

**ÉTUDE RÉTROSPECTIVE
DU SECTEUR
POPULATION ET SANTÉ
AU SÉNÉGAL:
COMPOSANTE
QUALITATIVE**

Dr Giselle Maynard-Tucker (Ph D)
Consultante internationale

Senegalaise d'études de conseils &
d'interventions
(SENECI)

BEST AVAILABLE COPY



The **POLICY** Project

The Futures Group International

in collaboration with:

Research Triangle Institute (RTI)

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

A

POLICY is a five-year project funded by the U S Agency for International Development under Contract No CCP-C-00-95-0023-04, beginning September 1, 1995. It is implemented by The Futures Group International in collaboration with Research Triangle Institute (RTI) and The Centre for Development and Population Activities (CEDPA)

Cette etude a ete financee par le Projet "POLICY" par les sous-contrats nos 5402 44 SEN1 et 5402 44 SEN2 Le Projet "POLICY" est finance par l'USAID sous le contrat No CCP-C-00-95-00023-04 Les opinions exprimees dans ce rapport ne refletent pas necessairement celles des organisations qui l'ont finance

THE FUTURES GROUP INTERNATIONAL
1050 17th Street, Suite 1000
Washington, DC 20036
Téléphone (202) 775-9680
fax (202)775-9694
E-mail policyinfo@tfgi.com

TABLE DES MATIÈRES

I	INTRODUCTION	1
	1 1 Le Senegal	1
	1 2 L'etude	1
	1 3 La methode de recherche	2
	1 4 Les participants	2
	1 5 Les sites des enquêtes	2
II	LE POINT DE VUE INSTITUTIONNEL DU GOUVERNEMENT SÉNÉGALAIS SUR LA SANTÉ	4
	2 1 La decentralisation	4
	2 2 L'historique de la planification familiale et la politique de la population	4
III	LES INTERVENTIONS DE L'USAID DANS LE DOMAINE DE LA SANTE ET LA POPULATION	6
	3 1 Historique	6
	3 1 1 Le projet Sante rurale du Sine-Saloum	6
	3 1 2 Le projet Services de sante familiale I et II(1979-1984 et 1985- 1992)	6
	3 1 3 Le projet Survie infantile/planification familiale (1992-1998	7
	3 1 4 Autres activites	7
	3 1 5 La reputation du projet Sante rurale	7
	3 2 La production agricole, la sante et l'infrastructure medicale au Sine-Saloum	8
	3 3 Les buts et objectifs du projet Sante rurale, phase I	8
	3 4 La phase II du projet Sante rurale	10
IV	LES POINTS FORTS ET LES POINTS FAIBLES DU PROJET SANTÉ RURALE AU SINE-SALOUM	12
	4 1 Les points forts du projet	12
	4 1 1 La decentralisation	12
	4 1 2 La participation communautaire	12
	4 1 3 L'approvisionnement en medicaments essentiels	13
	4 1 4 La formation et le developpement du materiel IEC	13
	4 1 5 La supervision et les changements dans le programme	14
	4 1 6 La motivation	15
	4 1 7 Conclusion	15
	4 2 Les points faibles du projet	15
	4 2 1 Le favoritisme	15
	4 2 2 Les problemes administratifs	16
	4 2 3 Les comites de sante	16
	4 2 4 La demission des ASC	17
	4 2 5 Le desengagement de la communaute	17
	4 2 6 L'amoindrissement des ressources humaines	17

V	LES ENSEIGNEMENTS TIRÉS DU PROJET	19
5 1	L'étude préliminaire	19
5 2	La formation et les ressources humaines	19
5 3	La sensibilisation de la population	20
5 4	La communication	20
5 5	Le rôle des agents de santé communautaires	20
5 6	La motivation	21
5 7	Les cases de santé	21
5 8	La durabilité	21
VI	SYNTHÈSE ET CONCLUSIONS	23
6 1	La santé maternelle et infantile	23
6 2	La planification familiale	23
6 3	Les MST et le SIDA	24
6 4	Le partenariat	25
6 5	Les organisations non gouvernementales	26
VII	RECOMMANDATIONS	27
	BIBLIOGRAPHIE	31
	ANNEXE A	33
	ANNEXE B	34

LISTE DES ABREVIATIONS

AMPM	Age moyen au premier mariage
DPS	Direction de la prévision et de la statistique
EDN	Enquête démographique nationale
EDS	Enquête démographique et de santé
EMF	Enquête mondiale sur la fécondité
EMO	Enquête sur la main-d'œuvre
EMUS	Enquête sur la migration et l'urbanisation au Sénégal, 1993
ESF	Enquête sénégalaise sur la fécondité
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
GdS	Gouvernement de Sénégal
IEC	Information, éducation et communication
ISED	Institut santé et développement
ISF	Indice synthétique de fécondité
MSPAS	Ministère de la santé publique et de l'action sociale
OCCGE	Organisation de coopération et de coordination de la lutte contre les grandes endémies

OMS	Organisation mondiale de la sante
ONG	Organisations non gouvernementales
ORANA	Organisation pour la recherche pour l'alimentation et la nutrition en Afrique
PIB	Produit interieur brut
PNPF	Programme national de planification familiale
PSFP	Projet sante familiale et population
RGP	Recensement general de la population de 1976
RGPH	Recensement general de la population et de l'habitat
SIDA	Syndrome d'immuno deficiance acquis
SSP	Soins de sante primaires
USAID	Agence des Etats-Unis pour le developpement international

I INTRODUCTION

1 1 Le Senegal

Le Senegal est situe a l'extrême Ouest du continent africain, et a des frontieres communes avec la Mauritanie, le Mali, la Guinee Bissau et la Guinee. La population du Senegal est voisine de huit millions d'habitants avec une forte concentration a Dakar et ses environs alors que le reste du pays, en particulier l'Est et le Nord sont moins peuples. Les habitants cultivent l'arachide, le mil, le riz, le coton, le manioc et la canne a sucre, ils pratiquent aussi l'elevage et la pêche. Les groupes ethniques dominants sont les Wolofs (43%), les Serers (15%), les Diolas et les Mandings (10%) et les Poulars (2,3%). La majorite de la population est musulmane (90%). Dans les zones rurales, 78% des hommes et 89% des femmes sont analphabetes, contre 36% des hommes et 51% des femmes dans les zones urbaines.

En 1990-1992, l'accroissement de la population etait estime a 2,7% par an. Un facteur important de l'accroissement de la population est le mariage: en effet, 50% des femmes sont mariees avant l'âge de 17 ans, et 47% de la population pratique la polygamie. La culture est "pronataliste" (en faveur de la natalite) et les femmes ont en moyenne 6,4 enfants le taux etant un peu moins eleve dans les centres urbains (5,9%). L'abstinence apres l'accouchement est de 3,5 mois, et l'allaitement dure en moyenne 14,3 mois. Le taux d'utilisation de la contraception est de 7,4% pour l'ensemble des methodes et de 4,8% pour les methodes modernes. La mortalite maternelle est de 510 pour 100,000 et la mortalite infanto-juvenile est de 68 pour 1000, mais dans les zones rurales la mortalite infantile est plus elevee (EDS 1992).

1 2 L'etude

La presente etude a pour objet de retracer la contribution de l'assistance au developpement fournie par les Etats Unis a la sante publique au Senegal depuis ces vingt dernieres annees afin d'evaluer l'influence de l'Agence des Etats-Unis pour le developpement international (USAID) dans les programmes nationaux de sante publique. L'etude est divisee en deux parties. Une partie presente des histoires recueillies oralement au cours d'entretiens avec le personnel de sante participant au projet Sante rurale (685-0210 et 685-0242), projet qui etait a l'origine un projet experimental et est devenu par la suite le precurseur des soins de sante primaire au niveau des communautes dans la region du Sine-Saloum. L'autre partie se refere a quatre enquêtes de terrain menees a Dakar et dans les localites de Louga, Kaolack et de Fatick (region du Sine-Saloum). Les histoires recueillies ont pour objet de faire ressortir les points forts et les points faibles de l'influence de l'USAID dans le projet Sante rurale et les enquêtes de terrain cherchent a decouvrir les connaissances, attitudes et perspectives du personnel medical et des patients/beneficiaires concernant les programmes de l'USAID. L'analyse et la synthese de ces deux etudes qualitatives permettra de mettre en lumiere les leçons apprises et de presenter les suggestions et recommandations des professionnels, des patients et des experts du developpement et de la sante qui ont ete ou sont impliquees dans les projets et programmes de sante de l'USAID au Senegal.

1 3 La methode de recherche

Trois guides de conversation ont ete developpes pour 1) les professionnels de sante ayant occupe des postes de responsabilites (voir annexe A), 2) les prestataires de services, et 3) les clients(es)

Les questions concernaient les activites de l'USAID dans le domaine des services de population-sante-nutrition (PSN) publics et prives, des succes et des echecs des projets, de la qualite des soins primaires et de la planification familiale, de la prevention de la mortalite infanto-juvenile et des maladies sexuellement transmissibles (MST) et du syndrome d'immuno deficiencie acquis (SIDA), de l'opinion sur le recouvrement des coûts fixes par les comites de sante, de l'application de la politique de population, et de la collaboration du Ministere de la Sante avec l'USAID et ses partenaires, et de la perspective de futures interventions au niveau des organisations non-gouvernementales (ONG) et du secteur prive a but non lucratif

1 4 Les participants

Les entretiens avec les professionnels de la sante participant au projet Sante Rurale ont ete animes par Mme Fatima Sy de l'USAID, M Cheick Bamba Diop du Programme national de planification familiale (PNPF), et par M Amadou Damfa et M Ibrahim Gueye de l'Institut Sante et developpement (ISED) Ces entretiens ont eu lieu en français Les entretiens avec les clients(es) ont eu lieu en langue nationale Woloff

