prestataires privés à prescrire des contraceptifs par voie orale, au lieu de limiter cette fonction aux médecins et sages-femmes (CMS 2003: p.4). Ces efforts socialement bénéfiques visaient tous à accroître les ventes et succès des produits de CMS / ADEMAS, et ils ont également contribué à une grande diversification des choix en matière de contraception au Sénégal.

L'approche basée sur les résultats – Coupons modérateurs

A ce jour, le Sénégal n'a pas mis en œuvre une approche basée sur les résultats, comme le système de coupon modérateur, pour la fourniture de produits et de services de santé de la reproduction.

La distribution à base communautaire

Les programmes nationaux

Avec la probabilité que les efforts déployés par les acteurs privés soient limités, plusieurs autres acteurs œuvrent à faciliter la fourniture de produits et services. L'adoption de programmes communautaires en est un mécanisme-clé utilisé pour faciliter la distribution. La fourniture de produits et de services de santé de la reproduction à l'échelle communautaire est encouragée au niveau national. Le système décentralisé de postes et cases de santé, par exemple, contribue à une offre de services locale d'une plus grande proximité. Les stratégies nationales telles que l'Initiative de Bamako, ont également permis la création des comités de santé pour servir d'instances de représentation et de partage des rôles en gestion communautaire au niveau des postes et cases de santé, entre le gouvernement et les communautés.

Cependant, l'évaluation de ce système révèle que le manque de motivation des agents de santé communautaires et le manque de matériel d'IEC ont entraîné une baisse de l'efficacité du système (Wickstrom, Diagne, et Smith 2006: p.17). Récemment, le gouvernement a mis en place le programme «Bajenu Gox». L'initiative cible des femmes leaders communautaires respectées ("Bajenu Gox") afin d'améliorer la santé maternelle et infantile en travaillant à l'acceptation et à l'utilisation des services de santé dans leurs communautés. Plus de 600 "Bajenu Gox" ont été formées en une journée et 570 autres l'ont été pendant trois jours dans les régions de Kolda, Saint-Louis, Thiès et Ziguinchor, et le programme est en train d'être élargi. (Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, 2011).

Les programmes nationaux de soins après avortements ont également tenté d'inclure un volet communautaire de prestation de services. Les programmes visent à accroître les connaissances des membres de la communauté sur les signes avant-coureurs d'un avortement, la manière de recourir aux premières mesures d'urgence et de s'assurer que les patientes sont orientées vers les structures appropriées. Malheureusement, peu d'acteurs mettant en œuvre des programmes de soins post-avortements intègrent effectivement la composante communautaire telle que prévue. L'interaction entre les structures de santé et la communauté reste limitée au partage d'informations générales et sur les opportunités relatives aux nouveaux services de soins après avortement. (CEFOREP et FRONTIERS 2008: pp.34-35). Ces lacunes démontrent la difficulté à mettre en place un système de prestations à l'échelle communautaire et mettent en lumière le fait que les efforts nationaux doivent intégrer des mécanismes de mise en œuvre à petite échelle afin d'en assurer l'opérationnalité.

Les initiatives entreprises par les ONG

Les initiatives visant à assurer les distributions à l'échelle communautaire semblent souvent fonctionner de manière plus efficace lorsqu'elles sont dirigées et suivies par des acteurs locaux tels que les ONG, même si elles sont aussi confrontées à des défis lorsqu'il s'agit de susciter des changements concrets. Par exemple, une meilleure gestion des initiatives a été notée lorsque la DSR a noué un partenariat avec Population Council et MSH à travers un financement de l'USAID pour piloter un projet de prestation de services en santé de la reproduction dans le district de Kébémér.

Durant l'année de la longue période pilote du projet, 30 agents de santé communautaire (ASCs) qui travaillaient déjà dans les cases de santé et 30 relais communautaires (RC) nouvellement formés et composés de membres de la communauté dignement représentés, ont conduit des visites à domicile, tenu des causeries sur les questions et services en matière de santé de la reproduction, vendu des produits relatifs à des soins de santé de la reproduction, fourni certains services relatifs à la santé de la reproduction tels que la planification familiale et lorsque certains avaient besoin d'autres services, ils les ont orienté vers des postes de santé.

Le programme a été salué en raison de sa composante relative à la participation communautaire. En raison de l'exemple pertinent de la participation communautaire, des processus similaires pour la mise en œuvre des programmes ont déjà été adoptés par d'autres ONG telles que Africare, ABSEF, ACDEV et FANKATA qui

interviennent à Kaolack, Fatick et Kolda (Sanogo et al 2004, p. i-iv). Les mécanismes communautaires de prestation peuvent, en effet, être des moyens efficaces de fourniture de soins de santé de la reproduction, comme l'ont démontré d'autres initiatives.

Par exemple, TOSTAN, en collaboration avec KORASE et plus tard également avec OFADNAFOORE, a développé un programme d'éducation communautaire dans la région de Kolda, avec un financement initial de la Banque mondiale, suivi par celui de l'UNICEF et du Centre pour le Développement et la Population (CEDPA). Le programme a finalement orienté ses interventions sur l'hygiène, la résolution de problèmes, la santé des femmes et les droits humains en encourageant les participant(e)s à analyser leur propre situation et à trouver les meilleures solutions. TOSTAN a travaillé directement avec les membres de la communauté locale qui non seulement étaient des participant(e)s à l'étude mais ont également contribué à l'élaboration et la mise en œuvre du projet. TOSTAN, en partenariat avec une ONG locale pour assurer la logistique, a donné des informations sur le projet aux leaders traditionnels et religieux ainsi qu'aux élus locaux dans la zone, et a procédé à la sélection des animateurs et superviseurs au sein des communautés, mis en place et formé des comités de gestion communautaires en vue d'assurer la pérennisation des progrès, et a tenu des réunions inter-villageoises afin de permettre la prise de décisions collectives. A l'échelle de chaque communauté, un animateur a assuré la formation de 30 participant(e)s. A la fin du programme, la participation de 2.338 femmes et 221 hommes a été enregistrée (Diop et al 2004. pp.1-2).

Même si à la fin du programme, aucun changement significatif quant à l'utilisation de la contraception n'a été noté, des améliorations importantes ont été observées en termes de connaissances et perceptions de la contraception. Après l'intervention, il y a eu une prévalence de 96% des participantes et 100% des participants qui avaient entendu parler de la planification familiale, contre 79% des femmes et 87% des hommes dans la situation de référence. En outre, la proportion d'hommes et de femmes n'ayant pas participé et qui avaient entendu parler de la planification familiale a augmenté après l'intervention de 88 % pour cent chez les femmes et 91% chez les hommes ; ce qui démontre que les informations ont été relayées par les participant(e)s aux non-participant(e)s, contribuant à des changements induits dans le village tout entier. Ces améliorations étaient significatives par rapport à la situation du site témoin. En outre, l'effet du programme a accru la proportion de femmes ayant constaté l'adhésion de leurs époux pour le recours à la planification familiale, qui est passée de 15%, dans la situation de référence, à 45% chez les participant(e)s et 28% parmi les non-participant(e)s après l'intervention (Diop et al. 2004 : p.16). Enfin, 77 villages sur les 90 qui ont bénéficié des interventions, ont engagé des discussions avec les leaders de deux autres villages à travers des réunions inter-villages, ce qui, une fois encore, démontre que les initiatives communautaires à petite échelle peuvent contribuer au développement de changements importants. (Diop et al 2004, p.34). Alors que ces programmes ont fourni des services et contribué à la diffusion de connaissances au niveau communautaire, d'autres programmes communautaires ont été axés sur le renforcement des capacités locales et des infrastructures pour être en mesure de mieux répondre aux besoins locaux, avec moins d'assistance. Par exemple, le projet ISSU, élaboré par le Ministère de la Santé et de la Prévention, coordonné par IntraHealth et ses partenaires, et financé par la Fondation Bill et Melinda Gates, vise à assurer le développement d'institutions locales qui ont les capacités techniques adéquates et durables en vue de fournir des services intégrés de planification familiale indépendamment de l'assistance technique internationale (ENDA Santé n.d.).

Le projet cible des acteurs locaux tels que les sages-femmes qui sont appelées à devenir plus actives dans leurs communautés en matière de sensibilisation et d'éducation dans le domaine de la santé de la reproduction au lieu d'attendre que les patient(e)s ne viennent solliciter leurs services (La Rédaction 2010). Afin de développer davantage d'infrastructures de santé au Sénégal et les capacités des communautés à répondre aux besoins de santé à l'échelle locale, ChildFund, avec le soutien de l'USAID, s'est attelé à la rénovation de cases de santé communautaires depuis 1998. A partir de 2006, l'USAID a financé pendant cinq ans un consortium de six organisations internationales dirigées par ChildFund, destiné à renforcer les soins de santé primaires au niveau

communautaire. Les cases de santé constituaient l'élément central de ce programme de santé communautaire. Le programme a en outre œuvré à établir des normes communes sur les soins dispensés dans toutes les cases de santé. En 2011, la couverture du programme était passée de cinq à treize régions et l'USAID avait doublé son financement. Le programme a encouragé la participation communautaire et des membres de la communauté se sont portés volontaires pour servir en tant que relais communautaires de santé, matrones, agents pour la sensibilisation ; et tous ont été formés par les membres du consortium. A la fin du programme quinquennal, les structures de santé communautaires ont été re-transférées pour être gérées par les communautés. Fort de cette réussite, ChildFund a reçu une nouvelle subvention de l'USAID pour la période de 2011-2016 afin de démultiplier le programme. Celui-ci vise la mise en place de 2.151 cases de santé et 1.717 centres de soins de proximité à travers le Sénégal. Les interventions de ChildFund prouvent de manière exemplaire ce que les initiatives communautaires peuvent apporter quant à la démultiplication et l'amélioration de services dans les communautés difficiles d'accès. (Ennulat, 2012).

Le modèle des services mobiles

Au lieu de s'établir directement au sein des communautés difficiles d'accès, d'autres organisations mettent en œuvre des approches d'intervention de proximité qui sont mobiles pour s'assurer que les produits et services de santé de la reproduction atteignent les communautés les plus éloignées et où la demande est plus forte. Marie Stopes International (MSI) est un acteur clé dans la diffusion du modèle de services mobiles de proximité en vue de faciliter la distribution de contraceptifs. En dépit du fait qu'il n'ait débuté ses activités au Sénégal qu'en 2011, MSI a déjà entamé la mise en œuvre d'un programme de services de proximité mobiles. MSI a prévu de démarrer avec deux équipes de proximité dont l'une intervient dans les bidonvilles de Dakar et l'autre en zones rurales, afin de surmonter les obstacles géographiques et financiers concernant l'accès aux services de planification familiale. Le premier programme d'activités de proximité a commencé le 3 novembre 2011 dans les bidonvilles de Dakar. Composée de deux sages-femmes et d'un chauffeur, l'équipe fournit des services à partir des postes de santé du Ministère de la santé où des méthodes de contraception à long terme n'étaient pas disponibles. Dès les deux premières heures de service, l'équipe avait déjà appuyé 10 femmes (MSI 2011). Un autre programme d'activités de proximité a été lancé le 9 novembre 2012. En collaboration avec SIS Afrique et l'UNFPA, MSI a mobilisé une équipe afin de fournir des services de planification familiale et de santé de la reproduction à des jeunes dans la région de Matam (Faye 2012). Ces programmes d'activités de proximité peuvent avoir un impact important à travers la fourniture de produits et services auprès des communautés difficiles d'accès.

L'utilisation des TIC, de l'e-santé/m-santé et des media pour l'IEC/CCCS pour la planification familiale et l'avortement/les soins après avortement

Le rôle de l'Etat

Les Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) et les medias au service de l'Information, de l'Education et de la Communication (IEC), la Communication pour le Changement de Comportement Social (CCCS) deviennent des moyens de plus en plus importants pour faciliter les prestations de produits et services en matière de santé de la reproduction, permettant d'atteindre les populations vulnérables en particulier. Cependant, l'Etat sénégalais devrait mettre à jour ses approches de mise en œuvre de ces techniques. Un séminaire sur la communication tenu en 1991, a mis en exergue une plus grande efficacité des approches IEC axées sur la santé maternelle et infantile pour la promotion de l'espacement des naissances contrairement aux arguments économiques (Wickstrom, Diagne, et Smith 2006: p.18). Dans les années 1990, le gouvernement sénégalais a reconnu le rôle important de l'IEC et de la CSCC et les a intégrées dans son Programme National de Planification Familiale (PNPF).

Il a lancé un logo pour la planification familiale nationale, entre autres matériaux d'IEC, qui ont été largement diffusés auprès de la population. Entre 1995 et 1998, le PNPf a mis l'accent sur l'utilisation d'activités d'IEC à travers l'adoption d'une Stratégie Nationale Quinquennale d'IEC pour la Planification Familiale/VIH/Maladies Sexuellement Transmissibles. Cette stratégie axée sur la participation communautaire par le biais de partenariats avec les comités de districts sanitaires a mis l'accent sur la formation et l'appui des agents de santé pour la mise en œuvre d'activités de proximité concernant la planification familiale et la santé maternelle. La formation était essentiellement axée sur une communication interpersonnelle efficace, l'intervention en IEC et l'intégration d'une boîte à outils et des matériaux IEC dans les activités de planification familiale et de santé maternelle à l'usage des clientes et des prestataires.

Entre 1997 et 2000, le programme a poursuivi la mise en œuvre de ses stratégies de CSCC ciblées sur les leaders religieux musulmans. Il a été élargi aux hommes dans le but d'accroître leur participation à la planification familiale à travers des matériaux IEC spécialement conçus tels que des affiches. Malheureusement, le gouvernement n'a accordé que très peu d'attention aux activités d'IEC depuis la fin du PNPf. En conséquence, l'essentiel du matériel officiel d'IEC qui est diffusé actuellement et qui a été conçu au cours de cette période, n'est plus d'actualité (Wickstrom, Diagne, et Smith 2006: pp.18-19).

