

PN. ACE-111

11

99349

POPULATION, SANTÉ,
EAU ET
ASSAINISSEMENT
AU SÉNÉGAL

Une synthèse de quatre études du secteur
réalisées par

Le Projet "POLICY"
avec la participation de
Groupe SERDHA
SENECI

Environmental Health Project

Le Partenariat inter-universitaire



The **POLICY** Project

The Futures Group International

in collaboration with:

Research Triangle Institute (RTI)

**The Centre for Development and Population
Activities (CEDPA)**

V
BEST AVAILABLE COPY

**POPULATION, SANTÉ, EAU ET ASSAINISSEMENT
AU SÉNÉGAL**

Le Projet "POLICY"
The Futures Group International
en collaboration avec
The Research Triangle Institute
The Centre for Development and Population Activities

Une synthèse de quatre études du secteur réalisées par

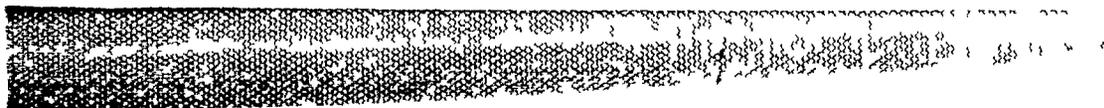
Le Projet "POLICY"
avec la participation de
Groupe SERDHA
SENECI

Environmental Health Project

Le Partenariat inter-universitaire

Préparé pour l'Agence des États-Unis pour le développement international
Sous le contrat N° CCP-C-00-95-0002304

The Futures Group International
1050 17th Street, suite 1000
Washington D C , 20036
USA



Le present recueil comporte quatre etudes mandatees par l'USAID dans les domaines de la population, la sante, l'approvisionnement en eau et l'assainissement au Senegal, et le rôle de l'USAID dans ces domaines. L'introduction a ce recueil presente un resume de ces quatre etudes et de leurs observations, avec une synthese de leurs conclusions et recommandations.

Les quatre etudes sont ensuite presentees separement, chacune avec son format d'origine, ses observations, conclusions et recommandations, et le cas echeant sa bibliographie, ses tableaux, annexes, etc.

Certes, certains elements de ces etudes peuvent se recouper, mais nous avons prefere les garder sous leur forme originale, parce que même si elles examinent un même element, elles le presentent sous un jour qui convient au sujet particulier traite.

Washington, le 11 juillet 1997

The Futures Group International

Table des matières

I	Etude rétrospective du secteur population et santé au Sénégal composante quantitative	2
A	La mortalité au cours de l'enfance	2
B	La fécondité	4
C	Les migrations	6
II	Etude rétrospective du secteur population et santé au Sénégal composante qualitative	7
A	Le projet Santé rurale	8
B	L'USAID aujourd'hui	8
III	Activités d'approvisionnement en eau et d'assainissement de l'USAID au Sénégal une étude rétrospective couvrant les années depuis l'indépendance jusqu'à nos jours	10
IV	Assistance au développement de l'USAID au Sénégal le Partenariat inter-universitaire et le programme des guérisseurs traditionnels Malango	12
A	Le Partenariat inter-universitaire	12
B	Le programme des guérisseurs traditionnels Malango	14
V	Conclusions	14
A	La mortalité juvéno-infantile	14
B	La fécondité	15
C	Les stratégies générales	16
VI	Synthèse des recommandations	17

Introduction au recueil

La présente introduction résume les principales observations et recommandations de quatre études mandatées par l'USAID/Senegal en 1997

- *Une étude rétrospective du secteur population et santé au Senegal composante quantitative*, une étude des niveaux et tendances dans la mortalité juvénile, la fécondité ainsi que la migration au Senegal au cours des 20 dernières années basée sur les résultats d'enquêtes et recensements généraux de la population

La composante quantitative de l'étude rétrospective a été réalisée par M. Salif Ndiaye et ses collaborateurs du Groupe SERDHA, Service d'études et recherche pour le développement humain en Afrique, Dakar, Senegal

- *Une étude rétrospective du secteur population et santé au Senegal composante qualitative*, une étude de l'influence des programmes de santé et de population de l'USAID au cours des 20 dernières années basée sur des entretiens approfondis avec des experts ayant des années d'expérience au Senegal, en particulier des employés du Ministère de la santé au niveau national et régional, des représentants d'ONG et des clients

La composante qualitative de l'étude rétrospective a été réalisée par le Dr Gisele Maynard-Tucker, consultante internationale mandatée par The Futures Group, en collaboration avec la SENECCI, Sénégalaise d'études de conseil et d'interventions, Dakar, Senegal

- *Les activités de l'USAID en matière d'approvisionnement en eau et assainissement au Senegal* une étude rétrospective couvrant les années d'après l'indépendance jusqu'à nos jours, une revue historique des activités d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement au Senegal au cours des 35 dernières années

Cette étude a été réalisée par Janelle Daane et Dorothy Madison-Sack pour le compte de EHP, Environmental Health Project, Arlington, VA, USA

- *L'aide au développement de l'USAID au Senegal le partenariat inter-universitaire et le programme des guérisseurs traditionnels Malango*, une étude du développement et de l'influence de l'Institut de santé et développement et de l'appui de l'USAID au programme des guérisseurs traditionnels Malango

