



Fiche d'identification

Intervention

‘Santé de la femme, du nouveau-né, de l’enfant et de l’adolescent’

SENEGAL

Version finale du 8 juin 2018



Belgique

partenaire du développement

Table des matières

Acronymes et abréviations	4
Résumé.....	6
Fiche analytique.....	7
1 Titre et durée estimée	9
2 Parties prenantes.....	9
2.1 Parties prenantes principales.....	9
2.2 Partenaires de mise en œuvre et prestataires de services.....	10
2.3 Bénéficiaires.....	11
3 Analyse contextuelle.....	12
3.1 La santé de la femme, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent.....	12
3.2 Santé et digitalisation	16
4 Stratégie	17
4.1 Orientations stratégiques de base	17
4.2 Approches spécifiques.....	20
4.3 Chaîne de résultats	22
4.4 Digitalisation	24
4.5 Zones d'intervention	24
5 Thématiques transversales et prioritaires.....	24
5.1 Genre	24
5.2 Environnement et climat.....	24
5.3 VIH/sida	25
5.4 Digitalisation	25
6 Risques	25
7 Pilotage, suivi et cadre organisationnel	25
8 Modalités d'exécution	26
9 Budget et autres ressources.....	26
10 Durabilité.....	26
Acronymes et abréviations	3

Mis en fo

Acronymes et abréviations

ADO	Adolescent
AMIU	Aspiration manuelle intra-utérine
CCC	Communication pour le changement du comportement
CMU	Agence de la Couverture Maladie Universelle
CLVF	Comité de lutte contre les violences faites aux femmes
CRETf	Centre régional d'enseignement technique féminin
DGD	Direction générale Coopération au développement et Aide humanitaire
DHIS 2	District Health Information System
EDS	Enquête démographique et de santé
EDSc	Enquête démographique et de santé continue
MFFG	Ministère de la Femme, de la Famille et du Genre
MEN	Ministère d'Éducation Nationale
MGF	Mutilation génitale féminine
MJ	Ministère de la Justice
MSAS	Ministère de la santé et de l'action sociale
OMS	Organisation mondiale de la santé
PASNEEG	Projet d'Appui à la Stratégie Nationale pour l'Équité et l'Égalité de Genre
PC	Programme de coopération
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PPS	Point de prestation de services
PRA	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PSE	Plan Sénégal émergent
PSMNIA	Plan stratégique intégré de la santé maternelle, néonatale, infanto-juvénile et des adolescent(e)s/jeunes
PTF	Partenaire technique et financier
PVIH	Personne vivant avec le VIH
SME	Santé de la mère/femme, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent(e)
SNEEG	Stratégie nationale pour l'égalité et équité de genre

SONU	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
SR	Santé reproductive
TIC	Technologie d'information et de communication
UAEL	Union des Associations d'Elus Locaux
UDAM	Unité Départementale d'Assurance Maladies
UNFPA	Fonds pour la Population des Nations Unies
VBG	Violences basées sur le genre
VSBG	Violences sexuelles et basées sur le genre
VVSBG	Victimes des violences sexuelles et basées sur le genre

Résumé

L'intervention est intitulée : Santé de la femme, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent(e). L'intervention sera mise en œuvre dans les Régions de Fatick, Kaffrine et Kaolack.

Le budget prévu est de 9 million d'euro. La durée d'exécution est de 5 ans, soit au maximum la durée du Programme de Coopération Belgo-Sénégalaise, dont le démarrage est prévu en 2018.

L'intervention s'aligne avec les priorités du gouvernement du Sénégal en matière de santé reproductive en vue de la réalisation du droit à la santé reproductive. L'intervention utilise une approche basée sur les droits humains, avec une attention spécifique sur les inégalités de genre qui déterminent la santé des femmes et leurs enfants, ainsi que des adolescent(e)s et les jeunes. Les bénéficiaires ont été identifiés au niveau des détenteurs des droits (avec une attention spécifique pour les femmes et les filles les plus vulnérables) et au niveau des porteurs d'obligation qui se retrouvent au niveau décentralisé (prestataires de services, autorités locales).

La promotion et la protection du droit à la santé reproductive est envisagée dans une perspective de renforcement du système de la santé afin de pouvoir assurer au maximum la durabilité des résultats de l'intervention. La réduction de la mortalité maternelle et de la mortalité néonatale, la promotion de la planification familiale, la prévention des violences sexuelles et basées sur le genre et la mise en place d'un modèle de services « amis » aux adolescents feront l'objet de la prise d'initiatives spécifiques et ciblés. La communication pour le changement de comportement est un point d'attention transversal. L'utilisation du numérique doit contribuer à l'amélioration de la qualité des services et à renforcer l'impact des stratégies d'information et de communication.

La promotion du partenariat public-privé doit optimiser la mutualisation des expériences disponibles et renforcer les compétences de tout acteur concerné. Ces partenariats seront construits à base d'une approche multisectorielle qui implique la participation des acteurs pas seulement dans la santé, mais aussi dans l'enseignement, la justice, la jeunesse, la police, etc. L'intervention collaborera au niveau du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale vu son rôle lead dans la promotion de la santé reproductive ainsi qu'avec le Ministère de la Femme, de la Famille et du Genre, vu son rôle dans la mise en œuvre du plan d'action nationale de prévention des violences sexuelles et basées sur le genre.

L'objectif général de l'intervention est de contribuer à la participation active des femmes et des jeunes au développement économique et social inclusif et durable dans le Pôle Territoire Sine Saloum.

L'objectif spécifique de l'intervention est de contribuer à rendre effectif l'accès des femmes et des adolescent(e)s et les jeunes aux services de santé reproductive de qualité avec un focus spécifique sur la réduction de la mortalité maternelle, la promotion de la planification familiale et la prévention des violences sexuelles et basées sur le genre via une approche multisectorielle et multi-acteurs.

L'intervention envisage l'atteinte de trois résultats :

1. Résultat 1: Le droit à l'information de qualité sur les différentes thématiques liées au droit à la santé reproductive est assuré ;
2. Résultat 2 : Le droit à la protection contre les violences sexuelles et d'autres formes de violences basées sur le genre et à la prise en charge des victimes est renforcé ;
3. Résultat 3 : Le droit d'accès aux de soins de qualité dans le domaine de la santé reproductive est renforcé.

Fiche analytique

Intitulé & codes	<p>Intervention : « Santé de la femme, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent »</p> <p>Code CAD : xxx</p> <p>Code DGD : NN xxx</p> <p>Code Navision : xx xxx 11</p>
Institutions responsables	<p>Ministère de la Santé et de l'Action Sociale</p> <p>Enabel, l'Agence belge de développement</p>
Chaîne de résultats	<p><u>Objectif général</u> :</p> <p>Contribuer au développement économique et social, inclusif et durable, dans le pôle territoire de Sine Saloum</p> <p><u>Objectif spécifique</u> :</p> <p>Contribuer à rendre effectif l'accès des femmes et des adolescent(e)s et les jeunes aux services de santé reproductive de qualité avec un focus spécifique sur la réduction de la mortalité maternelle, la promotion de la planification familiale et la prévention des violences sexuelles et basées sur le genre à base d'une approche multisectorielle et multi-acteurs.</p> <p><u>Les résultats envisagés sont les suivants</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Résultat 1: Le droit à l'information de qualité sur les différentes thématiques liées au droit à la santé reproductive est assuré • Résultat 2 : Le droit à la protection contre les violences sexuelles et d'autres formes de violences basées sur le genre et à la prise en charge des victimes est renforcé • Résultat 3 : Le droit d'accès aux de soins de qualité dans le domaine de la santé reproductive est renforcé
Budget	<p>9 millions d'euros pour la contribution belge</p>
Durée	<p>60 mois de durée pour l'exécution de l'intervention</p>
Bénéficiaires	<p>Au niveau des détenteurs de droits : la population des régions de Kaffrine, Kaolack et Fatick - et plus particulièrement les femmes, les adolescents/jeunes, les enfants et les nouveau-nés - individuellement ou au travers de leurs associations, clubs, groupements. L'intervention développera des initiatives spécifiques afin de pouvoir atteindre les personnes les plus vulnérables comme les indigents, les femmes/filles avec une fistule obstétricale, avec le VIH ou un handicap, ainsi que les femmes/adolescents/enfants victimes des VSBG.</p>