Depuis 2000, plusieurs activités de plaidoyer ont été menées pour une plus grande mobilisation des moyens en faveur de l'IEC. C'est ainsi que des bailleurs de fonds comme l'USAID, l'UNICEF ont revu à la hausse leur appui aux services techniques du ministère chargé de la mise en œuvre du volet IEC)

Ainsi, la Composante Communication et Promotion de la Santé s'inscrit dans le cadre de l'exécution du Programme Santé de l'USAID (2011 – 2016), dont le but est de contribuer à améliorer la situation sanitaire des populations du Sénégal.

L'exécution a été confiée à l'Agence pour le Développement du Marketing Social (ADEMAS), en collaboration avec Population Services International (PSI) et le Centre Régional de Formation et de Recherche en Santé Reproductive (CEFOREP). Ce consortium est ci-après dénommée "Partenariat pour la Communication et la Promotion de la Santé" (PCPS).

L'objectif de cette composante est d'appuyer, le Ministère de la Santé du Sénégal, les autres organisations privées et la société civile, à travers des activités de plaidoyer, de communication pour un changement de comportement (CCC) et de marketing social; d'encourager l'adoption de comportements durables et favorables à la santé par tout un chacun, au niveau des ménages et des communautés.

Le PCPS interviendra au niveau national dans toutes les 14 régions du Sénégal avec comme principaux domaines d'interventions: la Santé Maternelle et Planification Familiale, le Paludisme, la Survie de l'Enfant, la Nutrition, l'Eau, l'Hygiène et l'Assainissement, le VIH/SIDA et la Tuberculose.

Ainsi, il travaillera en étroite collaboration avec les services du Ministère de la Santé, en particulier, le Service National de l'Education et de l'Information pour la Santé (SNEIPS), en tant qu'instance de coordination du Ministère de toutes les interventions CCC et pour tous les acteurs œuvrant dans le domaine de la communication et de la promotion de la santé au Sénégal.

Le PCPS sera également amené à travailler avec la DSR, la DANSE, la DLSI, la DLM, le PNLP, le PNT, entre autres, afin de mieux répondre à leurs besoins. Il travaillera de concert avec les autres composantes du Programme Santé de l'USAID ainsi les autres programmes de l'USAID et les partenaires au développement.

La stratégie opérationnelle consistera à développer durablement les capacités des acteurs sénégalais dans les domaines du Marketing Social et de la Communication basés sur l'évidence. Cette composante renforcera, de manière durable, les capacités des acteurs dans ces dits-domaines.

Du niveau national au niveau régional et district, toutes les activités exécutées auront pour finalité le changement de comportement, l'utilisation accrue des produits et services de santé essentiels et l'assurance de doter tous les

partenaires des capacités nécessaires à l'exécution des activités qui leur seront confiées au-delà de la fin du projet.

Au niveau national, le PCPS produira avec le SNEIPS, les outils nécessaires à l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des campagnes nationales de communication pour un changement de comportement (CCC) dans les domaines prioritaires.

Aux niveaux régional et de district, le PCPS travaillera avec les Bureaux régionaux et de district de l'Education et de l'Information pour la Santé (BREIPS et EIPS) afin d'effectuer le suivi et l'évaluation des activités de communication menées dans leurs zones respectives.

Enfin, les acteurs au niveau communautaire bénéficieront d'une meilleure orientation de la part des BREIPS et des EIPS.

Vers la fin du projet, ils seront en mesure d'identifier leurs publics cibles, les actions attendues de ces cibles et la manière dont ils devront les influencer à travers des activités efficaces de CCC et de marketing social. Le secteur privé devra soutenir activement les objectifs de santé.

En vue de l'atteinte des résultats escomptés, le PCPS s'attèlera à travailler sur 5 axes stratégiques qui sont :

1. Le Renforcement des capacités pour l'exécution de programmes efficaces de Communication pour un Changement de Comportement;
2. L'Exécution d'activités de Communication pour un Changement de Comportement de haute qualité, ayant pour finalité l'adoption de comportements sains et l'utilisation accrue des services de santé;
3. Le Renforcement des capacités des acteurs principaux en vue d'un engagement politique et social accru en faveur des programmes de santé;
4. Le Marketing social des principaux produits de santé en vue d'accroître le volume de leur vente et leur utilisation;
5. La Mise en œuvre d'activités de renforcement des capacités techniques et de développement institutionnel devant appuyer une organisation sénégalaise afin de mieux appuyer le Ministère à répondre aux besoins de santé des populations.

Pour une mise en œuvre satisfaisante de ce projet, dont les objectifs visés s'inscrivent en droite ligne avec ceux du Gouvernement sénégalais, ADEMAs et ses partenaires rechercheront la collaboration de tous les acteurs concernés par la communication et la promotion de la santé.

Et pour relever les défis, ADEMAs compte sur l'engagement et le soutien actifs du Ministère de la Santé, de ses Directions, Services et Divisions et toutes les parties prenantes à cet important programme, pour un mieux-être des populations sénégalaises.

Le rôle des ONG

Toutefois, depuis peu de temps, de nombreuses organisations ont recours aux TIC afin de cibler les populations vulnérables, en particulier les jeunes, pour des interventions en IEC ou CSCC.

Par exemple, « Apprendre A Vivre Sénégal » contribue à combler une lacune dans le domaine de l'éducation à la santé sexuelle des jeunes par le biais des TIC et des media sociaux. S'appuyant sur le succès d'un programme initial exécuté avec Butterfly Works au Nigéria, OneWorld UK a élargi ses activités au Sénégal où il a mis en œuvre « Apprendre A Vivre » afin de combattre le VIH/SIDA.

Ce programme sensibilise et aide à répondre aux questions des jeunes sur la sexualité et la santé de la reproduction. Il utilise des modes de communication modernes tels que le téléphone cellulaire, l'ordinateur et l'Internet pour sensibiliser et informer les jeunes. Par exemple, les jeunes peuvent envoyer des texto anonymes ou appeler des conseillers formés, pour poser des questions. Ils peuvent également poser des questions même

à travers Facebook et par e-mail. En outre, le site Internet du programme publie des matériaux de sensibilisation, y compris des vidéos et des jeux interactifs afin de rendre l'information sur la santé de la reproduction plus accessible et plus attrayante pour les jeunes (Info Ado, n.d.).

A part ces programmes qui sont axés directement sur les TIC pour l'IEC et la CSCC, de nombreux programmes visant d'autres objectifs, intègrent une importante composante TIC afin d'assurer une plus grande efficacité de leurs interventions. Par exemple, le programme de sensibilisation de proximité exécuté par MSI, SIS Afrique, et UNFPA à Matam comprenait également une sous-composante sur les médias et les technologies afin de favoriser la mobilisation sociale. Lors de la première visite du site, l'équipe d'animation a formé environ 30 jeunes sur le mode de communication et de partage d'informations à travers les réseaux sociaux tels que Facebook et Twitter. En outre, les médias Sénégalais ont participé à la formation via Skype (Sénégal Médias, 2012). De la même manière, le projet ISSU s'est appuyé sur les réseaux sociaux pour cibler les jeunes en fournissant des informations sur la sexualité, la contraception et les IST. A cet effet, le programme ISSU a organisé une session de formation de 5 jours conduite par IntraHealth et financée par la Fondation Hewlett, et qui était axée sur la diffusion des meilleures pratiques à tirer des médias sociaux (Article de Presse 2012).

Le programme de marketing social ADEMAs / CMS a également développé une forte composante CSCC, avec comme slogan de campagne «Abstinence, Fidélité, sinon, Protec". Il a en outre engagé le célèbre chanteur Youssou Ndour pour soutenir la campagne de prévention du VIH/SIDA et de promotion de l'usage du préservatif à travers une série de concerts. Youssou Ndour a également participé dans des spots publicitaires diffusés à la télévision et à la radio pour davantage renforcer le message. ADEMAs / CMS ont également mené des campagnes de sensibilisation lors d'événements spéciaux comme la Journée mondiale contre le SIDA et la Coupe du monde de football. Par ailleurs, en août 2001, ADEMAs / CMS ont noué un partenariat avec Family Health International, le Corps de la Paix et le Ministère Sénégalais de la Santé afin de mettre œuvre des activités de CSCC visant à promouvoir l'abstinence, la fidélité, la réduction du nombre de partenaires, et l'utilisation du préservatif pour les groupes à haut risque. Les organisations partenaires ont organisé une série de 51 expositions itinérantes à travers le Sénégal visant à diffuser des informations sur la prévention du VIH/SIDA. ADEMAs / CMS ont eu recours à des techniques de CSCC similaires afin de faire la promotion de Securil, leur contraceptif oral. Ils ont créé des matériaux promotionnels et éducatifs pour entretenir la confiance des consommatrices au sujet de la contraception orale et dissiper les mythes liés à son utilisation. Ils ont aussi diffusé des spots radio, des affiches, des brochures et des articles promotionnels (CMS 2003: pp. 3-4). Ces techniques s'avèrent particulièrement efficaces pour atteindre les populations cibles.

L'Agence pour le Développement du Marketing Social (ADEMAS) est une organisation sénégalaise de marketing social à but non lucratif qui contribue à l'amélioration du Bien-être de la Qualité de vie des populations en général et de la Famille en particulier. L'équipe d'ADEMAS comprend des expertises techniques sénégalaises en santé publique, communication pour le changement de comportement et marketing social pour la promotion des comportements sains.

La vision d'ADEMAS est une société sénégalaise où les populations acquièrent de plus en plus des habitudes favorables à une meilleure qualité de vie, grâce à la promotion de comportements responsables et la distribution de produits et services appropriés pour l'amélioration du bien-être familial.

A travers la conception de plans de communication ciblés et basés sur les résultats obtenus, la mission d'ADEMAS consiste à accroître l'adoption, par les populations sénégalaises, de comportements sains. Avec l'appui de partenaires tels l'USAID et KFW, et en collaboration avec d'autres parties prenantes intervenant dans le domaine de la santé, ADEMAs a développé et promu une grande variété de produits pour le compte du Ministère de la Santé et du Conseil National de Lutte contre le SIDA (CNLS) parmi lesquels les condoms, les Contraceptifs Oraux, les Contraceptifs Injectables, les comprimés pour le Traitement de l'Eau et les moustiquaires imprégnées à longue durée d'action (MILDA). Au cours des 5 dernières années, ADEMAs a livré plus de 295.000 Cycles de Protection Année pour l'ensemble des produits.

Avec une expérience de 15 ans en marketing social, ADEMAs a une longue histoire de création et d'exécution de programmes de marketing social basés sur les résultats, allée à la création de réseaux de distribution à travers le Sénégal. Les produits d'ADEMAS peuvent être trouvés au niveau de 850 points de vente pharmaceutiques et plus de 700 non pharmaceutiques, aussi bien en zones rurales qu'urbaines et dans tout le Sénégal. Au cours des 5 dernières années, ADEMAs a distribué plus de 26.364.057 de condoms Protec et Fagaru, ce qui représente plus de 50% du marché sénégalais des condoms et 1.006.620 cycles de Sécuril (contraceptifs oraux). ADEMAs a également distribué 36.152 Depo-Provera (contraceptifs injectables) en 2 ans et au cours des 18 derniers mois qui ont suivi le lancement de Aquatabs, 3.220.000 unités de ce produit, équivalant à 64.557.000 litres d'eau traitée.

ADEMAs considère la création de partenariats solides avec les secteurs public et privé comme un moyen efficace de réalisation de sa mission. Aussi, place-t-elle un accent particulier sur les partenariats avec les organisations culturelles et sportives locales, les OCB et les ONG. Une approche populaire veut également qu'ADEMAS parraine de grandes manifestations organisées par ces institutions, lesquelles manifestations lui fournissent en retour un public à qui transmettre les messages. ADEMAs entretient également un partenariat avec le secteur des pharmacies privées dans le domaine de la technologie contraceptive et a renforcé les capacités de 137 pharmaciens et 829 employés de pharmacie dans le domaine de la technologie contraceptive.

Ces pharmaciens se font par la suite les porte-parole d'ADEMAS auprès des femmes, dans le domaine de la santé reproductive. Enfin, ADEMAs entretient un partenariat avec le Réseau des Journalistes, le Réseau Population et Islam, et le Réseau des Parlementaires.

Le renforcement des capacités a longtemps constitué une part importante du travail d'ADEMAS. Tout récemment, dans le cadre de son projet Eau et Assainissement (PEPAM) financé par l'USAID, ADEMAs était chargée, parmi 5 grandes ONG sénégalaises, de l'exécution des activités de renforcement, en profondeur, des capacités dans le domaine du marketing social, avec un accent particulier sur la création de la demande. ADEMAs a également renforcé les capacités de 350 pairs éducateurs et de tous les téléopérateurs du centre d'appel du SNEIPS (numéro vert) qui donne des conseils sur la prévention du VIH, la planification familiale, l'importance d'une eau potable et les produits de marketing social que ADEMAs se propose d'offrir pour résoudre ces problèmes.

C) L'approvisionnement et la logistique pour l'offre des produits contraceptifs

Les principaux bailleurs de fonds

Malgré de gros efforts enregistrés sur le terrain par des organisations intervenant au niveau local, l'USAID et l'UNFPA fournissent l'essentiel des produits contraceptifs au Sénégal. Cependant, leurs interventions ont manqué de coordination au début. Ils avaient chacun leur propre système de distribution de contraceptifs avec différentes méthodes de combinaisons dans leurs régions cibles.

