



**Ministère de la Santé et de la Prévention du  
Sénégal**

-----  
**Direction de la Santé**

**Mapping de l'intégration  
des services PF/SMI et IST/VIH/SIDA dans la région  
de Kaolak au Sénégal**

**Advance Africa  
Mars 2002**



# Table des matières

Acronymes.....	4
Chapitre 1: Le Contexte .....	5
1.1 Advance Africa et son mandat .....	6
1.2 Généralités sur l'intégration des services .....	6
1.3 Cadre de l'exercice du Mapping au Sénégal .....	7
Chapitre 2: Méthodologie .....	9
2.1 But et Objectifs de l'exercice de mapping .....	10
2.1.1 Le But .....	10
2.1.2 Les objectifs .....	10
2.2 Le mapping stratégique et ses limites ? .....	10
2.3 Le déroulement de l'exercice de mapping au Sénégal .....	13
2.3.1 La revue de la littérature. ....	13
2.3.2 Les séances de travail avec les protagonistes au niveau national et régional. ....	13
2.3.3 Les discussions avec les gestionnaires de programmes .....	14
2.3.4 Les visites de terrain .....	14
2.4 Analyse des données collectées.....	15
2.5 Atelier de restitution .....	15
2.6 Particularité de « l'approche mapping » sur l'intégration au Sénégal .....	15
Chapitre 3: Les résultats .....	18
3.1 Les notions d'intégration au Sénégal.....	19
3.1.1 L'intégration IST/VIH-SIDA et SR/PF dans les politiques et les programmes .....	19
3.1.2 Perception de l'intégration par les décideurs et les intervenants .....	19
3.1.3 Perception de l'intégration par les prestataires de service.....	20
3.1.4 Perception de l'intégration par les clients et les leaders communautaires.....	20
3.2 Le niveau d'information des populations en SR/VIH/SIDA.....	20
3.2.1 Les données de la revue de la littérature .....	20
3.2.2 Résultats combinés des visites de terrain, interviews et discussions.....	21
3.2.3 Options de décisions .....	26
3.3 Le niveau de satisfaction des besoins en SR des populations.....	27
3.3.1 Les données de l'analyse documentaires .....	27
3.3.2 Données croisées de l'analyse documentaire, des visites de terrain et des interviews.....	28
3.2.2 Les options de décisions .....	30
3.4 L'appui des Organisations Communautaires à la mise en œuvre des services de SR.....	31
3.4.1 L'organisation de la participation communautaire au programme de santé au Sénégal.....	31
3.4.2 Données croisées des interviews et des visites de terrain .....	32
3.4.3 Les opportunités de renforcement de la participation communautaire dans les programmes de SR.....	34
3.4.4 Les options de décisions.....	34
Chapitre 4: Synthèse des lacunes et des micro-plans de mise en œuvre des mesures correctrices.....	35
4.1 Synthèse des lacunes .....	36
4.1.1 Les clients/individus ne disposent pas d'informations adéquates sur la santé de la reproduction et surtout le VIH/SIDA et la planification familiale .....	36
4.1.2 Les clients ne reçoivent pas de services adéquats au niveau des formations sanitaires .....	37

4.1.3 Les besoins des clients en santé de la reproduction ne sont pas pris en compte et supportés par les organisations communautaires.....	38
4.2 Application de la grille d'évaluation de l'intégration .....	39
4.3 Micro-plans de mise en œuvre des mesures correctrices .....	40
Conclusions et prochaines étapes .....	41
Annexes .....	43
Bibliography.....	70

# Acronymes

<b>ADEMAS:</b> Association de Marketing Social	<b>IST:</b> Infections Sexuellement Transmissibles
<b>AED:</b> Academy for Educational Development	<b>MCD:</b> Médecin chef de District
<b>ASBEF:</b> Association Sénégalaise pour le Bien être Familial	<b>MCR:</b> Médecin Chef de Région
<b>ASC:</b> Agent de Santé Communautaire	<b>MMR:</b> Maternité à Moindre Risques
<b>CBD:</b> Community Based Distribution	<b>MSH:</b> Management Sciences for Health
<b>DISC :</b> Le projet de Développement des Initiatives de Santé Communautaire	<b>OCB:</b> Organisations communautaires de Base
<b>DTT:</b> Deloitte Touch Tomatshu	<b>OMS:</b> Organisation Mondiale de la Santé
<b>CA :</b> Cooperative Agency	<b>ONG:</b> Organisation Non Gouvernementale
<b>CAFS/CEFA:</b> Centre for African Family Studies / Centre d'Etudes de la Famille Africaine	<b>PF:</b> Planification Familiale
<b>CEFOREP:</b> Centre d'Etude et de Formation en Santé de la Reproduction	<b>PCIME:</b> Prise en Charge Intégrée des maladies de l'enfant
<b>CESAG:</b> Centre Africain D'études supérieures en Gestion	<b>PHR:</b> Public health Reform
<b>CCC:</b> Communication pour le Changement de Comportement	<b>PNP:</b> Politiques Normes et Protocoles
<b>CIPD :</b> Conférence Internationale pour la Population et le développement	<b>PO:</b> Planification Opérationnelle
<b>CPN :</b> Consultation Périnatale	<b>PS:</b> Poste de Santé
<b>CNRS :</b> Consultation de Nourrissons Sains	<b>R:</b> Référence
<b>DIU:</b> Dispositif Intra Utérin	<b>SAA:</b> Soin Après Avortement
<b>EDS:</b> Enquête Démographique de Santé	<b>SBC:</b> Service à Base Communautaire
<b>EDSS :</b> Enquête Démographique des Services de Santé	<b>SE:</b> Survie de l'enfant
<b>EVF:</b> Education a la Vie Familiale	<b>SIDA:</b> Syndrome Immuno déficitaire Acquis
<b>FAWE:</b> Forum of African Women Educationalists	<b>SMI:</b> Santé Maternelle et Infantile
<b>FHI:</b> Family Health International	<b>SSP:</b> Soins de Santé Primaire
<b>FNUAP:</b> Fonds Des Nations Unies pour les Activités en matière de Population	<b>TC:</b> Technologie Contraceptive
<b>GEEP:</b>	<b>TPC:</b> Taux de Prévalence Contraceptive
<b>IB:</b> Initiative de Bamako	<b>VCT:</b> Voluntary Counseling Testing (en français: Conseil et Dépistage Volontaire et Anonyme)
<b>IEC:</b> Information, Education, communication	<b>USAID:</b> United State Aid for International Development
<b>IPC:</b> Infirmier Chef de Poste	<b>SR:</b> Santé de la Reproduction
	<b>TME:</b> Transmission Mère Enfant
	<b>VIH :</b> Virus de l'Immunodéficience Humaine

# Chapitre 1: Le Contexte

### **1.1 Advance Africa et son mandat**

Advance Africa est un projet financé par l'USAID pour cinq ans, pour appuyer les programmes de Planification Familiale/Santé de la Reproduction des pays d'Afrique au Sud du Sahara, dans le contexte actuel de la pandémie du VIH/SIDA. Il vise ainsi l'accroissement de la disponibilité et de l'utilisation de services de planification familiale et de santé de la reproduction durables et de qualité. Il est mis en œuvre par un consortium de six organisations dont quatre d'origine américaine : « Management Sciences for Health (MSH) »/Boston, « Academy for Educational Development (AED) »/Washington, Family Health International (FHI) »/North Caroline, et « Deloitte Touch Tomatshu (DTT) »/Washington, et deux d'origine Africaine : « Centre for African Family Studies (CAFS) ou CEFA en français » Nairobi (Kenya), Forum of African Women Educationalists (FAWE) » Nairobi.

L'intervention de Advance Africa se fait principalement à travers un appui technique et stratégique aux missions de l'USAID intaillées en Afrique et à leurs contractants dans le cadre de la coopération bilatérale. Il cherche également dans les pays où il intervient à s'appuyer particulièrement sur les organisations locales de développement, notamment les ONG, les Associations et les groupements des femmes et des jeunes, les municipalités et autres structures décentralisées, pour promouvoir et étendre à l'échelle les meilleures pratiques dans le domaine de la Santé de la reproduction y compris la planification familiale. Advance Africa développe à cet effet des approches et des outils novateurs pouvant permettre de renforcer les capacités et l'efficacité des institutions avec lesquelles il collabore. C'est dans ce cadre qu'il a mis au point tout un ensemble de techniques et de méthodes pratiques pour appuyer les programmes de planning familial/santé de la reproduction et de lutte contre le VIH/SIDA en cours d'exécution dans la région africaine au sud du Sahara. L'une de ces techniques, appelée « Mapping' », a ainsi été appliquée au Sénégal, dans la région de Kaolack au courant des mois de novembre et décembre 2001 pour identifier de manière consensuelle les lacunes dans la mise en œuvre de l'intégration des activités de lutte contre le VIH/SIDA avec celles de PF/SR et les mesures correctrices appropriées à leur apporter. Le présent rapport se propose de présenter sommairement la technique, le déroulement de son application au Sénégal, les résultats enregistrés ainsi que les mesures préconisées.

### **1.2 Généralités sur l'intégration des services**

A la suite de la nouvelle définition consensuelle de la Santé de la Reproduction, acceptée par toutes les nations présentes à la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) de 1994, il a été reconnu parmi les droits humains fondamentaux, *"le droit des hommes et des femmes à l'information et à l'accès à des méthodes sûres, efficaces et abordables de Planification Familiale de leur choix"* et le « droit à l'accès à des soins appropriés » pour une maternité à moindre risque et pour donner aux couples les meilleures chances d'avoir un enfant sain. Des politiques ont été élaborées et des stratégies développées dans les pays pour réaliser ces objectifs adoptés par les 187 pays qui avait participé à cette conférence. Dans le cadre de leur mise en œuvre l'approche verticale que certains programmes avaient privilégiée font aujourd'hui l'objet de vives critiques. On leur reproche surtout d'être très coûteux, de focaliser les systèmes de santé en entier sur un seul aspect des multiples problèmes à résoudre, d'impliquer insuffisamment les populations et aussi de ne pas trop se préoccuper de la pérennisation des activités menées. Elle favoriserait

par ailleurs dans certains cas une duplication contre productive des moyens et une trop grande spécialisation inefficace du personnel. C'est pour toutes ces raisons que des efforts d'intégration et meilleures coordinations des activités sont tentées çà et là dans le cadre de la mise en œuvre des programmes prioritaires de santé de la reproduction/planning familial et de lutte contre le VIH/SIDA.

Le terme "intégration" est employé dans toute une série de situation. L'accent est bien souvent mis sur l'intégration des soins curatifs et préventifs. Elle peut cependant concerner tous les aspects de la mise en œuvre des interventions et concerner ainsi soit le lieu ou le temps, la personne ou les autres ressources engagées, les activités ou la personnes bénéficiaire elle-même des services offerts. Comme le disait à juste raison Bogdan, "la question d'intégration est largement débattue depuis de nombreuses années et la plupart des discussions sur ce sujet ont abouti à plus de chaleur que de lumière" (Bogdan M. Kleezowski, cahiers de santé publique, 1985).

« L'option de centrer les efforts sur la satisfaction des besoins de la personne nonobstant les séparations nettes qui existent entre les divers programmes verticaux, semble faire l'unanimité et donner des résultats prometteurs. L'exemple typique dans ce cadre est constitué par la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) et dans une moindre mesure les tentatives d'intégrer les interventions en direction des personnes vivant avec le VIH à domicile et au niveau communautaire » (I. Diallo et al., Rapport SSP/OMS, 2002).

« La notion " des occasions manquées" à éviter, a été lancée comme un slogan pour promouvoir surtout la vaccination dans le cadre du PEV en voulant l'intégrer aux soins curatifs. Elle n'a pas beaucoup intéressé les acteurs sur le terrain confrontés qu'ils sont au manque de soutien dans l'exécution de leurs multiples tâches. Une seule personne assurerait difficilement en même temps la consultation curative et la vaccination. Le modèle réussi depuis qu'on en parle semble être la PCIME lancée par l'OMS en tant que stratégie de renforcement de la lutte contre la mortalité encore trop élevée des enfants. Son application est même envisagée de nos jours au niveau communautaire, dans le cadre de la mise en œuvre des services à base communautaire (SBC) » (I. Diallo et al. rapport SSP/OMS).

L'intégration des services IST/VIH-SIDA aux autres services de SR /PF repose sur un ensemble des mesures à prendre tant au niveau des politiques, des programmes, des communautés, des points de prestation de services et des secteurs autre que la santé avec pour objectif là également, de donner au client ou à tout individu la possibilité d'accéder à un paquet minimum de services. A défaut d'atteindre l'idéale qui consisterait à offrir aux clients la possibilité d'accéder en un même lieu et à tout moment à tous les services dont il a besoin, il devrait s'assurer qu'à tout point de premier contact avec le système de santé, il reçoit au moins un paquet minimum d'informations sur les IST/VIH-SIDA et la SR/PF et qu'il existe un système efficace de référence pour satisfaire ces besoins en SR.

### **1.3 Cadre de l'exercice du Mapping au Sénégal**

L'organisation du système de soins du Sénégal, à l'image de ceux des autres pays de la région, est structurée selon le modèle préconisé par le scénario de développement à trois phases de l'OMS/AFRO. Il est ainsi de type pyramidal et comporte trois niveaux : le niveau central au sommet représenté par les hôpitaux universitaires (3), le niveau

intermédiaire, par les hôpitaux régionaux (7) et le niveau local, par les hôpitaux des districts (centres de santé) (52) qui polarisent les postes de santé (820), les piliers du système. Les programmes de santé, au nombre de 12 environ sont exécutés pour la plupart sur un mode vertical. La lutte contre le VIH/SIDA et la Santé de la Reproduction figurent parmi les programmes prioritaires du pays. Il se trouve fort heureusement que le Sénégal est le pays d'Afrique au Sud du Sahara où la pandémie du VIH/SIDA connaît le taux le plus bas (inférieur à 2% selon l'ONU SIDA 2000) et la progression la plus contrôlée. Cette situation est due à plusieurs facteurs dont celui le plus communément cité est l'engagement dès le début du gouvernement dans la lutte contre le fléau par la mise sur pied en 1986, à l'apparition des premiers cas, d'un programme national dynamique impliquant toutes les couches sociales et notamment les leaders religieux très influents dans le pays. C'est pourquoi toute idée d'intégration de quelque soit aux activités de ce programme fait réfléchir sur les risques éventuelles d'effriter tant soit peu ces bons résultats acquis. En matière de Planning Familial et des autres composantes de la SR par contre, il est au même niveau que la plupart des pays africains avec un taux de prévalence contraceptive de 8,1 % en 1999 (EDSS). Il a cependant une avancée remarquable en matière de Soins Après Avortement (SAA) opérée durant ces deux dernières années.