	<p>Au niveau des porteurs d'obligations : les autorités décentralisées du MSAS et du MFFG, les Points de Prestation de Services de santé (PPS ; les hôpitaux, les centres de santé , les postes de santé, les cases de santé et les Bajenu Gox), les antennes régionales du Comité de Lutte contre les Violences Faites aux Femmes (CLVF), les services départementaux pour la protection de la femme et de l'enfant, les organisations de la société civile qui travaillent dans un ou plusieurs domaines liés à la santé de la mère et de l'enfant et la prévention des VSBG, les leaders religieux et traditionnels, les élus locaux. Principalement, mais non exclusivement, les ressources humaines des institutions, organisations et entreprises ciblées par, ou ayant un lien avec, le Programme de Coopération Sénégal – Belgique.</p>
<p>Zone(s) d'intervention</p>	<p>La zone d'intervention du Programme de Coopération, c'est-à-dire le pôle territoire de Sine Saloum (Régions de Kaolack, de Fatick et de Kaffrine).</p> <p>Le choix exact des zones d'interventions (districts sanitaires) est encore à préciser pendant l'élaboration du portefeuille.</p>

1 Titre et durée estimée

L'intervention est intitulée : Santé de la femme, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent(e).

En principe la durée d'exécution est estimée à 5 ans, soit au maximum la durée du Programme de Coopération Belgo-Sénégalaise, dont le démarrage est envisagé pour début 2019.

2 Parties prenantes

2.1 Parties prenantes principales

Les parties prenantes ont été identifiées sur base de leurs expertises dans le domaine de la promotion de la santé de la femme, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent(e) et la prévention des violences sexuelles et basées sur le genre (VSBG). Leurs rôles spécifiques et le type d'interaction entre eux dans la mise en œuvre de l'intervention seront précisés lors de l'élaboration du portefeuille afin de maximaliser la valorisation de leurs expertises respectives. Les parties prenantes ne se retrouvent pas seulement au niveau décentralisé mais également au niveau central afin de pouvoir optimiser les perspectives de pérennisation des différentes approches développées dans le cadre de cette intervention.

La promotion de la santé de la mère et de l'enfant requiert une approche intégrée et multisectorielle dans laquelle plusieurs ministères (au niveau central et au niveau décentralisé) ont un rôle à jouer : les ministères de la santé, de la femme et du genre, de l'éducation, de la jeunesse, de l'intérieur, de la justice, etc. Le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) et le Ministère de la Femme, de la Famille et du Genre (MFFG) ont été identifiés comme les parties prenantes gouvernementales principales pour cette intervention. Le MFFG est responsable pour la promotion de la prévention des violences basées sur le genre (VBG).

Vu le rôle du MSAS, qui a le lead dans la promotion de la santé de la mère et de l'enfant dans le sens large et son rôle clé dans la prise en charge médicale et psychosociale des victimes des violences, l'intervention collaborera étroitement avec le MSAS et plus particulièrement la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant. Au sein du MSAS, la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement, le Programme de Santé Mentale et la Cellule e-Santé seront également impliqués.

Au niveau du gouvernement décentralisé l'intervention envisage une collaboration avec :

- Au niveau de la santé et l'action sociale:
 - Les autorités de santé: les régions et districts sanitaires (Kaolack, Kaffrine et Fatick), la CMU Régional, la Pharmacie Régional d'Approvisionnement (PRA),
 - Les prestataires de services de santé publics : les hôpitaux régionaux, les centres de santé, les postes de santé, les cases de santé et les Bajenu Gox,
 - Les services régionaux d'action sociale, les Centres de Promotion et de Réinsertion Sociale,
- Au niveau de la femme, la famille et le genre : les comités régionaux de lutte contre les VBG ; les Services Régionaux de Développement Communautaire,
- Au niveau de la jeunesse : les Centres Ado,
- Au niveau de l'enseignement : les Centres Régionaux d'Enseignement Technique Féminin (CRETf), les Comités de Protection des Enfants dans les établissements d'enseignement, les Clubs d'éducation à la vie familiale (EVF),
- Au niveau de la justice : les Maisons de Justice, les Bureaux d'Ecoute,
- Au niveau des élus : l'Union des Associations d'Elus Locaux (UAEL), les mairies.

Beaucoup d'associations sénégalaises et internationales travaillent dans un ou plusieurs domaines liés à la promotion de la santé de la mère et de l'enfant, la prévention des VSBG et la protection des droits des femmes et de l'enfant. Dans le Pôle Territoire Sine Saloum il s'agit des associations suivantes (liste non-exhaustive) :

- Santé de la mère et de l'enfant : l'Association des Sagefemmes Sénégalaises, l'Association des Femmes Médecins du Sénégal (AFEMS), l'Association Sénégalaise pour le Bien-être de la Famille (ASBEF) (membre du réseau international de l'International Planned Parenthood Federation, IPPF), l'Alliance Nationale des Communautés pour la Santé (ANCS), l'Association pour la Promotion de la Femme Sénégalaise (APROFES), le Réseau jeunesse population et développement (RESOPOPDEV), le Conseil des Organisations Non Gouvernementales d'Appui au Développement (CONGAD), l'Alliance National des Jeunes pour la Santé de la Reproduction et de la PF au Sénégal (ANJ-SR/PF-Sénégal), Centre de Guidance Infantile et Familiale (CEGID), les mutuelles à base communautaires, les UDAM (Koungheul et Foundiougne) ;
- Violences sexuelles et basées sur le genre, protection de l'enfant: ENDA Tiers Monde, Associations de Juristes sénégalaises (AJS), le Réseau Siggil Jigeen, le Collectif des Hommes pour la Défense des Droits des Femmes, le Conseil Sénégalais des Femmes, Tostan, Boutique de droit, Village SOS Kaolack.

Les PTF principaux dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant et la promotion des droits des femmes et de l'enfant au Sénégal sont:

- Agences des Nations Unies : UNFPA, UNICEF, UN Women, Organisation Mondiale de la Santé, ... ;
- Agences et structures multilatérales : Banque Mondiale, Organisation Ouest-Africaine pour la Santé/le Partenariat de Ouagadougou, Union Européenne, ECHO, ... ;
- Agences bilatérales : USAID, LuxDev, JICA, ... ;
- Fondations privées : Fondation Bill & Melinda Gates, Merck for Mothers, ... ;
- ANGs internationales : Marie Stopes International, Plan International, Croix Rouge belge,

2.2 Partenaires de mise en œuvre et prestataires de services

L'intervention sera mise en œuvre dans les Régions de Fatick, Kaffrine et Kaolack, avec le choix exact des zones d'interventions encore à préciser pendant l'élaboration du portefeuille.

Etant donné que le MSAS est le ministère technique principal responsable pour le développement des politiques dans le domaine vaste de la santé de la mère et de l'enfant (SME) et la disponibilité des services de santé SME de qualité – y compris la prise en charge médicale et psychosociale des victimes des violences sexuelles et basées sur le genre (VVSBG), accessibles et adaptés aux besoins spécifiques des districts, l'intervention collaborera étroitement avec la Région Médicale. Vu le rôle du MFFG dans la protection des femmes et des enfants et la prévention des VSBG, une collaboration étroite est également prévu au niveau des services régionaux de développement communautaire. Ces deux collaborations sont complémentaires et doivent opérer en synergie et concertation. La collaboration avec les autres ministères sectoriels impliqués (justice, intérieur, enseignement, etc.) s'organisera au travers des structures de coordination multisectorielle existantes et en fonction des besoins de l'intervention, comme, p.ex. le développement d'un système de prise en charge multisectorielle des VVSBG. Le financement se fera au travers des procédures d'appui financier aux acteurs publics.