Les personnes qui ont participe aux entretiens ont ete interviewees par les investigateurs a Dakar et dans les localites visitees lors de l'enquête de terrain Les criteres de participation etaient lies a l'expertise et au degre de participation des personnes interviewees au projet du Sine-Saloum (1977-1989) La liste des participants hommes et femmes comprend un ancien ministre de la sante, un conseiller ministeriel, des directeurs de recherche, planification et formation, des directeurs de programmes, des conseillers techniques, des techniciens de la sante, des techniciens information, education, et communication (IEC), des directeurs d'ONG, et des employes de l'USAID (voir annexe B) Tous les participants ont repondu aux questions posees avec dynamisme et la majorite d'entre eux ont longuement elabore leurs reponses Les entretiens ont dure entre 45 minutes et une heure et demie pour certaines personnes Ces personnes ont ete interviewees dans leur bureau en tête a tête avec l'investigatrice Les cassettes ont ete transcrites et les noms des personnes enquêtees ont reçu un code chiffre pour conserver l'anonymat Un peu plus d'un tiers des participants ont refuse d'être enregistres En plus, SENECCI a interviewe les prestataires (a savoir, medecin de district, infirmier, sages-femmes, matrones) et clients(es) qui frequentent ces points de prestation de services Durant toutes les interviews, les investigateurs ont pris des notes

1 5 Les sites des enquêtes

Dans chacun de ces sites des entretiens ont eu lieu avec le personnel medical et les beneficiaires, et les histoires ont ete recueillies lors d'entrevues avec des personnes qui avaient participe au programme Sante Rurale du Sine-Saloum

Nous avons visite les centres de sante et les postes de sante suivants a Dakar, le centre de sante Dominique et le poste de sante Cite Pepiniere, le centre de sante Nabil Choukar et le poste de sante Grand-Yoff, a Louga, le centre de sante de Louga et le poste de sante de Keur Momar Sarr, a Kebemer, le centre de sante de Kebemer et le poste de sante de Ndaude, a Fatick, le centre de sante de Fatick et le poste de sante de Niakkar, a Dioffior, le centre de sante de Dioffior et le poste de sante de Fimela, a Kaolack le centre de sante de Kasnak et le poste de sante de Gaudiaye, et enfin a Nioro le centre de sante de Nioro et le poste de sante de Medina Sabbakh

II. LE POINT DE VUE INSTITUTIONNEL DU GOUVERNEMENT SÉNÉGALAIS SUR LA SANTÉ

2 1 La decentralisation

Les années 1970 ont vu une réforme structurelle au niveau du Ministère de la santé pour decentraliser le Bureau central, durant cet effort les deux ministères de la santé et du développement social se sont fusionnés sous la coupole du Ministère de la santé publique et de l'action sociale. La decentralisation proposait d'accorder une délégation de pouvoir aux régions en leur permettant de planifier et de décider de leur propres besoins sans passer par le Bureau central. Ces activités ont eu le soutien des bailleurs de fonds et surtout de l'USAID. Ce mouvement de decentralisation concernait le développement et l'application d'un système de recouvrement des coûts pour les centres et postes médicaux et la gestion des projets par les régions. C'est dire que pour la première fois les patients devaient payer une somme modique pour les soins reçus dans les établissements médicaux du secteur public. Les comités de santé étaient créés, composés de personnes élues par la communauté ayant la charge de gérer les fonds obtenus par la vente de tickets d'enregistrement des patients. Chaque région avait le droit de formuler ses plans d'action, de définir ses stratégies, et de gérer directement ses revenus. En plus, les communautés devaient participer à la construction des cases de santé, à la sélection des agents de santé communautaires, à la participation et à la gestion de l'administration et à la coordination du projet à tous les niveaux, ainsi qu'à la vente de médicaments essentiels qui étaient gérés par les comités de santé.

2 2 L'historique de la planification familiale et la politique de la population

Le secteur public n'a commencé à participer pleinement dans la planification familiale qu'au cours des années 1980, jusque là le rôle principal dans la prestation des services revenait au secteur privé. Les services de planification familiale ont été disponibles en premier à Dakar, fournis par le Mouvement sénégalais de planification familiale. Ce service avait pour but d'informer les époux des familles nombreuses sur les méthodes contraceptives. En 1970, la clinique privée Croix Bleue avait des activités de formation et de prestations de services sur la contraception et en 1974, l'Association sénégalaise pour le bien-être familial (ASBEF) avait établi une clinique modèle à Dakar et une autre à Louga. En 1975, apparaissait l'Association sénégalaise pour la promotion de la famille (ASPF).

Durant les années 1970, le secteur public était limité dans ses activités par une loi de 1920 qui interdisait la promotion de la contraception et l'usage légal des contraceptifs. Cependant un dialogue politique suivait car les problèmes de démographie se faisaient de plus en plus pressants. La planification familiale était associée à ce moment-là avec le Ministère du développement social et de la condition féminine, et quelques activités étaient organisées, telles que la formation des sages-femmes au début des années 1970, mise au point par le *Pathfinder Fund*, et le développement du Centre de planification familiale de Bel-Air en 1975.

En 1979, la Commission nationale de la population (CONAPO) était créée avec pour mandat de faire des recommandations au gouvernement en matière de population. En 1980, la loi d'interdiction de 1920 était abrogée, ce qui ouvrait la voie à un rôle plus actif du gouvernement dans le secteur de la population. Comme on l'a mentionné plus haut, de grands projets de planification familiale étaient financés par l'USAID et le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) dans les années 1980. Le projet Santé familiale et population de l'USAID travaillait dans plusieurs régions et jetait les fondations des programmes gouvernementaux de planification familiale. Depuis 1985, les secteurs public et privé sont intégrés dans ces programmes.

Un événement important dans le développement du programme national de population a été l'adoption, en avril 1988, d'une politique de population après examen par la CONAPO et approbation par le Président de la République en conseil interministeriel. La politique de population a aidé à susciter un changement d'attitudes envers les femmes et la famille et a permis d'introduire des concepts concernant l'espacement des naissances dans une société qui est pronataliste et est régie par l'Islam.

Les objectifs généraux de la politique de population indiquent l'adoption d'une approche globale des problèmes de la population ou la planification familiale (PF) constitue un des volets de la stratégie. Le concept se compose de plusieurs stratégies et préoccupations telles que la santé maternelle et infantile, la fécondité et l'espacement des naissances, la promotion de la femme, la promotion des jeunes, la promotion des personnes du troisième âge, la préservation de la famille, les migrations, l'urbanisation et l'aménagement du territoire, l'emploi, les études et recherches, l'information, l'éducation et la communication en matière de population et les mesures législatives et réglementaires.

III. LES INTERVENTIONS DE L'USAID DANS LE DOMAINE DE LA SANTE ET LA POPULATION

3 1 Historique

Depuis les années 1960 l'USAID a aidé le Sénégal dans le domaine de l'agriculture (gestion de l'eau, amélioration des semences, vulgarisation agricole, etc), la construction de lycées, la formation, et enfin la population et la santé. L'USAID a fourni un appui continu à l'élaboration d'un programme national de population, et depuis deux décennies a investi biens et efforts pour établir un programme national de planification familiale. Les projets de l'USAID en matière de santé et de population sont décrits ci-dessous.

3 1 1 Le projet Santé rurale du Sine-Saloum

Ce projet a été financé en 1977 et visait à établir un système de prestation de services de santé dans le Sine-Saloum qui puisse être reproduit. L'objectif du projet consistait à introduire un système financièrement viable d'interventions de soins de santé (y compris la vaccination, les systèmes épidémiologiques, et des activités pour lutter contre la malaria, les maladies diarrhéiques, la malnutrition et la tuberculose), et des soins de santé maternelle et infantile. Le projet devait former les professionnels du Ministère de la santé et les agents de santé des villages, élever le niveau des systèmes d'approvisionnement en médicaments et les systèmes d'information, et la recherche appliquée d'appui. Les services de planification familiale étaient intégrés au projet en 1979 et en 1984, le projet était renouvelé.

Ce programme d'un coût modeste, et appuyé par la communauté visait à créer un cadre de 1800 agents de santé de villages et un réseau de 600 cases de santé où on devait fournir des services de santé de base et recueillir des statistiques vitales. Chaque case de santé comprenait une accoucheuse, un secouriste et un hygieniste. Les cas qui requerraient une plus grande attention médicale étaient référés à des niveaux plus élevés. Chaque communauté élisait un comité de santé responsable de choisir les agents de santé des villages et de gérer les fonds générés par la vente des médicaments essentiels. Le projet se concentrait principalement sur la formation des agents de santé des villages. Dans la seconde phase du projet, la formation continuait à être un point essentiel, notamment par l'envoi de 10 à 12 professionnels de la santé aux États-Unis pour y faire des études de maîtrise ou de doctorat en santé publique, et l'organisation de 75 mois de formation de courte durée dans le pays et à l'étranger pour le personnel du Ministère de la santé et départemental, les infirmières des postes de santé et les villageois.

3 1 2 Le projet Services de santé familiale I et II(1979-1984 et 1985-1992)

Dans la phase I du projet, le gouvernement recevait un don pour exécuter un programme de planification familiale. Avec l'aide de l'USAID le gouvernement devait développer un modèle de prestataire de services de PF, qui consistait à donner des conseils et un enseignement en groupe et individuel, fournir des objets pour la planification familiale et faire le suivi des clients, modèle qui serait repris à travers le pays. Vu l'opposition légale et traditionnelle à la PF, les services seraient intégrés aux programmes de santé maternelle et infantile existants. Les infirmières et les sages-

femmes recevraient une formation sur l'aptitude et la façon de conseiller en matière de PF. Un sous-projet donnait aussi un financement à l'ASBEF pour 1) fournir des services de santé maternelle et infantile étendus, y compris la planification familiale dans la région du Cap Vert et 2) entreprendre un programme d'information et d'éducation visant à la fois le grand public et les communautés de services professionnels de santé et sociaux.

Dans la phase II du projet, le Ministère du développement social était la principale agence d'exécution. Cette phase visait à élargir les services par les secteurs public et privé, soutenir des activités d'information, éducation et communication et de la formation en PF, et améliorer la collecte et l'analyse des données démographiques.