Les programmes de santé en général, de lutte contre le SIDA, de PF, de Santé Maternelle et Infantile en particulier sont vigoureusement soutenus par de nombreux bailleurs de fond tels que l'USAID, le FNUAP et la GTZ. Il y a ainsi de nombreux intervenants sur le terrain, attirés certainement entre autre par la paix civile et l'esprit de démocratie qui règnent dans le pays. Le Sénégal a décidé pour optimiser ces investissements et en tirer le maximum d'efficacité en rationalisant au mieux l'utilisation des ressources affectées aux programmes prioritaires de VIH/SIDA et de Santé de la Reproduction y compris le Planning Familial, d'intégrer au niveau opérationnel les activités de ces deux programmes. Cette intégration revêt ainsi pour les autorités du ministère de la santé un grand intérêt et bénéficie à cet effet d'une attention toute particulière des responsables de la gestion des deux programmes à tous les niveaux du système de santé.

C'est pour cette raison qu'ils ont, en accord avec la mission de l'USAID à Dakar, fait appel au projet Advance Africa pour procéder à un exercice de Mapping de cette intégration en vue d'identifier les insuffisances et lacunes dans sa mise en œuvre et leur apporter la solution appropriée.

Lors d'une mission préparatoire d'Advance Africa conduite en octobre 2001, de nombreuses préoccupations ont été exprimées par les différents protagonistes en SR dont les plus marquantes étaient :

- L'insuffisance d'intégration entre les activités de lutte contre les IST/VIH/SIDA et les activités de SR/PF sur le terrain.
- Le souci d'une plus grande synergie d'action entre les différents intervenants en matière de SR.

Sur la base de ces attentes exprimées par les parties prenantes, le Ministère de la Santé et Advance Africa ont convenu de réaliser ce "mapping stratégique" de l'intégration des services IST/VIH/SIDA et de services de FP/SR avant la fin de l'année 2001.

## Chapitre 2: Méthodologie

## **2.1 But et Objectifs de l'exercice de mapping**

### **2.1.1 Le But**

Le but de l'exercice de mapping était d'aider le Ministère de la Santé du Sénégal, la Mission de l'USAID/Sénégal et tous les autres intervenants en matière de SR au Sénégal à déterminer les voies et les moyens pratiques pouvant conduire à une plus grande intégration des activités de PF/Santé maternelle et de IST/VIH/SIDA sur le terrain et à une synergie d'action des intervenants pour accélérer le progrès du programme global de SR au Sénégal.

### **2.1.2 Les objectifs**

- Procéder à une cartographie de l'état des lieux en matière d'intégration des activités IST/VIH/SIDA et des activités de PF/SM en cours sur le terrain
- Procéder à l'analyse critique des informations recueillies sur l'intégration IST/VIH/SIDA et des autres activités de SR (PF et SMI).
- Etablir la cartographie des mesures correctrices préconisées pour améliorer l'intégration
- Etablir de manière consensuelle un micro-plan de mise en œuvre des solutions préconisées retenues

## **2.2 Le mapping stratégique et ses limites ?**

Le mapping stratégique est un processus participatif pour identifier les lacunes et les opportunités d'un programme, d'un projet ou d'un aspect particulier du programme ou du projet, de dégager de manière consensuelle des options pour combler ces lacunes et de visualiser le tout à travers des matrices ou des cartes qui rendent aisée l'utilisation immédiate des résultats.

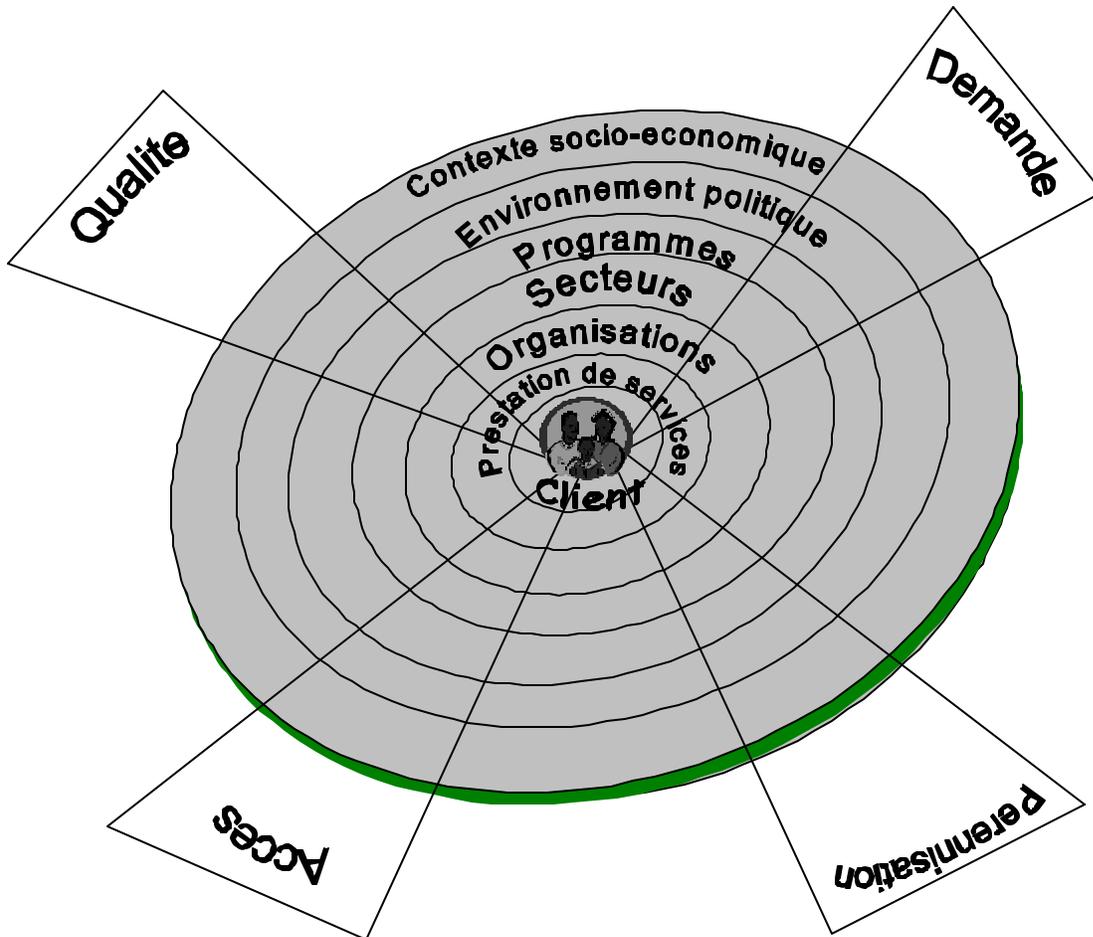
Le mapping est souvent considéré à tort comme étant une recherche. Cette confusion est née du fait qu'une des étapes du processus porte sur la collecte des informations sur le terrain ; l'étape vise essentiellement à la vérification d'informations déjà réunies à partir de l'analyse documentaire et des entretiens avec les décideurs. Quoiqu'elle utilise la rigueur de la collecte de données qualitatives pour la validité et la fidélité des données, on ne saurait étendre la caractéristique de l'étape à tout le processus du mapping qui est un processus itératif d'échange multifonctionnel et holistique pour aboutir à des actions concrètes et pertinentes sur mesure.

Il utilise l'ensemble des résultats des études quantitatives et qualitatives existantes concernant le sujet, confronte ces informations avec l'opinion des protagonistes du programme et des bénéficiaires ainsi que des données d'observation sur le terrain et dégage avec ces même protagonistes un consensus sur les lacunes, les opportunités et les actions à mener pour corriger ces lacunes.

L'instrument fondamental développé par Advance Africa pour guider l'analyse des programmes est le schéma du cadre stratégique (voir schéma ci-après) qui met le

client au centre des préoccupations au regard de tout ce qui touche à la demande des services, à l'accès au services, à la qualité des services et à la pérennisation des acquis aux différents niveaux d'influence que sont le niveau des prestations de services, le niveau des organisations intervenantes, le niveau des différents secteurs , le niveau du développement des programmes et le niveau des politiques et du contexte socioéconomique. Cette analyse examine la situation au sein de chaque niveau et permet aussi d'identifier les liens entre les différents niveaux.

### CADRE STRATEGIQUE D'ANALYSE DES PROGRAMMES



En ce qui concerne le cas spécifique du mapping sur l'intégration IST/VIH-SIDA et SR/PF au Sénégal, l'exercice a porté sur

- l'intégration IST/VIH/SIDA avec les autres composantes de la SR. /PF au niveau des politiques et des programmes
- L'intégration de ces services au niveau des points de prestations de service
- La perception de l'intégration par les clients et par la communauté ?
- Les actions à mener pour améliorer l'intégration

### **2.3 Le déroulement de l'exercice de mapping au Sénégal**

Il s'est déroulé en deux grandes parties :

La première partie s'est déroulée en 2 semaines du 19 novembre au 7 décembre 2001 en 4 phases comprenant la revue de la littérature, les séances de travail avec les protagonistes, la collecte d'informations auprès des personnes clés et les visites du terrain.

La deuxième partie a consisté en l'organisation d'un atelier de restitution les 21 et 23 mars 2002 à Mbour.

#### **2.3.1 La revue de la littérature.**

Elle a consisté à extraire à partir des documents de Politiques, Normes et Procédures de Santé de la Reproduction (PNP/SR), les rapports des études existantes tels que l'EDSS 1997, l'analyse situationnelle des SONU du FNUAP, l'étude du secteur privé de santé dans la région de Kaolack etc., les éléments en rapport avec les IST/VIH-SIDA, la PF et les autres composantes de SR afin d'étayer et d'expliquer les constats recueillis sur le terrain.

#### **2.3.2 Les séances de travail avec les protagonistes au niveau national et régional.**

La première séance de travail a eu lieu à Dakar le mardi 21 novembre 2001 et a connue la participation de tous les principaux protagonistes de la SR du niveau central :

- La Direction Nationale de la Santé, La Direction de la Santé de la Reproduction et le Programme National de Lutte Contre le SIDA pour le compte du Ministère de la Santé
- La Direction de la Planification du Ministère du Plan
- L'USAID, Le FNUAP, La GTZ et l'OMS
- FHI, MSH, EngenderHealth, Basics en tant que agences d'exécution
- ADEMAS, ASBEF, CEFORP, CESAG, ENABLE projet, FAWE et SANFAM en tant que ONG

Cette séance de travail avait pour but d'obtenir l'appropriation du processus de Mapping par les nationaux et les intervenants en SR, de valider les outils proposés, de recueillir leur opinion sur la situation de l'intégration au Sénégal, d'obtenir un consensus sur les informations complémentaires à collecter sur le terrain et de mettre sur pied l'équipe devant conduire les visites de terrain avec Advance Africa'.

La deuxième séance de travail a réuni les protagonistes du niveau régional de Kaolack le mardi 4 décembre 2001 :

- Le Médecin Chef de Région et les 4 médecins chefs de District
- Les intervenants au niveau de la région tels que l'ASBEF et MSH
- Le secteur privé
- Les représentants des associations communautaires ...

Elle a eu pour but de discuter l'opinion des protagonistes régionaux sur le sujet du mapping, de confronter leurs avis avec les informations déjà recueillies durant les visites de terrain, d'aboutir à un consensus sur les lacunes et les opportunités d'intégration de la région et sur les options d'action à mener pour améliorer la situation.

La troisième séance de travail a réuni à Dakar le jeudi 6 décembre 2001 les mêmes protagonistes de la première séance pour partager avec eux les résultats préliminaires de l'exercice de mapping et obtenir un deuxième consensus du niveau central sur ces résultats.

### **2.3.3 Les discussions avec les gestionnaires de programmes**

En dehors des séances de travail et des visites de terrain, des discussions individuelles qui ont eu lieu avec personnes clés tels que le Directeur National de la Santé, le Directeur de la SR, le Directeur du PNLS, des différents responsables des Agences d'exécution et des ONG au niveau de Dakar, du Directeur de la Région Sanitaire de Kaolack, ont permis de collecter des informations utiles sur l'intégration des IST/VIH-SIDA.

### **2.3.4 Les visites de terrain**

Les visites de terrain se sont déroulées du 23 novembre au 3 décembre 2001 dans la région de Kaolack qui est l'une des régions d'intervention de l'USAID. Ce choix se justifie par le fait que la région est un important carrefour commercial qui connaît un taux de prévalence au VIH le plus élevé du Sénégal. Il s'est agi de visiter les points de prestation de services de PF et santé maternelle publiques, confessionnels, privés et communautaires pour apprécier le niveau d'intégration et d'y conduire des interviews au niveau communautaire dans tous les 4 districts sanitaires (Kaolack, Kafrine, Koungueul et Nioro) de la région.

Quatre équipes ont été constituées. Chacune d'elle incluait un membre d'Advance Africa et d'un ou deux représentants nationaux des institutions connaissant très bien le système de santé et les programmes en cours.

Des outils standardisés de collecte d'information ont été élaborés en commun par les équipes et la collecte s'est déroulée simultanément dans les 4 districts.

Au niveau de chaque district sanitaire, le centre de santé du district, un poste de santé et une case de santé ont été visités. Dans Kaolack, un cabinet privé et la clinique de l'ASBEF ont été visités.

- Les interviews structurées avec les groupes suivants ont eu lieu:
- Les clients des formations sanitaires
- Les prestataires de services au niveau des points de prestation de service de santé et au niveau communautaire
- Les leaders communautaires incluant les élus locaux, les leaders religieux et représentant de groupements et associations de femmes et de jeunes
- Les responsables du secteur social et du secteur de l'éducation

Ces interviews ont touché 90 personnes représentant tous ces niveaux et ont permis de recueillir leur opinion sur l'intégration des services de santé de la reproduction.

## **2.4 Analyse des données collectées**

A l'issue de la collecte des données, chaque équipe a procédé à une analyse primaire des informations recueillies afin de les classer en lacunes ou opportunités sur l'intégration des services.

Cette analyse primaire a abouti à un premier "mapp" des opportunités et des lacunes qui ont été soumis à la critique des intervenants en SR tant au niveau régional qu'au niveau central au cours des séances de travail susmentionnées afin d'obtenir un consensus sur les éléments trouvés et de dégager en commun des options d'action.

A l'issue du processus de mapping, l'équipe d'Advance Africa disposait ainsi d'un "mapp" primaire des lacunes, des opportunités d'intégration et des options d'actions ayant obtenu le consensus des différents intervenants et des décideurs.

Une analyse secondaire faite à Washington par l'équipe d'Advance Africa a consisté à confronter les résultats des visites de terrain avec les données des études quantitatives et de toutes les données de la littérature recueillies, de réorganiser les lacunes et les opportunités consensuellement trouvées autour de trois thèmes majeurs qui sont :

- Le niveau d'information des populations en SR/VIH/SIDA :
- Le niveau de satisfaction des besoins des populations :
- L'appui des Organisations Communautaires à la mise en œuvre des services de SR :

## **2.5 Atelier de restitution**

Au tour des résultats ainsi réorganisés en trois thèmes, l'atelier de restitution s'est réuni les 21 et 23 mars 2002, dans le but de valider les résultats définitifs et de formuler un plan d'action qui engage immédiatement les différents intervenants à corriger les lacunes identifiées.

Cet atelier de restitution a réuni les mêmes parties prenantes du niveau central et du niveau de la région de Kaolack que lors des séances de travail de novembre et décembre 2001.