Une concertation continue avec le niveau central est essentielle afin d'assurer la durabilité des initiatives développées. Au sein du MSAS il s'agit de la Direction de la Santé de la mère et de l'enfant, l'Agence CMU et la PNA. Au sein du MFFG, il s'agit de la Direction de la Famille et de la Protection des Groupes Vulnérables et la Direction de l'Équité et d'Égalité du Genre.

Pour les activités de formation et de sensibilisation ainsi que pour les initiatives de référencement aux services spécialisés, l'intervention investit dans le renforcement des compétences des acteurs publics et privés et favorise la création des partenariats publics-privés (PPP).

Dans le cas échéant, la pertinence d'une collaboration avec les UDAM existantes et d'autres mutuelles à base communautaire et de leur rôle dans la réalisation du droit des femmes et des enfants à une bonne santé sera étudiée lors de l'élaboration du portefeuille (assurance de qualité des services de santé reproductive, approvisionnement des médicaments et contraceptifs, accès aux services des soins, promotion et sensibilisation, etc.).

Pour le développement des outils et des approches spécifiques pour lesquelles des expertises techniques spécialisées sont requises (p.ex. pour des outils TIC) les entreprises privées peuvent être impliquées, plus particulièrement au travers des marchés publics.

L'intervention envisage également un partenariat avec UNICEF, surtout dans le domaine de la prévention des VSBG faites aux enfants et aux adolescents au travers d'une coopération déléguée. Ce partenariat sera basé sur le principe de coopération effective, de mutualisation des compétences des différents acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la prévention des VSBG de l'intervention, et de valorisation des expertises académiques belges et sénégalaises dans la matière.

En vue de l'appui scientifique l'intervention fera appel aux contrats cadres qui ont été établis entre Enabel et les institutions académiques belges dans les domaines du droit à la santé reproductive. Cette collaboration s'établira au travers un appel aux candidats auprès des universités.

Dans le cadre de l'approche programme/portfolio adoptée par la Coopération Belgo-Sénégalaise, des synergies seront créés avec l'intervention 1 (développement économique) et l'intervention 3 formation, études et expertises.

2.3 Bénéficiaires

Au niveau des détenteurs de droits : la population des régions de Kaffrine, Kaolack et Fatick et plus particulièrement les femmes, les adolescents/jeunes, les enfants et les nouveau-nés - individuellement ou au travers de leurs associations, clubs, groupements. L'intervention développera des initiatives spécifiques afin de pouvoir atteindre les personnes les plus vulnérables comme les indigents, les femmes/filles avec une fistule obstétricale, avec le VIH ou un handicap, ainsi que les femmes/adolescents/enfants victimes des VSBG.

Au niveau des porteurs d'obligations : les autorités décentralisées du MSAS et du MFFG, les Points de Prestation de Services de santé (les hôpitaux, les centres de santé, les postes de santé, les cases de santé), les acteurs communautaires (Bajenu Gox, ...), les antennes régionales du Comité de Lutte contre les Violences Faites aux Femmes (CLVF), les services départementaux pour la protection de la femme et de l'enfant (CDPE, ...), les organisations de la société civile qui travaillent dans un ou plusieurs domaines liés à la santé reproductive et la prévention des VSBG, les leaders religieux et traditionnels, les élus locaux.

Le renforcement du rôle du Médecin Conseil est prévu en fonction d'assurer la redevabilité des porteurs des obligations vis-à-vis la population.

3 Analyse contextuelle

3.1 La santé de la femme, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent

Le cadre législatif du Sénégal reconnaît le droit à la santé et de façon plus particulière le droit à la santé reproductive. Le droit à la santé est reconnu dans l'article 8 de la Constitution. Le droit à la santé reproductive est spécifié dans la Loi N°2005-18 relative à la santé de la reproduction (2005) : « *Le droit à la santé de la reproduction est un droit fondamental et universel garanti à tout être humain sans discrimination fondée sur l'âge, le sexe, la fortune, la religion, la race, l'ethnie, la situation matrimoniale ou sur toute autre situation* ». La Loi N°2005 reconnaît aussi le droit à la planification familiale, y compris pour les adolescents, et les droits des personnes qui vivent avec le VIH (PVIH). Les droits et les devoirs des PVIH sont détaillés dans la Loi N°2010-03 relative au VIH-SIDA (2005).

Le *Plan Sénégal Emergent* 2014 (PSE) met un accent spécifique sur la promotion des droits humains. Le PSE reconnaît que la satisfaction des besoins sociaux (y compris les besoins en santé) est un facteur essentiel à la promotion du développement durable, et plus particulièrement des groupes vulnérables, comme les femmes, les enfants et les personnes vivant avec un handicap. La suppression des barrières financières aux services de soins au travers la mise en place d'un système assurantiel national est une priorité.

La *Stratégie Nationale pour l'Egalité et Equité de Genre 2016-2026* (SNEEG) souligne l'importance d'une approche intégrée à la santé : rapprochement des structures sanitaires, accessibilité financière, approvisionnement des médicaments et des intrants (y compris les méthodes contraceptives). Le SNEEG recouvre également la dimension humaine et sociale de la santé des femmes et des filles et **les inégalités de genre** comme facteur déterminant de l'accès des femmes et des filles aux soins de santé.

Malgré l'existence d'un cadre normatif portant sur la santé reproductive et les avancées importantes faites dans ce domaine (comme la lutte contre le VIH/sida et de la mortalité infantile), le Sénégal continue à faire face à beaucoup de défis, tels que la réduction de la mortalité maternelle, la réduction de la mortalité infanto-juvénile, la promotion de la planification familiale, la santé des adolescents, la lutte contre la malnutrition et la prévention des violences sexuelles et les violences liées au genre.

Un des quatre objectifs du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS, 2009-2018) est la réduction de **la morbidité et de la mortalité maternelles et infanto-juvéniles**. Il s'agit des deux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) que le Sénégal n'a pas réussi à atteindre malgré les avancées faites dans ce domaine. En 2015 la mortalité maternelle était 315 sur 100.000 naissances vivantes (540 en 1995). En 2016 le Sénégal a lancé son *Plan Stratégique Intégré de la Santé Maternelle, Néonatale, Infanto-Juvénile et des Adolescents(e)s/Jeunes 2016-2020* (PSMNIA) qui établit le cadre multisectoriel et multi-acteurs pour renforcer la lutte contre la mortalité maternelle et de l'enfant.

Au Sénégal 19% des femmes de 15-49 ans risquent de mourir pour des causes liées à la grossesse. La problématique de la mortalité maternelle est étroitement liée au phénomène des grossesses précoces. Près d'un cinquième des jeunes femmes de 15-19 ans (16%) ont déjà eu 1 ou plusieurs grossesses. 13% ont déjà eu au moins un enfant et 3% sont enceintes pour la première fois. La proportion d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde augmente rapidement avec l'âge, passant de 2 % à 15 ans à 28 % à 19 ans, âge auquel 25 % des jeunes filles ont déjà eu au moins un enfant. (EDS).

Selon les résultats de l'évaluation des besoins en SONU (2012-2013), les causes de mortalité maternelle sont directes et indirectes:

- les causes directes : les hémorragies (39%), hypertension et ses complications (13%), le travail dystocique, les septicémies (7%), les avortements à risque 5%), autres ;
- les causes indirectes (17%): paludisme, VIH /sida, anémie, etc. (PSMNIA 2016).

Les distances géographiques, combinée avec les barrières financières et l'insuffisance qualitative et quantitatives des services combinée avec le pauvre état nutritionnel des mères, les complications issues des avortements à risque, les grossesses précoces et le faible taux de prévalence contraceptif, sont tous des facteurs déterminants de la mortalité et morbidité maternelle.

Une bonne prise en charge de l'accouchement est un élément-clé dans la lutte contre la morbidité et la mortalité maternelles. Elle dépend de la disponibilité de personnel qualifié qui assistent la femme lors de sa grossesse (consultation prénatale), de l'accouchement et le suivi de la mère et son enfant après l'accouchement (consultation post-natale). Au Sénégal près de 53 % des naissances se sont déroulées avec l'assistance de personnel de santé formé, à savoir les médecins, les sages-femmes et les infirmières ou infirmiers Chefs de Poste. 75% des accouchements ont lieu dans une structure de santé. (PSMNIA 2016). La mise en place d'un système performant de référencement/contre-référencement (y compris les évacuations pour les cas de grossesses/accouchement compliqués) est un facteur déterminant clé.