3.1.3 Le projet Survie infantile/planification familiale (1992-1998)

Ce projet travaille avec l'Office de la planification familiale nouvellement créé au sein du Ministère de la santé publique et de l'action sociale pour élever le niveau de la planification familiale et, dans une moindre mesure pour étendre la thérapie de réhydratation orale. Les principales activités visent à moderniser certains sites de PF en milieu urbain, renforcer la supervision des services cliniques, promouvoir les technologies modernes de la contraception, former les agents de santé, et conduire des activités d'information, éducation et communication (IEC). L'assistance technique en gestion est fournie aux niveaux central, régional et du district. Un appui est aussi fourni à deux ONG, ASBEF et SANFAM (Santé de la famille). Le projet soutient des distributions communautaires pilotes et des programmes de commercialisation sociale de condoms.

3.1.4 Autres activités

Outre ces grands projets, l'USAID a contribué aux programmes de santé et de famille du Sénégal par toute une série d'autres activités. L'USAID a collaboré avec le Ministère de la santé publique et de l'action sociale à l'élaboration de la politique de population. Elle a fourni un soutien financier pour mener de nombreuses recherches quantitatives et qualitatives qui étaient diffusées au cours de séminaires. L'USAID a aussi créé le programme du Certificat d'études spéciales en santé publique à l'Institut de santé et développement qui a offert une formation à de nombreux professionnels de la santé, et soutient un programme de formation de courte durée et le développement des capacités de l'ISED pour la recherche appliquée et l'évaluation. Enfin, dans le domaine de l'assainissement, l'USAID a financé plusieurs projets qui avaient une composante d'eau et d'assainissement.

3.1.5 La réputation du projet Santé rurale

Mais, de toutes ces activités, les personnes interrogées parlaient surtout du projet Santé rurale au Sine-Saloum. Une des raisons de ces réponses est que le projet Santé rurale finançait un programme de santé entier, alors que les autres activités de l'USAID étaient intégrées dans un programme plus étendu et les personnes interrogées (en particulier les pourvoyeurs de services et les clients au niveau local) étaient incapables de faire la part des éléments financés par l'USAID et par le GdS ou d'autres bailleurs de fonds. De plus certains pensaient que les enseignements avant le plus de valeur pouvaient être tirés de ce projet étendu et à long terme et ils avaient le sentiment

que les leçons tirées du projet Santé rurale peuvent s'étendre à l'ensemble du rôle joué par l'USAID dans le secteur de la santé

3.2 La production agricole, la santé et l'infrastructure médicale au Sine-Saloum

Au Sine-Saloum, la saison des pluies se situe entre les mois de juin et d'octobre et est associée à des épidémies de paludisme, de maladies parasitaires, de diarrhées, et des périodes de malnutrition. D'autant plus qu'à cette époque de l'année en général les provisions annuelles de nourriture sont épuisées et les gens manquent d'argent pour acheter des vivres. Ces deux éléments font que la majorité des habitants sont touchés par les maladies parasitaires et leur santé est affaiblie par la malnutrition. Ces épidémies abaissent les rendements agricoles car les personnes malades ne peuvent pas travailler les champs. En 1980 par exemple, dans la région de Kaolack on a enregistré près de 127,000 cas de paludisme pour une population qui s'élevait à 1,200,000 d'habitants. Le paludisme était aussi une cause de mortalité pour les enfants de 1 à 4 ans et près de 25 à 50 pour cent d'enfants nés dans l'année mourraient de cette maladie (annexe c-4 USAID 1983)

Le taux de mortalité infantile avait une corrélation étroite avec l'absence de soins médicaux. À l'époque il y avait

- 1 médecin pour 66 246 habitants
- 1 infirmier pour 4796 habitants
- 1 sage-femme pour 23 554 habitants

Il existait aussi très peu d'infrastructures sanitaires et seulement 61 postes de santé répartis dans la région (Aïda Lô-Faye, 1990 3)

3.3 Les buts et objectifs du projet Santé rurale, phase I

Le but du projet était d'aider le Ministère de la santé à développer la santé rurale au Sine-Saloum à mettre en place un système de prestation de services de santé auto-financé. Ce projet faisait appel aux populations pour gérer leur santé et introduisait le concept de la médecine préventive. Les objectifs étaient de développer les volets suivants

- a La surveillance nutritionnelle au niveau du village
- b La lutte contre les maladies diarrhéiques
- c La vaccination des enfants de moins de 3 ans
- d La prévention du paludisme en utilisant la chloroquine
- e La prévention de la tuberculose
- f La vente de médicaments essentiels avec le recouvrement de coûts

- g La formation continue du personnel medical et des agents de sante communautaires (ASC)
- h La mise en place d'un systeme de supervision a tous les niveaux
- j L'etablissement d'un systeme epidemiologique de surveillance pour pouvoir evaluer les activites du projet
- k Un soutien institutionnel pour les ecoles d'infirmiers et de medecine
- l La participation des communautes a la gestion du recouvrement des coûts

Le projet devait etablir 600 cases de sante avec un personnel medical adequat et avec l'aide de 1,800 agents de sante communautaires dans six departements de la region. Chaque case devait être dotée d'une accoucheuse traditionnelle (matrone), d'un agent de sante communautaire (ASC) /secouriste qui avait la charge des vaccinations et des petites urgences, et d'un hygieniste pour educer les populations sur les questions sanitaires.

Les cases de sante consistaient en une hutte d'une piece carree, avec un toit en paille ou en tôle ondulee, sans installations sanitaires ni eau et etaient divisees en deux, une partie pour les femmes qui devaient venir accoucher, l'autre pour les petits soins avec les medicaments essentiels, comme la chloroquine, ou pour les maux de tête, les petites blessures etc. Les cases de sante etaient situees entre deux villages et etaient la premiere etape avant le poste de sante qui peut parfois se trouver a plusieurs heures de marche des villages. En fait les femmes accouchaient toujours chez elles, avec l'assistance de la matrone et la case de sante ne servait qu'aux petites urgences. Quant aux vaccinations, les ASC vont les faire a domicile.

Les objectifs principaux etaient de renover l'infrastructure, former le personnel sanitaire villageois, mettre en place un systeme de supervision et d'approvisionnement en medicaments et materiel medical et installer un systeme de recouvrement des coûts qui serait gere par les communautes. Le but final du projet etait d'ameliorer le niveau de la sante des populations rurales et d'etablir un modele de soins de sante primaire maintenu avec le soutien des populations qui serait exemplaire et pourrait être reproduit dans d'autres regions.

Trois ans apres l'implantation du projet dans la region de Kaolack et de Fatick, en 1980 l'USAID faisait une evaluation de son influence qui revelait que le projet etait en difficulte parce qu'il etait trop ambitieux. 480 cases de sante avaient ete etablies et un tiers des cases de sante etaient deja fermees. La gestion des recouvrements des couts n'etait pas viable, le soutien logistique et la supervision etaient defaillants ainsi que le reapprovisionnement en produits pharmaceutiques. En plus la selection des ASC posait certains problemes.

3 4 La phase II du projet Sante rurale

A la suite des recommandations de l'évaluation, le Ministère de la sante et l'USAID revisaient la conception du projet Sante Rurale. Aussi, pour la phase II du projet, il a été décidé de mettre l'accent sur les éléments suivants : mettre en place une meilleure structure de gestion, donner aux comités de sante une formation supplémentaire en gestion, revoir la formation des agents de sante communautaires, améliorer le système d'approvisionnement en médicaments, assurer la viabilité financière des cases de sante. Les révisions prévoyaient aussi de limiter les activités à quatre départements de la région et de concentrer les activités sur 20 communautés rurales et sur 60 villages choisis dans ces communautés.

Le projet 685-0242, Sante Rurale, Phase II, concrétisait les recommandations de l'évaluation. En 1986 une évaluation de la phase II du projet était faite par le Ministère de la sante et l'USAID, évaluation qui prouvait que d'énormes progrès avaient été accomplis. Les évaluations soulignaient les faits suivants :

- Plus de 90 pour cent des villageois fréquentaient les cases de sante
- Les villageois avaient prouvé qu'ils avaient la volonté et l'aptitude à gérer les revenus et les fournitures de matériel. Par exemple, 58 % des cases de sante étaient auto-financées par le recouvrement des coûts
- Les réformes administratives au niveau des communautés rurales encourageaient les villageois à assumer la responsabilité de la gestion et de l'administration de leurs propres services de sante
- L'approvisionnement en médicaments essentiels devenait plus fiable et les médicaments étaient vendus à des prix abordables
- Un système de statistiques était intégré au niveau des cases de sante pour l'utilisation des données sur les inscriptions, la vente des médicaments et les prestations
- 756 ASC et 378 comités de sante recevaient une formation, plus de 100 personnes bénéficiaient d'une formation de cadres, et certains furent même envoyés aux États-Unis pour poursuivre des études
- L'achat de mobylettes pour le personnel médical des postes de sante aboutissait à une meilleure supervision des cases de sante. Deux fois par mois les infirmiers (63 %) passaient dans les villages pour superviser les ASC

Toutes les personnes interrogées au cours des entretiens affirmaient que le projet avait atteint un niveau d'excellence grâce à l'étroite collaboration du Directeur de la sante à l'USAID, le Dr Mike White, et du Ministre de la sante, M Mamadou Diop, qui tous deux étaient des visionnaires du développement de la sante primaire et qui ont convaincu les populations de la nécessité de leur

participation Ensemble ils ont promu le concept de la sante preventive dans les communautes rurales alors que les populations ne connaissaient que la medecine curative L'execution du projet declenchait aussi des changements institutionnels, administratifs, des developpements en Information-Education-Communication (IEC) et autres elements programmatiques qui sont presentes dans les sections suivantes

Ces resultats montrent que le projet revise etait devenu un modele exemplaire de prestations de soins primaires, et l'evaluation de la phase II recommandait que le projet Phase II se poursuive pendant cinq ans

IV. LES POINTS FORTS ET LES POINTS FAIBLES DU PROJET SANTÉ RURALE AU SINE-SALOUM

Les sections qui suivent présentent les points forts et les points faibles rapportés durant les 30 entrevues menées auprès des professionnels de la santé qui ont participé au développement et à l'exécution du projet Santé rurale (Phases I et II) entre les années 1977 et 1989

4.1 Les points forts du projet

4.1.1 La décentralisation

Le projet a entraîné des changements de l'infrastructure institutionnel et la mise en route d'une procédure de régionalisation qui a abouti à un système décentralisé des structures administratives centrales et qui donnait plus de pouvoir de décision aux médecins-chef des régions et aux personnes qui régissaient les régions. Cette procédure a été mise en route en accord avec les normes de la réforme administrative. Par exemple le projet Santé Rurale était évalué au niveau national mais mis en application et contrôle au niveau régional. Les procédures administratives étaient assumées par le gouverneur du Sine-Saloum, cependant l'administration journalière et l'exécution était confiée à la direction du projet ou aux délégués des agences gouvernementales régionales (Aïda Lô-Faye 1990 28). Ce procédé expérimental facilitait la tâche des décideurs et permettait une exécution plus rapide des activités et surtout, elle permettait à la direction du projet de mieux juger des besoins et d'y pourvoir rapidement.