En s'appuyant sur la notion d'intégration du document des PNP de Santé de la Reproduction du Sénégal, les participants à l'aide d'une grille simple d'évaluation de l'intégration par niveau de structure sanitaire, ont examiné en détail la liste des lacunes et des options de décisions des trois grands thèmes, ont choisi celles sur lesquelles des actions pouvaient être engagées et ont élaboré un plan d'action qui permettra dans un délai court de combler certaines des lacunes identifiées.

## **2.6 Particularité de « l'approche mapping » sur l'intégration au Sénégal**

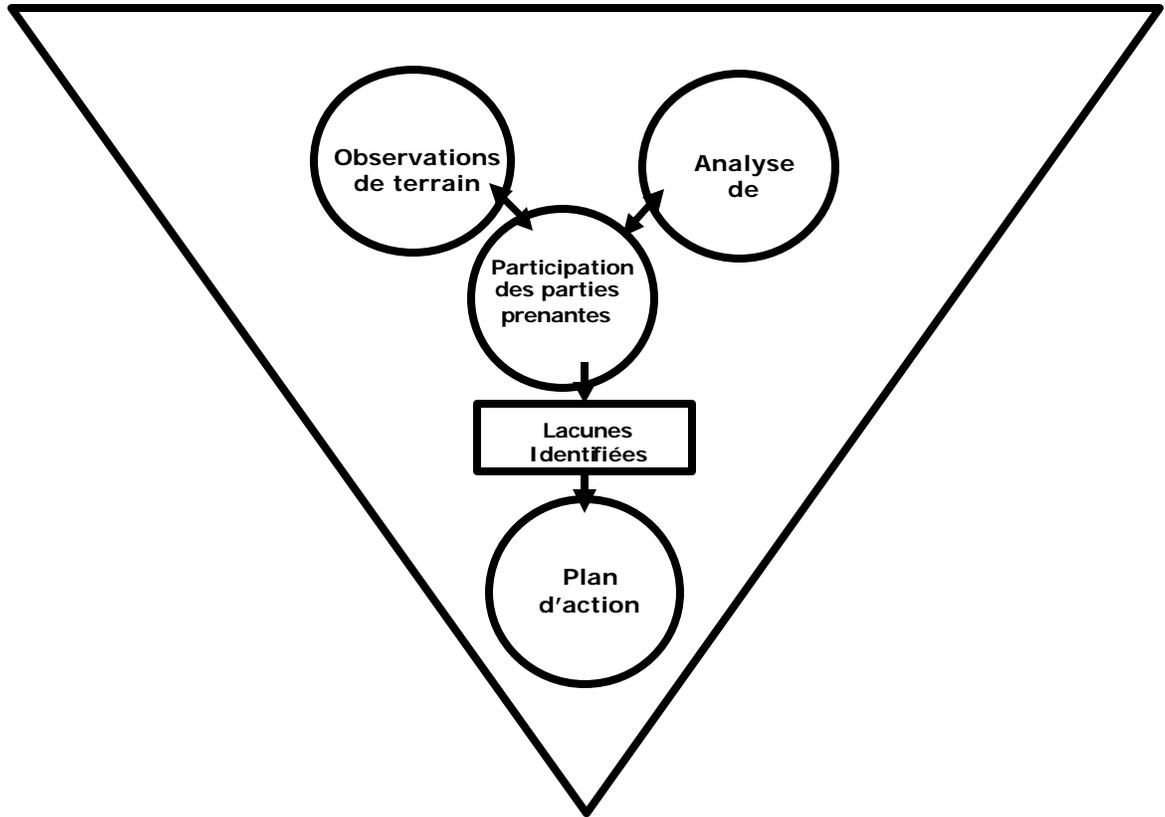
La particularité de l'approche utilisée au Sénégal repose sur le processus en triangulation des informations recueillies. Cette approche est basée sur le consensus permanent avec les parties prenantes à toutes les étapes :

- Identification du problème central et collecte des données
- Analyse des données.
- Consensus sur les lacunes identifiées

- (voir
- Plan de résolution pratique des problèmes  
schéma

ci-après)

## Processus du mapping au Sénégal



## Chapitre 3: Les résultats

Ces résultats vont porter dans un premier temps sur les notions d'intégration des services de IST/VIH-SIDA et des services de SR/PF telles que formulées dans les politiques et telles que perçues par les décideurs, les intervenants et les utilisateurs des services à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Dans un deuxième temps, les trois grands groupes de lacunes organisés autour des trois thèmes que constituent

- Le niveau d'information des populations en SR
- Le niveau de satisfaction des besoins en SR des populations
- L'appui des Organisations Communautaires aux services de SR,

seront présentés et commentés avec les opportunités et les options de décisions y afférents.

Les mapps des lacunes identifiées et les micro plans d'action seront en annexes.

### **3.1 Les notions d'intégration au Sénégal**

#### **3.1.1 L'intégration IST/VIH-SIDA et SR/PF dans les politiques et les programmes**

Au niveau des documents de Politique, Normes et Procédures de Santé de la Reproduction déjà validée mais non encore disséminée au moment de l'exercice de mapping, les aspects liés à l'intégration sont énoncés dans les composantes de la SR qui découlent de la définition issue de la CIPD.

Il y est y aussi clairement écrit ce qui suit : « Toutes les activités doivent être menées tous les jours ouvrables dans les mêmes locaux et par un personnel polyvalent au niveau de la maternité rurale et du poste de santé. Au niveau du centre de santé, de l'hôpital régional et du CHU, il s'agit d'une intégration géographique des services avec un système de référence interne » (Politique et norme de services de SR, 2000 P6). Ce pendant dans les normes, il apparaît une exclusivité accordée à trois composantes sur les 9 énoncées dans la politique : La Maternité à Moindre Risque, La Survie de l'Enfant et la Planification Familiale. Les IST/VIH/SIDA sont juste mentionnés en tant que composantes dans la politique mais les normes de services n'y sont pas développées.

Au niveau des programmes, les approches sont verticales et les intervenants au niveau central sont organisés autour des programmes verticaux en trois grands pools que sont la PF et la Santé Maternelle, la Survie de l'Enfant et la Lutte contre le SIDA.

Au niveau le plus périphérique du système publique de santé, l'application de l'Initiative de Bamako a introduit la notion de Paquet Minimum d'Activité ( PMA) qui impose l'offre en un même lieu de services minimums comprenant les soins curatifs, les Services de Maternité à Moindre Risque, de Survie de l'Enfant et de Planification Familiale. Si les IST sont compris dans ce PMA à travers l'approche syndromique, le VIH-SIDA de par sa complexité n'y est pas encore inclus de façon systématisée.

#### **3.1.2 Perception de l'intégration par les décideurs et les intervenants**

Les décideurs et les intervenants perçoivent l'intégration comme devant se faire au niveau des prestations de services. Au niveau central des mécanismes de coordination plus systématiques devraient pouvoir renforcer l'intégration des programmes qui restent verticaux pour des raisons de choix stratégiques ou politiques.

### 3.1.3 Perception de l'intégration par les prestataires de service

La perception de l'intégration des services de SR des prestataires est surtout relative à ce que l'offre des services devrait être au niveau des points de prestations de service. De leur avis les services de SR sont déjà intégrés du fait que les points de prestations de services offrent tous les services essentiels de SR et réfèrent les clients à des structures plus compétentes lorsqu'ils ne sont pas en mesure de satisfaire la demande. Ils sont cependant d'accord sur le fait que leur formation et les moyens à leur disposition ne leur permettent pas une telle organisation des services.

Perçu comme tel leur notion de l'intégration semble ne pas inclure le besoin de disponibilité quotidienne de l'ensemble des services au même endroit ni la nécessité de saisir chaque opportunité de visite du client pour l'informer sur d'autres aspects de SR que le problème qui l'a conduit à la formation sanitaire.

### 3.1.4 Perception de l'intégration par les clients et les leaders communautaires

Pour les clients, les leaders d'opinion, les leaders religieux, et les responsables de groupement Le concept d'intégration en lui-même n'est pas perçu à leur niveau. Elle se traduit plutôt par des attentes spécifiques en terme de qualité des services et en termes d'accès de proximité à tous les services qu'ils veulent avoir. Ils ont cité la radio ou tous les examens complémentaires qu'ils ne peuvent obtenir au centre de santé.

Ainsi, le souhait de pouvoir recevoir en une seule fois les services attendus au lieu d'avoir à effectuer plusieurs aller retour dans la formation sanitaire ou d'avoir à être référé au chef lieu de région pour des services d'examen complémentaires est fortement exprimé par tous. Les femmes ont manifesté leurs souhaits de pouvoir par exemple avoir en même temps la vaccination de leur enfant lorsqu'elles viennent pour la consultation de nourrissons au lieu d'avoir à revenir un autre jour.

De façon globale un intérêt a été noté sur le souhait d'avoir l'information de santé juste afin d'adopter le comportement adéquat.

Les leaders communautaires quant à eux ont souligné et insisté sur la cherté des médicaments, le besoin d'éducation des populations sur des sujets critiques et actuel comme les IST/VIH/SIDA.

**En conclusion** la notion sur l'intégration des services est très diversement perçue selon les différents niveaux de la pyramide de santé. Celle préconisée dans le document dans les PNP est très ambitieuse puisqu'elle préconise une intégration de temps, de lieu et de polyvalence de tous les agents de santé du niveau périphérique.

## 3.2 Le niveau d'information des populations en SR/VIH/SIDA.

### 3.2.1 Les données de la revue de la littérature

Les études quantitatives et particulièrement l'EDSS 1997 donnent les éléments suivants qui sont connus :

- La connaissance brute sur les méthodes contraceptives modernes à Kaolack est relativement élevée (83%),

- Moins de la moitié des femmes (41%) peuvent citer au moins deux avantages liés à l'utilisation de la planification familiale (Kaffrine 28%, Kongheul 25%, Niore 41%, district de Kaolack 55%). Parmi les hommes de la région, environ 46% pouvaient citer au moins deux avantages.
- A Kaolack, le taux de fécondité est de 6,4, comparé à une moyenne nationale de 5,2. Mais, dans les zones rurales, la fécondité reste extrêmement élevée – plus de huit enfants par femme (EDS, 1997).
- Le besoin non satisfait est estimé à environ 32% au Sénégal et le taux de mortalité maternelle reste élevé puisque estimée à 510 pour 100 000 naissances vivantes en 2001.
- Seules 48% des femmes dans la région de Kaolack ont eu au moins trois visites prénatales, indiquant une utilisation relativement faible des services en général.
- 22% seulement des enfants de moins de deux ans ont eu toutes les vaccinations recommandées.
- Moins de la moitié des hommes à Kaolack (40%) ont mentionné le condom comme méthode de protection contre le VIH et 25% seulement ont mentionné le fait d'éviter de multiples partenaires, et 58% ont mentionné la fidélité.
- 15% seulement des femmes ont mentionné le condom comme méthode de prévention du SIDA, 25% ont mentionné le fait d'éviter les multiples partenaires et 66% ont mentionné la fidélité.
- 35% seulement des hommes à Kaolack qui avaient une partenaire occasionnelle ont utilisé un condom la dernière fois qu'ils ont eu des rapports sexuels avec la partenaire occasionnelle ; 14% seulement des femmes.
- 26% seulement des adolescentes dans le district de Kaolack, 10% à Kaffrine, 15% à Kongheul, 34% à Niore connaissent une formation sanitaire où elle se sentait à l'aise
- 43% des adolescents masculins connaissaient une formation sanitaire où ils se sentaient à l'aise dans la région (20% à Kaffrine, 18% à Kougheul, 46% à Niore.)
- Environ une femme sur cinq (20%) et d'hommes (23%) ont pu citer correctement deux ou plusieurs signes spécifiques du SIDA.

Ces éléments de la littérature montrent bien que la connaissance générale que l'on juge souvent hâtivement satisfaisante en référence aux taux brutes supérieurs à 80 % masque bien souvent les aspects spécifiques qui décrivent mieux la faiblesse du système d'IEC. Les visites sur le terrain et les interviews ont découverts des éléments qualitatifs qui corroborent le déficit réel d'information des populations et l'explique.

### **3.2.2 Résultats combinés des visites de terrain, interviews et discussions**

#### **1) Accès à l'information dans la communauté**

Les campagnes d'IEC à travers les causeries de quartiers n'atteignent pas souvent leurs cibles. Par exemples lorsqu'ils sont destinés aux hommes, on ne voit au cours de la séance que de nombreux enfants. Ils sont rares et du fait qu'ils touchent à des sujets variés, les personnes assistant à une séance sur la maternité ne sont pas forcément

celles qui assisteront à la prochaine séance sur la PF ou le VIH/SIDA. Cela abouti à des occasions manquées d'information. Des systèmes verticaux d'information ciblés envers les groupes à risque tels que les camionneurs, les prostituées et les jeunes scolaires fonctionnent mais ne créent pas une synergie vers une couverture globale de la population.

Le système de relais par les agents de santé communautaires qui est supposé apporter une information personnalisée aux couples et aux individus ne fonctionne pas correctement du fait d'un manque de motivation de ces agents et aussi du manque cruel de matériel IEC constaté sur le terrain. Dans les cases de santé visitées, aucun agent ne disposait ni d'affiches ni de boîtes à images appropriées à une information correcte sur la PF, les IST/VIH/SIDA et même sur la maternité à moindre risque et la survie de l'enfant. Ces agents sont apparemment frustrés par le manque de ressources pour réaliser les activités soit dans les cases de santé, soit au niveau communautaire. Les moyens de transport sont presque toujours mentionnés par les agents de santé communautaires comme un sérieux handicap pour porter l'information vers les communautés rurales.

Les dirigeants religieux, bien qu'ils soutiennent en général les activités promotionnelles de la SR dans les communautés, ne sont pas de véritables défenseurs de la planification familiale ou des interventions de prévention du VIH/SIDA. Ils jugent acceptable la promotion des condoms pour la planification familiale dans le couple, mais non acceptable pour la prévention du VIH/SIDA chez les non mariés. La promotion de la double protection ne serait pas acceptable car les dirigeants religieux soutiennent uniquement l'abstinence et la fidélité comme moyen d'éviter la transmission du VIH. D'autres dirigeants communautaires manquent d'information sur la SR et, par conséquent, ne peuvent pas fournir la direction et le soutien nécessaires à leur communauté pour encourager de meilleures pratiques en SR.

## **2) Accès à l'information au niveau des points de prestations de services**

Au niveau des centres de santé et des postes de santé le personnel organise de temps en tant des séances de causeries sur des thèmes divers avant le début des prestations de soins les matins. Là aussi, les causeries sur les sujets de PF ou IST/VIH/SIDA touchent de façon aléatoire les femmes présentes le jour où ces thèmes sont programmés. Très peu de femmes sont touchées par ces causeries car elles n'arrivent pas souvent en même temps le matin. Lorsqu'un prestataire se trouve en face d'une cliente ou d'un client, ils ne discutent en général que du sujet qui amène la personne au centre de santé. Plusieurs clientes venues pour CPN ou pour la vaccination de leur enfant ont affirmé que le prestataire ne leur a pas parlé de PF ni de IST/VIH/SIDA. Pendant les heures d'attente, il n'y a ni affiches, ni brochures, ni matériel audio-visuel pouvant contribuer à l'information des clients. Il n'existe même pas de simples pancartes pour guider les clients d'un service à l'autre à l'intérieur d'un même établissement particulièrement dans les centres de santé où les services sont éloignés les uns des autres.