Le Sénégal a fait le choix stratégique de faire de **la planification familiale** une priorité nationale pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et infantile. A cette fin le pays a actualisé son *Cadre Stratégique National de Planification Familiale 2016-2020* (CSNPF) et s'est fixé l'objectif d'augmenter de façon significatif le Taux de Prévalence Contraceptif (TPC) d'ici 2020. Une augmentation du TPC permettra également une meilleure capture du dividende démographique.

Tableau 1 : Répartition des objectif TPC par région

Pays/Régions	TPC 2014	TPC 2020
Sénégal	21%	45%
Fatick	15%	44%
Kaolack	15%	45%
Kaffrine	11%	38%

Source : CSNPF, 2016-2020

Au Sénégal **la fécondité des adolescentes** de 15-19 ans est élevée (80‰). 16% des femmes de 15-19 ans ont déjà eu au moins une grossesse Une étude menée au Sénégal sur les grossesses précoces en milieu scolaire (2010-2014) a révélé que 31% de grossesses concernent les filles de 13-15 ans, 24% les filles âgées de 18 ans à 19 ans et 45% la classe d'âge située entre 16 et 17 ans au moment de l'Enquête Démographique et Sanitaire (EDS) en 2015. En général le niveau de connaissance des adolescents et des jeunes sur la santé reproductive (SR) est très faible. Seulement 5,5% des adolescents de 15-19 ans ont une bonne connaissance des méthodes contraceptives ; 17,9% des jeunes de 20-24 ans. Fin 2016, UNFPA a mis en place une ligne verte informative gratuite, « GINDIMA » (« renseigne-toi ») en français et en wolof. Les thématiques traitées sont axées autour de 7 thématiques : le cycle menstruel, IST et VIH/SIDA, anatomie et puberté, contraception, grossesse, violence, MGF et abus sexualité.

79% des femmes qui se présentent pour des complications d'**avortement** provoqué sont des jeunes filles âgées de 14-24 ans qui ont une grossesse non-désirée. Environ 30 à 40% des femmes ayant des grossesses non désirées commettent un avortement (PSMNIA 2016). Les complications consécutives à un avortement sont une des causes principales de mortalité maternelle, ainsi que les complications de grossesse et d'accouchement chez des adolescentes.

Au Sénégal la loi ne permet **l'avortement** que si trois médecins s'accordent sur sa nécessité thérapeutique pour sauver la vie de la femme. Plus de 51 000 avortements sont pratiqués chaque année au Sénégal, et plus de la moitié d'entre eux aboutissent à des complications. L'accès aux soins complets d'avortement est très strictement limité. Le MSAS tente d'étendre les soins après avortement à l'ensemble du pays. Le taux d'avortement enregistré au niveau des structures est estimé à 5% (DHIS2, 2015) dont 31% ont été pris en charge par Aspiration Manuelle Intra-utérine (AMIU). Des défis qui se posent actuellement sont :

- L'insuffisance dans la formation : seul 12% des prestataires (sages-femmes et infirmiers) ont pu bénéficier de la formation (EDSc 2015) ;
- L'insuffisance des kits d'insertion AMIU et lourdeur du processus d'acquisition ;
- L'insuffisance de décentralisation au niveau des postes de santé ;
- Le faible pourcentage de femmes sous méthode contraceptive après avortement (53% à la fin de l'année 2015, DHIS2) ;
- Recours et référence tardifs aux soins en cas d'avortement.

Un groupe de travail multidisciplinaire a été créé avec des représentants des autorités sénégalaises, les OSC et le monde académique en vue de préparer une nouvelle législation et d'en défendre l'adoption.

Pour la **césarienne**, le taux national est de 5,3% selon l'EDSc-2014 et 5% selon le DHIS2 en 2015. Cette tendance est confirmée par les données de l'EDS-MICS (5,30%) comme le montre le graphique ci-contre. Pour la prise en charge des complications de l'accouchement, les normes préconisent un taux de césarienne de 5 à 15%. La principale force réside dans la gratuité des césariennes initiée depuis 2004 et renforcée dans le cadre de la mise en œuvre de la Couverture Maladie Universelle (CMU). Des problèmes majeurs sont notés dans le système de gestion des stocks de kits de césariennes et l'exhaustivité de statistiques concernant les césariennes prises en charge gratuitement dans le cadre de la CMU.

Tableau 2 : Taux de césarienne

Région	Taux de césarienne
Dakar	14%
Fatick	2,1%
Kaolack	1,6%
Kaffrine	1,7%

Source : PSMNIA 2016

Dans la lutte contre la mortalité maternelle la disponibilité et l'accès aux **soins obstétricaux et néonataux d'urgence** (SONU) restent de défis importants. Dans les années précédentes, les autorités ont fortement investi dans la construction des blocs. 67% des blocs ne sont pas fonctionnels dont 59% par faute d'équipements et de ressources humaines : anesthésistes redéployés sans être remplacés, l'absence d'instrumentistes, des médecins SONU nommés Médecins Chefs de District, des retards dans la décentralisation des SONU, les coûts relativement élevés des prestations de services en milieu rural. (PSMNIA 2016). L'accord récent de la Faculté de Chirurgie et des Gynéco-obstétricaux de l'Université Gaston Berger sur la décentralisation de la chirurgie crée une opportunité importante pour assurer la disponibilité des services chirurgiens/gynéco-obstétriques dans la périphérie.

Une des morbidités maternelles les plus graves sont **les fistules obstétricales**. Il s'agit d'une affection sévère et handicapante dont la prévalence est estimée à 0,1% (EDS 2011). Chaque année ils se présentent 400 nouveaux cas. La cause principale est la prise en charge tardive des femmes enceintes qui développent des complications lors de l'accouchement et qui arrivent à

des stades tardifs à un hôpital où les soins SONU sont disponibles. Le Sénégal a développé une stratégie nationale 2011-2015 sur les fistules obstétricales et mis en place une maison d'accueil et d'appui à la réinsertion des femmes victimes de fistules obstétricales « Diwaanu Tawfekh ». Avec l'appui d'UNFPA le MSAS organise chaque année la Journée internationale pour l'élimination de la fistule obstétricale. Les régions du pays où les cas de fistules obstétricales sont les plus fréquentes sont Tambacounda, Kolda, Kédougou, Ziguinchor, Matam. La mise en place d'un système de réparation de fistules immédiate évitera le rejet social des victimes et donnera une réponse à temps à ses droits à une santé physique, mentale et sociale.

Le Sénégal a enregistré aussi une baisse des taux de **mortalité néonatale** et de **mortalité infanto-juvénile**. Le taux de mortalité néonatale est passé de 40,5 /1000 naissances vivantes (NV) entre 1989-1992 (EDS2), à 29/1000 NV (EDS 5-2011) et 23 pour 1000 NV en 2015 (EDSc 2015). Le taux de mortalité infanto-juvénile a connu une réduction de 57% en l'espace de 15 ans au Sénégal en passant de 139 pour mille en 2000 à 59 pour mille en 2015 (EDSc 2015). Le taux de mortalité néonatale a connu une régression plus lente que les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile. La mortalité néonatale représentait 29% de la mortalité infanto-juvénile en 2005 (EDS4-MICS), 40,3% en 2011 (EDS5-MICS) et 38,9% en 2015 (EDSc). Presque 6% des enfants meurent avant l'âge de 5 ans. En milieu rural la situation est plus grave avec une mortalité de presque 8%. La mortalité périnatale s'élève à 38/000 et jusqu'à 63/000 chez les femmes âgées de 40 à 49 ans. Il s'avère donc impossible de faire chuter la mortalité infanto-juvénile sans agir efficacement sur les causes et déterminants de la mortalité néonatale.