Par conséquent, les différentes régions recevaient des marques et formules différentes ; et les injectables n'étaient pas disponibles dans les régions desservies par l'USAID. Toutefois, à partir de 1993, les systèmes de l'USAID et de l'UNFPA ont finalement été intégrés (Wickstrom, Diagne, et Smith 2006: p.18). A partir de 1997, l'Association Sénégalaise pour le Bien Etre Familial (ASBEF), filiale locale de la Fédération Internationale de la Parenté Planifiée, a renforcé leur rôle et a également contribué à hauteur de 17% à la fourniture de contraceptifs au Sénégal à travers ses cliniques, l'action communautaire et les efforts en matière d'IEC. Néanmoins, après 2001, ABSEF a perdu son statut de bénéficiaire de subvention de l'USAID en raison de la réintroduction de la Politique de Mexico City et a donc connu une réduction de ses activités de moitié. (Wickstrom, Diagne, et Smith 2006: p. viii). Plusieurs bailleurs continuent également de jouer un rôle important dans la logistique de la distribution comme dans la fourniture d'une assistance technique pour la préparation des tableaux annuels

d'approvisionnement en contraceptifs, la réception et le traitement des contraceptifs fournis directement par les bailleurs de fonds ainsi que dans la distribution à l'échelle nationale (Wickstrom, Diagne, et Smith 2006, p. 18).

Le projet DELIVER de l'USAID

Afin de mieux gérer les besoins et la logistique concernant les approvisionnements en contraceptifs, l'USAID a développé le projet DELIVER/USAID. Une partie de ce projet actuellement en cours d'exécution, comprend l'élaboration d'un système d'alerte avancé afin d'éviter les ruptures de stocks de contraceptifs et d'augmenter la disponibilité de ces produits en Afrique de l'ouest et du centre.

En 2007, la Coalition pour la Fourniture des Produits de Santé de la Reproduction (RHSC) a piloté le développement de ce système destiné à mettre à la disposition des prestataires du secteur public, des ONG et des programmes intervenant dans le marketing social, des informations relatives au niveau des stocks disponibles. Le Sénégal a participé à la phase initiale de collecte des données en fournissant à la base de données centrale des informations relatives à ses prestations en matière de contraceptifs.

Lorsque le système sera complètement lancé, il permettra aux pays participants de solliciter auprès des bailleurs de fonds des provisions d'urgence et d'accélérer ou de ralentir l'approvisionnement nécessaire pour satisfaire la demande du moment. Le projet prévoit également l'ouverture d'un bureau régional d'assistance technique pour les pays participant dans la collecte de données, bien qu'un tel bureau ne soit pas encore opérationnel. Dans chaque pays, le ministère en charge de l'approvisionnement de contraceptifs désignera les parties chargées de collecter, d'analyser et de transmettre des données à la base de données centrale du projet DELIVER 2011. S'il est entièrement mis en œuvre, ce projet pourrait considérablement augmenter l'efficacité dans la distribution et la fourniture de produits relatifs à la santé de la reproduction au Sénégal.

Le système d'achat informé et coordonné

L'Initiative pour le système d'achats informé et coordonné (CIB), similaire au projet DELIVER/USAID tente également de mieux organiser l'approvisionnement et la distribution de produits contraceptifs pour répondre plus efficacement aux besoins. A l'instar du projet USAID/DELIVER, l'initiative CIB est encore à ses débuts; toutefois, le Sénégal était l'un des cinq pays ayant participé à la phase pilote en 2008. CIB met l'accent sur la collecte de données et le partage d'informations en matière d'achats de produits et médicaments essentiels auprès de fournisseurs et fabricants établis dans l'espace de la Communauté Economique des Etats d'Afrique de l'Ouest (CEDEAO). Il procède à la collecte de données sur l'origine des médicaments, les quantités achetées, la proportion fournie par des fabricants locaux et le prix des produits afin de réduire, à terme, les coûts d'approvisionnements. Selon les données primaires recueillies au Sénégal, il existe trois principaux fournisseurs et cinq fabricants de contraceptifs. Il s'agissait d'un établissement européen (Pharmacie NVS de la Belgique) et de deux agences des Nations Unies (UNICEF et USAID). Les fabricants étaient principalement internationaux : la pharmacie NVS de Belgique, Bayer Schering d'Allemagne, l'Indus Medicare Limited de l'Inde, et Pregna International de l'Inde. Il y avait néanmoins un fabricant local sénégalais: Pfizer. Cependant, le Sénégal n'a fourni que très peu de données sur son approvisionnement en contraceptifs. (OOAS 2011: 7-8). La mise en œuvre complète du programme pourrait à la fois réduire les coûts de production et faciliter la fourniture de contraceptifs. Néanmoins, le Sénégal en plus d'une unité de quantification des besoins en contraceptifs à travers la DSRSE, DLSI, ADEMAS et les partenaires a mis en place un comité sur la sécurisation des produits SR/PF. Ce comité est chargé entre autres, d'assurer le suivi coordonné des niveaux de stocks de produits contraceptifs.

La Pharmacie nationale d'approvisionnement

Malgré le rôle significatif des bailleurs dans l'approvisionnement, le gouvernement a pris la responsabilité d'approvisionner les officines pharmaceutiques à travers la Pharmacie nationale d'approvisionnement

(PNA). (mettre les références de l'arrêté) La PNA est un établissement public de santé administré au plan technique par le Ministère de la Santé et au plan financier par le Ministère de l'Economie et des Finances. Sa mission est de garantir l'accessibilité financière et géographique des médicaments génériques et des produits essentiels à la population. La PNA a mis en place une pharmacie d'approvisionnement régionale (PRA) dans chaque région où elle fournit des produits pharmaceutiques (Fall n.d.). La PRA à son tour, assure la distribution au niveau des régions. La PNA fait partie de la politique nationale visant à assurer l'approvisionnement régulier et organisé en produits pharmaceutiques de haute qualité, la production locale de produits pharmaceutiques, le financement suffisant pour les médicaments et une recherche opérationnelle dynamique. Pour assurer un approvisionnement régulier et une plus grande accessibilité des produits contraceptifs, le Ministère de la Santé et de l'Action sociale et la PNA ont signé un protocole d'accord. Le protocole vise à faciliter la distribution, la fourniture et la gestion de produits contraceptifs par la PNA en vue de promouvoir la planification familiale et de lutter contre la mortalité maternelle, infantile et la mortalité néo-natale.

Cette initiative est financée par les contributions de l'Etat sénégalais, de l'USAID, de l'UNFPA (PNA n.d.). En conséquence, les contraceptifs ont été intégrés dans la liste des médicaments essentiels pour en renforcer la disponibilité et l'accessibilité (Fall n.d.).

La logistique pour l'offre de SAA

Les programmes de soins post-avortements disposent de leur propre système logistique d'approvisionnement. Les institutions partenaires de l'Initiative de soins après avortement pour le programme de l'Afrique francophone sont les principaux fournisseurs, en particulier pour les seringues d'aspiration manuelle intra-utérine. Toutefois, les fournitures des institutions partenaires sont limitées à la phase initiale de mise en œuvre du programme (SAA) et le système national de santé n'a pas encore établi un mécanisme efficace et durable pour l'approvisionnement des produits nécessaires (CEFOREP et FRONTIERS 2008: p.45). Les hôpitaux privés tels que l'Hôpital Principal de Dakar, investissent dans l'organisation des services et d'achats de produits (CEFOREP et FRONTIERS 2008: p.12).

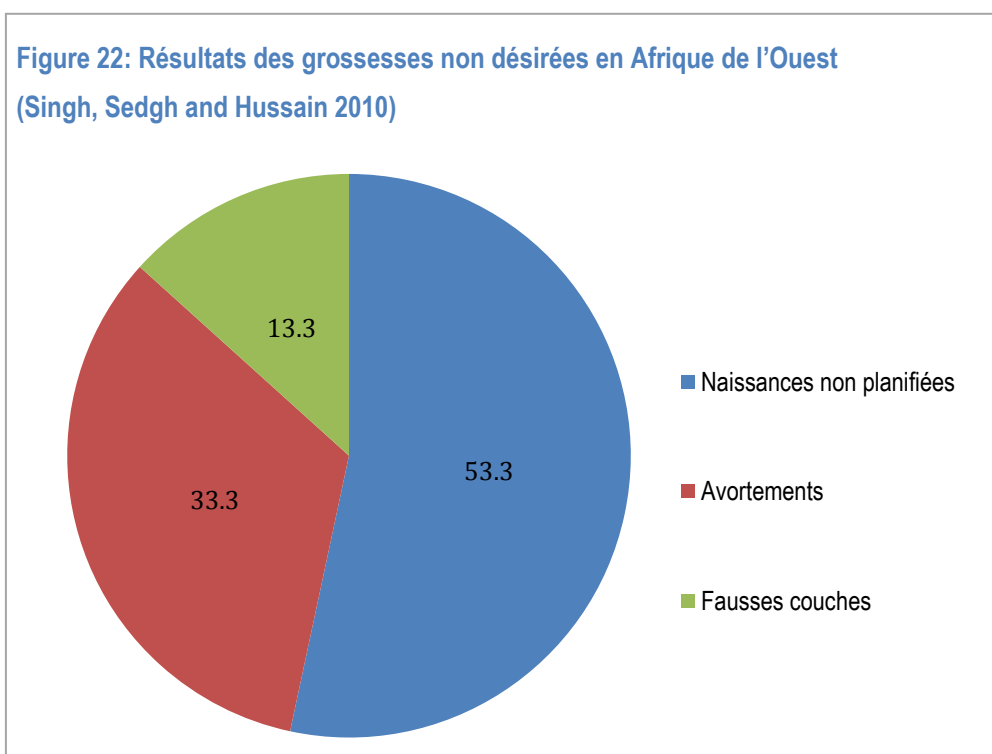
Les produits d'assistance post-avortement restent encore à être intégrés dans le plan de sécurisation des produits de santé de la reproduction afin de faciliter leur approvisionnement et leur distribution (CEFOREP et FRONTIERS : 2008: p.28).

CINQUIEME PARTIE: Effets des grossesses non désirées (en dehors des avortements)

Les grossesses non désirées au Sénégal peuvent avoir des conséquences à la fois négatives et graves sur la population. Elles se traduisent par des naissances non planifiées, des fausses couches et un phénomène d'adoption. En outre, les grossesses non désirées peuvent conduire à l'augmentation de la mortalité maternelle et infantile tout en contribuant à une croissance rapide de la population et à une pression sur des ressources déjà limitées. Cette section traite de l'impact des grossesses non désirées sur ces résultats.

A) L'état de la planification et graphique des résultats

En Afrique de l'Ouest, environ 53,3 pour cent des grossesses non désirées aboutissent à des naissances non planifiées et représentent 33,3 pour cent des avortements, et 13,3 pour cent de fausses couches (voir figure 22) (Singh, Sedgh, et Hussain 2010: p. 244). Les données portant spécifiquement sur une analyse détaillée pour le Sénégal ne sont pas encore disponibles.



B) Les fausses couches

Bien qu'il y ait peu de données disponibles sur le sujet, il est estimé que 11 millions d'avortements spontanés se produisent chaque année dans le monde à la suite de grossesses non désirées (Gutmacher Institute, 2011). En Afrique en général, environ 12,8 pour cent des grossesses non désirées ont entraîné des avortements spontanés ou fausses couches alors qu'en Afrique de l'Ouest, la prévalence de fausses couches est d'environ 13,3 pour cent (Singh, Sedgh et Hussain 2010: p.244).

C) L'adoption

L'adoption d'enfants issus de grossesses non désirées est une question très peu documentée. La collecte de ces données devrait impliquer nécessairement une collaboration étroite entre les ministères de la santé, de la justice et de l'action sociale.

D) La mortalité et morbidité maternelles attribuables aux grossesses non désirées et malvenues

A partir de 2010-2011, le taux de mortalité maternelle au Sénégal, était de 392 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes. La probabilité d'une femme de décéder des suites d'un accouchement est d'environ 2,3 pour cent ; ce qui signifie environ qu'1 femme sur 43 mourra des suites d'un accouchement (ANSD et ICF 2012a: p.274). Alors que les femmes en Afrique sub-saharienne en général encourent un risque plus faible d 1 sur 22, ce risque est encore exceptionnellement élevé lorsque comparé aux pays développés (Smith et al 2009, p. 5). Si les femmes donnent naissance moins souvent en évitant les grossesses non désirées, les décès maternels en seront réduits. La probabilité de mourir des suites d'un accouchement est beaucoup plus élevée en Afrique que dans les pays développés. Alors que les moyennes dans les différents pays d'Afrique subsaharienne varient autour de 400 décès maternels pour 100.000 naissances, dans les pays développés, le ratio de mortalité maternelle serait inférieur à 7 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes. L'hémorragie est la cause la plus fréquente de mortalité maternelle dans la région, représentant plus d'un tiers des décès maternels. Les autres causes fréquentes de décès maternels par ordre décroissant sont les autres causes indirectes comme la septicémie, les infections, les troubles d'hypertension et les autres causes directes comme les dystocies et les complications liées à l'avortement (Projet POLICY 2006: p.2).

Des estimations spécifiques montrent que si tous les besoins de planification familiale non satisfaits au Sénégal avaient été comblés, la survenue de grossesses non désirées en serait presque éliminée et la mortalité maternelle pourrait diminuer de 20 à 30 pour cent (Ministère de la santé, de la prévention et de l'hygiène publique et Direction de la Santé, 2009: p.26). Dans les conditions actuelles, les décès maternels sont censés augmenter de 23 pour cent entre 2005 et 2015 du fait de la seule croissance démographique. Si la prévalence des besoins non satisfaits est réduite de seulement 50 pour cent entre 2005 et 2015, le Sénégal pourrait parvenir à une légère diminution du nombre de décès maternels (Projet POLICY 2006: pp.23-24). Si les besoins non satisfaits actuels du Sénégal étaient réduits sur une base linéaire en satisfaisant tous les besoins d'ici 2020, 4.007 décès pourraient être évités entre 2005 et 2015 grâce au seul impact de la réduction du nombre des naissances (Moreland et Talbird 2006, p.44). Si les taux de contraception avaient augmenté même pour atteindre 60 pour cent d'utilisation d'ici à 2032, un total de 25.000 décès maternels pourrait être évité (Sutherland n.d.).