Durant une entrevue une participante m'expliquait que "ce qu'il faut retenir c'est que ce projet a été ancré dès le départ dans le cadre de la réforme administrative, territoriale et locale du Sénégal. Ce qui explique que toutes les structures étaient décentralisées. C'est très important quand on compare les résultats d'avant et la participation des acteurs avant et aujourd'hui, on voit une grande différence" (citations page 5, N° 15). Cette participante m'a fait remarquer qu'il y a aujourd'hui un retour à la centralisation des pouvoirs du Bureau central si l'on compare les procédures du temps du Sine-Saloum à celles d'aujourd'hui.

4.1.2 La participation communautaire

De par sa structure le projet impliquait la participation de la communauté dans toutes les phases de son développement : construction de cases de santé et de maternités, embauche des agents de santé communautaires et gestion du recouvrement des coûts. Du point de vue administratif, les communautés participaient à la création des comités de santé, à l'administration et à la gestion du recouvrement des coûts prélevé sur l'achat de la carte d'enregistrement et l'achat de médicaments. Ceci devenait la responsabilité des comités de santé en plus de la gestion du matériel et des équipements. Ce système administratif dégageait le Bureau central des procédures routinières et faisait participer la communauté à la gestion administrative des services de santé, ce qui représentait un succès sans précédent. Car jusque là les populations comptaient sur le ministère pour assumer la responsabilité de l'administration et de la gestion des services de santé.

“Le succes de ce projet est le fait d'avoir permis le renforcement de la participation communautaire, c'est-a-dire la systematisation de l'approche communautaire a travers les cases de sante même si cette approche a eu quelques faiblesses par ailleurs. Mais au moins, le principe d'amener les communautés a accepter un partenariat avec le systeme de sante a ete beaucoup developpe dans ce projet” (citations page 1, N° 10)

La formation a la gestion et le materiel fourni par l'USAID ont permis a la communaute de participer effectivement au programme

“Aujourd'hui dans toutes les structures de la region, on peut constater l'aide materielle que l'USAID a fourni telle que les outils de gestion parce qu'on ne peut pas travailler si on n'a pas un bon systeme d'information de gestion, et l'USAID nous a beaucoup appuye dans ce domaine ” Un autre participant dit “il y a aujourd'hui une meilleure performance des soins, parce que si les populations gerent les fonds, c'est grâce a l'intervention de l'USAID et on voit dans les comites de sante, ils ont 10 fois plus de fonds que le budget de l'etat, donc ça c'est deja une performance” (citations pages 1,8, N° 7-8)

4 1 3 L'approvisionnement en médicaments essentiels

L'approvisionnement en médicaments essentiels a ete institue par l'USAID durant le projet du Sine-Saloum et a connu un grand succes car les populations manquaient de moyens de transport pour aller chercher les médicaments dans les pharmacies. L'approvisionnement en médicaments est toujours fonctionnel et a aide a l'amelioration de la sante des populations dans les zones rurales

Il faut ajouter que les médicaments etaient et sont vendus a des prix modiques par rapport a la vente en pharmacie. Les comites de sante avaient et ont la charge de la gestion des médicaments. Les benefices sur les médicaments etaient et sont geres par les comites de sante de la communaute et etaient et sont investis pour l'amelioration des services médicaux. Par exemple a Kebemer le Centre de sante a ete agrandi avec cet argent

4 1 4 La formation et le developpement du materiel IEC

Un point fort du projet Sine-Saloum a ete le developpement et l'avancement des cadres professionnels, infirmiers, sage-femmes, et medecins. Tous les participants interroges ont ete d'accord pour louer les bienfaits de ces formations, un participant m'expliqua que “durant ces formations on apprenait a maîtriser mieux les tâches qui nous attendaient au niveau des postes la gestion des programmes de soins et de sante primaire, ça m'a beaucoup marque et ça m'a beaucoup aide même dans ma vie actuelle parce que ça m'a permis de comprendre beaucoup de choses sur la formation des formateurs. Non seulement il y avait un module qui nous permettait de maîtriser les programmes, de gerer le poste, mais il y avait aussi un autre module qui nous donnait quelques competences pour pouvoir former les ASC et les matrones localement. Ça nous a vraiment beaucoup aide” (citations page 1, N° 6)

Durant le projet de nombreux experts donnaient un appui technique pour les sessions de formations et pour le développement du matériel IEC. Plusieurs personnes bénéficiaient d'un avancement dans leur carrière avec des bourses d'études de deuxième cycle aux EU. Le personnel bénéficiait aussi de sessions fréquentes de formation et de recyclage. Un certificat d'études spéciales en santé publique était aussi créé pour les médecins du projet offert par les universités de Tulane et de Morehouse aux EU.

A Kaolack il existe un centre de formation qui a été créé en 1984 qui fonctionne toujours et qui permet de former et de recycler le personnel technique qui participe aux programmes actuels. En plus le projet aboutissait au développement d'un matériel IEC pour la formation des matrones et celle des agents de santé communautaires qui étaient analphabètes. Grâce à ce matériel didactique les personnes même analphabètes pouvaient recueillir des statistiques et prodiguer des soins primaires (voir annexe C). En plus des cours d'alphabetisation ont été organisés pour les ASC (Aïda Lô-Faye, 1990 37).

“Donc, c'est l'USAID qui a financé le matériel qui a fait les séminaires, la formation et tout. Ce matériel sert toujours actuellement. Partout où vous allez, il y a un poste de santé, il y a ces boîtes à images et c'est l'USAID qui a financé. Donc là, c'est un impact. C'est bon, car toutes les régions du Sénégal en profitent et ce n'est pas seulement le Sine-Saloum qui s'en sert” (citations page 1, N° 4)

4.1.5 La supervision et les changements dans le programme

Un système de supervision hiérarchique permettait la supervision de chaque cadre professionnel tous les mois. Le projet avait aussi des activités de distribution de la chloroquine contre le paludisme et de surveillance de la croissance et de réhabilitation nutritionnelle des enfants à partir de la case de santé. “Donc, il y avait un effort pour responsabiliser ces agents de santé communautaire dans les tâches spécifiques de surveillance et de dépistage des enfants atteints de malnutrition et de pouvoir les traiter sur place et/ou les référer aux centres de santé” (citations page 1, N° 10)

Les prestations de soins étaient meilleures à cause d'un système de supervision en pyramide de tous les cadres.

De plus la lutte contre les maladies infantiles, parasitaires et diarrhéiques à travers un système IEC de vaccinations et de prévention médicale contre le paludisme entraînait une baisse de la mortalité et de la morbidité maternelle et infantile, composante quantitative de l'étude.

“Par rapport à la lutte contre les maladies diarrhéiques, c'est en fait ce projet qui a été le premier à faire l'expérience pionnière en 1984. Le premier matériel éducatif, la stratégie, avaient été, si je peux dire, testés ou développés dans la région de Kaolack bien avant que le programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques ne soit mis en place en 1986” (citations page 2, N° 10). Cette baisse de mortalité infant-juvénile prouvait aux populations le bienfait de la médecine préventive et augmentait l'acceptation des vaccinations.

4 1 6 La motivation

Pendant le projet les sage-femmes, les matrones et les ASC étaient motivés car ils/elles touchaient des indemnités soit en vivres ou en argent qui étaient allouées par les comités de santé et prélevées sur le recouvrement de coûts. Certaines communautés participaient à la motivation des agents de santé en cultivant les champs des ASC ou en se cotisant pour rémunérer leur travail.

“Les communautés avaient décidé de choisir un jour où ils se réuniraient tous pour aller labourer le champ de la matrone ou de l’hygiéniste” (citations page 7, N° 11). Les organisations privées, club des mères ou autres aussi avaient la charge de motiver la population avec des causeries. Le Ministre de la santé avait inclus le développement des soins de santé primaire dans son programme politique et de ce fait se rendait fréquemment dans les communautés rurales pour exhorter et responsabiliser les populations à la “santé responsable,” et “la santé pour tous pour l’an 2000”.

4 1 7 Conclusion

Pour conclure cette section, un travail assez remarquable a été accompli au Sine-Saloum de 1980 à 1986 vu les obstacles socio-culturels, logistiques et administratifs qui jonchaient le parcours du projet. Tout d’abord il y a eu la participation des populations à la gestion de leurs propres prestations de santé à travers les cases de santé, la décentralisation des pouvoirs gouvernementaux, et la mise en place de la régionalisation administrative. Il y a eu aussi des avancements et renforcements professionnels, la mise en place d’un système hiérarchique de supervision suivi d’une amélioration de la qualité des soins, et le développement de nombreux modules et matériels didactiques.

4 2 Les points faibles du projet

À partir de 1986 il y a eu un déclin dans le projet occasionné par plusieurs éléments, avec, parmi les plus importants, des changements institutionnels au niveau du Ministère de la santé, et des départs de responsables techniques. Une grande faille dans le projet fut occasionnée par le changement du Ministre de la santé M. Mamadou Diop qui était remplacé par une personne qui n’avait pas la même vision du développement de la santé, et par le départ du Dr. White qui était transféré ailleurs. Il s’en suivait une collaboration moins étroite entre le Ministère de la santé et l’USAID. Au niveau du personnel plusieurs personnes qui jouaient le rôle de leader dans les communautés perdaient pour une formation aux EU. Il faut ajouter que la relève du projet n’a pas été préparée ni par le Ministère de la santé ni par l’USAID. D’autant plus que le Ministère de la santé n’avait prévu ni les fonds ni l’assistance technique nécessaires pour prendre la relève.