Tableau 3 : La mortalité des enfants < 5 ans et son évolution (sur 1000 NV)

Nombre d'années ayant précédé l'enquête	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN)	Mortalité infantile (1q0)	Mortalité juvénile (4q1)	Mortalité infanto-juvénile (5q0)
0-4	23	16	39	21	59 (78 en milieu rural, 87 chez les femmes pauvres)
5-9	28	19	47	29	75
10-14	34	33	68	51	115

Source : EDS 2015

Les affections néonatales (45%) constituent la première causes de décès des moins de cinq ans, suivies de la pneumonie (12%), de la diarrhée (9%), des accidents et traumatismes (7%) et du paludisme (4%).

Le MFFG est responsable pour la mise en œuvre du « *Plan d'Action National pour l'Eradication des Violences Basées sur le Genre et la Promotion des Droits Humains 2017-2021* ». La problématique des **VSBG** est très répandue dans le pays et son ancrage socio-culturel est fortement lié aux conditions économiques de vie de la population et la persistance des déséquilibres en matière d'égalité entre les hommes et les femmes dans tous les domaines de la vie économique et sociale. Les **violences conjugales ou domestiques** sont les plus fréquentes. Les cas de viols sont en général l'œuvre de personnes proches des victimes (géniteur, oncle maternel, père adoptif, maitre d'école, maitre coranique, boutiquier, etc.). La nature et la prévalence des types de VSBG varient selon les régions, les cultures, les ethnies et les croyances. C'est le cas notamment des excisions ou les **mutilations génitales féminines (MGF)**.

La prévalence de l'excision est très influencée par l'appartenance ethnique. 71% d'excisions sont effectués chez les filles avant l'âge de 5 ans. 91% des excisions sont exécutées par des exciseuses traditionnelles. Une pratique qui leur confère une certaine reconnaissance normative sociale. Dans 1% des cas, l'excision est pratiquée par les matrones/accoucheuses traditionnelles. (PSMNIA 2016). Une femme sur deux excisée souhaite maintenir la pratique. Dans le Pôle Territoire Sine Saloum la pratique des MGF est moins répandue (2015-2016 : Fatick : 2% des filles de moins de 15 ans ; Kaolack : 5% ; Kaffrine : 4%) mais pose un défi important (dans la Région de Kaolack on constate un accroissement de la pratique de 1% en 2012-2014 à 5% en 2015-2016).

Les enfants sont les plus touchés par les violences (économiques, psychologiques, physiques et sexuelles). **Le mariage d'enfant** est une pratique très répandue au Sénégal. Au niveau national 24,5% des filles de 15-19 ans sont déjà mariées (Fatick : 27,3% ; Kaolack : 41% ; Kaffrine : 61,7%). 37,3% des filles élèves dans les écoles secondaires ont été victimes d'harcèlements sexuels ; 14% de viols (USAID, 2008 ; Régions de Fatick, Kolda, Tambacounda et Ziguinchor).

Dans le cadre de l'approche programme adoptée par la Coopération Belgo-Sénégalaise, des **synergies** seront créés avec les autres interventions (développement économique et formation, études et expertises).

3.2 Santé et digitalisation

Fin 2017 le MSAS a lancé sa *Stratégie Nationale Santé Digitale 2018-2023* (SNSD). Elle s'inscrit dans la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire et vient en appui au développement de la stratégie de la Couverture Maladie Universelle pour un meilleur accès de toutes les populations à des services de santé de qualité. La santé digitale permettra une plus grande efficacité de l'offre sanitaire et en réduira les coûts, pour l'État, les prestataires et les patients. L'utilisation de la technologie de l'information et de communication (TIC) assurera une meilleure équité dans l'accès aux soins de santé (télémédecine pour un accès électronique aux soins, m-Santé pour notamment améliorer la prévention et la promotion de la santé) et contribue à remettre le citoyen et le patient au centre de l'acte médical.

Le numérique doit faciliter la mise en œuvre de la stratégie de la carte sanitaire mais de manière plus large, renforcera l'accès à la santé à plusieurs niveaux : l'offre de soins, la traçabilité du patient, la formation continue du personnel de santé, la promotion de la santé, la prise en charge et la prévention des maladies, la gouvernance sanitaire à travers la collecte de données sanitaires en temps réel, la dématérialisation du parcours du patient, et la responsabilisation des patients par un accès accru à l'information de santé.

De la perspective de renforcer le droit à l'information et la formation, la TIC offre un potentiel énorme qui permet de développer des outils appropriés aux besoins des groupes cibles, qui sont interactifs et attractifs et qui stimulent la réflexion analytique et critique. La mise en place d'une bibliothèque virtuelle accessible aux populations qui vivent et travaillent dans les régions difficilement accessibles, aura un impact énorme dans la lutte contre l'ignorance en matière de la SR et les droits humains. L'intervention investira également dans la mise à échelle des outils TIC de communication et d'information qui sont déjà utilisés dans le pays.

4 Stratégie

4.1 Orientations stratégiques de base

4.1.1 Le concept de l'approche basée sur les droits humains et les inégalités de genre

L'approche basée sur les droits humains, implique les conditions suivantes :

- Un dispositif législatif et normatif qui constitue le cadre de référence dans lequel la population peut jouir de ses droits. Le Sénégal a un dispositif assez ambitieux sur la plupart des thèmes concernés ;
- Des services disponibles, accessibles, abordables, acceptables et de qualité¹ : parfois oublié, il est évident que l'on ne peut jouir de ses droits que si les services de santé reproductive sont réellement offerts, disponibles, accessibles, abordables, acceptables et de qualité ;
- Respect de l'égalité, la participation, la non-discrimination et la redevabilité, avec un focus spécifique sur les populations les plus vulnérables.

L'approche basée sur les droits humains principe de « ne laisser personne à côté ». Afin de pouvoir répondre aux besoins et aux droits des populations les plus vulnérables dans leur santé reproductive, des initiatives spécifiques qui permettent de renforcer leur droit d'accès à l'information et aux soins de qualité sont appropriés.

L'approche basée sur les droits humains distingue obligations et droits et s'articule autour des détenteurs de droits et les porteurs d'obligations. L'intervention se structurera ainsi autour des deux groupes : détenteurs de droits (la population, les femmes et les filles en particulier) et porteurs d'obligations (les services publics en premier lieu), tout en restant orientée sur le focus essentiel de l'intervention : le renforcement du droit à la santé de la reproduction. En principe, les associations de la société civile et les élus locaux représentent la population et sont sensés défendre les droits d'une population peu organisée et limitée par sa capacité. Le renforcement de leurs compétences à travers l'amélioration de l'accès à l'information et une meilleure compréhension du cadre normatif et des défis socioculturels dans sa mise en œuvre est un facteur essentiel. Dans le cadre d'une approche basée sur les droits humains il est essentiel que l'intervention contribue à une meilleure connaissance, compréhension et interprétation des droits de la santé reproductifs partagées par tous les acteurs impliqués. Le renforcement du rôle du Médecin Conseil comme relais entre les patients et les prestataires de services et la gestion des plaintes est essentiel afin d'assurer la redevabilité des autorités et les prestataires de services vis-à-vis la population.

Etant donné l'impact nuisible des normes et pratiques sociales et culturelles et des inégalités de genre sur la SR des femmes et des filles, l'intervention investira dans des initiatives qui contribuent à avoir une meilleure compréhension des causes de ces inégalités et de développer des approches de sensibilisation et communication qui puissent contribuer à un changement de comportement en faveur de la protection des femmes, des adolescentes et des jeunes dans leur santé reproductive.

L'intervention développera une approche communautaire qui permettra d'atteindre également les hommes et la communauté en général. Le but est que la communauté entière puisse bénéficier de l'intervention, sans exclusion.

¹ AAAAQ : availability, affordability, accessibility, acceptability, quality

4.1.2 La promotion et la protection du droit à la santé reproductive comme contribution au renforcement du système de santé

Le renforcement du droit à la santé reproductive est un concept complexe qui doit être abordé sur base d'une approche multi-acteurs et multisectorielle. Le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale et le Ministère de la Femme, de la Famille et du Genre sont les institutions de tutelle les plus importantes. La santé reproductive des femmes et des filles est constituée de plusieurs composantes qui sont interconnectées et qui sont fortement déterminés par plusieurs facteurs socioculturels et socio-économiques, comme évoqué dans la Figure 1.