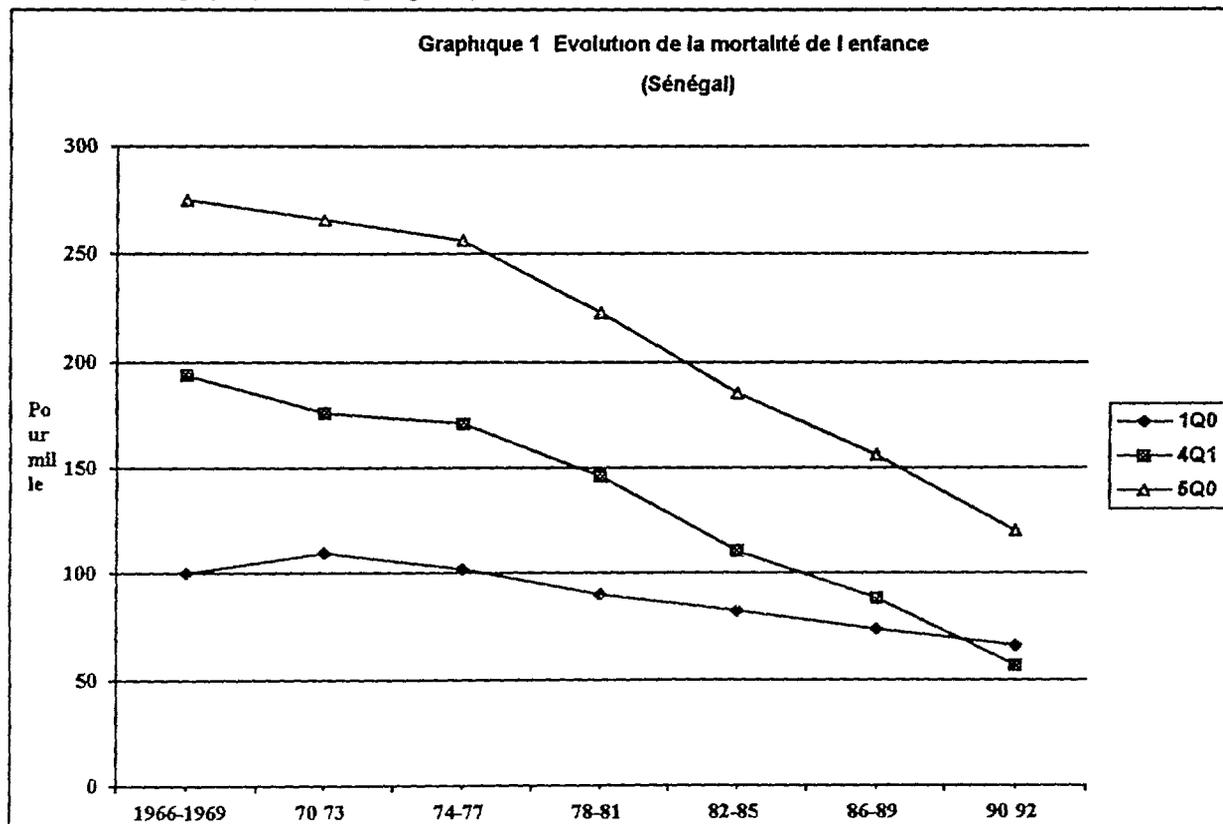
Cette quatrième étude a été réalisée par le Dr Issakha Diallo, de l'ISED, et le Dr Robert R. Franklin de l'Université de Tulane, institutions membres du Partenariat inter-universitaire avec l'École de médecine du Collège Morehouse et l'ISED

I. Etude rétrospective du secteur population et santé au Sénégal. composante quantitative

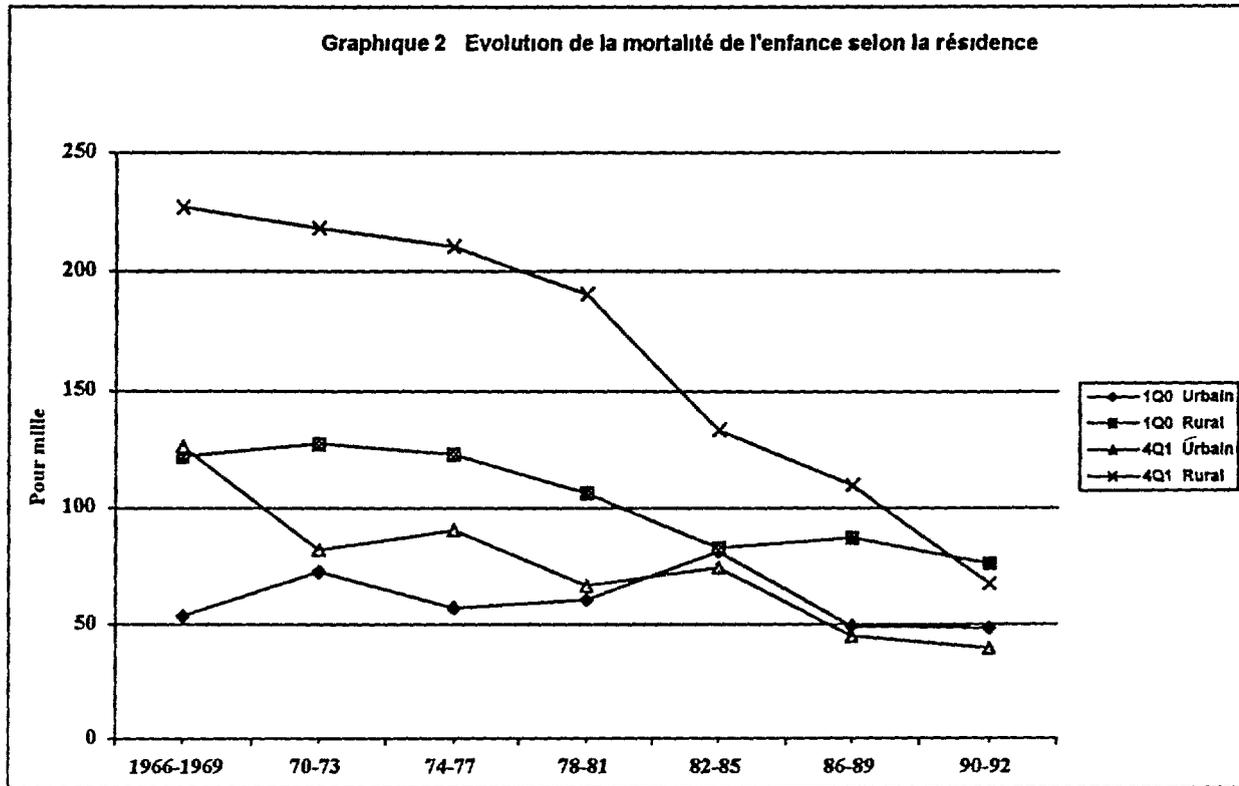
Après avoir examiné l'évolution démographique et socio-économique du pays après l'indépendance, cette étude procède à l'analyse des déterminants de la dynamique de la population mortalité, fécondité et migrations. Cette analyse est basée sur les données de l'enquête sénégalaise sur la fécondité (ESF) de 1978, les enquêtes démographiques et de santé (EDS) de 1986 et 1992/1993 et des recensements de la population. Plus précisément, la recherche a porté sur les composantes structurelles de la mortalité et de la fécondité pour mieux saisir la manière dont ces composantes s'ajustent aux changements sociaux en cours dans le pays. Par ailleurs, les caractéristiques des migrations ainsi que les changements qu'elles induisent dans le processus d'urbanisation du pays et sur les comportements des populations sont examinés.

A. La mortalité au cours de l'enfance

Les résultats de l'étude montrent que des gains importants ont été réalisés dans la survie des enfants durant les trois dernières décennies. La mortalité juvénile a été réduite de moitié entre la fin des années 60 et le début des années 90. La probabilité de décéder avant l'âge de cinq ans est passée de 275 pour mille durant la période de 1966-69 à 120 pour mille en 1990-92 dans l'ensemble du pays (voir Graphique 1).