4 2 1 Le favoritisme

Tout ce changement institutionnel se produisait durant l’intervention du projet, et engendrait des contraintes. Avant la réforme régionale et locale, il n’existait pas en zone rurale de structure de participation aux décisions portant sur le développement économique et social. Au niveau des régions, il existait qu’une assemblée régionale composée de représentants élus uniquement par la

population rurale, mais cette assemblée était trop éloignée des populations pour constituer un moyen efficace de participation. Le projet renforçait le pouvoir politique des conseillers ruraux et chefs de village et la majorité d'entre eux désignaient leur fils, parents et adeptes comme ASC en leur promettant des indemnités pour leur tâche. Cela créa du favoritisme et des conflits parmi les jeunes des communautés qui voulaient être ASC. En plus, faute de critères pour l'implantation des cases de santé, le conseil rural avait la main-mise sur les cases et les avait réparties entre ses membres.

4 2 2 Les problèmes administratifs

Le projet se heurtait aux problèmes suivants

- 1 Le projet était trop large et très difficile à gérer. Les procédures administratives étaient lourdes et lentes.
- 2 On s'arrêtait de donner des indemnités pour la supervision au moment où les cases commençaient à fonctionner ce qui entraînait une absence de suivi des actions au niveau du personnel, chefs de poste, sage-femmes, matrones et ASC.
- 3 Le désintéressement des comités de santé entraînait des problèmes d'approvisionnement en médicaments et des ruptures de stock.
- 4 Les moyens logistiques de supervision ne convenaient pas. Une grande contrainte a été l'utilisation de charrettes en fer tirées par des chevaux comme moyen de transport pour la supervision des chefs de poste. Ces charrettes étaient trop lourdes et difficiles à tirer sur les pistes de sable, aussi les chefs de poste répugnaient à les utiliser. D'autre part, la prise en charge des chevaux était problématique car les populations n'avaient pas assez de paille pour nourrir les chevaux et leur bétail, et les chevaux étaient trop chers à nourrir et à entretenir. Il a donc fallu acheter des mobylettes pour les chefs de poste et prévoir l'entretien des mobylettes et l'achat de carburant pour remplacer les charrettes et les chevaux. Ceci créa des problèmes de gestion au niveau des communautés.

4 2 3 Les comités de santé

Le comité de santé devait être l'émanation des habitants de la localité, cependant actuellement force est de constater une rupture entre les comités de santé et les populations dans les localités visitées. Les clients(es) ont donné des réponses de ce type "J'ignore l'existence des comités de santé," ou "J'ai entendu parler des comités de santé mais j'ignore leur rôle". La politisation des comités de santé fait que le renouvellement des membres ne se fait plus de manière démocratique. Les critères de choix des membres des comités reposent sur la parenté ou la camaraderie.

En plus les membres des comités de santé n'avaient pas été formés à la gestion du recouvrement des coûts, et il n'y avait pas un système de supervision pour éviter les détournements de fonds parmi les comités de santé. Les clients(es) qui affirment connaître l'existence des comités de

santé demande sa suppression pure et simple, car disent-ils, ça ne sert qu'à enrichir un groupe d'individus

Il faut ajouter que les populations n'avaient pas été consultées pour la fixation des prix des soins car la chose avait été perçue comme une décision administrative et certains patients trouvaient les prix fixes trop chers

4 2 4 La démission des ASC

On a assisté une démission massive des ASC surtout parmi les secouristes et les hygiénistes. Il n'existait pas de critères familiaux associés au choix des ASC qui souvent étaient célibataires et quittaient le projet pour aller vivre ailleurs

Pour certains participants, le manque de motivation des ASC était lié au manque de sensibilisation des populations concernant leur participation à la rémunération des ASC, un participant a dit "la population était informée de tout ce qu'il fallait faire, mais pas sensibilisée sur l'aspect participation pour la motivation des ASC" (citations page 2, N° 6). La rémunération des ASC est donc devenue très modeste ou inexistante

4 2 5 Le désengagement de la communauté

Le système de motivation basé sur des indemnités prélevées sur le recouvrement de coûts ou la culture des champs des ASC n'était pas ancré dans les valeurs des populations et se désintégra avec le retrait de la participation de la communauté lors d'une grande sécheresse qui sévissait dans le pays. À cause du changement du Ministre de la santé, le soutien IEC à travers les causeries et les discours ministériels s'arrêtaient et les communautés perdaient leur enthousiasme pour les cases de santé. Les populations retournaient aux postes de santé pour se faire soigner, laissant les cases de santé

D'autre part les décisions principales étaient monopolisées par l'administration et les techniciens sans la participation des populations et on a assisté à une déresponsabilisation des comités de santé du fait que les populations étaient moins conscientes de leur rôle et de leurs responsabilités

4 2 6 L'amoulinissement des ressources humaines

La plupart des techniciens du projet qui avaient un rôle de leader du fait qu'ils collaboraient étroitement avec les autorités des communautés et les populations partaient aux États-Unis avec des bourses d'études, et étaient remplacés par des personnes qui n'avaient pas la même expérience. De ce fait le projet n'a pas bénéficié du personnel qui avait été formé aux États-Unis car la majorité d'entre eux quittaient le projet dès leur retour. Ceci provoquait une réduction de l'assistance technique et entraînait un relâchement de la supervision

D'après les participants, il n'y avait pas de système équitable pour bénéficier des bourses aux États-Unis. À leur retour des États-Unis, les personnes qui avaient bénéficié de bourses ne pouvaient ni reprendre leur ancien poste, ni obtenir un nouveau poste à cause de leur nouvelles

qualifications Un participant qui avait été formé aux États-Unis expliquait “soit le système vous dégrade et vous donne une tâche administrative qui diminue votre valeur, soit vous revenez et vous n’avez pas le poste responsable qui correspond à votre formation. La faiblesse du système c’est que le retour des personnes envoyées en formation n’est pas préparé. Donc chacun se débrouille comme il peut. Le système s’ajuste de manière informelle, et les gens essaient de se repositionner, mais ce n’est pas une politique de rigueur. C’est sûr, le système n’est pas capable d’absorber les cadres dont le niveau vient d’être élevé par vous et qui permettraient d’améliorer le système” (citations page 3, N° 10)

V LES ENSEIGNEMENTS TIRÉS DU PROJET

“Les gens disent toujours que les regions qui ont ete couvertes par l'USAID, ce sont des regions les plus avancees maintenant en matiere de developpement sanitaire, ça, c'est la realite” (citations page 7 N° 1)

Un participant resumait ainsi l'influence du projet “je pense que la responsabilisation de la communaute a ete un succes C'est cette experience assez originale ou la population est responsable de sa propre sante Le deuxieme point est les prestations de sante au niveau des cases de sante et la decentralisation peripherique Ce qui a ete bien fait, c'est peut-être l'organisation des regions, comme la region de Kaolack ou il y a eu un renforcement des competences, des activites de supervision qui se tenaient a l'epoque a tous les niveaux, et en son temps une participation des populations” (citations page 1, N° 13)

Malgre tout cela il y a eu des defaillances et la section qui suit presente des problemes majeurs rapportes par les professionnels de la sante ayant participe au projet et qui d'apres eux, ont ete les causes du declin du projet

5 1 L'étude preliminaire

Les leçons a tirer pour l'avenir c'est que la mise sur pied d'une intervention doit comprendre une etude preliminaire afin de tester cette intervention sur le terrain Ceci permettrait d'evaluer la fonctionnalite et les faiblesses de l'intervention et de decouvrir les contraintes, les problemes et les imprevis et de mettre au point des moyens adaptes a l'environnement socio-culturel Une fois que l'intervention est mise au point on peut l'etendre a d'autres localites et regions Par exemple, au Sine-Saloum on aurait pu eviter de doter les chefs de poste de charrettes en fer trop lourds pour les chevaux et trop onereux pour les populations

5 2 La formation et les ressources humaines

Une grande faille dans le projet a ete le manque de coordination de la formation aux États-Unis des personnes qui assumaient un rôle de leader dans les communautes Toutes ces personnes ont ete envoyees aux États-Unis au même moment et ont ete remplacees par des personnes qui n'avaient pas la même vision de leur travail et la même experience Ceci a eu d'importantes repercussions sur les autorites des communautes et sur l'administration et la gestion du projet, la supervision et la qualite des soins

Il importe de retenir que la formation aux États-Unis change la perspective, les concepts, et l'attitude des personnes ainsi formees Dans ce cas il faut prévoir des positions correspondant aux qualifications de ces personnes au retour de leur formation Le bagage acquis lors de leur formation devrait pouvoir être utilise judicieusement pour consolider et ameliorer les objectifs du projet Ceci ne s'est pas produit au Sine-Saloum parce que presque toutes les personnes qui ont reçu une formation se sont retrouvees en dehors du systeme n'ayant pas pu, a leur retour, reprendre leur ancien poste, soit parce que ces postes etaient occupes, soit parce qu'il n'y avait pas de postes qui correspondaient a leurs nouvelles qualifications

5 3 La sensibilisation de la population

D'autre part il faut avoir à l'esprit que du temps du projet Sine-Saïon les populations ont pris conscience de leur rôle et ont participé à l'administration et à la gestion de leur santé. Il s'agit d'un fait sans précédent, qui mérite d'être évalué par rapport au processus de sensibilisation qui a été déployé au niveau du Ministère de la santé, de l'USAID et au niveau des associations, groupements et du personnel soignant. Mais ceci n'a pas été la cause des changements ministériels et institutionnels.

La rupture de la sensibilisation des populations est une autre faille du projet. Cela se situe lors du remplacement du Ministre de la santé qui n'avait pas la même vision du développement de la santé et ne s'est plus rendu sur le terrain pour sensibiliser les populations. En cela il faut ajouter les départs de techniciens qui travaillaient sur le terrain. Ce manque de continuité dans la sensibilisation des populations a entraîné un désengagement de la part des populations et des comités de santé. À cause de cela l'infrastructure du projet devenait vacillante et les populations perdaient leur enthousiasme.