Les prestataires ont avoué que d'après elles, l'information aux utilisateurs relève principalement du rôle des relais communautaires. Elles ont déclaré aussi ne parler du SIDA qu'aux personnes à risque telles que les prostituées.

De plus, le personnel limité qui est disponible ne dispose pas de temps suffisant pour fournir régulièrement l'information. De fait, c'est à chaque prestataire de décider, en

fonction du niveau de risque perçu, s'il doit prendre ou non le temps de parler au client. Une sage-femme visitée a indiqué qu'elle ne donnait pas d'information sur la planification familiale ou le VIH/SIDA lors d'une consultation prénatale, à moins qu'elle pense que la cliente court un risque. Elle a indiqué qu'étant toute seule, elle n'avait pas le temps de parler à chacune des nombreuses clientes qu'elle reçoit par jour.

### **3) L'accès à l'information aux jeunes**

En dehors de la ville de Kaolack, il n'existe pas de services ou d'endroits spécialisés où les jeunes peuvent se rendre pour obtenir information et aide. L'ASC cherche à réaliser des activités d'IEC axées sur les jeunes, mais ces activités sont limitées pour les raisons de financement et n'arrivent pas à tous les groupes ciblés.

### **4) Accès à l'information dans le système éducatif et les autres secteurs**

Dans nos visites sur le terrain les jeunes scolaires interrogés avaient une connaissance plus étendue et plus précise sur la SR en générale, la PF et les IST/VIH/SIDA en particulier. En effet, les aspects liés à la SR sont introduits dans les écoles depuis 1993. Malgré l'existence relativement longue des programmes de santé et de lutte contre le SIDA en milieu scolaire au Sénégal, il a été signalé une insuffisance de matériel didactique et une insuffisance de temps consacré à ces sujets. Les heures de sports empiètent sur les séances de causeries et les agents de santé n'ont pas souvent le temps de venir renforcer les clubs de jeunes ou les enseignants qui donnent les informations. Il n'y a pas d'harmonisation des nombreux messages diffusés par de multiples intervenants au niveau des écoles. Cela induit parfois des informations inadéquates données aux jeunes à propos de la SR. Le programme de médecine scolaire ne fonctionne pas bien et il n'y aucune coordination entre les services de l'inspection médicale et ceux de l'inspection de l'Education.

S'agissant des autres secteurs, le responsable du secteur des affaires sociales qui a été visité dans Kaffrine affirme disposer d'un important groupe de relais d'information multidisciplinaires (santé, agriculture, éducation, environnement etc.). Ces relais parlent de temps en temps de PF et de VIH/SIDA mais il estime que durant ces dernières années, la santé ne l'associe plus aux décisions et à l'élaboration de stratégies de sensibilisation en santé. Dans le plan d'opération de 2000, aucun fonds n'était octroyé aux activités de coordination du VIH/SIDA.

### **5) Conséquences de l'accès limité à l'information**

#### **5-1) En matière de planification familiale**

Un grand nombre de femmes dans la région de Kaolack, surtout dans les zones rurales, sont exposées aux risques de grossesse non souhaitée du fait qu'elles-mêmes et/ou leur mari ne disposent pas d'une information suffisante pour prendre des choix informés à propos de leur fécondité. Les faits montrent ainsi que la majorité des hommes et des femmes, surtout dans les zones rurales, ne disposent pas d'information appropriée sur les avantages, les options et les risques en matière de reproduction. Cela renforce les croyances et pratiques culturelles courantes dans la région et peut expliquer en grande partie la sous utilisation des formations sanitaires (et par conséquent, un accès encore plus limité à l'information). L'information parfois inadéquate fournie directement par les prestataires de services insuffisamment formés

renforce les barrières à l'utilisation des services de planification familiale. A Kaolack, le taux de fécondité est de 6,4, comparé à une moyenne nationale de 5,2 et dans les zones rurales, la fécondité reste extrêmement élevée, allant jusqu'à plus de huit enfants par femme (EDS, 1997).

### **5-2) En matière de VIH/SIDA**

L'insuffisance d'information adéquate entraîne probablement un risque accru d'extension du VIH parmi la population de Kaolack et surtout un risque d'atteinte des populations rurales encore relativement protégées. L'épidémie est certes concentrée parmi les groupes à hauts risques dont les prostituées, les camionneurs et les ouvriers migrants, mais les statistiques récentes montrent que le taux général au Sénégal a probablement augmenté, passant de 1,4% (noté en 1998) à 1,77% (2000). Parmi les travailleuses du sexe, le taux augmente régulièrement atteignant presque 30% à Kaolack. Nous avons retrouvé une sorte de dénie de l'existence du SIDA dans le district de Nioro. Le SIDA reste encore perçu comme le mal ne pouvant arriver qu'à l'autre. Cette faible perception du risque personnel, est un facteur de plus grande vulnérabilité.

### **5-3) En matière de Maternité sans risque et survie de l'enfant**

Les taux d'utilisation bien que meilleurs à ceux de la PF restent bas et stagnants car les schémas habituels d'information sur ces sujets ne semblent plus avoir prise sur la population.

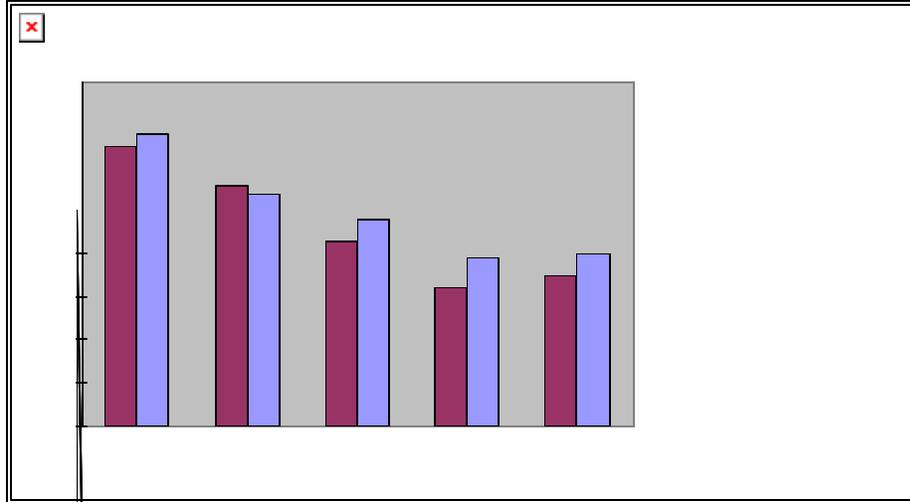
## **6) Quelques causes de l'insuffisance d'accès à l'information**

Plusieurs facteurs expliquent la situation à Kaolack, tel que décrit ci-dessus. Les observations faites sur le terrain par l'équipe d'Advance Africa, les discussions avec les parties concernées et autres responsables de programme et décideurs, ainsi que les données provenant d'autres sources ont aidé à identifier certains de ces facteurs.

### **6-1) Facteurs liés au financement du système de santé**

L'une des causes principales se rapporte à l'insuffisance de financement disponible ou octroyé aux activités IEC/CCC perçues comme peu prioritaires par rapport à d'autres domaines de programme. Par exemple, en 2000, 63% du financement du plan opérationnel pour le VIH/SIDA était accordé à l'achat de condoms et 5% seulement, soit 4910\$, étaient dépensés pour les activités en matière d'IEC pour la région de Kaolack (voir graphique ci-dessous).

## Dépenses prioritaires pour le VIH/SIDA en 2000



Source: "Funding and Implementing HIV/AIDS Activities in the Context of Decentralization: Ethiopia and Senegal, Partnerships for Health Reform, 2001

Dans les districts de Kaolack et de Kaffrine, 493\$ seulement étaient accordés à l'IEC pour le VIH/SIDA. Les déséquilibres de financement entre les régions, les «stratégies de zonage » des bailleurs de fonds et le manque de coordination entre bailleurs de fonds contribuent également au problème.

### 6-2) absence d'approches standardisée d'interventions en IEC/CCC au niveau de la région

Les interventions d'IEC/CCC ne reçoivent pas une attention suffisante dans la région et en conséquence, il n'existe pas une stratégie régionale d'IEC/CCC en SR en général et plus particulièrement en PF et VIH/SIDA. Les interventions ne sont pas soutenues adéquatement au niveau de la formation sanitaire et par le biais de la stratégie avancée dans la communauté. Les interventions d'IEC pour la planification familiale et la lutte contre le VIH/SIDA à tous les niveaux du district et du système de santé communautaire sont très limitées et non existantes dans un grand nombre d'endroits observés. Il n'existe pas un paquet minimum d'informations que le prestataire doit dispenser à chaque niveau de la pyramide sanitaire.

Le plan d'opération pour l'année 2000 indique qu'aucun fonds n'a été octroyé pour la formation ou le counseling concernant la prévention du VIH/SIDA ou les soins pour les

personnes atteintes du SIDA dans la région de Kaolack.<sup>1</sup> Il n'existe pas de chiffres indiquant les niveaux de dépenses pour les activités de planification familiale dans les formations sanitaires, mais des prestataires ont indiqué qu'ils n'avaient pas reçu de formation en PF, ou de recyclage en CPN depuis cinq ans.

Ces données peuvent se résumer en une phrase :

**Les clients/individus ne disposent pas d'information appropriée sur la santé de la reproduction, surtout le VIH/SIDA et la planification familiale.**

## **7) Les opportunités d'amélioration de la situation**

Dans la région de nombreuses opportunités et des ressources qui peuvent contribuer à la résolution de nombreuses lacunes identifiées existent :

- Les ONG nationales et internationales telles que, Africare, ASBEF, Plan International, SANFAM, World Vision etc. peuvent jouer un rôle plus important dans le cadre d'une stratégie concertée d'IEC/CCC.
- Le réseau de relais de jeunes et d'agents de santé communautaire malgré leurs faiblesses actuelles constitue un atout pour construire un système d'IEC efficace.
- Les groupements de femmes et toutes les organisations communautaires sont autant de courroie pour une organisation plus structurée de l'information en SR

### **.3.2.3 Options de décisions**

#### **1) Pour un meilleur accès à l'information en planification familiale et en VIH/SIDA**

- Recentrer les priorités du programme en insistant davantage sur l'IEC/CCC et fournir un soutien plus important aux formations sanitaires du niveau district et aux activités d'éducation communautaire.
- Cibler les populations rurales avec un effort d'IEC/CCC concerté, constant et continu.
- Mettre en place un ensemble intégré d'informations simples en SR pour les clients.
- Mettre en place une stratégie cohérente et synergique de diffusion de l'ensemble intégré d'informations en SR par l'entremise des canaux de santé publique, mass media, communautés, écoles et autres secteurs, etc.
- Augmenter le personnel disponible pour le counseling dans les formations sanitaires.
- Former les prestataires de services en matière de counseling pour la prise en charge des cas de VIH/SIDA, de personnes atteintes du SIDA, de la TME, de la planification familiale.
- Renforcer le système de référence interne et externe pour le counseling.

#### **2) Pour une meilleure information en santé de la reproduction dans les écoles et autres secteurs**

- Formuler des stratégies de plaidoyer en SR pour les secteurs hors santé.

- Renforcer la coordination entre le secteur de la santé et le secteur hors santé concernant la SR.
- Renforcer le soutien pour les jeunes par le biais de canaux multiples (centres ASBEF pour les jeunes, mass media, dans les formations sanitaires, GEEP, FAWE, écoles, etc.)
- Apporter un soutien supplémentaire aux ONG en tant que ressources pour l'information et de services pour les jeunes .
- Renforcer les programmes scolaires en introduisant l'ensemble intégré d'information SR (également utilisé dans les centres de santé).
- Introduire l'ensemble intégré d'information des jeunes en SR par le biais de canaux de jeunes.

### **3) Pour une moindre influence des facteurs socioculturels**

- Plaider pour un meilleur soutien par l'entremise des dirigeants communautaires les dirigeants religieux, autres secteurs (agricole, commercial privé, etc.).
- Avec la recherche en tant que base, formuler des stratégies pour supprimer les barrières culturelles.
- Continuer à renforcer les programmes d'éducation/alphabétisation, surtout dans les zones rurales.
- Continuer la promotion des condoms par le biais des canaux appropriés.

### **3.3. Le niveau de satisfaction des besoins en SR des populations.**

#### **3.3.1 Les données de l'analyse documentaires**

L'appréciation générale du niveau de satisfaction des besoins de la population se résume au fait que **Les clients ne reçoivent pas de services adéquats au niveau des formations sanitaires en matière de PF et IST/VIH/SIDA.**

L'analyse documentaire a permis d'apprécier le niveau d'accès et d'utilisation des services de santé de la reproduction en terme quantitatif.

- Le taux de couverture en CPN est seulement de 55% pour les Femmes en Age de Reproduction.
- L'accouchement assisté, est de 35,4% sur les naissances survenues au cours des 5 années ayant précédé l'enquête.
- Le pourcentage des enfants de 0-36 mois pesés chaque mois n'est que de 13,2%. Ces statistiques attestent du faible accès des services par les populations cibles.
- Le besoin non satisfait est estimé à environ 32% au Sénégal et le taux de mortalité maternelle reste élevé, puisqu'une femme sur 12 court le risque de mourir lors de l'accouchement au Sénégal (UNICEF, 1995) (estimé entre 800 et 1200 décès pour 100 000 naissances vivantes).
- Seules 48% des femmes dans la région de Kaolack ont eu au moins trois visites prénatales.
- 22% seulement des enfants de moins de deux ans ont eu toutes les vaccinations recommandées.

- La proportion de femmes de 15-24 ans qui peuvent citer un point de prestation de services où elles sont à l'aise n'est que de 25,9% contre 43% pour les hommes.
- l'utilisation actuelle de services des méthodes modernes de contraception est faible comparé à la moyenne nationale (5,1% contre 7,1%). Elle est particulièrement faible dans les districts les plus ruraux : Kaffrine (2,6%), Kounghoul (1,6%), Nioro (3,4%), district de Kaolack (10%). Seuls 2,9% des femmes dans la région utilisaient une méthode pendant 12 mois.

### **3.3.2 Données croisées de l'analyse documentaire, des visites de terrain et des interviews**

#### **1) Etat des services de SR offerts dans les formations sanitaires**

##### **1-1) Accès au service de dépistage du VIH/SIDA**

Un counseling approprié pour la planification familiale et le VIH/SIDA (pour la transmission mère-enfant, le dépistage volontaire ou pour les personnes atteintes du SIDA) n'est pas offert régulièrement dans les formations sanitaires au niveau du district. Un prestataire d'un poste de santé a indiqué qu'il avait demandé à un client séropositif de revenir dans quelques jours pour lui donner la chance (à lui, le prestataire) de parler avec l'hôpital de district pour voir le type d'aide qu'il pouvait lui apporter. Le client n'est jamais revenu.