La majorite des senegalais n'ont beneficie de ces importantes ameliorations de la survie des enfants que depuis la mise en oeuvre des soins de sante primaires a la fin des annees 70. En effet avant cette periode, seules les zones urbaines du pays avaient beneficie d'ameliorations significatives de la sante des enfants. Jusqu'a la periode 1974-77, dans les zones rurales, environ 1 enfant sur 3 decedait avant d'atteindre son cinquieme anniversaire. Grâce aux soins de sante primaires, les conditions sanitaires se sont beaucoup amelierees en milieu rural et la probabilite de deceder avant l'âge de cinq ans y est passee de 320 pour mille durant la periode de 1966-69 a 140 pour mille en 1990-92 (voir Graphique 2)



La mortalite des enfants reste cependant elevee. Par ailleurs, les fluctuations de la mortalite dans les zones urbaines durant les trois dernieres decennies et l'augmentation des risques de deces des enfants observee dans les zones urbaines durant les annees 90 montrent que beaucoup d'efforts seront encore necessaires pour consolider les acquis dans le domaine de la survie des enfants. Dans cette perspective, les relations observees entre la survie des enfants, les determinants proches et les facteurs socio-economiques suggerent des directions susceptibles d'ameliorer l'efficacite des interventions sanitaires.

Les facteurs maternels continuent d'avoir un effet important sur la survie des enfants. La precocite de l'âge a la maternite est associee a des risques eleves de mortalite des enfants. Il en est de même des intervalles de naissance trop courts (moins de 18 mois). Le renforcement des programmes d'information et de sensibilisation sur les risques associes a la precocite de l'âge de la maternite et a la duree trop courte des intervalles entre les naissances pourrait avoir un effet tres benefique pour la survie de l'enfant. Par ailleurs, l'amelioration quantitative et qualitative des prestations de

services pour réduire la fécondité des adolescentes et espacer les naissances devrait recevoir plus d'attention

L'accès à l'eau potable et la disponibilité d'installations sanitaires convenables améliorent également les chances de survie des enfants. Les enfants sevrés très tôt dans un environnement où l'accès à l'eau potable est limité et/ou les conditions d'hygiène sont médiocres ont des risques de décès plus élevés. Ainsi, des efforts devraient-ils être faits pour renforcer la synergie entre les services de santé et l'amélioration de l'environnement communautaire dans une approche intégrée des soins de santé primaires. L'amélioration de l'hydraulique rurale et l'accès à l'eau potable dans les zones périphériques des villes, pourrait jouer un rôle important dans ce cadre. Enfin, l'État devrait se doter de plus de moyens pour la réglementation et l'application du code de l'hygiène.

D'une façon générale, le renforcement des programmes d'information, d'éducation et de sensibilisation, de financement et de prestation des services publics de vaccination, de planification familiale, de lutte contre le paludisme et les maladies diarrhéiques, en milieu rural en particulier, contribueront à l'amélioration durable et équitable de la santé de l'enfant. Dans le contexte actuel de la régionalisation, les collectivités locales devraient être des partenaires de premier ordre dans la mise en œuvre des soins de santé primaires.

B La fécondité

Les grandes améliorations réalisées dans la survie des enfants ont commencé à être favorables à une évolution de la fécondité au Sénégal. Cependant, la fécondité reste encore élevée dans le pays, dans les zones rurales en particulier. Pour l'ensemble du pays, l'indice synthétique de fécondité (ISF) est resté au-dessus de 7 enfants jusqu'au début des années 80. Entre 1986 et 1997, il est passé de 6,67 enfants à 5,67 enfants, soit un enfant de moins en l'espace de 10 ans (voir Graphique 3).

En zone rurale, l'ISF est resté quasiment stable (environ 7 enfants), ce qui traduit les faibles changements dans les régimes de procréation dans ce milieu, au contraire, en zone urbaine où vit actuellement près de la moitié de la population, des changements importants se sont produits. L'ISF y est passé de 6,52 enfants à la fin des années 70, à 5,04 enfants au début des années 90, et à 4,28 enfants au milieu des années 90. L'évolution de la fécondité a donc été amorcée dans les zones urbaines.

Graphique 3 Fécondité, femmes 15 - 44



Jusqu'à la fin des années 70, les principaux déterminants proches de la fécondité étaient le mariage et l'infécondité post-partum. Les femmes se mariaient tôt et restaient en union durant la quasi-totalité de la période de procréation en raison du niveau élevé du remariage des veuves et des divorcées. La fécondité naturelle des unions était fortement réduite par l'infécondité post-partum résultant de longues durées et du niveau élevé de l'allaitement maternel. Aucun signe de contrôle délibéré de la fécondité n'était apparent. Les années 80 marquent les débuts d'une évolution du mariage parmi les jeunes générations urbaines et les générations instruites avec une élévation significative de l'âge au premier mariage. Par ailleurs, grâce aux premiers projets de planification familiale des années 80, la pratique contraceptive moderne commence à pénétrer de façon significative parmi les jeunes générations de femmes, celles ayant fréquenté l'école moderne et les femmes urbaines. La précocité et la stabilité de l'âge au premier mariage dans les zones rurales du pays suggèrent que les dispositions du code de la famille relatives à l'âge au mariage n'ont eu que peu d'effet.

La précocité du mariage dans les régimes démographiques traditionnels visait à maximiser le nombre d'enfants survivants. Étant donné l'importance de l'instruction de la femme sur sa propre santé et sur la survie de ses enfants, lorsque la scolarisation se généralise et que les conditions sanitaires s'améliorent, la précocité des unions devient de moins en moins nécessaire pour maximiser le nombre d'enfants survivants. La diffusion des informations sur les relations entre le niveau d'instruction des femmes, l'âge d'entrée en première union et la santé maternelle et infantile devrait être un domaine d'intervention privilégié de l'État. L'influence du niveau d'instruction sur l'âge au premier mariage montre que de meilleurs résultats pourraient être obtenus dans le cadre

de la politique de population si les moyens financiers visant à garantir la scolarisation pour tous étaient augmentés. Dans cette perspective, l'Etat devrait renforcer l'intervention de l'école publique en général et dans les zones rurales en particulier.