“Je pense que les leçons qu'il faut tirer de tout cela, c'est que de tels projets doivent être bien pensés et doivent vraiment viser l'engagement des populations. Que les gens sachent ce qu'on attend d'eux. Au départ, on n'a pas fait la réflexion qu'il fallait, c'est-à-dire expliquer en long et en large à la population, ce rôle complémentaire, ce rôle de partenariat et que si nous apportons quelque chose, la population elle aussi devait apporter quelque chose” (citations page 5, N° 13)

5 4 La communication

La sensibilisation des populations sur l'importance de la prévention des maladies parasitaires, diarrhéiques et infantiles a permis d'éduquer les populations et d'introduire le concept de médecine préventive qui n'était pas pratiquée. Un grand succès a été la formation des ASC analphabètes qui avaient appris à recueillir des statistiques pour les cas de santé.

Toutefois, le savoir acquis par les ASC analphabètes et leur soutien de la responsabilité des populations n'ont pas duré et se sont désintégrés à cause de la fuite des techniciens et du manque de sensibilisation et du désintérêt des autorités locales. Un participant m'expliquait ainsi la situation “les professionnels de la santé devraient aussi améliorer leur approche qui doit être efficace et pour cela il faut un bon sous-système de communication. Il importe que les gens communiquent, il importe qu'on explique. Mais on ne peut pas être devant des analphabètes qui ne savent pas lire et à qui on ne laisse aucun support visuel ou aucun autre moyen pour se rappeler ce qui a été dit” (citations page 9, N° 13)

5 5 Le rôle des agents de santé communautaires

Au début du projet aucun critère de choix n'avait été établi pour sélectionner les ASC, sauf qu'ils devaient habiter dans la communauté. Beaucoup d'entre eux étaient des jeunes célibataires qui n'avaient pas d'attaches dans la communauté, et qui ont suivi l'exode vers les centres urbains où ils

étaient sûrs de trouver un emploi rémunéré. D'autant plus que la formation qu'ils avaient reçue pour le projet était un atout pour trouver du travail en tant que secouristes ou hygiénistes. Les ASC étaient la base des cases de santé, leur travail et leurs responsabilités étaient primordiales pour gérer la santé des populations. Toutefois on n'a jamais pensé à les rémunérer officiellement ni à leur donner une position permanente. D'un autre côté leur démission constituait une perte de l'argent investi dans leur formation et de ressources, et constituait la majeure cause de l'abandon des cases de santé.

5.6 La motivation

Selon le ministère, les ASC devaient être des bénévoles et ne pas être considérés comme fonctionnaires car ils travaillaient à mi-temps. Ils devaient être rémunérés en vivres, ou en espèces par les communautés. Leur tâche était d'être "de garde" dans les cases de santé entre midi et deux heures, et entre six et huit heures du soir. Le problème lié à la démission des ASC est un problème économique. Ils ne pouvaient pas vivre en pratiquant le bénévolat et en se contentant d'indemnités. Ceci reflète un manque de planification administrative de la part du ministère et de l'USAID. D'un autre côté les communautés n'ont pas soutenu les ASC. Le soutien communautaire des ASC s'est arrêté lors d'une longue sécheresse suivie du désengagement des communautés qui ont cessé d'aider à cultiver les champs des ASC ou de les rémunérer en vivres ou en espèces. Ceci fut à l'origine des démissions et la qualité des soins et la continuité des prestations s'en ressentit.

5.7 Les cases de santé

Sur les 480 cases de santé construites, 248, soit un peu plus de la moitié fonctionnaient encore.

On a visité la case de santé de Medina Sabbakh qui date de 1978, et qui est toujours fonctionnelle. Les prestations sont assurées par un secouriste et un hygiéniste qui continuent à prodiguer des soins primaires à la communauté, et aux villages avoisinants. Ces deux ASC sont soutenus par le chef de poste de santé qui gère la région et qui les visite fréquemment. Les ASC vont à pied vacciner les enfants dans les villages car ils n'ont pas de moyen de transport. La case est dans un état assez délabré qui révèle le désengagement de la communauté qui ne fréquente presque plus la case et préfère aller au poste de santé recevoir les soins. Malgré cela, les gens viennent acheter les médicaments essentiels aux ASC et viennent pour se faire soigner en cas de petites urgences. Si leur état est sérieux ils sont référés au poste de santé qui est situé à deux heures de charrette du village.

Il faut reconnaître qu'une telle case, revitalisée, serait un atout pour la communauté, car les villageois manquent de moyens de transport pour se rendre au poste de santé.

5.8 La durabilité

Lors du retrait du projet le ministère n'a pas assuré la relève à cause d'un manque de politique de continuité de la part du gouvernement sénégalais et de l'USAID. La relève administrative et technique n'avait été planifiée ni par le gouvernement ni par l'USAID. Ceci d'autant plus que le

gouvernement n'avait pas prévu ni les fonds ni l'assistance technique nécessaires pour assurer la pérennité du projet

“Il n'y a pas eu de politique de continuité, à savoir la mise en place de structures ou bien de dispositifs capables d'assurer la prise en charge par les bénéficiaires,” m'expliquait un participant (citations page 4, N° 13)

Pour conclure cette section sur les leçons tirées il faudrait prendre en considération les suggestions de ce participant “Je crois que si l'USAID veut réussir, il faut faire mieux. Et pour faire mieux, il faut préparer le terrain, aller à la base recueillir honnêtement et sincèrement les besoins des populations, avec l'accord des autorités, les faire étudier par des praticiens, associer étroitement les médecins, les infirmiers, qu'ils nous disent quels sont les moyens. Il faudrait associer pleinement tous les responsables du secteur, autorités administratives, autorités locales, représentants des populations. Il faut également trouver un système démocratique et transparent pour la gestion et la répartition des motivations” (citations page 1-2, N° 11)

VI SYNTHÈSE ET CONCLUSIONS

Les sections suivantes ont pour objet de présenter une synthèse de cette étude retrospective qui comprend deux volets, les leçons tirées du projet Santé Rurale, et les contraintes actuelles qui se sont révélées lors des enquêtes de terrain à Dakar, Louga, Kaolack et Fatick

6.1. La santé maternelle et infantile

Toutes les personnes interrogées ont affirmé que le projet Sine-Saloum a connu une amélioration de la santé maternelle et infantile. Selon les personnes interrogées, cette amélioration est due à un meilleur suivi des consultations prénatales, un personnel mieux formé, la lutte contre les maladies diarrhéiques et la malnutrition, la vaccination des enfants et enfin les activités IEC et la sensibilisation. Ces constats, faits par les prestataires des services de santé reflètent les indicateurs nationaux qui montrent une baisse notable de la mortalité maternelle et infanto-juvénile. Toutefois cette amélioration n'est pas uniforme dans toutes les régions et est parfois contrariée par certains facteurs déterminants tels que les épidémies, les ruptures de stocks de médicaments, le manque de transport, le manque de statistiques de base, la perte des rapports ou le non enregistrement des décès, le choix de l'établissement médical (centre de santé ou hôpital), et le manque de moyens informatisés dans les régions périphériques. Malgré toutes ces contraintes un participant me dit en parlant du projet de Sine-Saloum "pour la mortalité infanto-juvénile, il y a eu de très grandes améliorations à cause d'une part des vaccinations et d'autre part grâce à l'amélioration de l'alimentation, et aussi avec le support logistique de l'USAID ils ont pu faire des vaccinations dans les communautés isolées de toutes les zones rurales" (citations page 2, N° 1a)

D'un autre côté durant les enquêtes le personnel soignant a dit lui aussi qu'on enregistre chaque année une baisse sensible de la mortalité maternelle et infantile. Toutefois, le personnel médical explique que la mortalité infantile pourrait être mieux contrôlée si un plus grand appui était accordé aux soins primaires et à la prévention du paludisme. Certains ont déploré que la majorité des efforts de l'USAID soient focalisés sur la planification familiale alors que la santé primaire reçoit beaucoup moins de soutien financier, d'équipement et de matériel. L'administration systématique de chloroquine aux enfants ne se fait plus car il y a une résistance à ce médicament parmi les populations, et les parents ne savent pas toujours reconnaître les symptômes du paludisme. D'autant plus que les signes fébriles du paludisme sont souvent cachés par l'apparition de maladies associées paludisme/infection respiratoire aiguë (IRA), paludisme/rougeole, etc

6.2 La planification familiale

La planification familiale a connu des réticences. Le Sénégal est un pays où la religion musulmane domine et où les lois socio-culturelles sont ancrées dans les directives de l'Islam. D'autant plus que jusqu'en 1980 le gouvernement était opposé à la planification familiale. Toutefois il semble que les efforts de l'USAID ont réussi à ébranler certaines barrières religieuses qui entravaient la PF. Les populations ont été sensibilisées au concept de l'espacement des naissances pour sauvegarder la santé de la mère et l'enfant, et d'après les enquêtes la majorité semble accepter le concept.

En fait, la majorite des prestataires reconnaît que la demande pour la planification familiale a augmente. Cette croissance est attribuee aux activites IEC et de sensibilisation, au fait que les points de prestations de services sont plus accessibles et a la qualite des services. La qualite des services est liee a un equipement adequat, a la presence des produits contraceptifs et au fait que les prestataires sont mieux forme(e)s. Cependant, certains locaux restent inadaptes a la planification familiale soit a cause de leur exiguite, soit pour assurer la confidentialite des clientes. De plus les produits contraceptifs sont chers, ce qui pose un probleme parce qu'officiellement ils devraient être gratuits, alors qu'en fait, sur le terrain ils sont vendus a un prix qui varie d'un poste a l'autre, ce qui freine l'expansion de la planification familiale.

Malgre tout il reste encore beaucoup a faire car les barrieres les plus contraignantes se trouvent a l'heure actuelle dans les zones rurales. L'analphabetisme, le manque d'information, la polygamie, l'autorité et l'attitude des hommes, l'accessibilite, les rumeurs, la prise en charge des parents dans leur vieillesse, l'opinion de la famille, la peur des effets secondaires, la peur de la sterilité, la pudeur sexuelle, et une sensibilisation qui n'est pas toujours adaptee aux normes socio-religieuses. Il faut ajouter que la polygamie qui est pratiquée par la majorite est un grand obstacle a la contraception.