Figure 1 : Composantes de la santé reproductive

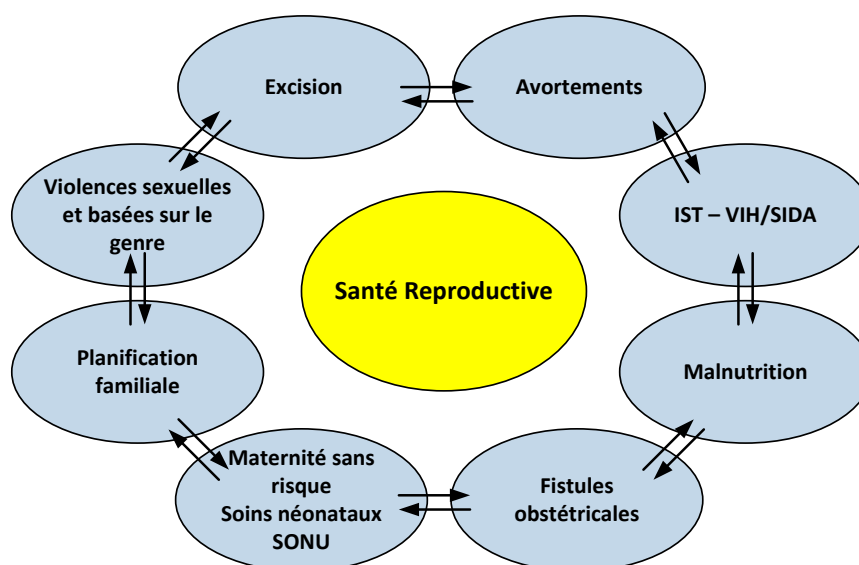


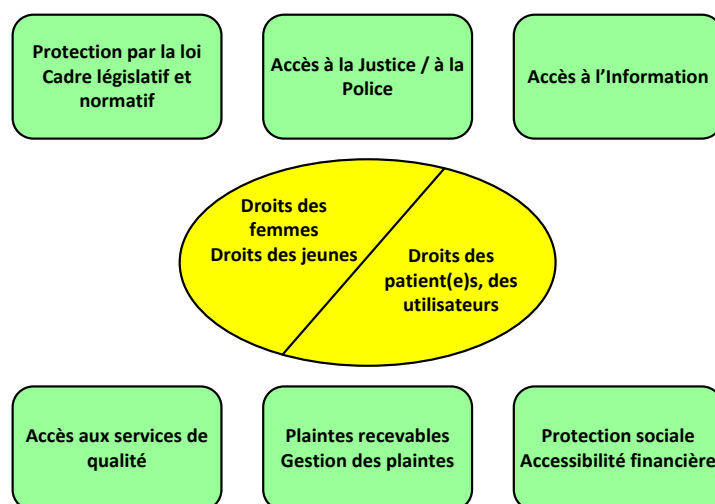
Figure 2 évoque les composantes de la SR qui peuvent être traduites en termes plus opérationnels. Il s'agit en haut, des aspects de droit des femmes, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent(e) aux soins de santé de qualité, et plus particulièrement à la santé et en bas des aspects sociétaux plus larges tous aussi importants pour que la population entière puisse bénéficier de ses droits.

Par rapport aux droits de la population, et de la femme, le nouveau-né, l'enfant et l'adolescent(e) en particulier, il s'agit de l'accès à l'information (sans information la population ne peut pas faire valoir ses droits), l'accès à la justice ou la sécurité qui permet de s'attaquer aux anomalies sociétales et finalement la protection par la loi, parce que sans lois, la justice ne peut pas se prononcer en cas de problème.

Par rapport aux services de santé il s'agit de la qualité des soins, la redevabilité des services à travers la gestion des plaintes des utilisateurs et de l'accessibilité financière des prestations.

L'intervention ne peut pas être envisagée comme une intervention verticale ou parallèle, mais est fondamentalement conçue comme partie intégrée en vue du renforcement du système de santé.

Figure 2 : Axes prioritaires du droit à la santé reproductive



Étant donné que le droit à la santé reproductive est intimement lié au droit à **l'autonomisation sociale et économique des femmes**, la création de synergies entre avec l'intervention 1 sur le développement économique sera essentielle.

4.1.3 L'approche multi-acteurs et multisectoriel

Chaque aspect du droit à la SR et donc des résultats escomptés exige une approche multi-acteurs. Les problématiques abordées ne se réfèrent presque jamais à une seule partie prenante, et la société civile en particulier participera à tout moment, particulièrement quand il s'agit de défendre les droits de la population et d'en informer les détenteurs de droits.

Une approche multi-acteurs exige également une forte coordination, pas toujours facile, entre les parties prenantes. Le projet mettra en place un comité technique multi-acteurs autour des différentes problématiques qui seront adressées par l'intervention.

Pour les activités de formation et de sensibilisation ainsi que pour les initiatives de référencement aux services spécialisés l'intervention investit dans le renforcement des compétences des acteurs publics et privés et favorise la création des partenariats publics-privés (PPP). La création des PPP a comme objectif de promouvoir la mutualisation des expertises disponibles, d'exploiter au maximum la création des synergies entre les différents acteurs, d'optimiser leurs complémentarités et d'assurer la qualité des services fournis. Les plateformes et structures de coordination multi-acteurs au niveau décentralisé joueront un rôle clé dans l'organisation des ateliers de co-création. Le financement se fera au travers des appels à proposition.

4.1.4 Synergies et complémentarités avec les autres interventions du Programme / Portfolio de Coopération

Les 3 interventions du PC se dérouleront tous dans le Pôle Territoire Sine Saloum. Elles se renforceront mutuellement.

En ce qui concerne les synergies avec l'intervention 1 pour le développement économique, les femmes et filles qui jouissent d'une bonne santé reproductive et maîtrisent leurs droits à la santé reproductive et particulièrement leur fécondité sont plus motivées, disponibles et indépendantes (confiance en soi), ce qui est une précondition pour démarrer une entreprise ou mener une activité économique stable. D'autre part, les femmes impliquées dans l'entrepreneuriat jouent un rôle modèle important pour les autres femmes et filles (même pour les hommes) et pourront porter un dialogue important dans la société.

En ce qui concerne les synergies avec l'intervention 3 de renforcement des compétences, la complémentarité est évidente. Dans pratiquement tous les domaines de l'intervention, le renforcement des compétences et donc les formations seront d'application. Les formations qui ne demandent que peu d'accompagnement avant et après et qui peuvent donc être relativement facilement déléguées, seront organisées de préférence par l'intervention 3.

4.2 Approches spécifiques

4.2.1 Stratégies pour une communication et diffusion d'information appropriée et adaptée au contexte socioculturel spécifique

Le droit à l'information est pour tous les détenteurs de droits mais aussi pour les porteurs d'obligations. L'accès à l'information et le développement d'une stratégie de communication appropriée et adaptée aux différents groupes cibles sont des facteurs clés pour la promotion de la PF, la prévention des VSBG et de la MGF et la santé reproductive en général, un changement du comportement sexuel et reproductif et la répression des pratiques nuisibles qui touchent aux droits de la santé reproductive de femmes et des filles.

Les différents acteurs gouvernementaux et non-gouvernementaux qui interviennent dans le domaine vaste du droit à la SR font déjà beaucoup d'efforts pour informer le public large et les femmes et les jeunes filles en particulier par rapport à leurs droits et les possibilités de leur prise en charge en cas de besoin.

Les stratégies de communication restent pour le moment relativement traditionnelles et sous-utilisent les moyens de communication plus modernes. Il s'agit de la communication via les médias sociaux, l'utilisation plus moderne des mass-médias et la professionnalisation de la conception des messages à faire passer. Puisqu'il s'agit de thématiques souvent sensibles, avec divergences d'opinion sociétale importantes et souvent dans une sphère de tabou, il faut une collaboration intense entre les spécialistes en communication et les socio-anthropologues, qui ont la compréhension des sensibilités dans la société. L'intervention investira dans la mise à échelle des stratégies de communication et information existantes et si nécessaire, identifiera des initiatives complémentaires afin de renforcer l'impact au niveau des détenteurs de droits et des porteurs d'obligations. Le potentiel d'intervenir au niveau de l'éducation sexuelle dans les écoles et les centres médicaux scolaires sera également étudié dans ce cadre.