Le principal déterminant à travers lequel la fécondité naturelle est régulée au Sénégal reste l'infécondité post-partum qui résulte de longues durées d'allaitement maternel intensif. Mais avant tout, l'allaitement maternel a des effets bénéfiques pour la nutrition et la survie de l'enfant. Il devrait donc rester un comportement méritant beaucoup d'attention de la part de l'Etat. Les pouvoirs publics devraient renforcer l'information et la sensibilisation sur les avantages de l'allaitement maternel. Bien qu'il soit pris en compte dans les stratégies de la survie de l'enfant, l'allaitement maternel gagnerait à être intégré dans les activités de planification familiale non seulement comme méthode naturelle, mais aussi comme méthode de transition vers l'acceptation des méthodes modernes. Par ailleurs, la réduction continue de la durée de l'allaitement suggère que les pouvoirs publics devraient porter plus d'attention non seulement à la commercialisation des produits de substitution au lait maternel, mais aussi aux bénéfices liés à la maternité pour promouvoir l'allaitement maternel.

L'utilisation de la contraception est toujours faible dans l'ensemble de la population, mais elle a progressé, parmi les générations successives des femmes en général, et auprès des femmes urbaines et des femmes instruites en particulier. L'information et la sensibilisation sur la planification familiale et les méthodes contraceptives devraient rester un domaine privilégié de l'intervention de l'Etat. Celui-ci devrait jouer un rôle plus important dans le financement des services de planification familiale non seulement à travers le système de prestation public, en zone rurale notamment, mais aussi à travers des subventions aux prestataires non-gouvernementaux. Par ailleurs, l'Etat devrait mandater l'appui aux services de planification familiale dans le nouveau contexte de la régionalisation. Dans cette perspective, les pourvoyeurs publics ont un rôle de premier ordre à jouer dans la fourniture de services de planification familiale de qualité acceptable.

Les débuts de l'évolution de la fécondité soutenus par l'élévation de l'âge au mariage et l'augmentation de la pratique contraceptive parmi les femmes urbaines et les femmes instruites suggèrent que la fécondité pourrait baisser rapidement au Sénégal. Ces changements structurels des régimes de procréation constituent de nouveaux défis à relever.

L'élévation de l'âge d'entrée en union suggère une plus grande flexibilité des programmes de planification familiale afin de pouvoir satisfaire les besoins variés des couples et des jeunes générations qui passeront de plus en plus de temps à l'école. Les jeunes à l'école auront besoin de programmes adaptés à leurs besoins, par conséquent, la réflexion sur des modes d'intervention dans ce groupe de la population devrait être poursuivie afin d'élaborer des stratégies mieux adaptées.

C Les migrations

Le diagnostic sur les sources disponibles a montré tout d'abord que les données sur les migrations sont peu abondantes et généralement moins précises que celles sur la mortalité ou la fécondité.

Les données disponibles ont cependant pu mettre en évidence l'importance des mouvements migratoires entre les zones rurales et les zones urbaines, à Dakar en particulier. L'exode rural a été et demeure la composante prédominante. L'analyse de la migration en tant que facteur pouvant influencer la mortalité et la fécondité a montré que lorsque les femmes quittent les zones rurales pour résider en zone urbaine, elles adoptent des comportements similaires à ceux des citadines. Par le biais de la migration de retour, ces femmes, qui proviennent essentiellement des ethnies Serer et Diola, pourraient contribuer à l'émergence de nouveaux régimes démographiques dans leur milieu rural d'origine. Ce phénomène apparemment limité, n'aura une influence réelle dans l'ensemble du milieu rural que si d'autres groupes adoptent des comportements similaires, ou bien si la migration masculine induit des changements de comportements dans les campagnes. Une question qui n'a pas été étudiée ici, faute de données, concerne l'effet éventuel de la migration, celles des femmes notamment, sur leur véritable statut d'exposition au risque de procréation. Malgré l'intérêt porté à la migration, ce phénomène en tant que facteur de changement des zones rurales reste à être documenté. Il a été au moins établi que quel que soit le statut migratoire, l'instruction des femmes est et demeurera un facteur déterminant dans les changements de comportement.

II. Etude rétrospective du secteur population et santé au Sénégal: composante qualitative

La composante qualitative de cette étude rétrospective s'est penchée plus spécifiquement sur les activités de l'USAID, avec leurs réussites et leurs échecs, dans le domaine de la santé et de la population au cours des ces 20 dernières années. L'étude est basée sur des entretiens avec un grand nombre d'interlocuteurs ayant différentes perspectives sur les programmes de santé, y compris des fonctionnaires du Ministère de la santé aux niveaux national, régional et du district, des représentants des ONG, des pourvoyeurs de services et des clients.

L'USAID a financé un certain nombre de grands projets de santé et de population au Sénégal depuis 1977, à savoir

- Les projets de Santé rurale I et II (1977-83 et 1984-89)
- Les projets de Services de santé familiale I et II (1979-84 et 1985-92)
- Le projet de la Survie infantile/planification familiale (1992-98)

De plus, l'USAID a financé des activités de santé et de politique de population, des projets d'eau et d'assainissement et l'Institut de santé et développement.

L'USAID a concentré ses activités dans 4 régions: Louga, Ziguinchor, Fatick et Kaolack. Fatick et Kaolack étaient auparavant fusionnées en une seule région, le Sine-Saloum, et les interventions de l'USAID ont été particulièrement intenses dans cette zone grâce au projet de Santé rurale, qui travaillait exclusivement au Sine-Saloum.

A. Le projet Santé rurale

En venant examiner l'influence de l'USAID sur la santé et la population, la plupart des personnes interrogées se concentraient sur ce projet, tant parce que le programme de l'USAID au Sine-Saloum était si étendu, que parce que le projet de santé rurale était un projet expérimental important qui a eu une influence significative sur le modèle des prestations de soins de santé dans le reste du Sénégal. Conçu pour établir une procédure de prestation de soins de santé adaptée à l'environnement socio-économique et régie par les populations, le projet, lancé en 1977, était le précurseur des projets de santé primaire qui furent discutés lors de la conférence d'Alma Ata. Cette nouvelle approche a eu une influence spectaculaire sur la santé au Sénégal comme le note l'étude quantitative, la mortalité juvénile dans les zones rurales n'a commencé à diminuer qu'après l'adoption des soins de santé primaires en 1978-1981.