E) La mortalité néonatale et infantile attribuables aux grossesses non désirées et malvenues

Comme pour le taux de mortalité maternelle, la réduction ou l'élimination des grossesses non désirées permettrait de réduire la mortalité infantile et post-infantile au Sénégal. Entre 2007 et 2011, le taux de mortalité infantile était de 47 décès pour 1000 naissances vivantes tandis que le taux de mortalité infanto-juvénile était de 72 décès pour 1000 naissances vivantes (ANSD et ICF 2012a: p.117). Quand les bébés naissent moins de deux ans après l'accouchement précédent, ils sont plus de deux fois plus susceptibles de mourir au cours de leur

première année de vie que ceux qui sont nés après un intervalle de trois ans (2009 Smith et al. p.10). En répondant aux besoins de planification familiale non satisfaits, la quasi-élimination des grossesses non désirées au Sénégal pourrait entraîner une baisse de la mortalité infantile de 12 à 20 pour cent (Ministère de la santé, de la prévention et de l'hygiène publique et la Direction de la Santé 2009: p.26). Si les besoins de planification familiale non satisfaits en cours sont réduits sur une base linéaire, répondant à tous les besoins d'ici à 2020, un total de 213 277 décès d'enfants âgés de moins de cinq pourrait être évité en raison de la baisse des naissances en général et des naissances à haut risque en particulier (Moreland et Talbird 2006, p.33). Si les taux de contraception augmentaient encore pour atteindre 60 pour cent en 2032, la vie de 1,2 million d'enfants en serait sauvée (Sutherland n.d).

Les grossesses non désirées conduisent aussi souvent à l'infanticide. Dans un article sur la marginalité des jeunes filles au Sénégal paru dans la revue *Sociétés et Jeunesse en difficulté* de l'Ecole nationale de Protection Judiciaire de Roubaix (France), Sall (2009) écrivait au sujet des jeunes filles engagées dans des situations de multipartenariat sexuel, la fille est « dans ces cas, incapable de négocier des rapports sexuels protégés. Une grossesse étant difficilement gérable par ces jeunes filles qui risquent l'expulsion du domicile familial, la tentation de l'infanticide apparaît quelquefois comme un choix raisonné que fait la jeune fille, mais qui la place systématiquement en situation de conflit avec la loi. »

F) Projections de la population avec et sans les grossesses non désirées

Comme la population de jeunes au Sénégal entre de plus en plus tôt dans l'âge de la puberté, le nombre de grossesses augmente rapidement. Le nombre de femmes en âge de procréer va augmenter de près d'un million de 2005 à 2015, soit une croissance de 32 pour cent (Moreland et Talbird 2006: p.2).

Déjà en 2002, il a été constaté que la population sénégalaise augmentait à un rythme de 2,5 pour cent, ce qui signifie qu'elle double environ tous les 25 ans, principalement en raison du taux de fécondité élevé et de la diminution de la mortalité infantile (ANSD et ICF 2012a: p.2). Par ailleurs, certains auteurs pensent qu'« on peut valablement supposer qu'en raison de l'avancée du pays dans le processus transitionnel, ce taux peut être ramené à 2,3 % par an au cours de la période intercensitaire 2002-2012. Sous hypothèse exponentielle, avec ce taux, la population doublerait tous les 30,43 ans » (Sall, 2013 :455).

En 2008, la population avait atteint 11,9 millions de personnes, et elle devrait atteindre 21,4 millions en 2032 (Ministère de la santé, de la prévention et de l'hygiène publique et la Direction de la Santé 2009: p.7). Avec les niveaux actuels d'utilisation de contraceptifs, il est estimé que les grossesses vont passer à 228 726 soit une augmentation de 32 pour cent d'ici 2015, simplement en raison de la croissance démographique (Moreland et Talbird 2006: p. 2).

En supposant une réduction de seulement 50 pour cent des besoins non satisfaits en planification familiale entre 2005 et 2015, le taux de fécondité diminuerait de 4,88 à 3,97 pour cent. Le nombre de grossesses non désirées passerait de 273 213 à 201 987, soit une réduction de 26 pour cent par opposition à l'augmentation de 31 pour cent prévue dans les conditions de base actuelles (Projet POLICY 2006: p. 24). Globalement, si les besoins non satisfaits en planification familiale sont réduits de 50 pour cent, la population du Sénégal diminuerait d'à peu près d'1,5 millions de personnes, soit une baisse d'environ de 9,6 pour cent de la population (Projet POLICY 2006: p.9). En outre, si les besoins non satisfaits en planification familiale sont de plus en plus réglés afin de pouvoir les éliminer totalement d'ici 2020, le nombre de naissances augmenterait de 35.205, soit environ 8 pour cent, comparé à l'augmentation du taux de 32 pour cent dans les conditions de base actuelles. L'atteinte des besoins non satisfaits se traduirait donc par 1.396.198 naissances de moins que ce qui se produirait dans les conditions actuelles (Moreland et Talbird 2006, pp.36-37). En plus, même des changements plus importants pourraient apparaître dans le long terme.

G) Projections économiques avec et sans les grossesses non désirées

Dans le dernier Rapport sur le Développement Humain du PNUD, le Sénégal est classé 154^e sur 186 pays, ce qui témoigne d'une amélioration dans le bien être de la population.. Le nombre de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté était de 57 pour cent en 2001-2002 (Projet POLICY 2006: p.4). Avec environ 18,3 millions de dollars pour répondre aux besoins non satisfaits en planification familiale au Sénégal en 2020, il y aurait une compensation des coûts dans d'autres secteurs, y compris des économies d'échelle d'environ 28,7 millions de dollars américains qui seront réalisées sur les coûts du projet de politique de santé maternelle et infantile 2011. En fait, l'amélioration de la planification familiale est régulièrement classée parmi les services de santé les plus rentables (2009 Smith et al: p.16). Par ailleurs, le Sénégal avait le meilleur rapport avantages-coûts pour répondre aux besoins de planification familiale non satisfaits des 16 pays sub-sahariens inclus dans une étude réalisée par Futures Group. Avec un ratio avantages-coûts de 6,22, le Sénégal pourrait économiser plus de 6 dollars américains dans les autres secteurs pour chaque dollar consacré à la planification familiale (Moreland et Talbird 2006, p. vi).

L'accélération de l'utilisation de la planification familiale au Sénégal et par conséquent la réduction des grossesses non désirées pourrait tripler le PIB par habitant en 25 ans. Elle pourrait réduire la nécessité de créer plus d'un million d'emplois, réduire l'importation du riz de plusieurs centaines de milliards de FCFA (un milliard de FCFA équivaut à environ 200 millions de dollars), réduire les dépenses allouées à l'enseignement primaire d'1,124 milliards de FCFA (environ 2,2 milliards de dollars), et économiser 157 milliards de FCFA (environ 309 millions de dollars américains) sur les dépenses de santé publique en général (Ministère de la santé, de la prévention et de l'hygiène publique et la Direction de la Santé 2009: p.28). La réponse aux besoins non satisfaits en planification familiale d'ici 2020 se traduirait par des économies de 11,9 millions de dollars prévues pour le traitement du paludisme, de 9,2 millions de dollars pour la santé maternelle, 5,2 millions de dollars pour l'eau et l'assainissement, 7,7 millions de dollars pour les programmes de vaccination, et 8,7 millions de dollars pour l'éducation, soit une économie globale de 42,6 millions de dollars pour le projet de politique de santé 2011. Par conséquent, l'augmentation des dépenses en planification familiale peut sembler une lourde charge pour le gouvernement, mais elle pourrait constituer un gain important qui contribuerait considérablement à réduire les besoins pour les autres types de dépenses publiques.

H) Les années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY), perdues pour cause de grossesses non désirées

Alors que des données spécifiques sur le Sénégal ne sont pas encore disponibles, dans les pays en développement, environ 60 millions années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY), soit 16 millions pour les femmes et 44 millions pour les nourrissons et les enfants, sont économisés dûs aux 7,1 milliards de dollars consacrés à l'offre de contraception moderne (PATH et l'UNFPA 2006: p.9). Répondre aux besoins non satisfaits en planification familiale au Sénégal devrait donc non seulement être rentable, mais devrait également avoir un impact positif extraordinaire sur la vie et le bien être de la population.

SIXIEME PARTIE: Implications sur les politiques et programmes

L'examen ci-dessus de la situation actuelle régissant l'environnement des grossesses non désirées au Sénégal met en évidence de nombreuses lacunes et les défis qui sont à relever. Ces défis et les implications connexes pour le développement futur ainsi que l'évaluation des politiques et programmes relatifs aux grossesses non désirées, sont explorés ci-dessous.

A) Lacunes / Défis

La disponibilité des ressources humaines par cadre et par secteur (prestataires et superviseurs)

Des faiblesses sont notées au niveau des services de planification familiale, de SAA, et de santé de la reproduction en raison du nombre limité de ressources humaines qui devait contribuer à réduire le nombre de grossesses non désirées. Alors que l'OMS recommande au minimum une infirmière pour 300 habitants et une sage-femme pour 300 femmes en âge de procréer, le Sénégal risque de ne pas atteindre cet objectif dans un proche avenir.

La carte sanitaire du Sénégal recommande un objectif beaucoup plus modeste consistant en une infirmière d'état instruite pour 5.000 habitants et une sage-femme pour 1.500 à 2.000 femmes en âge de reproduction. L'estimation des besoins faite le Programme de Développement des Ressources Humaines en Santé (DPRHS) fixe le nombre des Sages-femmes à 1584 (DPRHS, 2010 :46). En 2010, le gap à résorber progressivement pour cette catégorie d'agents incontournables dans le dispositif de la santé de la reproduction était toujours selon la même source de 712 agents. L'existence de ce gap révèle un paradoxe entre le déficit entre le nombre de sages-femmes en poste et le nombre important de sages-femmes sorties des écoles publiques et privées de formation mais qui sont au chômage. Par ailleurs, il est important d'inclure le personnel de santé communautaire dans l'analyse et l'estimation des besoins en SR.

Le bon fonctionnement des services de SAA nécessite non seulement des professionnels de santé en général, mais aussi une formation avec un nombre suffisant dans ce secteur en particulier. L'évaluation conduite par CEFORP et FRONTIERS a démontré qu'il existe encore de grandes lacunes quant à la disponibilité de professionnels formés sur les procédures (CEFORP et FRONTIERS 2008: p.39).

Pour combler ces lacunes, le gouvernement sénégalais devrait consentir des efforts dans plusieurs domaines. Ces efforts devraient d'abord porter sur l'augmentation des capacités de formations des écoles de sages-femmes et d'infirmier(es) tout en veillant à la conformité des curricula de formation aux normes exigées dans l'exercice des professions. Ces efforts devraient aussi être concentrés sur la mobilisation de ressources au profit du secteur de la santé afin de pouvoir recruter les diplômés des écoles. La mobilisation des ressources devrait permettre un appui plus soutenu aux actions en matière de SAA et de la SR. Le respect des engagements d'Abuja consistant à investir au moins 15 pour cent du budget de l'État dans le secteur de la santé devrait aider à relever ces défis. Dans cette mobilisation de ressources au profit du secteur de la santé, une attention particulière devrait être donnée à la planification familiale.

Il y a aussi le problème du déséquilibre dans la répartition des ressources humaines car la région de Dakar en concentre une bonne partie. Ce déséquilibre est particulièrement prononcé pour les médecins titulaires d'une spécialisation. Au cours de ces dernières années, il a été mis en place un système permettant par exemple de combler le déficit en gynécologues en service à l'intérieur du pays. Ce système est organisé par une formation in situ dispensé par la Clinique de gynécologie et d'obstétrique de Le Dantec. L'objet de cette formation continue est de combler le déficit en personnel spécialisé tout en fixant ces gynécologues-obstétriciens sur place.

Aujourd'hui, certains acteurs du système de santé recommandent le paiement des indemnités d'éloignement pour inciter les praticiens à travailler dans les zones reculées.

La formation / l'orientation pour la qualité technique et un counseling orienté vers les client(e)s

Les deux problèmes les plus aigus auxquels est confronté le système de santé sénégalais sont le manque de ressources humaines et le manque de qualification des praticiens. La formation et l'orientation données aux prestataires de services de SAA ne sont pas suffisantes pour garantir une bonne qualité de soins. Le Sénégal prépare des équipes de formation au niveau national, avec l'intention de mettre en place un système de formation en cascade dans laquelle ceux et celles qui sont formé(e)s, formeront ensuite d'autres personnes. Ce système semble être dysfonctionnel puisque l'essentiel du personnel ayant reçu une formation et sensé la démultiplier, a déclaré ne pas être bien préparé à assurer cette mission et a trouvé que la formation était insuffisante. La formation dispensée n'est pas normalisée et les personnes interrogées ont trouvé qu'aucun document de politique écrit ne régit le programme de formation alors que des curricula organisant les formations sont disponibles. En outre, ceux qui reçoivent la formation n'ont souvent pas la possibilité de mettre en pratique les compétences enseignées du fait du décalage entre le nombre de stagiaires issus des écoles (publiques et privées) et le nombre limité de positions de stage offertes par les structures de santé. La première conséquence de ce décalage est le fait d'avoir des diplômés qui arrivent sur le marché du travail sans avoir eu à mettre en pratique certains actes qu'ils ont abordés de façon théorique en classe. Les départements ministériels concernés par ces formations (Ministère de la Santé et de la Formation professionnelle) devraient assujettir l'obtention du diplôme à la validation d'un certain nombre de cas pratiques et d'actes incontournables dans leurs activités professionnelles.