Il n'existe pas de possibilité de dépistage volontaire du VIH/SIDA dans tous les districts de Kaffrine, Kounghoul et Nioro. Les services de prise en charge des IST par l'approche syndromique sont accessibles, mais il y a un problème d'accès aux médicaments qui sont chers. Les patients et personnes intéressés par le dépistage volontaire sont référés à Kaolack puis à Dakar en cas de besoin de dépistage du VIH/SIDA. Au niveau de certaines formations sanitaires (Nioro), des prélèvements de sang sont effectués et ensuite envoyés à Dakar pour analyse. Ce processus, quoique palliatif à l'absence de centre de test, présente des difficultés pour les clients qui ont non seulement à payer pour le transport jusqu'au centre de prélèvement, mais doivent attendre pendant une longue période avant l'obtention des résultats.

Le centre de Kasnak, représentait le seul centre de la région qui menait des activités de dépistage du VIH surtout orientées vers les prostituées. Un centre de dépistage volontaire a été ouvert le 1<sup>er</sup> décembre 2001 pendant que le mapping se déroulait sur le terrain. Ce centre unique de la région, quoique étant un privilège par rapport à d'autres régions du pays qui n'en ont pas, ne résout pas pour autant le problème de l'accès des clients au dépistage volontaire qui doivent faire face à l'accessibilité géographique et compter sur le dynamisme des formations sanitaires dans le processus de prélèvement de sang et d'envoi pour le test.

##### **1-2) Les services de planification familiale**

Les services de planification familiale sont disponibles tous les jours de la semaine au niveau des formations. Elles attestent d'une disponibilité effective tous les jours ouvrables de la semaine contrairement à d'autres services de santé de la reproduction comme la CPN ou les consultations de nourrissons qui ne sont disponibles que pendant des jours spécifiques. Le temps de visite et la documentation disponible ont révélé une absence de rupture de stock des produits contraceptifs. Ils sont intégrés dans le circuit de gestion des médicaments essentiels dans le cadre de l'initiative de Bamako.

Il est à noter cependant que la gamme de services proposés aux clients restent limités aux préservatifs, pilules et injectables dans de nombreux postes de santé. L'accès au DIU et au Norplant pourtant prévus par les normes restent rares. Les prestataires interviewés ont traduit un besoin de formation et de recyclage pour satisfaire aux attentes des clients.

Les services à base communautaire sont quasi inexistant dans la région de Kaolack. Dans tout le Sénégal, ils sont encore à l'étape d'étude pilote dans le district de Kébémér.

### **1-3) Les autres services de santé de la reproduction**

L'appellation « autres services » regroupe tous les autres types de services de santé de la reproduction à l'intention de la mère et de l'enfant, autres que la planification familiale et les IST/VIH/SIDA, qui ont été au centre de l'exercice.

Il a été noté qu'en terme d'intégration, ces services ne sont pas offerts tous les jours ouvrables de la semaine mais s'inscrivent dans un calendrier hebdomadaire. Cet état de chose pose le problème de l'accessibilité temporelle car une femme qui vient pour une CPN ne peut faire vacciner le même jour son enfant. La directive des PNP sur l'offre de tous les services, tous les jours, aux clients au même endroit n'est donc pas toujours respectée tant au niveau du poste de santé que du centre de santé.

Au niveau de la région, les soins après avortements (SAA) sont à leur stade initial. Les prestataires venaient juste de recevoir la formation et Les SAA sont introduits au niveau du centre de santé de Kounghoul, où on a observé une disponibilité réelle de ces services.

### **1-4) Services SR pour les jeunes**

La politique nationale en SR intégrée présente un volet relatif à l'offre de services de SR aux jeunes. Cependant, il a été constaté, dans les 4 districts de la région, une absence de services organisés en direction de cette tranche de la population. Aussi, les prestataires relèvent que l'absence de textes juridiques les autorisant à de telles prestations les rend vulnérables au refus et à la réaction des parents qui s'en prennent à eux lorsqu'ils leur arrivaient d'offrir des services de PF aux jeunes. Les jeunes rencontrent des difficultés d'accès aux services de soins en cas d'IST en raison du manque d'argent et des risques de marginalisation et de stigmatisation par les prestataires non sensibilisés à leur cas particulier.

### **1-5) Les supports de collecte des informations sanitaires**

Les prestataires ont mentionné des difficultés de gestion des nombreux supports de collecte des données qu'ils ont dans le cadre de l'offre des services. La différence des supports fait qu'ils doivent passer d'un outil à l'autre à chaque fois que les besoins de la cliente changent ou qu'un nouveau client se présente avec une attente de prestation différente. Ceci est encore plus difficile dans le cadre des stratégies avancées où l'agent de santé aura à transporter tous ses registres sur le terrain.

Une autre insuffisance relevée est celle relative aux compléments d'informations à introduire dans les supports lorsqu'un nouveau service est introduit. Par exemple l'introduction des SAA nécessite une mise à jour des outils de collecte et des carnets de santé pour les prendre en compte.

### **1-6) L'organisation des services au niveau des formations sanitaires**

Dans le cadre de l'offre de services spécialisés, la référence interne joue un grand rôle pour ne pas perdre l'opportunité d'offre de services. Dans le cas de la région de

Kaolack, on a noté, sur le terrain, une faiblesse du système de référence. Le nombre réduit de prestataires et leur manque de qualification, tel que mentionné plus haut, ne permet pas une organisation interne adéquate pour satisfaire à l'idéal d'intégration. Cet état de fait, combiné à l'absence du personnel liée aux congés, séminaires et ateliers, constitue une réelle difficulté.

Dans le cadre d'offre de services polyvalents recommandés dans les postes de santé où il n'y a qu'un prestataire, si ce seul prestataire n'a pas toutes les qualifications requises, il n'a d'autre choix que la référence à un autre poste ou à un centre de santé pour des services qui sont supposés donnés à son niveau. C'est les cas souvent pour le DIU ou le Norplant par exemple. L'accessibilité au service par les clients s'en trouve réduite car ils ont à faire face à la distance et à des coûts additionnels. Le prestataire qui réfère perd souvent le moyen d'assurer le suivi du client envoyé à l'échelon supérieur car le système de contre référence ne fonctionne pas bien.

### **1-7) Les services SR dans le secteur privé commercial et le secteur des ONG**

Le secteur privé commercial est naissant dans la région de Kaolack et est surtout concentré dans la ville de Kaolack. Une étude de recensement de ces structures et leur organisation en association est en cours pour permettre leur meilleure participation dans le programme de santé en général et de santé de la reproduction en particulier. Pour l'instant ; ils sont essentiellement orientés vers le curatifs et n'offrent pas de services promotionnels tels que la PF.

L'ASBEF a une clinique qui offre tous les services y compris un service spécialisés aux jeunes dans la ville de Kaolack.

SANFAM a introduit des services SR dans le centre de santé du village d'enfant SOS de Kaolack.

SIDA service, une ONG catholique va gérer le centre de dépistage volontaire ouvert en décembre 2001 à Kaolack.

### **2) Principales causes des lacunes observées santé**

Le nombre des agents de santé est passé de 5304 en 1993 à 4813 en 1994 soit une baisse de 8% (Ellen Wilson, 1998). Ce déficit qui n'a pas été corrigé depuis lors se traduit sur le terrain par un manque crucial de prestataires conformément aux normes et standards définis dans le document de politique nationale. Cette situation a été observée à Kaolack. Il est apparu, lors des entretiens, un besoin de personnel et aussi un besoin de formation et de recyclage pour permettre l'offre effective des services intégrés dans les formations sanitaires.

Il y a surtout un besoin pressant de formation en prise en charge médicale et sociale des personnes affectées ou infectées par le VIH/SIDA et plus spécifiquement en counseling pour le dépistage volontaire car il a été observé des préjugés du personnel sur l'acceptabilité des tests volontaires et anonymes.

Dans le rapport « funding and implementing HIV/AIDS activities in the context of decentralization : Ethiopia and Senegal »(PHR, 2001), l'analyse atteste que le budget alloué à la formation est quasi-inexistant.

### **3.2.2 Les options de décisions**

#### **Clients**

- Promouvoir le maintien des agents communautaires par les micros réalisations d'activités génératrices de revenus

- Développer des activités de jeunes à l'intention des jeunes extrascolaires
- Rendre disponible les services de SR aux scolaires.

### **Prestataires**

- Intégration polyvalente, semi-polyvalente ou semi-spécialisée au niveau des points de prestation de services à travers une formation appropriée des prestataires de services en SR et notamment en prise en charge des IST/VIH/SIDA
- Réaménagement des locaux selon l'option spécifique de prestation de services intégrés choisis
- Renforcement de la supervision facilitante
- Mise à la disposition des prestataires des outils de gestion et des équipements appropriés à l'offre intégrée des services
- Réorganisation et renforcement du monitoring et de l'évaluation
- Mise en œuvre des tests rapides de VIH/SIDA au niveau des services de santé
- Renforcement du système de référence (interne et externe) et de contre-référence au niveau de la pyramide sanitaire
- Extension des services de soins après avortement au niveau de tous les districts.

### **Organisation**

- Veiller à l'élaboration et à la conception d'un programme intégré par une implication des parties prenantes au processus de conception et de planification
- Améliorer la collaboration et le partenariat inter organisationnel pour une complémentarité des programmes et des efforts d'assistance

### **Secteur**

- Renforcer la collaboration entre le secteur de l'éducation et le secteur santé à travers la dynamisation des structures existantes, telles que les clubs GEEP et les associations de jeunes scolaires pour la lutte contre le SIDA
- Dynamiser le partenariat entre le secteur santé et les organisations de femmes, de jeunes, des praticiens traditionnels et l'implication des leaders d'autres secteurs pour l'offre des services

## **3.4 L'appui des Organisations Communautaires à la mise en œuvre des services de SR.**

**Les besoins des clients ne sont pas suffisamment pris en compte et supportés à travers les organisations communautaires existantes**

### **3.4.1 L'organisation de la participation communautaire au programme de santé au Sénégal**

Dans la mise en œuvre du programme d'accélération des Soins de Santé Primaire (SSP) par l'Initiative de Bamako (IB), des comités de gestion des centres de santé et des postes de santé ont été mis en place en tant qu'émanation de la communauté pour une cogestion des unités périphériques de soin entre l'état et les communautés

territoriales. De plus au niveau des petits villages de la zone de responsabilité d'un poste de santé, les communautés villageoises, souvent avec l'appui des ONG, mettent en place une case de santé gérée par une matrone et un agent de santé communautaire bénévoles. L'information sur la santé est en principe transmise au niveau des villages par un important réseau d'agent de santé Communautaire bénévoles, reconnus par le système officiel de santé et servant de relais avec les populations. Dans les approches encore toutes nouvelles de services à base communautaire au Sénégal ces ASC sont impliqués dans la distribution des condoms.

A côté de cette organisation initiée en grande partie par le gouvernement et soutenu par les partenaires de nombreuses organisations communautaires existent tels que les groupements de femmes, les associations de jeunes, les démembrements des associations religieuses, les groupements d'entraides en tout domaines.

Dans la région de Kaolack toutes ces organisations sont actives et certains leaders de ces organisations ont été interviewés dans le cadre de l'exercice pour apprécier leur degré d'implication en matière de PF, IST/VIH/SIDA et autres composantes de SR vue sous l'angle de la satisfaction des besoins des clients :

### **3.4.2 Données croisées des interviews et des visites de terrain**

Au niveau des cases de santé visitées, les ASC (matrones et volontaires) restent globalement très engagés pour leur travail envers la communauté mais se déclarent frustrés par l'insuffisance de motivation, l'insuffisance de matériel et surtout l'indifférence de la communauté villageoise à l'égard de leurs propres problèmes de santé en général.

Ils disent que les engagements pris par le chef du village et les notables au moment ou l'ONG, en occurrence WORLD VISION les aident à mettre en place la case de santé ne sont plus respectés une fois que le suivi de l'ONG cesse. Les gens ne participent plus aux réunions et ne cotisent plus pour le fonctionnement de la case de santé.

En conséquence, le matériel de travail pour la matrone et les ASC n'est pas renouvelé et les modiques ristournes qui devraient être reversés au volontaires sont suspendus. Le manque de moyen de déplacement pour informer les gens est souligné par les ASC comme un handicap majeur à leur travail.

En matière de PF les ASC ont reçu des formation en IEC et abordent le sujet de temps en temps dans leur causeries éducative mais ne disposent pas de matériel IEC approprié ni d'un guide pour donner les informations. Aucune affiche parlant de la PF n'a été retrouvée ni des dépliants ou des boîtes à image sur la PF. Quelques images sur les consultations prénatales et le paludisme ont été retrouvés. Ils ne sont pas outillés pour aborder les questions liées au VIH/SIDA et reconnaissent en parler peu. La matrone se consacre plus à son rôle premier de suivi des grossesses, des accouchements normaux et des référence.

Les supervisions de l'infirmier du poste de santé sont rares et globalement les ASC ont le sentiment d'être abandonnés à eux-mêmes malgré leur volonté de faire mieux.

Au niveau des postes de santé et des centres de santé, les comités de santé sont fonctionnels et les présidents sont engagés aux côtés des ICP et des Médecins Chef de District dans la gestion des formations sanitaires. Sans avoir eu la possibilité d'entrer dans les détails, il est apparu que ces entités se préoccupent plus de la gestion financière et matérielle des formations sanitaires que des aspects programmatiques de résolution des problèmes de santé de la communauté. Les gros problèmes de soins curatifs tels que le manque de médicaments ou d'ambulance sont bien perçus mais les aspects préventifs en dehors de la vaccination et de la prise en charge des grossesses sont peu connus des présidents de comités de gestions interrogés. Un président de comité de santé d'un village, grand commerçant du village a déclaré ne rien savoir de la PF. Il a entendu parlé du SIDA mais n'est pas préoccupé par le problème. Le même président de comité a reconnu aussi que les réunions avec les notables des villages pour rendre compte du fonctionnement du poste de santé sont devenues rares et que le comité avec l'ICP gère au mieux le centre puisqu'ils disposent en banque plus de 1 600 000 CFA.

Au niveau des leaders communautaires, des leaders religieux et des leaders des groupements et association de femmes la PF et la lutte contre le VIH/SIDA ne sont pas perçus comme des problèmes prioritaires.

En ce qui concerne le VIH/SIDA au moment de l'observation, le problème ne recevait pas une grande attention au sein de la communauté, bien que Kaolack soit la région où le taux de prévalence du VIH est le plus élevé du pays. Nous avons observé la différence du niveau de connaissance entre leaders communautaires suivant l'endroit où se déroulait l'interview. Dans le district de Kaolack où la Journée Mondiale du SIDA était célébrée au moment de la réalisation de l'interview, ils étaient préoccupés par la hausse récente du taux de prévalence du VIH dans la région, alors que les dirigeants à d'autres endroits ne disposaient de pratiquement d'aucune information sur le VIH/SIDA. L'un d'entre eux a indiqué que l'éradication du paludisme était plus urgente que la lutte contre le VIH/SIDA. Certains dirigeants religieux que nous avons interviewés connaissaient le problème du VIH/SIDA, mais ils ne sont pas bien associés aux activités de lutte dans la communauté et maintiennent leur position conservatrice face à l'utilisation de condoms.