Selon l'opinion des personnes interrogées, les points forts du projet sont les suivants

- la décentralisation, qui a donné plus de pouvoir de décision aux médecins-chefs des régions et aux personnes chargées d'administrer les régions
- le renforcement de la participation communautaire
- l'approvisionnement en médicaments essentiels
- la formation du personnel en matière de santé
- le développement de nombreux modules et matériels didactiques, et enfin
- un système de supervision hiérarchique qui fut suivi d'une amélioration de la qualité des soins

Alors que les personnes interrogées louaient le projet d'une façon générale, elles soulignaient aussi un certain nombre de points faibles. Certains des problèmes s'exacerbaient après 1986 lorsqu'une grande rotation du personnel, tant au niveau central qu'au niveau du projet, créait un manque de continuité dans le programme. Parmi les quelques faiblesses citées

- la diminution de la participation communautaire, à cause de la cessation de la sensibilisation et à la suite d'une grave sécheresse
- la rupture entre les communautés et les comités de santé
- Le fait que les comités de santé n'avaient de comptes à rendre à personne
- la réduction du nombre des agents de santé communautaires (ASC) par suite du manque de soutien de la part de la communauté et de la mauvaise sélection des ASC, qui étaient souvent célibataires et quittaient éventuellement la zone
- le retrait de la plupart des techniciens, qui avaient reçu des bourses d'études aux États-Unis créant ainsi un manque de leaders expérimentés et une rupture dans la continuité du projet

B. L'USAID aujourd'hui

De nombreux éléments du projet continuent à fonctionner, mais pas au même niveau que lorsque le projet était à son apogée. Les comités de santé, un modèle de participation communautaire

fonctionnent encore et les pourvoyeurs des services reconnaissent leur valeur. Dans certains cas, cependant, le fonctionnement des comités est loin d'être idéal. La gestion financière n'est pas toujours transparente et les comités ne représentent pas toujours leur communauté. Certains clients ont affirmé qu'ils n'avaient jamais entendu parler des comités ou qu'ils en connaissaient l'existence mais n'avaient pas la moindre idée de ce qu'ils faisaient. De plus, la sélection des membres des comités est souvent fortement politisée et les femmes et les jeunes adultes ne sont généralement pas représentés. Il faut établir des directives appropriées pour la gestion financière et le choix des membres des comités et veiller à ce qu'elles soient appliquées pour que ces comités réalisent tout leur potentiel.

Certaines cases de santé créées par le projet continuent à fonctionner, le plus souvent pas à pleine capacité. D'autres ont été abandonnées par suite de la démission des ASC. Ce système devrait être revitalisé.

La plupart des personnes interrogées pensaient que le système de recouvrement de coûts a essentiellement été une réussite. Les prix exigés pour les médicaments essentiels sont généralement abordables et les fonds ainsi procurés ont été utilisés pour améliorer de façon substantielle la qualité des services au PPS. Il y a plus de médicaments essentiels qu'avant l'instauration du système de recouvrement de coûts, bien que le choix est limité et les ruptures de stocks sont encore communes. Certaines personnes interrogées ont mentionné aussi que les prix fixes par les comités de santé varient beaucoup et dans certaines zones ils sont trop chers pour de nombreux clients.

En plus de la région du Sine-Saloum (maintenant constituée des deux régions de Fatick et de Kaolack), l'USAID a fourni un appui considérable aux régions de Louga et de Ziguinchor, y compris la formation du personnel de santé et les activités IEC. Des pourvoyeurs de services et des clients ont été interrogés à Louga, Fatick et Kaolack, et dans toutes ces régions ils ont répondu que la qualité des soins avait progressé parce que le personnel était plus compétent. Les pourvoyeurs pensent que la demande pour les services de planification familiale et de santé maternelle et infantile a augmenté, grâce à l'amélioration de la qualité et au fait que les services sont devenus plus accessibles, et aussi grâce aux campagnes IEC.

Toutes les personnes interrogées avaient le sentiment que la formation offerte par l'USAID avait de la valeur, mais selon certains elle n'était pas équitable. Il n'y avait pas de critère de choix des participants, et tandis que certains avaient suivi plusieurs sessions de formations, d'autres n'avaient participé à aucune. Un domaine de formation additionnel suggéré était la formation des accoucheuses pour traiter les complications après l'accouchement.

Concernant les activités IEC, de nombreuses personnes interrogées ont exprimé l'opinion selon laquelle bien qu'elles aient été efficaces de certaines façons, les messages concernant les MST et la planification familiale n'étaient pas adaptés au milieu culturel. L'approche actuelle pour sensibiliser les populations a été souvent critiquée pour être trop ouverte, trop abrupte et non conforme aux normes socio-religieuses. Par contre, certains ont affirmé que les messages sur les relations sexuelles étaient si voilés qu'ils en perdaient leur vigueur. Plusieurs personnes ont

suggere que la communication inter-personnelle etait la meilleure approche pour aborder un sujet si delicat

Concernant la planification familiale, de nombreuses personnes ont ete de l'opinion que l'USAID met trop l'accent sur la planification familiale. Cependant, elles font etat de certains progres vers l'acceptation de la planification familiale parmi la population. De nombreuses femmes connaissent le sujet et les avantages pour la sante de l'espacement des naissances, bien qu'elles n'aient pas assimile l'idee au point d'utiliser reellement une methode de planification familiale. De nombreuses barrieres existent a l'usage des contraceptifs, parmi lesquelles l'analphabeteisme, le manque d'information, la polygamie, l'attitude autoritaire des hommes, le manque d'acces, la peur des effets secondaires, l'opinion de la famille et la pudeur sexuelle.

Concernant l'administration, de nombreuses personnes ont repondu que le fardeau administratif est trop lourd. Ils ont aussi affirme que, malgre les apparences, il y a un manque de coordination entre le Ministere de la sante et les bailleurs de fonds. "Il y a des regions qui beneficent de 3 ou 4 bailleurs de fonds, et il y a des regions qui ont beaucoup d'activites mais n'ont pas de financement. Il faudrait qu'il y ait au niveau du ministere un comite de pilotage des bailleurs de fonds qui puisse faire la repartition et la gerance des fonds des donateurs dans les differentes zones". Il a aussi ete souligne que les per diem etaient variables selon les regions et selon les bailleurs de fonds.

Tous les participants ont ete d'accord pour louer le travail des ONG et pour souhaiter pour le futur une etroite collaboration entre l'USAID et les ONG, sans pour autant delaisser leur soutien au secteur public. La majorite ont rapporte que les ONG avaient plus de facilite d'execution et une approche de terrain plus proche des communautes.

III. Activités d'approvisionnement en eau et d'assainissement de l'USAID au Sénégal. une étude rétrospective couvrant les années depuis l'indépendance jusqu'à nos jours

Cette etude avait pour objet de fournir une etude historique des activites d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement au Senegal au cours de ces 35 dernieres annees et faire des recommandations pour une future participation. De 1960 a 1997, l'USAID a realise peu de projets d'eau potable et d'assainissement. Les bailleurs de fonds autres que l'USAID ont ete les principaux promoteurs des projets d'approvisionnement en eau potable et assainissement, fournissant plus de 350 millions de dollars pour soutenir les activites dans ce secteur pendant les 35 dernieres annees. A cause des secheresses et de la famine qui ont servi au cours des annees 1970 et 1980, l'USAID concentrait son attention sur l'amelioration de la production alimentaire, l'agriculture, l'irrigation et l'appui aux organisations regionales des bassins des fleuves. Selon la litterature existante, et a l'exception de l'etude du plan directeur sanitaire du bassin du Fleuve Senegal, les seules initiatives de l'USAID en matiere d'eau potable et d'assainissement ont ete des composantes relativement modestes de grands projets d'irrigation, d'amenagement de bassins versants, de soins de sante primaire ou de projets non gouvernementaux a plusieurs facettes. Des composantes de formation a l'assainissement etaient executees dans le projet des petits perimetres irrigues de Bakel et le projet Sante rurale.