La supervision des prestataires doit être organisée comme un élément du dispositif de formation continue pouvant aider à la mise à niveau des praticiens sur le plan pratique mais elle demeure insuffisante en raison notamment de la surcharge des équipes cadres de district et de région. Le plan d'accélération de la mise en œuvre de la feuille de route pour la lutte contre la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales (Palmann / 2013-2015) prévoit des supervisions formatives mensuelles notamment dans le domaine des soins obstétricaux. Celles-ci visent à « renforcer les capacités des prestataires de service par un encadrement soutenu dans l'application des bonnes pratiques cliniques, l'application des normes et protocoles en santé maternelle et néonatale. » (PALMANN, 2013 :15). Bien qu'il existe des superviseurs régionaux sur place, ils ne comprennent pas suffisamment le modèle des SAA et ne sont pas inclus dans la formation dispensée directement aux prestataires de services. Ils ne sont donc pas en mesure d'offrir un bon niveau de supervision en vue de respecter les normes de service établies (CEFOREP et FRONTIERS 2008: pp. v-vi).

Le système actuel de formation en cascade n'est pas du tout suffisant pour assurer des services de santé de la reproduction de qualité au Sénégal. Pour qu'un système de formation en cascade puisse être fonctionnel, les participant(e)s doivent être suffisamment formé(e)s non seulement dans la prestation de services en elle-même, mais aussi dans l'utilisation de méthodes efficaces pour être capables d'assurer la démultiplication de la formation. En outre, le type de formation dispensé devrait plus fortement mettre l'accent sur les soins à l'intention des patient(e)s et sur l'importance de traiter les patient(e)s avec égard en vue de les mettre à l'aise. Cette orientation permettrait de lever les obstacles liés à la recherche de services entretenus par la peur du jugement ou de mauvais traitements en encourageant ainsi plus de patient(e)s potentiel(le)s à aller se faire soigner. Enfin, un système de supervision plus élaboré doit être mis en place pour s'assurer que le système de formation en cascade est totalement opérationnel. Ces superviseurs devraient faire des visites régulières à tous les prestataires de services afin de s'assurer qu'ils sont tous bien formés et sont à l'aise pour offrir la gamme complète des services. Ils devraient également servir à combler les lacunes constatées au niveau de la formation.

La disponibilité des produits (planification familiale et avortement sans risque)

Les initiatives entreprises au Sénégal en matière de santé de la reproduction sont aussi limitées dans leurs capacités à réduire les grossesses non désirées en raison des pénuries régulières des produits de base. Les ruptures fréquentes de diverses méthodes de contraception atteignant jusqu'à 80 pour cent dans le secteur public, entravent les efforts du Sénégal en matière de planification familiale (DSR et le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale In Press: p.12). Non seulement qu'il existe des problèmes de pénuries de stocks au niveau national, mais les produits ne sont également pas bien distribués, entraînant encore plus de ruptures de stocks au niveau local. Dans l'ensemble, environ 40 pour cent des ruptures de stocks sont causés par des pénuries d'approvisionnement au niveau national tandis que 60 pour cent proviennent d'une mauvaise coordination et distribution de l'offre nationale aux prestataires locaux (Seck Ndiaye, 2012). Alors que le gouvernement du Sénégal a besoin d'intensifier son engagement à assurer un approvisionnement national suffisant, un système de coordination renforcé doit être mis en place pour assurer une bonne distribution et répartition des produits selon les besoins.

La disponibilité des produits est également un problème pour les services des SAA. Du fait que les kits d'AMIU sont généralement fournis par les organisations partenaires, les programmes de SAA ne sont pas autonomes. Les systèmes nationaux ne sont pas encore en place pour assurer la fourniture de kits AMIU une fois que les ressources initiales fournies ont été épuisées. La seringue de l'AMIU utilisée devrait être incluse dans la liste des matériels essentiels sécurisés par le gouvernement. Dans le même temps, certains gouvernements ont connu un succès dans la mise en œuvre d'un système de recouvrement des coûts pour assurer la fourniture des matériels.

Le suivi & l'évaluation

En outre, le Sénégal doit améliorer ses mécanismes de suivi et d'évaluation de la planification familiale, des SAA, et d'autres programmes de santé de la reproduction. La Banque mondiale a attribué l'échec du suivi à l'absence de leadership et de responsabilisation du Ministère de la santé. Par exemple, les agents de santé affiliés aux syndicats de la santé qui étaient chargés de la collecte des données pertinentes étaient engagés dans des mouvements de protestation et de grèves entre 1997 et 2000 puis entre 2010-2012. Ces mouvements se sont traduits par une rétention des informations et des données de routine. En effet, les syndicats ont refusé de recueillir, conserver et diffuser des données relatives aux informations de base en matière de santé, y compris la logistique pour la distribution des contraceptifs. Cette grève a donné lieu à de fréquentes ruptures de stock. L'USAID et d'autres bailleurs ont donc pris le relais pour combler le système d'informations défaillant du gouvernement (Wickstrom, Diagne, et Smith 2006: p.20).

Les données disparates des bailleurs de fonds, cependant, ne peuvent pas remplacer la nécessité d'un système de suivi et d'évaluation national opérationnel en vue d'assurer la qualité des services et produits de santé de la reproduction.

Des efforts louables ont été cependant consentis pour améliorer le système de suivi-évaluation à la fois au niveau central que périphérique. Ainsi la Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l'Enfant dispose d'un système de suiviévaluation organisé autour de comités. De même, depuis 2012, le niveau opérationnel (région et district) planifie des activités de suivi-évaluation mais ne parvient pas à les exécuter correctement.

Dans les services de SAA, le Sénégal a atteint un niveau élevé de collecte de données avec des données standardisées, et spécifiques aux services en SAA. Néanmoins, les données recueillies dans certains sites ne respectent toujours pas les normes. Les données ne sont pas quelquefois collectées de manière cohérente et systématique et à d'autres moments, elles ne sont pas du tout documentées (CEFOREP et FRONTIERS 2008: p.19). Les mécanismes de collecte des données doivent être renforcés pour assurer le suivi et l'évaluation nécessaires à la fois pour la distribution des ressources et pour l'assurance que les programmes sont en

constante évolution pour répondre à l'évolution des besoins et des circonstances. A ce niveau, une réorganisation du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) est nécessaire pour documenter de façon fiable les différentes étapes de la chaîne de résultats des programmes (intrants, activités, extrants, effets et impacts).

Une autre composante du système de suivi-évaluation est la mise en œuvre de recherches opérationnelles permettant de trouver des solutions aux goulots d'étranglements et aux problèmes identifiés dans l'exécution des programmes. D'autres recherches de dimension variable selon les étapes du programme (Baseline, à mi-parcours, finale) doivent être aussi conduites en partenariat avec les principaux instituts de recherche de l'Université travaillant sur les questions de SR. Elles permettront d'évaluer correctement les programmes.

Les principes de transparence, de bonne gouvernance et d'équité doivent aussi régir ces recherches menées en partie au niveau des bénéficiaires des programmes qui à défaut d'avoir la primeur des résultats des recherches, doivent au moins être informés des évaluations des programmes qui leur sont destinés.

Les questions de politiques entourant la disponibilité des services

La disponibilité et la fourniture de services en santé de reproduction sont très souvent plus bloquées par certaines questions de politique. Un des problèmes majeurs au Sénégal est lié à la répartition des rôles et responsabilités. Une diversité d'acteurs avec une faible coordination entre eux, empêche d'obtenir de bons résultats dans les programmes de santé de la reproduction et de planification familiale qui sont bien formulés. Le manque de synergie entre bailleurs de fonds fait qu'ils ne parviennent souvent pas à coordonner leurs efforts, conduisant à des incohérences entre les diverses activités de planification familiale et les programmes de santé de la reproduction comme en témoignent les différents systèmes de distribution et les différentes méthodes de contraception offerts dans les régions ciblées par l'USAID en comparaison aux régions appuyées par l'UNFPA.

D'autres incohérences entre les politiques, les normes et protocoles (PNP) régissant les SAA et les autres textes relatifs au secteur de la santé limitent davantage l'efficacité des prestations des services. Les documents relatifs aux SAA confient la supervision de l'institutionnalisation des partenariats avec les communautés, aux cases de santé ; alors que le système de santé sénégalais ne considère pas formellement les cases de santé communautaires comme faisant partie des structures des soins de santé. Par conséquent, le rôle désigné des cases de santé n'est pas correctement pris en ligne de compte par le système d'informations relatif aux soins. Le PNP et les textes généraux régissant le système de santé sénégalais doivent donc être harmonisés (CEFOREP et FRONTIÈRES 2008: p.43).

Les autres problèmes de politiques rencontrés dans les programmes de planification familiale se trouvent au niveau de leur insertion dans des programmes plus larges. Les programmes de planification familiale au niveau national ont souffert depuis qu'ils ne représentent qu'un simple bureau au sein de la Direction de la santé de la reproduction. La direction de la santé de la reproduction subit des contraintes à cause d'une faible dotation en ressources matérielles et humaines et d'un budget total de seulement 1,5 milliards de FCFA (3 millions de dollars américains), soit environ 2,5 pour cent du budget total de la santé. En conséquence, les efforts entrepris en matière de planification familiale sont quelque peu compromis du fait du manque de ressources nécessaires pour une mise en œuvre ou évaluation suffisantes (DSR et le Ministère de la Santé et de l'Action sociale, In Press: p.13).

Une meilleure dotation de la DSR en ressources humaines et matérielles permettrait le renforcement de la coordination et de la gestion de la planification familiale. La DSR devrait repositionner ses interventions en les axant davantage sur une approche multisectorielle, en évitant la duplication des efforts et en gérant de façon plus efficace et efficiente les ressources allouées. Dans le même temps, elle pourrait s'assurer que le programme de planification familiale reçoit l'attention méritée et ne se dissipe pas dans le cadre d'un programme

de santé de la reproduction plus large. L'élimination de ces inefficacités contribuerait à un programme plus robuste et plus efficace avec des ressources suffisantes pour aider à éliminer les grossesses non désirées.

Le nouveau plan d'action national de planification familiale pour la période 2012-2015 est une bonne première étape à cet égard qui permettrait de mutualiser et de coordonner les efforts autour de la planification familiale.

Les questions juridiques

L'efficacité des services en planification familiale, santé de la reproduction, et avortements est quelque peu altérée à cause de nombreuses contraintes juridiques. Par exemple, les règles strictes qui régissent le secteur pharmaceutique peuvent entraver la capacité de fournir les services nécessaires. Les changements de dernière minute comme le changement de la couleur de l'emballage d'un produit, peuvent invalider la certification du gouvernement. Les lois interdisent également la publicité de tout produit prescrit de manière spécifique. En outre, les surtaxes et les marges élevées entraînent des coûts prohibitifs pour de nombreux consommateurs (SC, 2003: pp.4-5).

La fourniture de contraceptifs est également très limitée dans le secteur privé. Les pharmacies sont tenues de recevoir une ordonnance pour fournir une contraception orale et des injectables ; ce qui limite leur distribution. Les contraceptifs hormonaux en particulier sont confrontés à des réglementations gouvernementales strictes. L'importation et la distribution de ces méthodes, nécessitent l'autorisation du Directeur des pharmacies et de la médecine à travers un processus complexe et de longue haleine (SC 2003: p.5). En outre, les cliniques privées ne sont pas autorisées à stocker des contraceptifs (DSR et le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, In Press: p.13). Elles sont confrontées à des restrictions en matière de stockage et d'offre de produits contraceptifs. Les femmes doivent donc d'abord obtenir une ordonnance d'un médecin, puis aller à la pharmacie pour obtenir le produit contraceptif, et retourner chez le médecin pour recevoir le traitement (SC 2003: p.5). Le plaidoyer pour alléger ces restrictions faciliterait la fourniture de méthodes contraceptives et pourrait avoir un effet important dans les efforts consistant à réduire les grossesses non désirées.

L'obstacle juridique à la réduction des grossesses non désirées le plus important, est l'illégalité de l'avortement. L'article 305 du code pénal qui a été mis en place depuis 1965, souligne l'illégalité formelle de l'avortement en dehors de l'avortement thérapeutique pour sauver la vie de la mère. Il décrit les lourdes sanctions qui seront appliquées à l'encontre de toute personne qui cherche, effectue ou contribue à sa pratique. L'illégalité de l'avortement contribue non seulement à un plus grand nombre de grossesses non désirées, mais elle met aussi en danger exceptionnel les femmes qui souhaitent interrompre leurs grossesses en cherchant à se faire avorter dans des conditions à risque. En outre, les femmes qui ont des enfants non désirés en raison de l'illégalité de l'avortement, peuvent ne pas être en mesure de s'occuper d'eux, les mettant ainsi dans des situations de vulnérabilité. L'avortement représente encore un puissant tabou et fait l'objet d'une forte opposition au Sénégal. Son illégalité a longtemps été institutionnalisée dans le système sénégalais. Cette forte barrière à limiter les grossesses non désirées et à améliorer la santé de la reproduction sera particulièrement difficile à surmonter, mais dans le même temps, des efforts devraient être axés sur l'amélioration des services de SAA pour minimiser autant que possible les effets néfastes de l'avortement à risque.

Un certain nombre de défis doivent par conséquent être relevés au plan juridique. Pour fédérer toutes les actions en matière de SR, un cadre juridique cohérent doit être mis en place. Celui-ci devra réduire considérablement les contradictions entre les différentes dispositions législatives et réglementaires élaborées dans les secteurs concernés par la SR. En d'autres termes, les dispositions régissant l'accès aux produits de SR dans les secteurs publics et privés ne doivent pas entrer en contradiction.