“Avec la polygamie vous ne pouvez pas planifier parce que vous avez 2, 3 ou même 4 femmes, aucune d'entre elles ne pourra s'arrêter (de reproduire) avant l'autre parce qu'il y a le probleme de l'heritage, parce que plus il y a d'enfants plus il y a des chances de pouvoir heriter et disposer d'une bonne partie de l'heritage que le mari va laisser” (citations page 6, N° 14)

Beaucoup de femmes disent “j'ai entendu parler de la planification familiale, on dit que l'espacement des naissances, c'est bien pour la sante de la mere et de l'enfant,” mais, apres elles n'ont pas pousse la reflexion, elles ont entendu, mais elles n'ont pas assimile (citations page 10, N° 1)

Du côté du personnel medical, l'absence de cadre juridique pour la protection du personnel paramedical (infirmiers et sage-femmes) est une contrainte. Selon la legislation Senegalaise, les prestations de planification familiale sont des actes medicaux, relevant exclusivement des medecins. Les infirmiers et les sages-femmes qui dispensent des prestations de planification familiale, le font par delegation tacite. En cas de problemes, donc, ils ne beneficent pas de couverture juridique, ce que explique la reticence de certains agents envers les activites de planification familiale.

6.3 Les MST et le SIDA

Les mêmes problemes socio-culturels se retrouvent concernant l'education des populations au sujet des MST et du SIDA. L'extrême pudeur culturelle ancrée dans la religion et qui est renforcee par la separation des sexes se manifeste dans les tabous au sujet de la sexualite. On ne parle ni en public ni en prive d'attitudes sexuelles et cela pose des problemes pour developper une sensibilisation appropriée sur les MST/SIDA ou la PF. L'approche actuelle pour sensibiliser les

populations a ete souvent critiquee par le personnel medical et les participants aux histoires orales pour être trop ouverte, trop abrupte et peu conforme aux normes socio-religieuses

“La sexualite n'en parlons pas tout haut, si le planning et tout ceci (AIDSCAP) n'ont pas reussi, c'est a cause du tintamarre que les gens sont en train de faire Il y a des approches et la communication inter-personnelle est la meilleure arme de ce pays” (citations page 9, N° 8)

“Dans nos moeurs africaines, on ne parle pas de la vie sexuelle d'une maniere ouverte C'est seulement sous l'angle medical Même le fait de parler de sexe a la tele (message de AIDSCAP) represente pour certains quelque chose de rebutant parce que ça derange dans la maniere dont les gens perçoivent les choses Donc, c'est une chose intime et l'education sexuelle n'est pas aussi integree dans les pratiques educatives Les gens disent ‘mais comment on ose faire passer cette chose a la tele? Ce que je veux dire, c'est qu'il y a des traditions qui ont une certaine vision de l'intimite et de la vie privee et une autre tradition (aux États-Unis) qui dit que l'on devrait parler de toutes ces choses la ” (citations pages 5-6, N° 10)

6 4 Le partenariat

La collaboration entre le Ministere de la sante et l'USAID est primordiale pour la bonne marche d'un projet ou d'un programme Toutefois cette collaboration est souvent sujette a des sympathies ou antipathies entre decideurs, et reflete l'attitude et la vision de ceux-ci sur le developpement de la sante qui se joue sur les actions politiques du moment Il a ete rapporte par la majorite des enquêtes que malgre les apparences il y a un manque de coordination et de collaboration entre le ministere et les bailleurs de fonds

Durant les enquêtes on a pu juger d'une grande rupture entre les comites de sante et les populations (la majorite des patients n'etaient pas au courant du rôle et de la responsabilite des comites de sante) D'autre part il y a une grande rupture entre les regions et le Bureau Central qui est fondee sur des procedures trop lourdes et tres lentes et sur la non-harmonisation des per diem au niveau du Ministere et des bailleurs de fonds

“Il y a des regions qui ont 3 ou 4 bailleurs de fonds, et il y a des regions qui ont beaucoup d'activites mais qui n'ont pas de financement Il faudrait qu'il y ait au niveau du ministere, un comite de pilotage des bailleurs de fonds qui puisse faire la repartition et la gerance des bailleurs dans les differentes zones, ce qui placerait les regions a un même niveau sur le plan financement” (citations page 7, N° 6)

“Ce qui explique l'insuffisance de l'USAID C'est la seule faiblesse ils assurent la formation, la logistique, l'equipement, la supervision Ce qui manque c'est les ressources pour assurer le carburant, c'est aussi les per diem et les politiques d'indemnité” (citations page 8, N° 2)

6 5 Les organisations non gouvernementales

“Il faudrait que l'USAID ait moins d'actions avec le gouvernement et plus d'actions avec les ONG ” Tous les participants ont été d'accord pour louer le travail des ONG, et pour souhaiter une étroite collaboration dans le futur entre l'USAID et les ONG, sans pour autant délaisser leur soutien au secteur public. La majorité ont rapporté que les ONG avaient plus de facilité d'exécution et avaient une approche de terrain plus proche des communautés.

“Les ONG sont devenues des acteurs incontournables en termes de complémentarité des interventions de l'Etat, je crois que cela devrait être élargi parce qu'il y a d'autres ONG qui commencent à s'intéresser aux problèmes de population. Donc il serait intéressant qu'ils puissent bénéficier de l'appui de diverses interventions” (citations page 9 N° 2)

“Les ONG sont proches des communautés, moi je trouve qu'ils participent beaucoup aux changements de comportements des populations, ils agissent de façon efficace à ce niveau ”

“Les interventions des ONG sont plus souples en ce sens qu'elles agissent rapidement et immédiatement. Elles ne sont pas gênées par les entraves administratives, comme nous le sommes ”

“Les ONG il faut les renforcer car le secteur public à lui tout seul ne peut pas répondre à toute la demande dans le domaine de la population ”

VII RECOMMANDATIONS

Les points suivants resument les recommandations faites par les personnes interrogees au cours des entrevues du projet Sante Rurale, et lors des enquetes de terrain menees a Dakar, Louga, Kaolack et Fatick. Ces recommandations ne refletem pas forcément les points de vue des auteurs de ce rapport, mais seulement celles des repondants. Ces repondants etant des interlocuteurs informes, leurs idees sont une base interessante de discussion.

1 Soutien aux prestations de service

Le soutien aux prestations de soins primaires est de la plus haute importance parce que le paludisme, la diarrhee, la rougeole et l'IRA sont les causes principales de la mortalite infanto-juvenile.

2 Education des parents

Il faut educer les parents sur les symptomes et signes associes au paludisme. Beaucoup de parents, croyant que l'enfant a une petite fièvre ou un rhume, attendent trop longtemps pour aller chercher des soins, et lorsqu'ils arrivent dans les points de sante il est souvent trop tard.

Durant les enquetes on a trouve que les meres etaient au courant du serum de rehydratation orale mais etaient confuses quant au dosage. Il faudrait educer les parents sur le dosage du serum.

3 Education des accoucheuses/matrones

Les matrones devraient beneficier de formations sur les complications post-partum, car elles constituent la cause majeure de la mortalite maternelle. Durant l'enquete, plusieurs ont rapporte qu'elles n'avaient pas reçu de formation formelle, mais elles avaient reçu une formation informelle de la sage-femme.

4 La planification familiale

4.1 Il ne faut pas que la PF soit presentee comme un projet vertical, mais plutôt l'integrer dans tous les services de sante: pediatrie, vaccinations, obstetrique/gynecologie et medecine generale.

4.2 A cause de la pudeur et des tabous concernant la sexualite il faut s'assurer que la promotion de la PF soit faite en prive afin que les clients/clientes puissent poser des questions et se confier a la personne qui les sensibilise.

4.3 Beaucoup d'hommes sont pro-natalistes, et il y a un manque de communication entre les epoux. En plus l'homme decide au sujet de la contraception car il a l'autorite sur ses femmes pour l'usage des methodes contraceptives, il faut donc

penser a sensibiliser les hommes au sujet de la PF avec des causeries menees par des ASC et des relais masculins

4 4 Les prix des contraceptifs varient dans chaque communaute, il faut s'assurer que les prix fixes par les communautes soient conformes au pouvoir d'achat des populations

4 5 La sensibilisation au sujet des MST/SIDA/PF serait plus conforme aux normes si elle etait faite sur une base inter-personnelle en utilisant les ASC, les relais et des utilisateurs satisfaits, hommes et femmes, et jeunes adultes (du même âge) qui auraient reçu des formations pour sensibiliser les non-utilisateurs

Il faut que les utilisateurs qui sensibilisent les non-utilisateurs puissent beneficier d'une motivation (loterie, voyage, etc)

4 6 Les programmes de PF dans les zones rurales devraient être accompagnes d'un projet de developpement pour impliquer les femmes dans des activites generatrices de revenu

5 Questions administratives

5 1 Les procedures bureaucratiques du Ministère doivent être allégées, ou que les medecins chef et administrateurs soient formes aux complexites des procédures La lenteur de certaines procedures au niveau du Ministère entrave la bonne marche des programmes, et accroît la perte de clients en PF

5 2 Le systeme d'evaluation actuel des prestations de soins n'est pas performant, et doit être redefini et ameliore

5 3 Il faut que le Ministère definisse la position et le rôle des ASC dans les projets et les programmes d'apres leur anciennete et leur experience afin d'etablir des criteres de choix pour leur selection Cela permettrait de reduire les demissions et il faut surtout s'assurer que leurs convictions religieuses n'entravent pas la sensibilisation au sujet de la PF comme on a pu s'en rendre compte au cours des enquêtes

5 4 Il faudrait qu'au niveau du Ministère et de l'USAID un systeme de remuneration soit developpe pour les ASC et les relais qui soit harmonise afin que les ASC et les relais puissent être motives et puissent etendre la sensibilisation inter-personnelle aux MST/SIDA/PF parmi les hommes, les femmes et les jeunes adultes

5 5 Il y a des contraintes au niveau des per diem qui creent des defections et des animosites parmi le personnel medical et qui entravent la supervision des regions peripheriques Il faudrait harmoniser les per diem au niveau du Ministère, de l'USAID et des autres bailleurs de fonds