Comme on l'a prouvé dans l'étude rétrospective quantitative, l'accès à l'eau potable et à de bonnes conditions sanitaires sont des éléments clés dans la mortalité infantile, et cependant, cet accès reste mauvais tant dans les zones urbaines que rurales. Dans les zones urbaines, 96 pour cent de la population ont accès à de l'eau provenant de tuyaux ou à des fontaines publiques, mais on ignore si l'eau provenant de ces sources peut être considérée comme saine. Au même moment, 15 à 30 pour cent seulement de la population urbaine a accès à une forme ou une autre de système d'égouts, et la Banque mondiale prévoit que l'infrastructure des égouts se détériorera avant qu'on puisse faire des améliorations. Dans les zones rurales, on estime que 65 pour cent de la population a accès à une source d'eau saine et fiable, mais l'accès à des services d'élimination des eaux usées et des ordures est nettement plus faible, voire inexistant.

Deux domaines importants ont besoin d'assistance : (1) la prévention des maladies diarrhéiques par une éducation sanitaire améliorée, et (2) des interventions basées sur la communauté pour améliorer l'assainissement et l'approvisionnement en eau dans les zones péri-urbaines. Les approches basées sur chacun de ces besoins peuvent être appliquées en liaison avec des initiatives actuellement prises par la Banque mondiale et l'UNICEF. La Banque mondiale est en train de développer un projet d'eau en mettant l'accent sur la production d'une eau potable saine pour Dakar et la fourniture de services d'assainissement urbain à travers tout le pays. L'UNICEF exécute un programme d'eau potable, assainissement et hygiène à Saint-Louis, Tambacounda et Kolda.

L'approche de prévention des maladies diarrhéiques et l'approche péri-urbaine basée sur la communauté soutiennent les mesures de correction du GdS pour aborder les questions d'approvisionnement en eau saine et autres questions de santé. Le secteur de l'eau du GdS et les réformes de politique proposent de fournir de l'eau potable saine à près de 460 000 citoyens pauvres à Dakar. De plus, reconnaissant que l'élimination inadéquate des excréments constitue une menace constante à la santé publique, le GdS a récemment créé l'ONAS pour développer et promouvoir les systèmes sanitaires individuels qui pourraient convenir aux citoyens pauvres.

Ces deux approches contribueront au but de l'USAID/Sénégal d'augmenter la demande et l'accès aux services de santé maternelle et infantile et d'améliorer leur qualité. Un programme d'éducation sanitaire pourrait être développé, visant à réduire les maladies diarrhéiques qui constituent un facteur significatif de la mortalité des enfants âgés de 1 à 4 ans. Un programme d'approvisionnement en eau et d'amélioration de l'assainissement pourrait aussi aider à atteindre cet objectif en améliorant la qualité de l'eau et des services sanitaires offerts aux mères et aux enfants.

Un autre objectif de l'USAID, augmenter la transparence et l'efficacité de l'administration publique, fournit le cadre d'une assistance centrée sur les approches participatives. Selon le rapport Bloom (Perspectives des soins de santé primaires en Afrique : une autre vision sur le projet Santé rurale du Sine-Saloum au Sénégal) et l'évaluation du projet Santé rurale, l'approche de participation communautaire s'est révélée être un succès énorme dans la région du Sine-Saloum où on mettait l'accent sur la gestion du projet, la coordination inter-agences et l'intérêt porté aux conditions géographiques. La réussite et l'amélioration de la couverture locale et de la capacité

d'accès aux soins de santé était largement due à une participation communautaire accrue et à l'auto-financement

Ce modèle de participation communautaire pourrait être utilisé tant dans les initiatives de développement de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement dans les zones péri-urbaines, et dans l'éducation sur la santé. Cette approche soutiendrait aussi la stratégie actuelle du GdS de transférer quelques responsabilités aux populations locales en les faisant participer aux décisions sur les diverses alternatives d'approvisionnement en eau et d'assainissement

Vu l'expansion de la population et l'émigration croissante vers les zones urbaines (spécialement à Dakar) il faut introduire aussitôt que possible les technologies appropriées aux zones péri-urbaines, et qui devraient aussi déterminer les niveaux de services qui seraient durables des points de vue financier et institutionnel

IV. Assistance au développement de l'USAID au Sénégal: le Partenariat inter-universitaire et le programme des guérisseurs traditionnels Malango

Ce rapport retrace l'histoire du partenariat inter-universitaire ainsi que l'appui de l'USAID au programme des guérisseurs traditionnels Malango

A. Le Partenariat inter-universitaire

En 1987, l'École de santé publique et de médecine tropicale de l'Université de Tulane (USA), l'École de médecine du Collège Morehouse (USA) et l'Institut de santé et développement (ISED-Sénégal) se sont joints dans un triple partenariat inter-universitaire

Au commencement du Partenariat inter-universitaire, les opportunités d'éducation, de formation et de recherche en santé publique étaient très limitées au Sénégal. Les agents de santé des districts étaient dépourvus d'un grand nombre d'aptitudes élémentaires en santé publique nécessaires à diriger leurs districts de santé de façon compétente. Ce manque de préparation empêchait souvent l'exécution de projets de santé innovateurs et rendait la décentralisation difficile

Lors de la création du Partenariat inter-universitaire, l'ISED et le Certificat d'études spéciales en santé publique (CES) existaient déjà mais n'avaient pas été utilisés. Leur activation était alors rendue possible grâce à l'appui accordé au partenariat par l'USAID/Sénégal

L'ISED a été créé en 1987 par un décret présidentiel en tant qu'institut indépendant au sein de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar. L'ISED est unique parmi les institutions de santé publique universitaires de l'Afrique sub-saharienne francophone pour deux raisons. Premièrement, son statut administratif: l'institut est séparé de la Faculté de médecine, ce qui lui permet d'avoir une orientation plus basée sur la population et la prévention des maladies que celle de la faculté. Deuxièmement, il maintient d'étroites relations de travail avec le Ministère de la santé publique et de l'action sociale. Tous les membres du corps enseignant de l'ISED sont tenus de participer à la

pratique de la sante publique soit au sein du ministere, soit dans d'autres ministeres, ou dans une organisation non gouvernementale Cette position leur permet d'incorporer activement leur experience journaliere de pratique de la sante publique dans leur enseignement et les empêche de perdre le contact avec la realite du terrain