Cette stratégie sera opérationnalisée sous le résultat 1 dans la chaîne des résultats.

4.2.2 Stratégie de prévention des violences sexuelles et basées sur le genre

La prévention des VSBG se situe à trois niveaux : **primaire, secondaire et tertiaire** :

- La prévention primaire a comme finalité d'empêcher que la violence se produise en adressant les causes profondes qui sont souvent ancrées dans les normes et les pratiques sociales et culturelles. Les initiatives ciblent la communauté au travers des campagnes d'information, de communication et de sensibilisation ;
- La prévention secondaire met l'accent sur les réponses les plus immédiates, à la violence, comme les soins pré-hospitaliers, les services des urgences ou, après un viol, le traitement des maladies sexuellement transmissibles ;
- La prévention tertiaire concerne les soins à long terme après la violence, comme les tentatives de rééducation et de réinsertion pour atténuer les traumatismes ou réduire le handicap à long terme associé à la violence (OMS, 2010).

Au Sénégal il y a plusieurs initiatives dans le domaine de la prise en charge holistique ou partielle (p.ex. seulement aide juridique) des victimes des violences. Elles sont fournies par des associations de la société civile ainsi que par des services d'action sociale et des services de

protection de la femme et de l'enfant. Ces initiatives n'ont pas (encore) abouti dans un protocole de prise en charge multisectorielle standardisée. Toutes ont des limites budgétaires importantes et une capacité professionnelle limitée. Un des problèmes de cette problématique est qu'il se trouve dans la sphère de l'humanitaire. Les filles victimes ne disposent pas des moyens financiers qui leur permettent d'accéder aux services de soins et d'aide. Ainsi les coûts ne peuvent pas être supportés de façon directe par la société.

L'approche de **centre d'accueil unique** des victimes est reconnue comme l'approche la plus efficace à la prévention et la prise en charge des victimes. Surtout dans les cas de violences sexuelles la protection du droit à la prise en charge médicale à temps (c.à.d. dans les 72h) et psychosociale est primordiale. A partir de la structure de santé il faut mettre en place un système de référencement aux services d'aide juridique, d'hébergement sécurisé et de réinsertion socio-économique. Il s'agit de répondre à des questions de répartition des devoirs, de compétences requises, de coûts de fonctionnement, d'organisation des services, d'outils de fonctionnement, de système de coordination entre parties prenantes et de rôle complémentaires des associations, etc. Surtout en matière de prise en charge psychosociale des traumatismes il se présente encore beaucoup de défis. Un **protocole de prise en charge psychosociale** doit être approprié au contexte social et culturel de la région et devrait partir d'une compréhension approfondie des causes des inégalités de genre qui déterminent la vulnérabilité des femmes, des enfants et des adolescentes aux VSBG.

Etant donné que la majorité des cas qui se présentent sont **des enfants et des adolescentes**, il est essentiel que les protocoles de prise en charge soient adaptés à leurs besoins spécifiques. L'intervention envisage un partenariat avec Unicef qui doit permettre à tous acteurs concernés d'acquérir une connaissance et compréhension approfondies de la gravité de la problématique des violences faites aux enfants et aux adolescents et de ses causes et de développer des protocoles de prise en charge et de référencement adéquats.

Cette stratégie est adressée sous le résultat 2.

4.2.3 Stratégies pour la promotion de la SR et la planification familiale en particulier

Une meilleure proactivité dans la proposition de la planification familiale (PF) aux femmes éligibles, c'est-à-dire le soignant qui propose de sa propre initiative la PF aux femmes lors de la consultation pré- et postnatale, est reconnue être une stratégie effective pour augmenter l'utilisation de la PF. Un renforcement de la qualité du dialogue et **l'initiation** de ces approches à travers de protocoles élargira l'acceptation de la planification familiale.

Le développement d'un environnement favorable à la PF ne dépend pas seulement de l'initiative prise par la structure sanitaire. Les OSC, les Bajenu Gox, les mutuelles de santé et les leaders religieux et politiques locaux doivent également être impliqués.

Dans la consultation de la PF, le mari n'est que très sporadiquement impliqué dans le dialogue entre le prestataire et les utilisateurs (-trices). Le dialogue gagnerait beaucoup en qualité si le mari était impliqué dans l'offre. Ceci non seulement renforcerait l'utilisation de la PF mais aussi le dialogue entre les sexes par rapport à des matières souvent sensibles et difficilement abordables dans le couple. Le rôle des prestataires des soins évolue ainsi d'un technicien pur vers un porteur d'un dialogue entre le couple et en extension, envers la société globale. L'implication du mari dans le dialogue entre prestataire et couple-utilisateur sera complété par un renforcement de l'approche 'école des maris'.

La promotion de la PF sera intégrée dans la sensibilisation plus large sur le droit des femmes et des adolescent(e)s à **la santé reproductive** et de graduellement éliminer les barrières socioculturelles et les inégalités de genre qui entravent leur participation effective dans la prise de décision sur leur SR.

Cette stratégie sera couverte par le résultat 3.

4.2.4 Stratégie pour les services « amis » aux adolescents

Dans le Pôle Territoire Sine Saloum il y a plusieurs initiatives de services « amis » aux adolescents et aux jeunes qui sont gérées par les OSC ou par le Ministère de la Jeunesse à travers des centres ados. Les services se situent fondamentalement dans le domaine de l'information, la sensibilisation, le dépistage et traitement des infections sexuellement transmissibles (IST) et le VIH. Les services de PF sont majoritairement limités à l'information sur les différentes méthodes et la mise à disposition des préservatifs et de la pilule contraceptive. Pour toutes interventions médicales les adolescents et les jeunes sont référés aux structures de santé qui ne sont pas proprement équipés pour assurer un accueil amiable aux adolescents et respectueux de leurs besoins et soucis sans préjugés ni préjudice.

L'intervention envisage de développer un modèle de services « amis » aux adolescents au sein des structures sanitaires à base d'un partenariat avec les OSC et les services ados existants (cf. § 4.1.3 partenariat public-privé). Le modèle de services « amis » aux adolescents ne doit pas seulement tenir compte des barrières sociales et culturelles qui empêchent les ados d'accéder aux services sanitaires et assurer la confidentialité des services, mais aussi des barrières financières qui les empêchent d'avoir accès à ces services.

Cette stratégie sera couverte par le résultat 3.

4.3 Chaîne de résultats

4.3.1 Objectif général

L'objectif général de l'intervention est de contribuer à la participation active des femmes et des jeunes au développement économique et social inclusif et durable dans le Pôle Territoire Sine Saloum.

4.3.2 Objectif spécifique

L'objectif spécifique de l'intervention 2 est de contribuer à rendre effectif l'accès des femmes et des adolescent(e)s et les jeunes aux services de santé reproductive de qualité avec un focus spécifique sur la réduction de la mortalité maternelle, la promotion de la planification familiale et la prévention des violences sexuelles et basées sur le genre à base d'une approche multisectorielle et multi-acteurs.

4.3.3 Résultats envisagés

Les différents axes et points d'entrée qui sont prévus dans la note de programmation et approuvés par les Gouvernements belge et sénégalais ont été regroupés dans trois domaines de résultats afin d'assurer une meilleure cohérence dans le développement des différentes initiatives. Les résultats ont été regroupés autour du droit à l'information, le droit à la protection contre les violences sexuelles et basées sur le genre, et le droit aux soins de qualité.