Ce cadre juridique en plus de régler la question de la conformité des textes en matière de SR au niveau national doit aussi régler la question de la conformité avec le dispositif en la matière au niveau international. En effet,

dans l'ordonnancement juridique, les protocoles et traités ratifiés à l'échelle internationale ont une force de loi supérieure au dispositif législatif et réglementaire national.

Le développement de ce cadre juridique cohérent doit englober la mise à jour de la Loi sur la SR de 2005 mais surtout aboutir à sa mise en œuvre à travers un décret d'application sans lequel le dispositif reste inopérant.

B) Implications

Par secteur de la population

La possibilité de réduire les grossesses non désirées en répondant aux besoins non satisfaits en planification familiale, pourrait notamment être un avantage encore plus important pour certaines régions. Dakar, Kédougou, Matam, Kaolack et Fatick ont des taux de besoins de planification familiale non satisfaits les plus élevés avec des taux de plus de 30 pour cent (ANSD et ICF, 2012a: p.108). Ces régions pourraient donc tirer des avantages comparatifs plus importants en matière d'augmentation de la prévalence contraceptive. En d'autres termes, à niveau d'investissement égal, l'impact de l'augmentation de la prévalence contraceptive sur la réduction de la mortalité maternelle et de la mortalité infantile serait plus significatif au niveau de ces cinq régions. Dakar, avec seulement une concentration de 0,3 pour cent d'occupation foncière du pays, abrite 23 pour cent de la population et est déjà densément peuplé. La réponse aux besoins de planification familiale non satisfaits et par delà la réduction de la croissance de la population dans cette région pourraient contribuer à alléger le fardeau sur les ressources, réduire le chômage et améliorer les conditions de vie (ANSD et ICF 2012a: p.2).

Traditionnellement, les groupes de femmes les plus vulnérables sont représentés par celles qui sont jeunes, rurales, moins instruites et pauvres. Elles n'ont pas cependant des taux de besoins non satisfaits en planification familiale significativement plus élevés que les autres catégories de femmes. La réduction des grossesses non désirées en satisfaisant les besoins non satisfaits en planification familiale ne concernerait donc pas plus spécifiquement ces populations vulnérables que d'autres. En revanche, les effets d'une réduction globale des grossesses non désirées devraient probablement être plus importants pour les membres de ces groupes. Etant donné que ces femmes ont souvent moins de ressources à leur disposition, le fait d'avoir plus d'enfants crée un poids financier plus important pour elles que pour les femmes plus aisées. Les femmes ayant moins de moyens auraient à faire de plus grands sacrifices pour s'occuper des enfants nés des suites de grossesses non désirées. Ces derniers peuvent donc être plus susceptibles d'abandonner l'école, ce qui pourrait davantage limiter leur perspective d'avenir. Les jeunes femmes sont également moins susceptibles d'avoir des mécanismes de soutien supplémentaires pour subvenir aux besoins de leurs enfants. En outre, les femmes rurales ont un accès plus limité aux soins de santé et donc chaque grossesse supplémentaire les met plus dans une situation à risque comparativement aux femmes urbaines. Par conséquent, la satisfaction des besoins non satisfaits en planification familiale des femmes appartenant aux groupes vulnérables serait susceptible d'avoir un effet important sur la qualité de leur vie.

Aussi, alors que les taux de besoins non satisfaits ne sont pas significativement plus élevés chez les populations vulnérables, ce résultat est probablement dû, au moins en partie, à des niveaux de connaissances plus faibles chez ces groupes quant aux risques liés aux grossesses non désirées et nombreuses pour les mères, les enfants et les familles. Des campagnes de sensibilisation ciblant les populations vulnérables pourraient accroître la demande de ces groupes à espacer et limiter les naissances. Les effets positifs de l'élimination des grossesses non désirées seraient alors encore plus importants.

Pour la réalisation des OMD

La mise en œuvre de programmes de planification familiale, des SAA et de santé de la reproduction réussis afin de réduire les grossesses non désirées, devrait impacter positivement sur la réalisation des huit Objectifs du Millénaire pour le Développement. L'élimination des grossesses non désirées contribuerait à l'atteinte du premier OMD consistant à réduire l'extrême pauvreté et la faim principalement par le ralentissement de la croissance de la population (Nations Unies .n.d.b). Une population plus petite allégerait le fardeau sur l'économie et le marché du travail. Il serait moins nécessaire de créer des emplois et ainsi une plus grande proportion de la population pourrait être recrutée dans des emplois de type productif.

Des niveaux élevés d'emplois formels réduiraient à leur tour le nombre de personnes vivant dans l'extrême pauvreté et accroîtraient la capacité des familles à subvenir à leurs besoins fondamentaux tels que la nourriture et un toit. En outre, l'élimination des grossesses non désirées réduirait le fardeau des femmes consistant à s'occuper des enfants. De ce fait, plus de femmes seraient en mesure d'entrer et de rester dans la population active, ce qui contribuerait encore à la croissance économique.

La diminution du taux de grossesses non désirées contribuerait davantage à l'atteinte du deuxième OMD à savoir l'éducation primaire universelle (Nations Unies, n.d.b). Puisque la réduction du nombre de grossesses non désirées finirait par ralentir la croissance de la population, il y aurait moins d'enfants à scolariser. En conséquence, moins de ressources matérielles et humaines seraient nécessaires pour fournir un niveau d'éducation décent à tous les enfants en âge de scolarité et une proportion plus élevée d'enfants aurait ainsi accès à ces ressources.

En outre, la réduction du besoin de ressources pour l'enseignement primaire pourrait être réaffectée dans l'éducation secondaire et la formation professionnelle, afin de doper les taux d'emploi. La baisse des grossesses non désirées devrait également contribuer à l'atteinte du troisième OMD pour promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes. Le but de cet objectif est d'éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005, et à tous les niveaux d'éducation au plus tard en 2015 (Nations Unies, n.d.b). La diminution des grossesses non désirées rendue possible grâce à une meilleure fourniture de services, notamment en augmentant la disponibilité de la contraception, augmenterait la probabilité des jeunes femmes d'être en mesure de poursuivre leurs études. Les grossesses non désirées chez les jeunes femmes contribuent souvent à l'arrêt de leur éducation pour prendre soin de leurs familles et des enfants. Si la contraception devient plus largement disponible et accessible, les tabous qui l'entourent diminueront et les jeunes femmes auront plus de chance d'éviter les grossesses non désirées à un jeune âge et seront plus à même de poursuivre leurs études; ce qui diminuerait la disparité entre les sexes dans l'enseignement secondaire.

Le quatrième OMD à savoir, réduire la mortalité des moins de cinq ans aux deux tiers et le cinquième OMD qui consiste à réduire le ratio de mortalité maternelle de trois quarts, seraient également considérablement facilités par la diminution du taux de grossesses non désirées (Nations Unies, n.d.b). Comme ces deux OMD sont les plus significativement touchés par les grossesses non désirées, les effets sur la mortalité infantile et maternelle sont discutés plus en détails dans la cinquième partie du présent document.

La diminution du nombre de grossesses non désirées devrait également avoir un faible impact sur le sixième OMD relatif à la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies (Nations Unies, n.d.b).

Enfin, la réduction des grossesses non désirées devrait même contribuer à l'OMD final d'assurer un environnement durable (Nations Unies, n.d.b). Une croissance démographique plus lente réalisée en réduisant le taux de fécondité, diminuerait les incidences environnementales d'une grande population. La nécessité d'une production agricole à grande échelle diminuerait et par conséquent les terres fertiles disponibles n'auraient pas besoin d'être aussi fortement exploitées. De même, des niveaux plus élevés de déforestation pourraient être évités en réduisant la nécessité d'utilisation du charbon de bois. En diminuant la fréquence de la déforestation

aux fins d'expansion agricole et de production de charbon de bois, le Sénégal pourrait également diminuer le taux de perte de la biodiversité. Enfin, un ralentissement de la croissance démographique en raison de la diminution des grossesses non désirées faciliterait l'accès d'une plus grande proportion de la population à l'eau potable et à l'assainissement de base.

Outre les OMD trois, quatre, cinq et six liés à l'autonomisation des femmes, à la mortalité infantile, à la santé maternelle et au VIH/SIDA, le principal mécanisme par lequel la réduction ou l'élimination des grossesses non désirées contribuerait à la réalisation des OMD, est en fait le ralentissement de la croissance de la population. Cependant, les effets significatifs de réduction de la croissance de la population ne sauraient être aussi visibles à court terme. Par exemple, l'effet résultant de la réduction des grossesses non désirées sur le niveau de scolarité ne sera pas perceptible avant un minimum de six ans, au cours desquels les enfants nés durant cette période, feront leur entrée à l'école primaire. Les effets émanant de la réduction des grossesses non désirées sur la plupart des OMD seront donc limités en termes de leur réalisation à la date de 2015. Les taux de grossesses non désirées, cependant, pourraient avoir un effet beaucoup plus important sur ces objectifs dans le long terme.

La réduction des grossesses non désirées réduirait le niveau de la fécondité, ce qui diminuerait de façon considérable le volume des investissements démographiques : « Ce qu'on entend par investissements démographiques, c'est le capital qu'il faut créer, par suite d'un accroissement de la population, afin de maintenir constant le niveau de vie. Supposons qu'une population croît, dans toutes ses composantes, d'un pour cent par année. Sa population active croît, elle aussi, d'un pour cent. Il est bien évident que si l'on veut maintenir le niveau de vie (ou la production par habitant), il faut que la production totale s'accroisse, elle aussi, d'un pour cent » (Henripin 1968 : 9).

La diminution des investissements démographiques offrirait plus d'opportunités pour investir dans d'autres secteurs comme l'éducation, la santé et l'emploi, ce qui contribuerait à favoriser la capture du dividende démographique.

Pour les intérêts nationaux

Les objectifs nationaux au Sénégal, tels que ceux décrits par le programme RAPID et la feuille de route du Ministère de la Santé, sont généralement fondés sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement et visent à en accélérer les progrès. Les effets d'une réduction des grossesses non désirées sur les objectifs nationaux seraient donc essentiellement les mêmes que les effets sur les OMD tels que décrits ci-dessus. Les projections faites sur les effets de réduction de la mortalité maternelle, de la baisse de la fertilité et du ralentissement de la croissance de la population s'étendent à l'horizon 2032. Ces projections montrent que si les objectifs de la Feuille de route sont atteints en 2032, il y aurait plus d'un millions de demande d'emplois en moins (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2009b: p.32). Le Sénégal aura seulement besoin de produire ou d'importer 1,4 million de tonnes de riz en 2032 contre 1,9 millions de tonnes dans les tendances actuelles (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2009b: p.35). En raison de la réduction du besoin d'expansion agricole et de production de charbon de bois pour la cuisson, le Sénégal réduirait également son niveau de déforestation (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2009b: p.40).

Il ressort aussi des projections que la demande d'éducation diminuerait de manière significative si les objectifs sont atteints en 2032. Le nombre d'enfants en âge d'aller à l'école primaire serait de 2,1 millions si les objectifs sont atteints par opposition à 3,6 millions considérant les tendances actuelles. De même, le nombre d'enseignants nécessaires en 2032 pour éduquer ces enfants passerait de 82 600 dans les conditions actuelles à 50 400 si les objectifs sont atteints (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2009b: pp. 42-43). Le Sénégal pourrait bénéficier d'un grand avantage s'il réduisait les dépenses pour l'éducation primaire. RAPID projette que la scolarisation primaire coûterait 272 milliards FCFA (environ 536 millions de dollars américains) en 2032 dans les conditions actuelles alors qu'elle ne coûterait que 162 milliards de FCFA (319 millions de dollars américains)

en 2032 si les objectifs sont atteints, soit un montant d'économies cumulées de 1,124 milliards de FCFA (2,2 milliards de dollars) entre 2002 et 2032 (Wickstrom, Diagne, et Smith 2006 :).

La charge que représentent les ressources humaines dans le secteur de la santé serait également réduite si les objectifs sont atteints. Selon les projections, 2.400 médecins seraient nécessaires en 2032 dans les conditions actuelles de fonctionnement du système sanitaire pour atteindre l'objectif de 1 médecin pour 10.000 habitants tandis que seulement 1.831 seraient nécessaires si les objectifs sont atteints. De même, pour atteindre l'objectif d'une sage-femme pour 1.500 femmes en âge de procréer, dans les conditions actuelles, 16.002 sages-femmes seraient nécessaires en 2032 par opposition à 12.204 sages-femmes qui seraient nécessaires si les objectifs sont atteints (Ministère de la Santé et de la Prévention: 2009b, p. 48).

En outre, le nombre projeté de centres de santé en 2032 pour servir la population passerait de 160 dans les conditions actuelles à 122 si les objectifs sont atteints, en supposant la nécessité d'un centre de santé pour 150.000 habitants. En 2002, le Sénégal ne comptait que 65 centres de santé soit un centre pour 179.145 habitants. Le Sénégal pourrait même économiser des ressources financières. Les dépenses publiques en santé sont estimées à 67,8 milliards FCFA (134 millions de dollars américains) en 2032 dans les conditions actuelles, mais seulement à 54,4 milliards de FCFA (107 millions dollars américains) si les objectifs sont atteints, soit des économies totales de 157 milliards de FCFA (309 millions dollars américains) entre 2002 et 2032. Enfin, la réalisation des objectifs se traduirait également par 25.176 de décès maternels évités ainsi que 1.292.131 de décès d'enfants de moins de cinq évités entre 2002 et 2032 (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2009b: pp.48-51).