Le CES en sante publique a aussi été cree en 1987 et possede plusieurs caracteristiques interessantes qui le rendent unique parmi les programmes de sante publique dans les pays de l'Afrique francophone La duree totale du programme est de deux ans, mais les participants sont tenus de poursuivre leur travail regulier en sante publique et de venir au centre de formation pour des sessions de 2 semaines a la fois La plupart des participants sont des agents de sante de district Si, au lieu d'une formation dans le pays, on les envoyait etudier la sante publique a l'etranger pour un an ou deux, leur absence peserait lourdement sur le systeme de soins de sante Un autre avantage de former les participants localement est son effet sur le maintien du personnel a son poste Avant le CES, quatre medecins avaient ete envoyés a l'etranger pour une formation en sante publique Sur ces quatre, trois quittaient le Senegal pour travailler dans des organisations internationales dans les 2 a 3 annees qui suivaient leur formation Par contre tous les 65 agents de sante de district titulaires du CES de l'ISED sont encore au Senegal au service du gouvernement

Chaque module du CES commence avec une session didactique de 2 semaines au centre de formation, suivie d'une periode de deux mois et demie pendant laquelle les participants retournent a leur poste et pratiquent sur le terrain le materiel didactique appris dans ce module particulier

L'influence du CES s'est fait sentir immediatement Les cadres du Ministere de la sante publique commençaient a remarquer que les districts ayant a leur tête un agent de sante forme fonctionnaient mieux et que la qualite de leurs rapports etait plus elevee que dans les autres districts De plus, de nombreuses interventions specifiques lancees par les agents de sante des districts dans le cadre de leur formation CES avaient une influence importante sur la sante

Grâce au succes du programme des CES en sante publique, et apres deux ans, la Cooperation française exprimait son interêt de poursuivre le programme et fournissait un appui financier pour organiser de nouvelles classes

Le programme d'education a long terme de l'ISED etant mis en place, l'USAID/Senegal fournissait des fonds pour developper la capacite de l'ISED de diriger des sessions de formation de courte duree et d'education continue pour le ministere Le programme offre une formation appropriee au personnel de sante au niveau regional et des districts, qui, a leur tour, forment d'autres membres du personnel Le programme fournit aussi de la formation pour les membres du corps enseignant de l'ISED qui ont fait des etudes de longue et de courte duree aux Etats-Unis

De plus, quelques efforts ont ete faits pour developper les capacites de l'ISED pour la recherche appliquee et l'evaluation des programmes, ce qui est essentiel pour que l'ISED puisse devenir une institution de sante publique universitaire de plein droit Developper cette capacite jouera aussi un rôle majeur dans la viabilite financiere de l'ISED, puisque les besoins d'evaluation et de recherche sont enormes en Afrique francophone et qu'il existe tres peu d'organismes qui sont capables de le faire

B. Le programme des guérisseurs traditionnels Malango

L'Organisation des guérisseurs traditionnels Malango est une association unique de 383 guérisseurs de l'ethnie Serer dans la région de Fatick. Vu la grande influence de la médecine traditionnelle sur la santé et les soins de santé en Afrique, en 1991, l'USAID/Sénégal accordait un don à l'organisation pour mener une enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques de tous les guérisseurs Malango et aussi de l'utilisation des soins de santé par les villageois. Les observations ont fourni une abondante information auparavant inconnue sur la formation, les croyances et les pratiques des guérisseurs Malango et l'utilisation relative de la médecine moderne et traditionnelle par les villageois dans la zone.

En 1995, l'USAID octroyait à l'École de médecine du Collège Morehouse et aux guérisseurs Malango un don additionnel pour développer un programme visant à encourager la collaboration entre les guérisseurs et le système de soins de santé moderne. Le programme était orienté vers la promotion de la planification familiale naturelle et la lutte contre les maladies diarrhéiques. Le programme comportait la construction de huttes de guérisseurs traditionnels, une évaluation ethnographique et épidémiologique des connaissances des guérisseurs en matière de planification familiale naturelle et traitement des maladies diarrhéiques, la formation sur les méthodes de la planification familiale naturelle et le traitement des maladies diarrhéiques et l'installation de guérisseurs Malango dans les huttes construites pour y pratiquer la médecine traditionnelle. Le programme a eu beaucoup de succès en encourageant les guérisseurs et les infirmières des postes de santé voisins à se rencontrer et échanger des idées et des points de vue sur leurs méthodes respectives.

V Conclusions

Les quatre études sur la participation de l'USAID aux programmes de santé et de population exécutées au Sénégal au cours des 35 dernières années offrent des enseignements et des recommandations pour des initiatives futures.

A. La mortalité juvénile-infantile

L'étude quantitative a révélé que la mortalité juvénile-infantile a diminué de façon spectaculaire au cours des vingt dernières années, mais elle reste encore élevée. Des interventions de soins de santé primaires, centrées sur la prévention de la diarrhée, de la malaria, de la rougeole et de l'IRA ont été cruciales pour abaisser la mortalité juvénile-infantile et doivent être maintenues. Comme nous l'avons vu dans l'étude qualitative, le projet Santé rurale du Sine-Saloum a été le pionnier de cette approche.

Les facteurs maternels (la précocité de l'âge de la maternité et des intervalles trop courts entre les naissances) et le fait de ne pas accéder à une eau potable saine et à de bonnes conditions sanitaires sont les facteurs primaires qui contribuent au maintien d'un niveau de mortalité infantile élevée. Afin de réduire encore plus la mortalité juvénile-infantile, il faut s'occuper des facteurs maternels en

augmentant le nombre et améliorant la qualité des programmes de planification familiale pour promouvoir l'espacement des naissances et retarder l'entrée des adolescentes en première grossesse L'USAID a financé plusieurs grands projets de planification familiale et l'étude quantitative montre que ces projets revêtent une importance particulière dans l'amélioration de la santé infantile et juvénile Au même moment, il faut maintenir l'équilibre entre la planification familiale et les autres interventions de soins de santé primaires En effet, selon l'opinion de nombreuses personnes interrogées dans l'étude qualitative, l'USAID mettait trop l'accent sur la planification familiale et négligeait d'autres besoins de santé