- 5 6 Il existe encore un grand nombre de cases de sante qui sont fonctionnelles, mais qu'il faudrait revitaliser avec l'appui des communautes Il faudrait reprendre petit a petit les cases de sante et sensibiliser a nouveau les communautes pour obtenir leur participation en tenant compte des points faibles et des leçons tirees de l'experience du Sine-Saloum
- 5 7 La composition des comites de sante n'est pas uniforme, et souvent les femmes et les jeunes adultes ne sont pas representes Il serait bon d'etablir et de faire appliquer des directives pour les membres des comites de sante afin qu'ils n'abusent pas de leur autorite
- 5 8 Il faut etablir un systeme de surveillance de la gestion des fonds des comites de sante, car les enquêtes ont revele des abus et des detournements par les tresoriers dans certaines communautes
- 5 9 Le Ministere doit fixer un plafond pour les prix des medicaments et le faire appliquer, car certains patients se plaignent de la cherte des medicaments
- 5 10 Le Ministere doit etablir un mecanisme pour que le personnel soignant qui va recevoir une formation aux États-Unis puisse a son retour soit retrouver son poste ou un poste equivalent, ou encore un poste qui convienne a la formation nouvellement acquise dans le cadre du projet

6 Le Ministere et les bailleurs de fonds

- 6 1 Il faut etablir une certaine coordination entre les bailleurs de fonds et le Ministere afin que le financement des regions soit plus equilibre En effet, certaines regions ont des activites mais ne peuvent pas se developper car elles n'ont pas de financement
- 6 2 Il importe que les personnes qui collaborent avec les regions au niveau des bureaux du Ministere et de l'USAID se rendent sur le terrain pour juger des contraintes et pour discuter des plans a suivre et pour encourager les personnes qui travaillent dans les regions
- 6 3 Il importe que les revisions des plans d'actions par l'USAID aient une date limite afin qu'on ne perde pas de temps dans des procedures bureaucratiques qui s'etalent quelque fois sur un an ou plus, (ce qui est arrive a l'ASBEF), car cela entrave fortement la bonne marche d'un programme, le travail des ONG et l'utilisation de la PF
- 6 4 A l'avenir, des le debut d'un projet il faudra prévoir la façon dont le Ministere prendra la releve ou comment l'intervention sera integree dans les programmes nationaux en s'assurant que le Ministere ait les moyens financiers et l'assistance technique necessaires pour assurer la durabilite

7 Les ONG et les autres organisations

Il importe d'appuyer les ONG comme SANFAM et ASBEF ou autres car ils font un travail d'approche pour sensibiliser les populations qui est plus flexible et qui touche tous les niveaux de la population y compris les jeunes adultes

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Aceto Andres (1995) Histoire de l'USAID au Senegal USAID/Dakar
- 2 Acedo Andres (1995) History of USAID/Dakar Volume II of II, Project Summaries USAID/Dakar
- 3 Diagne Abdoulaye (1995) Module d'economie de la sante Institut de sante et de developpement Dakar
- 4 Daly Patricia M et Aida Lo-Faye (1986) Systeme de financement des soins de sante primaires au Senegal USAID/Dakar
- 5 Evaluation a mi-parcours avril-mai 1986 du projet Sante rurale au Senegal, Phase II USAID/Dakar
- 6 Division des enquetes et de la demographie, Direction *Rapport final* de la statistique (1982) *Sine-Saloum Enquete de sante famihale* *Projet de sante rurale de Kaolack* Dakar
- 7 Hauck Fern R , Joyce King, and Taryn Vian (1992) Primary Health Care in Senegal Lessons Learned Ethnicity and Diseases, Vol 2 pp 87-92
- 8 Johnson Bassirou (1989) Rapport de la reunion sur la revue conjointe du projet Sante rurale Senegal/USAID Phase II
- 9 Lagace Art, Sheila Maher, and Barbara Pillsbury (1991) Senegal Health and Population Sector Assessment, POPTECH Population Technical Assistance Project, DUAL and Associates Inc , and International Science and Technology Institute Inc
- 10 Project Identification Document, Sine-Saloum Rural Health Project, Phase II USAID/Dakar Agency for International Development Unclassified
- 11 Lô-Faye Aida (1989) Historique du projet Sante rurale, draft USAID/Dakar
- 12 Micka Mary Ann (1991) Evaluation of Rural Health Delivery Services Project II/Child Survival (685-0242) Devres Inc Washington
- 13 Ndiaye Salif, Papa Demba Diouf et Mohamed Ayad (1994) Enquête demographique et de sante au Senegal EDSII 1992-93 Ministère de l'economie, des finances et du plan, Direction de la prevision et de la statistique, Division des statistiques demographiques, Macro International, Inc

14 Osmanski Richard, Jerome DuMoulin, P Nancy Harris, Carolyn C Hart, Patrick Kelly, et Jill Posner (1987) L'attitude des hommes senegalais vis-a-vis de la planification familiale, avec l'assistance de M Fara Mbodji Bureau national du recensement

15 Republique du Senegal (1990) Programme national de planification familiale Ministre de la sante publique et de l'action sociale, Service national de la sante maternelle et infantile

16 Republique du Senegal (1988) Declaration de la politique de la population Ministere de l'economie, des finances et du plan, Direction de la planification, adopte en avril 1988 (nouvelle edition 1991)

17 Republique du Senegal (1983) Journee d'etudes sur les soins primaires Ministere de la sante publique

18 Sante de la famille (SANFAM) Rapport d'activites annuel 1996 Plan strategique de SANFAM 1997-2002

ANNEXE A

QUESTIONNAIRE GUIDE POUR LES HISTOIRES ORALES

- 1 Selon vous, quels ont été les succès de l'intervention de l'USAID dans les programmes de santé au Sénégal?
- 2 Selon vous, quels ont été les échecs de l'intervention de l'USAID dans les programmes de santé au Sénégal?
- 3 Quelle est votre perspective de la collaboration du Ministère de la santé et de ses partenaires dans le domaine de la santé?
- 4 Est-ce que l'intervention de l'USAID a créé une demande et/ou une meilleure performance des prestations de soins primaires, et de planification familiale? Comment?
- 5 Selon vous, dans quelle mesure l'USAID a contribué à la prévention
 - a) de la mortalité infantile-juvénile, et
 - b) du VIH/SIDA
- 6 Quelle est votre opinion concernant les mécanismes de recouvrement des coûts institués par les comités de santé?
- 7 Comment voyez-vous le rôle du Ministère de la santé dans la réalisation de la politique nationale de population?
- 8 Quelles sont les barrières qui entravent l'utilisation de la contraception au Sénégal?
- 9 Selon vous, comment peut-on améliorer les interventions de l'USAID dans les programmes nationaux de santé?
- 10 Que doit-on faire dans le futur pour renforcer les liens entre le Ministère de la santé et l'USAID en matière de programmes de santé?
- 11 Croyez-vous que dans l'avenir l'USAID devrait intervenir au niveau du secteur privé et des ONG de la santé? Pourquoi?

ANNEXE B

PERSONNES INTERVIEWÉES POUR LES HISTOIRES ORALES

DAKAR	PERSONNE INTERVIEWÉE	POSITION
	Dr Herve De Lautur	Conseiller Technique (1978-85)
	M Ismaila NDiaye	Conseiller Technique, directeur, IEC, PNPf (1980)
	Mme Caroline Mane	Responsable administration/gestion, PNPf (1980)
	Mme Bineta MBow	Responsable des statistiques, PNPf (1994)
	Dr Gueye	Responsable des services SMI/PF PNPf
	Dr MBaye	Responsable des formations IEC, PNPf (n'a pas voulu être enregistré)
	Mme Yacin Seck	Superviseur SMI/PF (1986), PNPf (n'a pas voulu être enregistrée)
	M Iba Sene	Comptable PNPf (1990), (n'a pas voulu être enregistré)
	Colonel Adama NDoye	Directeur du PNPf (1996)
LOUGA	M Mammoth Soce	Directeur Regional, PEV/PF (1985)
KAOLAC	Dr Massingue Ndiaye	Directeur Regional, PEV/PF (1985)
	M Ngor Ndiaye	Directeur du Centre de formation de l'USAID, PEV/PF (1978)
	M Sow	Superviseur Regional, PEV/PF (1989)
	M Sangone MBoup	Consultant/Maître en Formation, ex-Directeur du Centre de Formation USAID (1982-86)
FATICK	Mme Marie Sylla	Coordinatrice ASBEF (Association senegalaise pour le bien-être familial), (1979)

DAKAR	PERSONNE INTERVIEWÉE	POSITION
MEDINA SABAKH	M Sheylan Wade	Chef du poste de sante (depuis 1978)
DAKAR	Dr Serigne Mbaye Diene	Coordinateur BASICS - Recherche nutrition au Sine-Saloum (1982-86)
	M Abdou Dieng	Conseiller sante et population Ministere de la Sante' (n'a pas voulu être enregistré)
	M Mamadou Diop	Maire de la ville de Dakar, Ministre de la sante du temps du Sine-Saloum (n'a pas pu être enregistré)
	M Alpha Dieng	Directeur Général de SANFAM
	Dr Babacar Drame	Medecin Commandant, Direction de la Sante des Armees (1988)
	Dr Saer Maty Ba	Chef du Service national de l'education pour la sante
	Dr Yankhoba Sow	Directeur de l'Hôpital General de Grand-Yoff (responsable Sine-Saloum),(1979-86)
	Mme Diariaton Thiam	Sage-femme Hôpital General de Grand-Yoff (coordinatrice Sine Saloum) (1979-88)
	Dr Fode Diouf	Plan National de Developpement, Sanitaire et Social (PMDSS)
	M Belgasime Drame	Directeur de l'ASBEF (Association pour le bien-être familial) (n'a pas voulu être enregistré)
	Medecin Commandant Isahka Diallo	Responsable du Projet de Nutrition Communautaire P M C (1982-86)
	Mme Aida Lo	Consultante USAID (responsable du projet Sine-Saloum) (1982-86)

DAKAR	PERSONNE INTERVIEWÉE	POSITION
	Dr Gary Englebert	Consultant USAID directeur ACI, (consultant IEC durant le projet de Sine- Saloum, enregistrement confidentiel) (1982)
	Dr Mandraye Loum	Directeur ENDSS (responsable du Projet Sine-Saloum (1982-86)