Conclusion

D'importants efforts ont été consentis par l'Etat sénégalais pour améliorer la santé de la reproduction, cependant, de nombreux obstacles continuent de freiner les progrès réalisés pour réduire les grossesses non désirées dans le pays. Les ressources matérielles et humaines qui sont à la fois limitées et mal réparties rendent les progrès des programmes moins efficaces. Les systèmes de formation et de supervision peinent à satisfaire les exigences relatives aux normes de qualité et à assurer un suivi régulier des activités et des performances. Le développement de méthodes systématiques de distribution des produits, de suivi et d'évaluation des activités est un gage d'efficacité et d'efficience des programmes. Alors que le gouvernement sénégalais a fermement déclaré sa volonté politique de réduire les grossesses non désirées grâce à la mise en place d'une feuille de route et de programmes nationaux, il a besoin d'accroître sa capacité institutionnelle pour fournir l'encadrement nécessaire, renforcer la coordination et accélérer la mobilisation des ressources financières. Un programme national plus cohérent et ciblé est donc nécessaire pour réduire ces obstacles. Des efforts devraient être entrepris par les acteurs non gouvernementaux pour soutenir et faire pression sur les autorités en vue de provoquer ces changements au niveau national. Dans le même temps, les acteurs non-gouvernementaux devraient poursuivre leurs efforts pour renforcer la programmation afin de réduire les grossesses non désirées, mais devraient aussi tenter d'assurer une meilleure coordination entre eux.

Les ONG et les autres acteurs pourraient également se concentrer sur certaines interventions essentielles pour produire des effets plus immédiats. Des techniques d'IEC et CSCC notamment en faveur de certaines méthodes contraceptives et ciblant certaines populations vulnérables pourraient entraîner des résultats substantiellement améliorés comme par exemple l'utilisation de la contraception d'urgence. L'utilisation de cette technique est exceptionnellement faible au Sénégal, probablement en raison d'un manque d'informations ou du fait de la désinformation entourant cette méthode. Des campagnes de sensibilisation pour soutenir l'utilisation de la contraception d'urgence pourraient donc avoir un impact significatif sur la diminution des grossesses non désirées. En général, les interventions ciblant les jeunes pourraient aussi être particulièrement efficaces. La population jeune a des taux en besoins de planification familiale satisfaits les plus faibles et, par conséquent, leur utilisation des services de planification familiale possède de réelles marges réelles d'expansion. En outre, les techniques d'IEC et de CSCC peuvent être particulièrement efficaces pour atteindre les jeunes en raison de leur utilisation plus régulière de la technologie et du fait qu'ils/elles sont encore dans le système d'éducation formelle.

Pendant la mise en œuvre des interventions, les facteurs socioculturels devraient être plus fortement pris en considération et traités de façon plus directe. La nature fortement patriarcale de la société sénégalaise signifie que les hommes ne peuvent pas être ignorés quand il s'agit d'entreprendre des initiatives en matière de planification familiale et d'autres activités liées à la santé de la reproduction. Comme ils sont souvent les principaux décideurs dans les familles, ils doivent aussi être ciblés pour être plus à même de comprendre et d'approuver les méthodes de planification familiale. De même, compte tenu du rôle important que joue la religion au Sénégal, les initiatives devraient plus fréquemment cibler les chefs spirituels. Si ces dirigeants sont convaincus de la nécessité d'améliorer la planification familiale et les services de santé de la reproduction, ils peuvent être des acteurs clés dans la mobilisation des populations en vue de provoquer un changement. Enfin, des efforts plus importants doivent être entrepris pour traiter des mythes et idées fausses entourant la planification familiale et la santé de la reproduction afin d'éliminer la désinformation qui constitue un obstacle à leur utilisation.

Si ces efforts sont intensifiés, des progrès importants peuvent être réalisés pour réduire les grossesses non désirées au Sénégal. Des améliorations positives ont déjà été constatées. L'utilisation de la contraception moderne a augmenté de façon constante, mais les progrès sont au ralenti. Alors que la prévalence de la contraception moderne a augmenté à un taux annuel moyen de 0,7 pour cent entre 1992 et 1997, elle a

augmenté à un taux annuel de 0,3 pour cent seulement entre 1997 et 2005 (Wickstrom, Diagne, et Smith 2006, p.vii). La réduction des insuffisances et obstacles aux progrès pourrait revitaliser cet état d'avancement. Des études ont montré que la satisfaction des besoins non satisfaits en planification familiale est l'une des politiques les plus rentables pour contribuer à la santé et au développement. Des efforts concertés pour atteindre ces objectifs auront un impact généralisé et substantiel sur le bien-être national, y compris dans des domaines aussi variés que la santé, la richesse, le niveau d'étude, l'égalité des sexes et le développement durable. Bien que l'ampleur de ces impacts puisse prendre du temps à se concrétiser, l'effet serait important à long terme.

Bibliographie

- African Union. n.d. "What is CARMMA?" *CARMMA: Campaign on Accelerated Reduction of Maternal, New Born and Child Mortality*. African Union, <http://au.int/pages/carmma/whatis>.
- Agency for the Development of Social Marketing (ADEMAS). n.d. "Presentation," <http://www.ademas.sn/>.
- Article de Presse. 2012. "L'Utilisation des Réseaux Sociaux Souhaitée pour Conscientiser les Jeunes sur leur Sexualité." [The use of social networks desired to sensitize youth about their sexuality]. *Observatoire sur les Systèmes d'Information, les Réseaux et les Inforoutes au Sénégal (OSIRIS)*, <http://www.osiris.sn/L-utilisation-des-reseaux-sociaux.html>.
- Camara, Cheikh Moussa and Lamine Cisse. 1998. *Revue de la Littérature sur les Avortement à Risque au Sénégal*. [Literature review on at-risk abortions in Senegal.] Training and Research Center for Reproductive Health (CEFOREP) and the Gynecological and Obstetrical Clinic (CGO) of CHU Le Dantec.
- Commercial Market Strategies (CMS). 2003. "Country Profile Senegal: Improving Access to Reproductive Health Information, Products, and Services through Social Marketing." Washington, DC, USA: Commercial Market Strategies, http://www.shopsproject.org/sites/default/files/resources/1005_file_54_Country_Profile_Senegal.pdf.
- Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR). 2001. "Concluding Observations of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights: Senegal. 24/09/2011." Geneva, Switzerland: United Nations Economic and Social Council and United Nations High Commissioner for Human Rights, [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/E.C.12.1.Add.62.En?Opendocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/E.C.12.1.Add.62.En?Opendocument).
- Committee on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW). 1979. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women. United Nations High Commissioner for Human Rights, <http://www2.ohchr.org/english/law/cedaw.htm>.
- . 1994. "Concluding Observations of the Committee on the Elimination of Discrimination Against Women: Senegal. 04/02/1994." Geneva, Switzerland: Committee on the Elimination of the Discrimination against Women and United Nations High Commissioner for Human Rights, [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/A.49.38,paras.666-728.En?Opendocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/A.49.38,paras.666-728.En?Opendocument).
- Committee on the Rights of the Child (CRC). 1989. "Convention on the Rights of the Child." United Nations High Commissioner for Human Rights, <http://www2.ohchr.org/english/law/crc.htm>.
- DELIVER. 2006. *Stratégie Pour la Sécurité des Produits de Santé de la Reproduction Dans la Sous-Région d'Afrique de l'Ouest*. [Strategy for securitizing reproductive health products in the sub-region of West Africa]. Arlington, VA, USA: DELIVER and USAID, http://deliver.jsi.com/dlvr_content/resources/allpubs/policypapers/WAF_RHCS_Stra_FR.pdf.
- Diop, Nafissatou J. et al. 2004. *The TOSTAN Program Evaluation of a Community Based Education Program in Senegal*. Population Council and USAID, http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/Senegal_Tostan%20FGC.pdf
- Direction of Projections and Statistics and ORC Macro. 1994. *Enquête Démographique et de Santé au Sénégal 1992/93: Rapport de Synthèse*. [Demographic and Health Survey in Senegal 1992/93]. Calverton, Maryland, USA: Macro International, <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/SR42/SR42.pdf>.
- Division of Reproductive Health (DSR) and Ministry of Health and Social Action. In Press. *Plan d'Actions National de Planification Familiale 2012-2015*. [National Action Plan for Family Planning 2012-2015]. Republic of Senegal.

Division of Reproductive Health (DSR). 2011. *Plan Stratégique de la Santé de la Reproduction du Sénégal 2012-2015*. [Strategic plan for the reproductive health of Senegal 2012-2015]. Ministry of Health, Public Hygiene, and Prevention.

ENDA Health. n.d. "L'Initiative Sénégalaise de Santé Urbaine (ISSU)." [Senegalese initiative of urban health (ISSU)]. *ENDA Santé*. Web, http://enda-sante.org/index.php?option=com_content&view=article&id=204:linitiative-senegalaise-de-sante-urbaine-issu&catid=41:autres-programmes&Itemid=27.

Ennulat, Christine. 2012. "Expanding Community Health Care Access in Senegal." *ChildFund International*, <http://www.ChildFund.org/Senegal-Community-Health-Grant/>.

Fall, Aly. n.d. "Tests de Nouveaux Modèles d'Approvisionnement des Produits Contraceptifs : Vers une couverture nationale en fin 2013." [Tests of new procurement models for contraceptive products: towards national coverage by the end of 2013]. *Le Quotidien*, <http://www.lequotidien.sn/index.php/societe/item/14723-tests-de-nouveaux-mod-%C3%A8les-d%E2%80%99approvisionnement-des-produits-contraceptifs--vers-une-couverture-nationale-en-fin-2013>.

Faye, Abdoulaye Iba. 2012. "Planification Familiale: Une Prestataire Recommande les Méthodes à Longue Durée d'Action." [Family planning: a service provider recommends long-lasting methods]. Waoundé, Senegal: *Agence de Presse Sénégalaise*, http://www.aps.sn/articles.php?id_article=105065.

Frontiers in Reproductive Health (FRONTIERS). 2004. "Expand Access to Safe Postabortion Care Services in Rural Areas." *OR Summaries*. Washington, DC, US: Population Council, <http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/orsummaries/ors43.pdf>.

Government of Senegal. 2000. "Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights." United Nations Economic and Social Council and United Nations High Commissioner for Human Rights, [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/898586b1dc7b4043c1256a450044f331/1266ab5aabfaf4bdc1256999005885a4/\\$FILE/G0044313.pdf](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/898586b1dc7b4043c1256a450044f331/1266ab5aabfaf4bdc1256999005885a4/$FILE/G0044313.pdf).

—. 2003. "La Mise en Œuvre de la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples par la République du Sénégal." [The implementation of the African Charter of Human Rights by the Republic of Senegal]. Banjul, Gambia: Africa Commission on Human and Peoples' Rights, http://www.achpr.org/files/sessions/34th/state-reports/3to7-2003/achpr34_staterep_senegal_2003_fra.pdf.

Gueye, Maïmouna. 2011. "Promotion de la Planification Familiale: Education et Libre Choix." [Promotion of family planning: education and free choice]. *Le Soleil Online*, http://www.lesoleil.sn/index.php?option=com_content&view=article&id=9524:promotion-de-la-planification-familiale-education-et-libre-choix&catid=78:a-la-une.

Guttmacher Institute. 2011. "Rates of Unintended Pregnancy Remain High in Developing Region." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 37(1), <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3704611.html>.

—. 2012. "En Bref: Les Faits sur l'Avortement en Afrique." [In brief : facts on abortion in Africa]. New York, NY, USA: Guttmacher Institute.

Health Information Center of the DFID (British Department for International Development). 2006. *Financement de la Santé en Afrique* [Financing of health in Africa] at the Extraordinary Summit of the African Union on HIV/AIDS, Tuberculosis, and Malaria. Addis Abbaba, Ethiopia: African Union, http://www.africa-union.org/root/au/conferences/past/2006/may/summit/doc/en/SP_PRC_ATM5_Financial_factors_fr.pdf.

Health Policy Project. 2011. *Atteindre les OMD: La Contribution du Planning Familial: Le Sénégal*. [Meeting the MDGs: the contribution of family planning: Senegal]. Washington, DC, USA: Health Policy Project and USAID, http://www.healthpolicyproject.com/pubs/21_MDG%20SenegalFrenchJanuary%20.pdf.

Henripin J., 1968, Le coût de la croissance démographique, *Leçons inaugurales de l'Université de Montréal*, n° 1, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 48 p.

Info Ado. n.d. "Qui Sommes-Nous ?" *Info Ado/Apprendre à Vivre Sénégal*, <http://www.infoado.org/qui-sommes-nous>.

IntraHealth International. 2008. *Maternal, Neonatal and Child Health/Family Planning/Malaria Component Annual Report October 1st 2007-September 30th 2008*. Dakar, Senegal: IntraHealth International and USAID, http://www.IntraHealth.org/~intrahea/files/media/overview-materials/senegal_mnch-ar-08.pdf.

IntraHealth International and Population Council .2010a. *Integration of Services in Senegal*. Population Council and USAID, http://www.popcouncil.org/pdfs/2010RH_SenegalIntegrateServices_Brief_en.pdf.

—. 2010b. *Private Sector's Role in Health Service Provision in Senegal*. Population Council and USAID, http://www.popcouncil.org/pdfs/2010RH_SenegalPrivateSectorRole_Brief_en.pdf.

Management Sciences for Health (MSH). 2006. "Scaling Up Postabortion Care Services: Results from Senegal." *Occasional Papers*. No. 5. Cambridge, MA, USA: Management Sciences for Health and USAID, <http://msh.org/Documents/OccasionalPapers/upload/Scaling-Up-Postabortion-Care-Services-Results-from-Senegal.pdf>.

—. n.d. "Faire Payer pour les Services de Planification Familiale." [Made to pay for family planning services]. *Electronic Resource Center*. Management Sciences for Health and USAID, <http://erc.msh.org/readroom/francais/fees.htm>.

Marie Stopes International (MSI). 2011. "New Programme to Deliver Vital Services in Senegal." *Marie Stopes International*, <http://www.mariestopes.org/news/new-programme-deliver-vital-services-senegal>.