L'eau et l'assainissement sont aussi un domaine qui a une influence significative sur la mortalité infantile et constitue une priorité pour le GdS A ce jour, l'USAID n'a financé aucune initiative majeure dans ce domaine, bien que l'éducation sanitaire était un des éléments du projet Santé rurale du Sine-Saloum L'étude sur l'approvisionnement en eau et l'assainissement suggère deux foyers principaux pour les interventions de l'USAID qui sont 1) la prévention des diarrhées par l'amélioration de l'éducation sanitaire, et 2) les interventions communautaires pour améliorer les conditions sanitaires et l'approvisionnement en eau dans les zones péri-urbaines Ces deux interventions pourraient se relier aux grands projets de la Banque mondiale et de l'UNICEF

B La fécondité

L'étude quantitative a aussi trouvé que la fécondité reste élevée dans les zones rurales du Sénégal et n'a commencé à baisser que légèrement dans les zones urbaines Comme l'allaitement est le principal facteur inhibiteur de la fécondité après l'accouchement, le gouvernement doit veiller à ce que cette pratique traditionnelle ne soit pas érodée, tant pour son effet sur la fécondité que son bénéfice pour la santé de l'enfant D'autres facteurs inhibiteurs de la fécondité sont l'utilisation des contraceptifs et l'élévation de l'âge du mariage, mais aucun d'entre eux ne se sont répandus à l'exception des jeunes femmes urbaines et éduquées et ont donc eu un effet très faible sur le taux global de fécondité Des possibilités d'éducation égales pour les jeunes filles permettraient d'abaisser la fécondité, parce que l'éducation a tendance à augmenter l'utilisation de la contraception et d'élever l'âge du mariage La promotion de la planification familiale revêt aussi une importance cruciale pour augmenter l'usage de la contraception et diminuer ainsi la fécondité

Les personnes interrogées dans l'étude qualitative ont rapporté que de nombreuses femmes sénégalaises avaient entendu dire que l'espacement des naissances était bénéfique pour la santé de la mère et de l'enfant, mais que la résistance culturelle à l'utilisation de la contraception persistait Pour promouvoir la contraception, un grand nombre de ces personnes recommandaient d'utiliser des approches inter-personnelles au lieu des campagnes de médias Promouvoir les méthodes naturelles, telles que l'allaitement pourrait être un autre moyen de surmonter la barrière culturelle, ainsi que des approches innovatrices telles que de travailler par le moyen de l'Association des guérisseurs traditionnels Malango

C Les stratégies générales

Le rapport qualitatif montre que l'approche de participation communautaire utilisée dans le projet Santé rurale a été couronnée de succès et pourrait être utilisée comme modèle dans des projets

futurs Par exemple, le rapport sur l'approvisionnement en eau et l'assainissement recommande que les projets d'assainissement péri-urbains utilisent une approche basée sur la communauté qui non seulement contribuerait à réduire la mortalité infantile, mais s'alignerait aussi sur l'objectif de l'USAID d'augmenter la transparence et l'efficacité dans l'administration publique

En général, dans le cadre de la lutte contre la pauvreté et les inégalités, une attention particulière devrait être portée aux populations les plus défavorisées Les débuts d'évolution observés dans l'étude quantitative suggèrent que les changements sont toujours limités aux catégories les plus aisées de la population, la persistance de telles distinctions pourrait accentuer les inégalités dans le pays Des programmes plus appropriés devraient être développés pour les groupes les plus pauvres de la population

Le Partenariat inter-universitaire résout quelques uns des problèmes qui ont empêché une exécution efficace des programmes de santé dans le passé, à savoir le manque de personnel qualifié pour diriger les programmes de santé publique, et ceci en formant les agents de santé de district du Sénégal Un grand nombre des faiblesses identifiées dans le projet Santé rurale étaient dues à une mauvaise administration Le programme CES de l'ISED aborde spécifiquement ce qui semble avoir été un problème crucial pour le projet Santé rurale, à savoir le départ d'une proportion significative de ses techniciens pour des formations outremer

Enfin, les connaissances sur les schémas d'évolution démographique et leurs implications sur le développement économique et social du pays sont très limitées Par ailleurs, les capacités nationales pour augmenter les connaissances et l'information dans ce domaine sont encore très faibles, surtout le système d'état-civil du pays Des efforts particuliers devraient être accomplis pour améliorer la base d'informations en matière de population et de santé de la reproduction Une étape franchie dans cette direction est le fait que l'ISED travaille en ce moment au renforcement de ses capacités de recherche et d'évaluation, qui sera un grand pas vers sa viabilité financière ainsi qu'une contribution majeure à la présence au Sénégal de données de santé publique de haute qualité Une meilleure compréhension des changements des comportements démographiques et des relations mutuelles avec les changements économiques et sociaux permettrait de faire participer plus efficacement la population au processus de planification du développement En effet, dans le contexte de la décentralisation, une plus grande diffusion de l'information socio-démographique faciliterait une plus grande participation de la majorité de la population à l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et programmes de population

VI. Synthèse des recommandations

Comme nous l'avons dit au début, chaque rapport présente ses propres recommandations. Aussi nous ne présentons ici qu'un résumé des principales recommandations.

- L'approche des prestations de soins de santé primaires a eu une importance cruciale dans la réduction de la mortalité infantile et juvénile, elle devra donc être poursuivie.
- Les opportunités d'éducation pour les jeunes filles doivent être augmentées afin d'aider à réduire la fécondité.
- Les programmes de planification familiale doivent être renforcés pour aider à réduire tant la mortalité infantile que la fécondité.
- Il faut trouver un équilibre entre le soutien aux programmes de planification familiale et aux autres programmes de soins de santé primaires importants.
- Les projets d'assainissement doivent être développés, et en particulier la prévention de la diarrhée par l'éducation en matière d'hygiène et d'assainissement, et les interventions communautaires pour améliorer les conditions sanitaires et l'approvisionnement en eau dans les zones péri-urbaines. Ces interventions doivent être coordonnées avec les projets de la Banque mondiale et de l'UNICEF.
- L'approche de participation communautaire suivie au Sine-Saloum a été un véritable succès et devrait servir de modèle pour d'autres projets, tels que les projets d'assainissement des zones péri-urbaines.
- La sensibilisation aux MST/SIDA/PF serait plus conforme aux normes culturelles si elle était faite sur une base inter-personnelle.
- Le système des cases de santé doit être revitalisé.
- L'allaitement au sein diminue la mortalité juvénile-infantile de façon significative et il faut promouvoir cette pratique.
- Il importe d'appuyer les ONG car elles font un travail de sensibilisation des populations avec une approche plus souple et qui atteint tous les niveaux de la population, et en particulier les jeunes adultes.
- Il faut établir une certaine coordination entre les bailleurs de fonds et le Ministère de la santé pour que le financement soit plus équilibré entre les différentes régions.