Les leaders de groupements féminins sont surtout organisés autour des activités génératrices de revenu et sont peu orientés vers leur implication dans la promotion de la santé.

De manière générale l'interface entre la communauté et la structure de santé a besoin d'être mieux organisée dans le but d'une appropriation véritable des communautés de leurs problèmes de santé en générale et de santé de la reproduction en particulier. En matière de PF et de IST/VIH/SIDA, les connaissances sont vagues et la prise en compte reste quasi-inexistante.

De manière générale la communauté ne participe pas activement à la conception, la réalisation et gestion des programmes de santé. Lorsqu'on a demandé aux prestataires quelle était leur perception de la participation communautaire dans les formations sanitaires, ils ont répondu que qu'elle contribue à sa gestion en achetant les tickets modérateurs exigés.

Cela se traduit par une insuffisance accrue du manque d'information et de la non disponibilité d'un paquet minimum de services de PF et de VIH/SIDA au niveau des

communautés rurales et expliquent la faible utilisation de ces services aux niveaux où ils sont disponibles.

### **3.4.3 Les opportunités de renforcement de la participation communautaire dans les programmes de SR**

- L'existence à tous les niveaux des organisations de femmes, de jeunes et de religieux sont des opportunités pour renforcer l'implication de la communauté en matière de SR
- Les initiatives des ONG et de nombreux autres intervenants ( ASBEF, SANFAM, World Vision, Plan International, SIDA service etc.) existent dans la région : par exemple, l'ASBEF intègre des activités de SR au niveau de l'Association des Femmes du district de Kaolack et à Kougheul une association de matrones et de promotrices sociales soutenue par World Vision est engagée dans la gestion d'une banque communautaire pour la conduite d'activités génératrices de revenus afin de faire face à leur besoin financier
- Le monitoring du poste de santé qui est en train de se remettre sur les rails est une occasion d'une meilleure implication des communautés
- Le projet de Développement des Initiatives de Santé Communautaire (DISC) qui travaille au renforcement des capacités de mobilisation et de gestion des ressources pour la santé au niveau communautaire commence ses activités dans un district de la Région

### **3.4.4 Les options de décisions**

- Mise en place d'un système approprié de motivation continue des ASC
- Définition d'un paquet minimum intégré d'information et de services SR pour les ASC
- Formation appropriée des ASC en PF/IST/VIH/SIDA
- Extension des services à base communautaire de PF
- Renforcement de la coordination et du partage d'expérience entre les ONG et autres intervenants en SR dans la région
- Renforcement des capacités des groupements féminins et des associations communautaires existantes en IEC/SR
- Soutien aux activités génératrices de revenu des femmes pour renforcer leur adhésion aux programmes de santé
- Mise en place d'un réseau de groupements féminins de la région pour des échanges d'expérience
- Renforcement du monitoring de la case de santé et du poste de santé
- Extension des activités du DISC

## Chapitre 4 : Synthèse des lacunes et des micro-plans de mise en œuvre des mesures correctrices

## 4.1 Synthèse des lacunes

Au cours de l'atelier de restitution des 21 et 22 mars 2002, le consensus a été définitivement obtenu sur la liste des lacunes listées dans les "mapps" I, II et III présentés en Annexe et ainsi résumés :

### 4.1.1 Les clients/individus ne disposent pas d'informations adéquates sur la santé de la reproduction et surtout le VIH/SIDA et la planification familiale

#### 1) Au niveau des clients et de la communauté

- Malgré une bonne connaissance des méthodes contraceptives, la population n'est pas suffisamment convaincue à l'utilisation des méthodes contraceptives
- L'information sur le VIH/SIDA n'atteint pas suffisamment les populations des zones rurales
- L'utilisation des condoms reste faible parmi les personnes à comportement à risque
- Il y a encore un déni de l'existence du SIDA dans les zones rurales

#### 2) Au niveau des formations sanitaires

- Un paquet minimum d'information sur la SR (PF et VIH/SIDA) n'est pas régulièrement donnée à tout le monde à la formation sanitaire
- Les prestataires n'ont pas les compétences requises pour offrir des services de counseling en VIH/SIDA
- L'accès aux populations rurales par les prestataires est limité par l'insuffisance de ressources humaines matérielles et financières
- Il n'y a pas de services adéquats orientés vers les groupes spécifiques (PVVH et jeunes) en dehors de la ville de Kaolack
- Il n'existe pas de matériel d'IEC sur le VIH/SIDA et la planification familiale dans la plupart des formations sanitaires
- L'information sur le VIH/SIDA est orientée seulement vers les prostituées

#### 3) Au niveau des organisations et des donateurs

- La distribution des fonds des donateurs pour les activités de SR ne reposent pas toujours sur les besoins prioritaires des régions ou districts.
- La réduction des fonds consacrés à la PF à une période donnée a probablement contribué à la stagnation du TPC

#### 4) Au niveau des autres Secteurs

- Les secteurs autres que le secteur de la santé ne sont pas suffisamment informés et impliqués dans les questions de santé de la reproduction
- Le secteur privé commercial n'est pas suffisamment informé et impliqué dans la SR
- Relâchement des efforts de collaboration entre le secteur social et le secteur de la santé
- Insuffisance de ressources pour soutenir les programmes de santé de la reproduction dans les écoles

- Le manque d'agents de santé dans les établissements scolaires entraîne une opportunité manquée d'apporter aux jeunes des informations en SR

### **5) Au niveau des Programmes**

- La CCC/IEC est une faible priorité du point de vue du financement
- La mise en oeuvre programme de formation en matière de counseling pour le VIH/SIDA n'a pas encore atteint la région
- La mise en oeuvre des programmes IEC ne cible pas suffisamment les hommes
- Les PNP de SR n'est pas encore diffusé dans la région

### **6) Au niveau du contexte politique et socioculturel**

- Faible alphabétisation des femmes, surtout dans les zones rurales
- Les croyances culturelles et religieuses sont à l'origine d'une résistance à la planification familiale et à l'utilisation de condoms
- La polygamie rend difficile l'information des partenaires sur les IST/VIH/SIDA
- Stigmatisation des personnes séropositives ou suspectes de l'être

#### **4.1.2 Les clients ne reçoivent pas de services adéquats au niveau des formations sanitaires**

##### **1) Au niveau des clients et de la communauté**

- Long circuit des clients pour accéder au dépistage Volontaire du VIH
- Services non toujours disponibles aux clients du fait du calendrier des activités
- Les jeunes, les hommes et les PVVH n'ont pas accès à des services de SR qui leur sont spécifiques

##### **2) Au niveau des formation sanitaires**

- Les prestataires ont une notion de l'intégration en déphasage avec celui des PNP
- Les services de dépistage Volontaire ne sont offerts qu'à Kaolack
- Les systèmes de référence ne fonctionnent pas toujours de manière appropriée
- Les prestataires hésitent à discuter du dépistage du VIH/SIDA
- Le soutien logistique n'est pas adéquat pour fournir des services intégrés
- Les prestataires manquent de compétences pour la prise en charge du VIH/SIDA
- Les prestataires ne proposent pas au client des services autre que celui pour lequel il est venu
- Les équipements sont insuffisants prestataires pour l'offre intégrée des services SR
- Certains prestataires ont des préjugés sur l'acceptation du dépistage volontaire
- Les supports de gestions sont trop nombreux et inadéquats
- Certaines Formations Sanitaires sont insalubres

### **3) Au niveau des organisations et des donateurs**

- Les organisations partenaires ont des programmes et projets verticaux en fonction de leurs mandats ou de leur zones
- Le niveau de coordination et de communication entre partenaires est faible
- La distribution des fonds des donateurs ne repose pas sur les priorités locales
- La réduction des fonds consacrés à la PF à une période donnée a probablement contribué à la stagnation du TPC

### **4) Au niveau des autres Secteurs**

- Les services de santé de la reproduction ne sont généralement pas fournis dans les secteurs autre que la santé
- La faiblesse de la médecine scolaire est une opportunité manquée d'offre de services SR
- Le secteur privé commercial n'est pas suffisamment impliqué dans l'offre de services de SR

### **5) Au niveau des Programmes**

- Le programme de formation en prise en charge du VIH/SIDA n'a pas encore couvert la région
- Le système de monitoring n'est plus fonctionnel
- Pas de programme de recyclage en CPN
- Les formations sanitaires ne sont pas conformes aux normes requises d'hygiène et d'équipements
- La faiblesse de coordination des programmes verticaux est un frein à l'intégration au niveau opérationnel
- Le budget de formation des prestataires est faible
- PNP existent pour la SR mais ils n'ont pas encore été diffusés
- Les normes de certaines composantes de SR ne sont pas dans les PNP

### **6) Au niveau du contexte politique et socioculturel**

- Faible alphabétisation des femmes surtout dans les zones rurales
- Les croyances culturelles et religieuses sont à l'origine d'une résistance à la planification familiale et à l'utilisation de condoms
- Les hommes ne participent pas à la santé des femmes
- La polygamie rend difficile le traitement des partenaires en IST/VIH/SIDA
- Les personnes séropositives ou suspectées de l'être sont stigmatisées

#### **4.1.3 Les besoins des clients en santé de la reproduction ne sont pas pris en compte et supportés par les organisations communautaires**

##### **1) Au niveau des clients et de la communauté**

- Les dirigeants communautaires n'ont pas suffisamment d'information sur la SR
- La communauté n'est pas suffisamment préoccupée par le problème du VIH/SIDA
- La communauté ne participe pas suffisamment à la gestion du comité de santé et des cases de santé

- Les membres des comités de santé sont peu compétents en planification et budgétisation
- Les personnes atteintes de SIDA sont stigmatisées

## 2) Au niveau des formations sanitaires

- Le nombre des ASC est en diminution
- Les ASC sont peu motivés par manque de revenu et de matériel de travail
- Les ASC existants ne sont pas suffisamment compétents en SR

## 3) Au niveau des organisations et des donateurs

- Les organisations communautaires ne sont pas suffisamment impliquées dans le programme de SR
- Insuffisance de coordination des activités des ONG au niveau des villages

## 4) Au niveau des autres Secteurs

- Les comités de développement Villageois n'intègrent pas suffisamment les aspects de SR

## 5) Au niveau des Programmes

- Insuffisance des services à base communautaire
- Formation insuffisante en SR pour les ASC

## 6) Au niveau du contexte politique et socioculturel

- Faible alphabétisation des femmes surtout dans les zones rurales
- Les croyances culturelles et religieuses sont à l'origine d'une résistance à la planification familiale et à l'utilisation de condoms
- Les hommes ne participent pas à la santé des femmes
- La polygamie rend difficile le traitement des partenaires en IST/VIH/SIDA
- Les personnes séropositives ou suspectées de l'être sont stigmatisées

### 4.2 Application de la grille d'évaluation de l'intégration

Les participants ont utilisé la grille d'évaluation de l'intégration (voir annexe) au cours d'un exercice pour visualiser de manière rapide les problèmes concrets d'intégration qui se posent en ce moment aux différents niveaux de prestations de service. Cette évaluation a été comparée à ce qui devrait être l'idéale d'intégration élaborée par l'équipe d'Advance Africa sur la base de la définition de l'intégration contenue dans le document des PNP/SR du Sénégal (Mapp Va et Vb).

Les structures investiguées pour apprécier cette disponibilité et cette intégration ont été: **la case de santé, le poste de santé, le centre de santé, l'hôpital régional, les cliniques privées, les cabinets privés, les cliniques d'ONG, les officines privées, les communautés, les écoles, les médias et autres..**

#### 1) Le paquet minimum d'information

Les résultats enregistrés par consensus à propos du **paquet minimum d'information** concernant le Planning Familial (PF), les Soins Après Avortement (SAA), le VIH/SIDA, la Transmission Mère Enfant (TME), les Infections Sexuellement Transmissibles (IST), la Mortalité Maternelle (MMR), et la SE ont montré que celui-ci n'a été disponible qu'au niveau de quelques structures publiques de santé comme la case de santé, où l'information pour 3-4 des sept services ciblés étaient disponibles. Il s'agit de la PF,

des IST, de la MMR et de la SE. C'est approximativement la même chose au niveau des Postes et des centres de santé où on a noté en plus dans certains parmi eux la disponibilité du paquet minimum d'information concernant le VIH/SIDA. Curieusement le paquet minimum d'information concernant ces 7 domaines n'est pas offert au niveau des hôpitaux, ni non plus au niveau du secteur privé. Il est également très peu présent au niveau communautaire et dans les écoles. Il semble être disponible cependant pour 5 des 7 domaines au niveau des médias. Les deux domaines pour lesquels ce paquet est absent à ce niveau concernent les SAA et de la TME.

## 2) Le counseling

Les résultats obtenus de la même manière en ce qui concerne les activités de **counseling** pour les six domaines ciblés ici montrent que le **counseling** a été beaucoup plus rare au niveau des structures étudiées. En ce qui concerne les structures sanitaires, le counseling n'a été présent qu'au niveau des centres de santé et des hôpitaux. Il se trouve aussi qu'à ces deux niveaux il n'est offert que pour la PF, les VIH/SIDA les IST et les personnes vivant avec le VIH. Dans le privé le counseling n'est effectué qu'au niveau des cliniques privées pour uniquement les IST et les personnes vivant avec le VIH. Les cliniques des ONG ne font le counseling que pour les IST. Cette activité n'existe pour aucune des six domaines ciblés au niveau communautaire, dans les écoles et autres structures étudiées).

## 3) Les services et les produits offerts

Pour ce qui est **les services et produits** offerts, nous nous sommes intéressés aux condoms et les spermicides, aux produits injectables, à la pilule, au DIU, au Norplant, aux SAA, au dépistages aux IST, au traitement des IST, à la TME et au VCT. Aucun des ces services n'a été disponible au niveau des cases de santé. Il y'a eu 5 des 10 qui étaient disponibles au niveau des postes de santé : les condoms et spermicides, les produits injectables, les pilules, le dépistage des IST et leur traitement. A l'exception de la TME et des VCT, tous les autres étaient disponibles aux centres de santé et dans les hôpitaux régionaux. Les cliniques privées et les cliniques des ONG en exécutaient respectivement 6/10 et 7/10.

C'est surtout le norplant, le TME et le VCT qui n'étaient pas disponibles à leur niveau. Il n'y'avait que 4 des 10 services et produits étudiés qui étaient disponibles au niveau des officines privées et c'étaient: les condoms et les spermicides, les produits injectables, les pilules et les produits de traitement des IST. Les 10 services et produits cibles étaient absents au niveau des autres structures ciblées dans ce mapping. ( cf mapp Iva et mapp IVb en annexe).

## 4.3 Micro-plans de mise en œuvre des mesures correctrices

Sur la base de la synthèse des lacunes, des résultats de l'exercice d'évaluation et des options de décisions qui avaient été identifiées lors des précédentes rencontres, les participants ont élaboré un plan à court terme de résolutions des lacunes en se fondant sur les ressources actuellement disponibles et les activités déjà programmés dans les plans opérationnels (PO) de la région et des districts. Ce plan ne prend pas en compte toutes les lacunes du fait qu'il se veut réaliste et pratique ( voir PLAN I, II et III en annexe). Ils élaborés autour des trois grands groupes de lacunes.