—. 2012. "New Social Franchise Network Launched in Senegal." *Marie Stopes International*, <http://www.mariestopes.org/news/new-social-franchise-network-launched-senegal>.

—. n.d.a. "What We Do: Clinical Outreach." *Marie Stopes International*, <http://www.mariestopes.org/what-we-do/clinical-outreach>.

—. n.d.b. "What We Do: Social Franchising." *Marie Stopes International*, <http://www.mariestopes.org/what-we-do/social-franchising>.

—. n.d.c. "Where in the World: Senegal." *Marie Stopes International*, <http://www.mariestopes.org/where-in-the-world#Senegal>.

Ministry of Health and Medical Prevention. 2005. *Stratégie Nationale en Santé des Adolescent(e)s/Jeunes au Sénégal*. [National strategy of adolescent/youth health in Senegal]. World Health Organization and Population Council, http://www.unfpa.sn/IMG/pdf/Doc_Stategie_Nationale_SRA_31mars.pdf.

—. 2006. Extrait de la Feuille de Route Multisectorielle pour Accélérer la Réduction de la Mortalité et de la Morbidité Maternelles et Néonatales au Sénégal. [Extract of the multi-sectoral roadmap to accelerate the reduction of maternal and neonatal mortality and morbidity in Senegal].

Ministry of Health and Prevention. 2009a. *Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018*. [National plan for health development (PNDS) 2009-2018]. Republic of Senegal.

—. 2009b. *Sénégal: Population, Planification Familiale et Développement*. [Senegal: population, family planning, and development]. Futures Group International and USAID Health Policy Initiative, http://www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/806_1_SENEGAL_RAPID_Master_French_acc.pdf.

.

—. 2010. "Lettre Circulaire N° 007607." [Circular letter no. 007607]. Dakar, Senegal.

- Ministry of Health and Social Action. 2011. "BajenuGox." *Ministère de la Santé et de l'Action Sociale*, http://www.sante.gouv.sn/index.php?option=com_content&view=article&id=1265:bajenu-gox&catid=108:anim&Itemid=68.
- . n.d. "Anciens Ministres." [Former ministers]. *Ministère de la Santé et de l'Action Sociale*, http://www.sante.gouv.sn/index.php?option=com_content&view=article&id=1290&Itemid=635.
- Ministry of Health, Prevention, and Public Hygiene and the Direction of Health. 2009. *Sénégal: Population, Planification Familiale, et Développement*. [Senegal : population, family planning, and development]. Ressources pour l'Analyse de la Population et de son Impact sur le Développement (RAPID).
- Ministry of Health, SERDHA, and Macro International Inc. 1999. *Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de Santé (ESIS) 1999*. [Senegalese survey on health indicators (ESIS) 1999]. Calverton, Maryland, USA: SERDHA and Macro International Inc, http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADQ979.pdf.
- Ministry of Justice. 1965. *Code Penal Sénégal*. [Senegal Penal Code]. Dakar: Ministère de la Justice, <http://www.justice.gouv.sn/droitp/CODE%20PENAL.PDF>.
- Ministry of the Economy and Finances. 1986. *Enquête Démographique et de Santé au Sénégal 1986*. [Demographic and Health Survey in Senegal 1986]. Columbia, Maryland, USA: Population Reference Bureau, <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/SR22/SR22.pdf>.
- Moreland, Scott and Sandra Talbird. 2006. *Achieving the Millennium Development Goals: The Contribution of Fulfilling the Unmet Need for Family Planning*. Futures Group/POLICY Project, University of North Carolina Chapel Hill, and USAID, <http://www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/MDGMaster%209%2012%2006%20FINAL.pdf>.
- National Agency of Statistics (ANSD) and ICF International. 2012a. *Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples au Sénégal (EDS-MICS) 2010-2011*. [Demographic and Health and Multiple Indicators Survey in Senegal (EDS-MICS) 2010-2011]. Calverton, Maryland, USA: ANSD and ICF International.
- . 2012b. *2010-11 Senegal Demographic and Health and Multiple Indicators Survey: Key Findings*. Calverton, Maryland, USA: ANSD and ICF International, <http://measuredhs.com/pubs/pdf/SR192/SR192.pdf>.
- Ndiaye, El Hadji Malick. In Press. Rapport d'Etude sur les Coûts et la Tarification des Prestations de Services Santé chez les Adolescents/Jeunes dans les Espaces Jeunes de l'ASBEF. [Report on the study on the costs and pricing of health service provision for adolescents/youth in the youth spaces of ASBEF]. Senegalese Association for Family Well-Being and International Planned Parenthood Federation.
- Omran, Abdel R. 1992. "Islam and Family Planning in the 20th Century." A.R. Omran (Ed.), *Family planning in the legacy of Islam*. Taylor & Francis, Inc.
- Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA). n.d. "Pharmacie Nationale d'Approvisionnement." *Pharmacie Nationale d'Approvisionnement*, http://www.pna.sn/pna.php?id_rubrique=3.
- PNUD, Rapport sur le Développement Humain 2013. L'essor du Sud : le progrès humain diversifié.
- POLICY Project. 2006. Cost-Effective Interventions to Reduce Maternal Mortality in Senegal: The Role of Postabortion Care and Family Planning, An Application of the Allocate Model. POLICY Project and USAID, <http://www.policyproject.com/pubs/countryreports/Senegal%20Allocate%20Report%20Final%208%209%2006.pdf>.
- Program for Appropriate Technology in Health (PATH) and United Nations Population Fund (UNFPA). 2006. *Meeting the Need: Strengthening Family Planning Programs*. Seattle, Washington, USA: PATH and UNFPA, http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2006/family_planning06.pdf.

- Project DELIVER. 2011. *Système d'Alerte Précoce pour Prévenir la Rupture de Stock de Contraceptifs et Accroître la Disponibilité des Produits en Afrique de l'Ouest et du Centre*. [Early alert system to foresee stockouts of contraception and to increase the availability of products in West and Central Africa]. Arlington, VA, USA: USAID Project DELIVER, http://deliver.jsi.com/dlvr_content/resources/allpubs/logisticsbriefs/WA_ContStockWarnSyst_FR.pdf.
- Randall, Sara and Thomas Legrand. 2003. "Reproductive Strategies and Decisions in Senegal: The Role of Child Mortality." *Population*. 58:6.
- La Rédaction. 2010. "La Fondation Bill Gates Finance l'Association des Sages-Femmes du Sénégal." [The Bill Gates Foundation finances the Association of Midwives of Senegal]. *AMW Production/SENTV*, <http://www.sentv.info/index.php/sante-environnem/1586-la-fondation-bill-gates-finance-lassociation-des-sages-femmes-du-senegal>.
- Research Center for Human Development (CRDH) and Measurement Learning Evaluation (MLE). 2012. *2011 Baseline Survey for the Senegal Urban Health Initiative (ISSU) Household Survey: Final Report*. Chapel Hill, NC, USA: ISSU, http://www.urbanreproductivehealth.org/sites/mle/files/Final_Household_Baseline_Report_ISSU_April%2026%202012%20F.pdf.
- Research Center for Human Development (CRDH) and ORC Macro. 2005. *Sénégal Enquête Démographique et de Santé 2005: Rapport de Synthèse*. [Senegal demographic and health survey 2005: summary report]. Calverton, Maryland, USA: ORC Macro, <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/SR117/SR117.pdf>.
- "Résolution des Epouses des Chefs d'Etats." [Resolution of spouses of chiefs of state]. 2011. *Le Patriote*, <http://news.abidjan.net/h/412981.html>.
- Sall M., 2013, « Mutations démographiques. Enjeux pour le développement » in *Sénégal 2000-2012. Les institutions et politiques publiques à l'épreuve d'une gouvernance libérale*, Paris, Karthala, Collection Hommes et Sociétés, pp. 449-461
- Sall M., 2010, « A la recherche des facteurs explicatifs de la désacralisation de la virginité au senegal a partir de quelques parcours de jeunes filles et de femmes », *Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé (Togo)*, Série B, 12(2) : 107-117
- Sall M., 2009, « Itinéraires et prise en charge de jeunes filles en danger moral : l'exemple du centre polyvalent de Thiaroye au Sénégal » in *Sociétés et jeunesses en difficulté*, Revue pluridisciplinaire de recherche de l'Ecole Nationale de Protection Judiciaire de Roubaix (France), n°8, 2009.
- Sanogo, Diouratié et al. 2004. *Testing a Community Based Distribution Approach to Reproductive Health Service Delivery in Senegal (A Study of Community Agents in Kébémér)*. Population Council, http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/Senegal_CBD.pdf.
- Seck Ndiaye, Annette. 2012. "Discours du Sénégal" [Senegal's Discourse] at the Thirteenth Annual General Assembly of the Coalition for Reproductive Health Products. Paris, France: Reproductive Health Supplies Coalition, http://www.rhsupplies.org/fileadmin/user_upload/Paris/Documents_and_Presentations/Thursday/Discours_-_Dr_Annette_Seck.pdf.
- Second Ordinary Session of the Assembly of the Union. 2003. *Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa*. Maputo, Mozambique: Africa Commission on Human and Peoples' Rights, http://www.achpr.org/files/instruments/women-protocol/achpr_instr_proto_women_eng.pdf.

Sénégal Médias. 2012. "Les Réseaux Sociaux au Service de la Santé de la Reproduction." [Social networks used for reproductive health]. *Sénégal Médias*, <http://senegalmedias.blogspot.com/2012/11/les-reseaux-sociaux-au-service-de-la.html>.

SFPS Project. n.d. "SANFAM: Santé de la Famille." [SANFAM: family health]. *Tulane University*, <http://www.tulane.edu/~sfps/afinst/sanfam.htm>.

Singh, Susheela and Jacqueline E. Darroch. 2012. *Adding It Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services Estimates for 2012*. Guttmacher Institute and United Nations Population Fund (UNFPA), <https://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/AIU%20Paper%20-%20Estimates%20for%202012%20final.pdf>.

Singh, Susheela, Gilda Sedgh, and Rubina Hussain. 2010. "Unintended Pregnancy: Worldwide Levels, Trends, and Outcomes." *Studies in Family Planning*. 41(4).

Smith, Rhonda et al. 2009. *Family Planning Saves Lives Fourth Edition*. Washington, DC, USA: Population Reference Bureau, <http://www.prb.org/pdf09/familyplanningsaveslives.pdf>.

Strengthening Evidence for Programming on Unintended Pregnancy (STEP-UP). n.d. *Scaling Up Access to High-Quality Family Planning and Safe Abortion Services*. Population Council, <http://stepup.popcouncil.org/what.html>.

Sutherland, Joel. n.d. *IntraHealth Joins the Launch of Senegal's Family Planning Campaign*. IntraHealth International, <http://www.IntraHealth.org/page/IntraHealth-joins-the-launch-of-senegals-family-planning-campaign>.

Training and Research Center for Reproductive Health (CEFOREP) and Frontiers in Reproductive Health (FRONTIERS). 2008. *Evaluation des Progrès de l'Initiative Africaine Francophone pour les Soins Après Avortement* [Evaluation of progress of the francophone African initiative for post-abortion care]. FRONTIERS and USAID.

United Nations Population Fund (UNFPA). n.d.a "Lancement de la CARMMA." [The launching of CARMMA]. *United Nations Population Fund*, <http://www.unfpa.sn/Lancement-de-la-CARMMA.html>.

———. n.d.b *Overview*. United Nations Population Fund, <http://www.unfpa.org/public/icpd>.

United Nations. n.d.a *A United Nations Priority: Universal Declaration of Human Rights*. United Nations, <http://www.un.org/rights/HRToday/declar.htm>.

———. n.d.b *We Can End Poverty 2015: Millennium Development Goals*. United Nations, <http://www.un.org/millenniumgoals/enviro.html>.

Wade, Abdoulaye and Macky Sall. 2005. "Loi no 2005-18, du 5 Aout 2005, Relative à la Santé de la Reproduction." [Law no 2005-18, of 5 August 2005, related to reproductive health]. Dakar: UNFPA, http://www.unfpa.sn/IMG/pdf/loisurla_santereproduction.pdf.

Wade, Abdoulaye and Souleymane Ndéné Ndiaye. 2010. "Loi n° 2010-03 du 9 Avril 2010 Relative au VIH SIDA." [Law no. 2010-03 of 9 April 2010 related to HIV AIDS]. *Journal Officiel*. Dakar, Senegal: Republic of Senegal, <http://www.jo.gouv.sn/spip.php?article8114>.

West African Health Organization (WAHO). 2011. "The CIB System for Pharmaceutical Products in the ECOWAS Region: Where are we Today?" *Coordinated Informed Buying in ECOWAS States (C.I.B.) News Bulletin* No. 1, <http://www.wahooas.org/docs/cibulletineng.pdf>.

Wickstrom, Jane, Abdoulaye Diagne, and Alyson Smith. 2006. *Repositioning Family Planning—Senegal Case Study: Promising Beginnings, Uneven Progress*. New York, NY, USA: EngenderHealth and The ACQUIRE Project,

http://www.acquireproject.org/archive/files/3.0_program_effectively/3.2_resources/3.2.2_studies/senegal_case_study_final.pdf.

Wilson, Ellen. n.d. *Etude de cas sur la santé de la reproduction: Sénégal*. [Case study on reproductive health : Senegal]. The POLICY Project, <http://www.policyproject.com/pubs/countryreports/senfrenc.pdf>.

Women's Network for a Better World. n.d. "Senegal: Sexual and Reproductive Health and Rights: Current Situation." *Map of Sexual and Reproductive Health and Rights in Africa and Spain*, <http://www.map-srhr.org/chapters/ch-3-overview-of-sexual-and-reproductive-health-and-rights-in-africa/senegal#current-situation>.

World Health Organization (WHO). 2011. *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008*. 6th Ed. Geneva, Switzerland: World Health Organization, http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118_eng.pdf.