## Conclusions et prochaines étapes

Les résultats de l'exercice de mapping appellent trois conclusions principales :

- La première est qu'il n'y a pas à proprement parler d'intégration des activités de Planning Familial à celles de lutte contre le VIH/SIDA selon aucun des aspects de la définition du concept (temporelle, spatiale, et selon le prestataire) adopté par le ministère de la santé. L'indisponibilité manifeste des services de lutte contre le VIH/SIDA au niveau des structures sanitaires et communautaires des districts atteste encore de la non décentralisation de ces activités empêchant ainsi toute possibilité de parler d'intégration à ces niveaux.
- La deuxième constatation est que taux de prévalence contraceptive reste très bas mais la PF ne bénéficie plus d'une attention prioritaire. De ce fait une croissance accrue de la population pourrait remettre en cause le développement économique. Il y a là une grande justification à œuvrer pour une synergie réciproque avec les activités de lutte contre le SIDA qui malgré ses insuffisances parvient à contenir l'évolution générale de la pandémie dans le pays.
- La troisième est que l'assomption selon laquelle le contrôle de l'épidémie du VIH/SIDA dans le pays serait le résultats des activités de lutte menées principalement au niveau du système de santé et singulièrement au niveau des districts ou vivent la majeure partie de la population, n'a pas été soutenu par nos résultats. Ils attestent au contraire que même les activités de lutte contre les IST et le VIH/SIDA ne sont pas bien souvent disponibles au niveau des structures sanitaires et communautaires des districts. Les activités de lutte contre le VIH/SIDA semblent ainsi encore centralisées mettant en cause le rôle fondamental attribué au système de santé des districts dans le contrôle à un niveau très bas de l'épidémie du VIH/SIDA constaté au Sénégal. Toutefois, des études plus spécifiques et plus approfondies sont nécessaires pour mieux étayer ce constat.

Il découle de ces trois conclusions qu'il ne serait pas judicieux dans le contexte particulier de la région de Kaolack de parler d'intégration du Planning Familial aux activités de lutte contre le VIH/SIDA. En effet on intègre quelque chose sur une autre chose qui au moins existe, fonctionne bien et est déjà stabilisée. Ce qui n'est pas le cas des activités de lutte contre le VIH/SIDA ou de la PF au niveau des structures de santé des districts et au niveau communautaires. Il serait plus judicieux dans ces conditions pour mettre ensemble les deux types d'activité de parler d'offre d'un paquet de services comprenant les activités de lutte contre le VIH/SID et de planning Familial.

Ce premier exercice de mapping conduit au Sénégal a abouti à un micro-plan à court terme qui sans être la panacée aux résolutions des problèmes d'intégration des services de SR/PF et des services d'IST/VIH/SIDA au Sénégal tout entier, doit être perçu comme un début de solutions spécifiques à une préoccupation propre au contexte programmatique de la région de Kaolak. L'exercice n'est pas une fin en lui-même. Il constitue une étape qui au niveau de la région de Kaolack devra s'intégrer dans un processus continu de micro planification et de monitoring des

activités pour contribuer efficacement à une amélioration continue de la qualité de services offerts aux clients . Les actions concrètes issues de ce processus dont l'efficacité serait démontrée pourront être répliquées dans d'autres régions du Sénégal et au-delà du Sénégal.

Advance Africa est disposé à apporter son assistance à la Division de Planification familiale et de la Santé Maternelle dans le suivi de la mise en œuvre des micro plans et de leur évaluation.

Advance Africa est également disposé à accompagner ce processus d'appropriation du mapping par le Ministère de la Santé du Sénégal afin qu'il devienne un outil efficace d'amélioration rapide des programmes de santé en général et de SR en particulier au Sénégal.

## Annexes

**Mapp I : Les clients/individus ne disposent pas d'informations adéquates sur la santé de la reproduction et surtout le VIH/SIDA et la planification familiale**

Client/Communauté	Formations sanitaires	Organisations	Autres Secteurs	Programmes	Contexte politique et socioculturel
<p>Malgré une bonne connaissance des méthodes contraceptives, la population n'est pas suffisamment convaincue à l'utilisation des méthodes contraceptives</p> <p>L'information sur le VIH/SIDA n'atteint pas suffisamment les populations des zones rurales</p> <p>L'utilisation des condoms reste faible parmi les personnes à comportement à</p>	<p>Un paquet minimum d'information sur la SR (PF et VIH/SIDA) n'est pas régulièrement donné à tout le monde à la formation sanitaire</p> <p>Les prestataires n'ont pas les compétences requises pour offrir des services de counseling en VIH/SIDA</p>	<p>La distribution des fonds des donateurs pour les activités de SR ne repose pas toujours sur les besoins prioritaires des régions ou districts.</p> <p>La réduction des fonds consacrés à la PF à une période donnée a probablement contribué à la stagnation du TPC</p>	<p>Les secteurs autres que le secteur de la santé ne sont pas suffisamment informés et impliqués dans les questions de santé de la reproduction</p> <p>Le secteur privé commercial n'est pas suffisamment informé et impliqué dans la SR</p>	<p>La CCC/IEC est une faible priorité du point de vue du financement</p> <p>La mise en oeuvre programme de formation en matière de counseling pour le VIH/SIDA n'a pas encore atteint la région</p>	<p>Faible alphabétisation des femmes, surtout dans les zones rurales</p> <p>Les croyances culturelles et religieuses sont à l'origine d'une résistance à la planification familiale et à l'utilisation de condoms</p> <p>La polygamie rend difficile l'information des partenaires</p>

<p>risque</p> <p>Il y a encore un déni de l'existence du SIDA dans les zones rurales</p>	<p>L'accès aux populations rurales par les prestataires est limité par l'insuffisance de ressources humaines matérielles et financières</p> <p>Il n'y a pas de services adéquats orientés vers les groupes spécifiques (PVVH et jeunes) en dehors de la ville de Kaolack</p>		<p>Relâchement des efforts de collaboration entre le secteur social et le secteur de la santé</p> <p>Insuffisance de ressources pour soutenir les programmes de santé de la reproduction dans les écoles</p> <p>Le manque d'agents de santé dans les établissements scolaires entraîne une opportunité manquée d'apporter aux jeunes des</p>	<p>La mise en oeuvre des programmes IEC ne cible pas suffisamment les hommes</p> <p>Les PNP de SR n'est pas encore diffusé dans la région</p>	<p>sur les IST/VIH/SIDA</p> <p>Stigmatisation des personnes séropositives ou suspectes de l'être</p>
--	--	--	--	---	--

	<p>Il n'existe pas de matériel d'IEC sur le VIH/SIDA et la planification familiale dans la plupart des formations sanitaires</p> <p>L'information sur le VIH/SIDA est orientée seulement vers les prostituées</p>		informations en SR		
--	---	--	--------------------	--	--

**Mapp II : Les clients ne reçoivent pas de services adéquats au niveau des formations sanitaires**

Client/Communauté	Formations sanitaires	Organisations	Autres Secteurs	Programmes	Contexte politique et socioculturel
<p>Long circuit des clients pour accéder au dépistage Volontaire du VIH</p> <p>Services non toujours disponibles aux clients du fait du calendrier des activités</p> <p>Les jeunes, les hommes et les PVVH n'ont pas accès à des services de SR qui leur sont spécifiques</p>	<p>Les prestataires ont une notion de l'intégration en déphasage avec celui des PNP</p> <p>Les services de dépistage Volontaire ne sont offerts qu'à Kaolack</p> <p>Les systèmes de référence ne fonctionnent pas toujours de manière appropriée</p> <p>Les prestataires hésitent à discuter du dépistage du VIH/SIDA</p>	<p>Les organisations partenaires ont des programmes et projets verticaux en fonction de leurs mandats ou de leur zones</p> <p>Le niveau de coordination et de communication entre partenaires est faible</p> <p>La distribution des fonds des donateurs ne repose pas sur les priorités locales</p>	<p>Les services de santé de la reproduction ne sont généralement pas fournis dans les secteurs autre que la santé</p> <p>La faiblesse de la médecine scolaire est une opportunité manquée d'offre de services SR</p>	<p>Le programme de formation en prise en charge du VIH/SIDA n'a pas encore couvert la région</p> <p>Le système de monitoring n'est plus fonctionnel</p> <p>Pas de programme de recyclage en CPN</p> <p>Les formations sanitaires ne sont pas conformes aux normes requises d'hygiène et d'équipements</p>	<p>Faible alphabétisation des femmes surtout dans les zones rurales</p> <p>Les croyances culturelles et religieuses sont à l'origine d'une résistance à la planification familiale et à l'utilisation de condoms</p> <p>Les hommes ne participent pas à la santé des femmes</p>

	<p>Le soutien logistique n'est pas adéquat pour fournir des services intégrés</p> <p>Les prestataires manquent de compétences pour la prise en charge du VIH/SIDA</p> <p>Les prestataires ne proposent pas au client d'autres services que celui pour lequel il est venu</p>	<p>La réduction des fonds consacrés à la PF à une période donnée a probablement contribué à la stagnation du TPC</p>	<p>Le secteur privé commercial n'est pas suffisamment impliqué dans l'offre de services de SR</p>	<p>La faiblesse de coordination des programmes verticaux est un frein à l'intégration au niveau opérationnel</p> <p>Le budget de formation des prestataires est faible</p> <p>PNP existent pour la SR mais ils n'ont pas encore été diffusés</p>	<p>La polygamie rend difficile le traitement des partenaires en IST/VIH/SIDA</p> <p>Les personnes séropositives ou suspectées de l'être sont stigmatisées</p>
--	--	--	---	--	---

	<p>Les équipements sont insuffisants prestataires pour l'offre intégrée des services SR</p> <p>Certains prestataires ont des préjugés sur l'acceptation du dépistage volontaire</p> <p>Les supports de gestions sont trop nombreux et inadéquats</p> <p>Certaines Formations Sanitaires sont insalubres</p>			<p>Les normes de certaines composantes de SR ne sont pas dans les PNP</p>	
--	---	--	--	---	--

Mapp III : Les besoins des clients en santé de la reproduction ne sont pas pris en compte et supportés par les organisations communautaires

Client/Communauté	Formations sanitaires	Organisations	Autres Secteurs	Programmes	Contexte politique et socio-culturel
<p>Les dirigeants communautaires n'ont pas suffisamment d'information sur la SR</p> <p>La communauté n'est pas suffisamment préoccupée par le problème du VIH/SIDA</p> <p>La communauté ne participe pas suffisamment à la gestion des cases de santé</p>	<p>Le nombre des ASC est en diminution</p> <p>Les ASC sont peu motivés par manque de revenu et de matériel de travail</p> <p>Les ASC existants ne sont pas suffisamment compétents en SR</p>	<p>Les organisations communautaires ne sont pas suffisamment impliquées dans le programme de SR</p> <p>Insuffisance de coordination des activités des ONG au niveau des villages</p>	<p>Les comités de développement Villageois n'intègrent pas suffisamment les aspects de SR</p>	<p>Insuffisance des services à base communautaire</p> <p>Formation insuffisante en SR pour les ASC</p>	<p>Conservatisme culturel et religieux au sein de la communauté</p> <p>Faible alphabétisation chez les femmes, surtout dans les zones rurales</p> <p>Les hommes ne s'impliquent pas dans la SR</p>

<p>Les membres des comités de santé sont peu compétents en planification et budgétisation</p> <p>Les personnes atteintes de SIDA sont stigmatisées</p>					<p>La polygamie rend difficile l'information à propos des IST/VIH/SIDA</p>
--	--	--	--	--	--

*Mapping IVa : Etat actuel de l'intégration des activités de PF et de VIH/SIDA par niveau de prestation de service de santé*

	Case de Santé	Poste de Santé	Centre de Santé	Hôpitaux régionaux	Clinique Privée	Clinique ONG	Pharmacie	Communauté	Ecoles	Autres secteurs	Media
<b>1. Paquet minimum d'information</b>											
PF											
SAA											
VIH/SIDA											
TME											
IST											
MMR											
SE											
<b>2. Counseling</b>											
PF											
SAA											
VIH/SIDA/			R								
TME											
IST											
PVVH											

*Mapping IVb : Etat actuel de l'intégration des activités de PF et de VIH/SIDA par niveau de prestations de service de santé (suite)*



**Mapp Va : Idéale d'intégration selon les PNP du Sénégal**  
**Par niveau de prestations de services**

	Case de Santé	Poste de Santé	Centre de Santé	Hôpitaux régionaux	Clinique Privée	Clinique ONG	Pharmacie	Communauté	Ecoles	Autres secteurs	Media
<b>1. Paquet minimum d'information</b>											
PF											
SAA											
VIH/SIDA											
TME											
IST											
MMR											
SE											
<b>2. Counseling</b>											
PF							R	R	R		
SAA	R						R	R	R		
VIH/SIDA/	R						R	R	R		
TME	R						R	R	R		
IST	R						R	R	R		
PVVH							R	R	R		



service offert



Service non offert

R = Référence

**Mapp Vb : Idéale d'intégration selon les PNP du Sénégal**  
**Par niveau de prestations de services**

( suite)

	Case de Santé	Poste de Santé	Centre de Santé	Hôpitaux régionaux	Clinique Prive	Clinique ONG	Pharmacie	Communauté	Ecoles	Autres secteurs	Media
<b>3. Services/Produits</b>											
condom, spermicide										R	
Injectable										R	
Pilule										R	
DIU	R						R	R		R	
Norplant	R						R	R		R	
SAA	R	R					R	R	R		
Labo IST	R	R					R	R	R	R	
Traitement des IST	R						R	R	R	R	
TME							R	R	R	R	
VCT	R	R			R		R	R	R	R	

## **Micro-Plan de Mise en Œuvre des Mesures Correctrices**

**PLAN I : Les clients ne disposent pas d'informations adéquates sur la SR**

<b>Structures Ou niveau d'intervention</b>	<b>Lacunes à combler</b>	<b>Action à mener</b>	<b>Responsable /Institution ou Services associés</b>	<b>Période (date limite)</b>	<b>Moyen de Vérification</b>
<b>Communauté</b>	Le système de relais de l'information ne fonctionne pas bien  L'IEC en SAA , TME et VCT n'est pas faite	Former les ARP en SR dans 15 districts dont Kaolack  Contractualiser avec les ARP l'exécution d'un paquet d'activités  Mettre en place les Outils de gestion efficace de leurs activités  - SBC pour les populations riveraines de l'usine de la SONACOS Lyndiane	MCD/DCR, tous les CAs opérant dans la région et SANFAM AFRICARE World Vision	<b>Décembre 2002</b>	Rapports de formation  Les contrats de services
<b>Case de Santé</b>	Les cases de santé et les ASC ne disposent pas de matériel IEC./PF/VIH/SIDA	Recensement des besoins des cases de santé et des ASC  Equiper les ASC sous contrat	MCD/DCR, les CA et SANFAM, AFRICARE, World Vision	<b>Août 2002</b>	Rapport du recensement  Bon de livraison du matériel

**PLAN I (suite)**

<b>Poste de Santé</b>	L'IEC sur les SAA n'est pas faite	Donner un paquet d'information sur les SAA aux ICP au cours des supervisions SIDA	MCD/ MCR	<b>Août 2002</b>	Rapports d'activités
<b>Centre de santé/District</b>	Certains postes de santé fermés par manque de personnel Les centres de santé fonctionnent mal par insuffisance de personnel	Doter tous les postes de santé fermés en personnel par contractualisation Renforcer les centres de santé en personnel par contractualisation	MCD/ MCR	<b>Août 2002</b>	Rapport d'activités
<b>Direction Régionale</b>	Absence de coordination entre les ONG	Organiser une réunion semestrielle avec toutes les ONG santé	MCD	<b>Août 2002</b>	Rapport d'activités

**PLAN I (suite)**

<b>Secteur privé</b>	Le secteur privé n'offre pas de services de SR	<p>3 fora sur la SR du secteur privé du district de Kasnak</p> <p>Une session de formation du secteur privé sur le SIG</p> <p>Fournir du matériel IEC</p> <p>Organiser 2 réunions de coordination avec le secteur privé</p> <p>Mener des activités IEC à la Sonacos , Village SOS, Clinique privée SARR, CSS</p> <p>Fournir du matériel IEC/SR au secteur privé</p> <p>Renforcer les activités d'IEC et Counseling à la Sonacos ; CSS ; V SOS et Communauté environnante</p>	MCR, MSH, SANFAM	<b>Août 2002</b>	Rapports d'activités
----------------------	--	--	------------------	------------------	----------------------

**PLAN I (suite)**

<b>Autres secteurs</b> <b>1. Ecoles</b>	L'information sur la SR est insuffisante dans les écoles	Organiser 2 sessions de formation de 120 instituteurs en EVF sur la SR Créer de nouveaux clubs EVF dans 5 établissements scolaires Instaurer une périodicité mensuelle des activités des GEEP Publier un bulletin de liaison régional des GEEP Diffuser la lettre du GEEP  Organisation d'une journée de sensibilisation des enseignants sur la SR Organisation d'un festival régional des jeunes sur la SR Installer 5 centres d'écoute et de conseils dans 5 clubs FAWE dont Kaolak Généraliser les centres d'écoute dans les 57 clubs FAWE	INSPECTION ACADEMIQUE, GEEP MSH et FAWE	<b>Décembre 2002</b>	Rapports d'activités de FAWE, IA, MSH et GEEP
--	--	--	--	----------------------	---

**PLAN I (suite)**

<b>Autre secteur 2 . Secteur Social</b>	Le secteur social n'est plus suffisamment impliqué dans la résolution des problèmes de santé	Initier des réunions périodiques avec le secteur social a univeau de la région sanitaire et des districts sanitaires	MDR et MCD	<b>Août 2002</b>	Compte rendu des réunions
---	--	--	------------	------------------	---------------------------

**PLAN II: Les clients ne reçoivent pas de services adéquats au niveau des formations sanitaires**

<b>Structures Ou niveau d'intervention</b>	<b>Lacunes à combler</b>	<b>Action à mener</b>	<b>Responsable /Institution ou Services associés</b>	<b>Période (date limite)</b>	<b>Moyen de Vérification</b>
<b>Case de Santé</b>	Pas de services IEC et de directives de référence en <b>SAA, VIH/SIDA</b>	Réunion d'information des ASC et des matrones sur les références en SAA, la TME et le VCT en VIH :SIDA Directives écrites sur les références	La coordinatrice SR,MCR, MCD, ICP	<b>Juin 2002</b>	Compte rendu de réunion Directives disponibles aux PS et Centre de Santé
<b>Poste de Santé</b>	Pas de services IEC et de directives de référence en <b>SAA, VIH/SIDA</b>	Formation adéquate des ICP dans les trois domaines selon les normes en SR du Ministère.	la coordinatrice SR, MCR, MCD, ICP, Chef de la DLS, SANFAM et AFRICARE	<b>1<sup>ère</sup> quinzaine de Mai 2002</b>	Le Rapport de formation disponible au niveau des centres de santé des districts et à la région médicale
<b>Centre de Santé</b>	Les services de VCT ne sont pas encore disponibles à ce niveau	Formation des laborantins des 5 Centres de Santé et ceux des labos de SOS, de SONACOS et leurs Equipement	MCR et MCD. Assistés par la DLS	<b>2<sup>e</sup> quinzaine du mois de Mai 2002</b>	Rapports de formation et d'activités
<b>Région médicale et districts</b>	Coordination insuffisante des interventions	Mise en place d'une cellule de suivi du PO avec tous les intervenants	MCR et MCD	<b>Avril – Décembre 2002</b>	Compte rendu des réunions de la cellule
<b>Hôpitaux Régionaux</b>	<b><i>Tous les services ciblés par le Mapping pour les programmes de Santé de la Reproduction et de lutte contre les VIH/SIDA sont disponibles à des niveaux variables à l'hôpital régional de Kaolack et leur niveau d'intégration est également variables.</i></b>				

**PLANII (suite)**

<b>Cliniques privées/ Cabinets privés</b>	Non disponibilité des condoms, des spermicides et des services IEC en PF/SAA/VIH/SIDA	Diners-débats de formation en PF/SAA/VIH/SIDA  Dotations initiale en condoms, spermicides pour recouvrement des coûts	La Coordinatrice Régionale de SR, assistée par DNSR, ASBEF et MSH	<b>Mai à Juin 2002</b>	Compte rendu sur la disponibilité des produits et du service ciblés dans ce secteur.
<b>Cliniques ONG</b>	Non disponibilité des services de SAA TME	Formation des responsables de cette activité en IEC sur les SAA, TME	MCD Assisté par SANFAM, ASBEF	<b>Mai 2002</b>	Rapports de formation disponible à la région médicale et à la DNSR
<b>Pharmacie</b>  <b>Ecoles</b>	Pas de compétences en PF  Absence dans les écoles de services IEC en <b>PF/ SR VIH-SIDA (IST)</b>	Formation des pharmaciens d'officine de la région en Technologie contraceptive  Mise en place d'un bureau de l'inspection médicale dans les inspections de l'éducation  Institutionnaliser l'offre de service en IEC sur le SR/PF et VIH/SIDA dans les écoles	MCD assisté par la DNSR et l'ADEMAS  Inspection académique (IA) et l'inspection médicale	<b>Juillet 2002</b>  <b>Avril – Décembre 2002</b>	Rapports de formation disponible à la région médicale et à la DNSR Rapport d'activités de l'IA

**PLAN III : Les besoins des clients en santé de la reproduction ne sont pas adéquatement supportés les communautés**

Structures	Lacunes	Action à mener	Responsable /Institution ou Services associés	Période (date limite)	Moyen de Vérification
<b>Communauté</b>	Insuffisance des services à base communautaire En PF	<p>Formation en IEC/SR de 30 relais de 10 GPF</p> <p>Services a base communautaire par ces relais des GPF</p> <p>Formation complémentaire en IEC/SR de l'association de relais regroupée en GIE</p> <p>Mise à disposition de 14 éducateurs communautaire de santé dans l'arrondissement de Wack Ngouna pour des activités de IEC/SR/PF/IST SIDA</p> <p>Formation de relais par ces éducateurs</p> <p>DBC de produits contraceptifs + ME...</p> <p>Extension des activités d'autres communautés</p>	MCD de Kaffrine et Nioro, SANFAM, Plan International, Africare, Vision Mondiale,	<b>Décembre 2002</b>	<p>Rapports des formations</p> <p>Rapports d'activités de DBC</p>
	Les dirigeants communautaires n'ont pas suffisamment d'information sur la SR	Organisation de journées de sensibilisation et de mobilisation sociale par les comites de santé des PS	MCD de Kaffrine et Nioro, SANFAM, Plan International, Africare, Vision Mondiale	<b>Décembre 2002</b>	Rapport de l'activité de sensibilisation

**PLAN III (suite)**

<b>Communauté (Suite)</b>	Les organisations communautaires de base (OCB) ne prennent pas suffisamment en compte les aspects de SR	Organisation de journées de sensibilisation et de mobilisation sociale par les comités de santé des PS	MCD de Kafrine et Nioro, SANFAM, Plan International, Africare, Vision Mondiale	<b>Décembre 2002</b>	Rapport de l'activité de sensibilisation
<b>Case de Santé</b>	Les ASC et les matrones sont insuffisamment formés en SR	<p>Formation de 8 ASC/Matrones dans les communes rurales de Paoskoto et Porokhane</p> <p>Formation de 12 ASC/Matrones dans les CR de Mbirkilane, Ndiognick, Kathiote</p> <p>Formation de 8 ASC/Matrones dans la CR de Boulel</p> <p>Formation en IEC/SR des ASC/Matrones (40)</p> <p>Dotations en trousse de soins et IEC</p> <p>Formation en IEC/SR de 6 Matrones, 6 ASC, 12 relais dans la CR de Sibasor et Koumbal (6 villages)</p> <p>Supervision mensuelle par les ICP de 3 PS du district de Kaolack, 3 de Kafrine, 3 de Nioro et 1 de Koungheul</p>	MCD de Kafrine et Nioro, SANFAM, Plan International, Africare, Vision Mondiale	<b>Décembre 2002</b>	<p>Rapports de formation</p> <p>Rapports de supervision</p> <p>Bons de livraison des trousse</p>

**PLAN III (suite)**

<b>Case de santé (suite)</b>	Insuffisance de motivation des ASC et relais	Mise en place de micro crédits en faveur de ces GPF  Contractualisation avec cette association pour des activités IEC/SR dans la communauté  Marge bénéficiaire accordée sur la vente des produits en intégrant d'autres produits IB	MCD de Kaffrine et Nioro, SANFAM, Plan International, Africare, Vision Mondiale	<b>Décembre 2002</b>	Rapports d'activités et contrats avec les associations
<b>Poste de santé, centres de santé et districts</b>	La communauté ne participe pas suffisamment à la gestion du comité de santé et de la case de santé  Les membres des comités de santé ne disposent pas des compétences nécessaires en planification et budgétisation	Impliquer davantage des leaders communautaires au processus de monitoring et de d'élaboration des PO	MCD, ICP	<b>Mai – décembre 2002</b>	Rapports de monitoring
<b>Région sanitaire</b>	Disparité des initiatives de services à base communautaire dans la région	Organiser une réunion avec les intervenants en SBC pour la définition d'une stratégie régionale	MCR	<b>Juin 2002</b>	Rapport de réunion

**PLAN III (suite)**

<b>Secteur privé</b>	Les services de santé des usines ne sont pas impliqués dans la SR des communautés	<p>SBC pour les populations riveraines de l'usine de la SONACOS</p> <p>Causeries organisées par prestataires de la SONACOS formes en Counseling en direction du personnel et des populations riveraines</p> <p>Renforcement des activités au niveau de la SONACOS et Extension des activités IEC pour le village SOS, la CSS, Clinique SARR</p>	MCD et SANFAM	<b>Décembre 2002</b>	Rapports d'activités
<b>Autres secteurs</b>	Les relais du secteur social ne sont plus suffisamment impliqués dans l'IEC / SR	Organiser des réunions de concertation avec les responsables régionaux et départementaux de l'action sociale	MCR et MCD	<b>Juillet 2002</b>	Compte-rendu des réunions





# Bibliography

Frontiers Project, Population Council. February 2002. *Executive Summaries of Operation Research Studies and Situation Analysis Studies: Situation Analysis of the Family Planning Service Delivery System in Senegal.*

International Family Planning Perspectives, Vol. 25, January 1999. *Family Planning Program Structure and Performance in West Africa. Reproductive Health Policies and Programs in Eight Countries: Progress Since Cairo.*

International Family Planning Perspectives: Vol. 25, No. 3, September 1999. *Prevention First: A Three-pronged Strategy to Integrate Family Planning Program Efforts Against HIV and Sexually Transmitted Infections.*

International Family Planning Perspectives. Vol. 24, No. 4, December 1998. *The Quality of Family Planning Services For Breastfeeding Women in Senegal.*

Macro International. 1992/93. *Enquête Démographique et de Santé au Sénégal (EDS-II)*

Macro International. 1997. *Enquête Démographique et de Santé au Sénégal (EDS-III)*

Management Sciences for Health. 2001. *Addressing Unmet Needs for Reproductive Health Services.*

Ministère de la Santé et de la Prévention, Groupe SERDHA, and Measure DHS+ (Macro International) 1999. *Enquête Senegalese sur les Indicateurs de Santé (EDS-III)*

Ministère de la Santé et de la Prévention, Sénégal. 2000. *Politique et Normes des Services de Santé de la Reproduction*

Ministère de la Santé et de la Prévention, Sénégal. 2000. *Protocoles des Services de Santé de la Reproduction*

NGO Networks for Health. January 2001. *Delivering Integrated FP/HIV/STI Services: Achieving More Together.*

Partnerships for Health Reform. February 2001. *Funding and Implementing HIV/AIDS Activities in the Context of Decentralization: Ethiopia and Senegal.*

Policy Project. Wilson, Ellen. September 1998. *Reproductive Health Case Study, Senegal*

Policy Project. September 1999. *The Economic Impact of AIDS in Senegal.*

Policy Project, Ismail NDIAYE, El Hadj DIOUM, Août 2001, *Recensement des points de prestation de services privés dans la ville de Kaolack*

Population Reference Bureau. 2001. Website. Various Reports

Projet Santé Maternelle et Planification Familiale. 2001. *Troisième Rapport d'Activités.*

SARA Project. June 2001. *Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV in Africa; Practical Guidance for Programs.*

Seats Project. November 1999. *Senegal Final Country Report.*

SNSR and Population Council. October 2000. *Promoting Utilization of Results from the National Situation Analysis in Senegal.* UNAIDS Website . [www.unaids.org](http://www.unaids.org)

The Manager, Management Sciences for Health. Fall 1998. *Integrating STD/HIV Services into Reproductive Health Settings: Strategic and Management Issues*

UNAIDS/FHI 2001. *Effective Prevention Strategies in Low HIV Prevalence Settings*

UNAIDS. 1999. *Acting early to prevent AIDS: The Case of Senegal.*

UNAIDS. May 2000. *Technical Update; Voluntary Counseling and Testing.*

UNAIDS. December 2001. *AIDS Epidemic Update.*

Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Réseau Africain de Recherche Sur le SIDA. 1998. *La Prostitution.*

USAID/Senegal. March 2001. *Results Review and Resource Request (R4)*

USAID. 2000. *FY 2001 Senegal Program Description and Activity Data Sheets.*

USAID Senegal. June 1998. *Country Strategic Plan 1998-2006.*

US Census Bureau. June 2000. *HIV/AIDS Surveillance Data Base.*

World Bank. December 20, 2001. *Project Appraisal Report Document to the Republic of Senegal for an HIV/AIDS Prevention and Control Project*

World Health Organization. 1999. *Integrating STI Management into Family Planning Services: What are the Benefits? Suite*