Pour chaque axe il faudra investir dans la création d'un environnement favorable pour le droit à la santé reproductive au travers d'une stratégie de sensibilisation, de communication et d'information ciblée et diversifiée qui doit résulter pas seulement dans la prévention de la violation du droit à la santé reproductive mais aussi dans une croissance de la demande des services (résultat 1 : le droit à l'information). Tous les aspects liés à l'accès aux services de soins de qualité sont regroupés dans le résultat 3 (l'accès aux soins de qualité). Vue la spécificité de la lutte contre les violences sexuelles et basées sur le genre, on a prévu un résultat spécifique afin de promouvoir le droit à la protection des victimes et leur prise en charge (résultat 2).

4.3.3.1 Résultat 1: Le droit à l'information de qualité sur les différentes thématiques liées au droit à la santé reproductive est assuré

Cette initiative est décrite sous la stratégie § 4.2.1. Il s'agit de la mise à échelle des outils qui ont déjà prouvé leur efficacité dans d'autres régions du pays (p.ex. la ligne verte Gindima) ainsi que du développement de produits d'information et des outils de communication accessibles aux groupes cibles tant au niveau des détenteurs des droits comme au niveau des porteurs d'obligations et différenciés à base de leurs besoins et intérêts respectifs. Le droit à la planification familiale, la lutte contre les violences faites aux femmes et aux filles, telles que l'excision, le viol, la violence domestique y compris sexuelle et d'inceste, le mariage d'enfants, les grossesses précoces et les avortements clandestins seront d'autant de sujets possibles à aborder. Comme il s'agit de sujets profondément insérés dans les coutumes sociétales, le contenu et les façons de s'exprimer dans les messages feront appel à des compétences socio-anthropologiques.

4.3.3.2 Résultat 2 : Le droit à la protection contre les violences sexuelles et d'autres formes de violences basées sur le genre et à la prise en charge des victimes est renforcé

Ils existent peu de services ou d'initiatives durables pour les problématiques mentionnées. En partie cela s'explique par la complexité de ces problèmes, déterminés pour une grande partie par la culture et la situation sociale des parties prenantes et des victimes en particulier, ce qui fait que les services publics se sentent souvent impuissants devant la problématique. Les services de santé semblent en gros se limiter à offrir des soins pour les blessures et s'engagent difficilement dans une prise en charge psycho-sociale.

Puisqu'il s'agit de cas sociaux et au moins momentanément non supportés par un réseau social, les contributions financières par les victimes sont très limitées. La viabilité financière des initiatives par rapport à ces problématiques ressort inévitablement de budgets sociaux mis à disposition.

Le Gouvernement du Sénégal est intéressé à piloter une initiative comme décrite sous la stratégie §4.2.2. afin d'en dériver un modèle qui répondra aux questions nécessaires pour toutes les parties prenantes à comment agir de façon efficace et efficiente.

4.3.3.3 Résultat 3 : Le droit d'accès aux soins de qualité dans le domaine de la santé reproductive est renforcé

La réalisation du droit à la santé reproductive n'implique pas seulement une meilleure connaissance de ces droits à travers des stratégies de sensibilisation et de communication qui envisagent un changement du comportement, mais aussi que les services de santé reproductive soient disponibles, accessibles et de qualité. La qualité des soins de santé reproductive (santé maternelle et de l'enfant, les soins obstétricaux et néonataux d'urgence, la planification familiale, les services « amis » aux adolescents, dépistage et traitement des infections sexuellement transmissibles et du VIH, etc.) est déterminée par la disponibilité de personnel qualifié et performante, d'une infrastructure appropriée et des médicaments et intrants de qualité (y compris des méthodes contraceptives modernes).

Dans une approche basée sur les droits humains, il faut aussi s'assurer que les femmes qui sont victimes de la violation de leur droit à la santé reproductive et qui souffrent des conséquences physiques, sociales et mentales, p.ex. les femmes avec des fistules obstétricales, puissent bénéficier de services spécifiques et spécialisés.

4.4 Digitalisation

La digitalisation est un levier important pour le développement et jouera un rôle important en raison de son potentiel de :

- fonctionner comme vecteur pour l'information, la formation et la communication. Les médias sociaux tels que Facebook sont beaucoup utilisés au Sénégal et peuvent être utilisés à ses fins. Un site web, numéro central d'appel, Whatsapp ou une application Android peuvent servir comme des canaux de communication dans deux sens. La pertinence de la mise en place d'une bibliothèque virtuelle sera également examinée;
- construire des sociétés inclusives dans lesquelles les citoyens jouissent davantage de leurs droits à travers p.ex. des plateformes digitales d'assistance juridique, mécanismes et applications de feedback citoyenne.
- générer des évidences, à travers les données (*small & big data*) et informations dans le domaine de la SR ;
- appuyer le développement de systèmes de collecte de « *big data* » en matière de la SR.

Les domaines concrets potentiels sont :

- le développement d'outils d'information et de communication digitalisés, accessibles et appropriés aux besoins des autres groupes cibles ;
- la digitalisation du dossier du patient, la carte sanitaire, l'information sanitaire ;
- la digitalisation de la gestion au niveau des centres de santé, une gestion plus transparente.

4.5 Zones d'intervention

L'intervention sera mise en œuvre dans le Pôle Territoire Sine Saloum, et plus particulièrement dans les régions de Kaffrine, Kaolack et Fatick. Les départements/ districts de santé précis seront identifiés au moment de l'élaboration du portefeuille pays.

5 Thématiques transversales et prioritaires

5.1 Genre

La thématique « Genre » est par définition au cœur de l'intervention et recevra évidemment toute l'attention nécessaire.

La problématique des violences basées sur le genre seront adressées dans plusieurs résultats.

5.2 Environnement et climat

Les liens entre climat et croissance démographique ont fait l'objet de multiples publications, conférences, débats, et parmi les mesures préconisées pour lutter contre le réchauffement de la planète, la lutte contre la croissance démographique est citée. La politique nationale sénégalaise sur la planification familiale reconnaît l'importance de la PF dans le cadre de la lutte contre l'accroissement non contrôlé de la population et les multiples défis qui en émanent pour le développement social et économique du pays.

5.3 VIH/sida

Le taux de prévalence du VIH au Sénégal continue à baisser. Actuellement il est moins de 1 % (0,5%). Les soins pour les patients affectés et le dépistage sont bien intégrés dans les services de santé, y compris la transmission entre mère et enfant. L'intervention veillera que les aspects VIH/SIDA garderont le niveau de qualité actuel et promouvra davantage la lutte contre l'infection là où nécessaire, en reconnaissant en même temps qu'un apport consistant et complémentaire existe déjà.

5.4 Digitalisation

La digitalisation sera un facteur d'attention spécifique dans tous les domaines d'intervention : information, formation, communication, gestion, gouvernance et qualité des soins.

6 Risques

La gestion des risques, intégrant la mise en place de mesures d'atténuation adéquates, doit être au cœur de l'élaboration des stratégies d'appui du programme.

Risques	I Impact	P Proba- bilité	S Sévéri- té	Mesures d'atténuation
Dégradation de la sécurité	1	1	1	/
La pesanteur socio-culturelle ralentit le progrès	12	4	3	Partiellement accepté et stratégie de communication adaptée
Porteurs d'obligations n'adhèrent pas aux changements recherchés	8	2	4	Stratégie de communication adaptée
Coordination insuffisante dans un contexte connu de multiplicité d'acteurs	4	2	2	Appui au fonctionnement des instances de coordination au niveau régional et départemental
Les ressources humaines travaillant dans de conditions sub-optimales, n'appliquent pas ce qu'elles ont appris et/ou sont mutées	2	2	1	Assurer un suivi pour la mise en application du contenu des formations suivies

A noter pour Probabilité et pour Sévérité : 1 = très faible, 2 = faible, 3 = élevée, 4 = très élevée. L'Impact correspond à la note Probabilité x note Sévérité : 1 = très faible ... 16 = très élevée.

7 Pilotage, suivi et cadre organisationnel

L'intervention s'inscrit dans le programme de la coopération belgo-sénégalaise visant au développement économique et sociale du Pôle Territoire Sine Saloum.

Le suivi et le pilotage stratégique de la présente intervention seront mis en place au sein de la zone d'intervention en regroupant les principaux acteurs impliqués dans la mise en œuvre. Ce

comité assurera périodiquement le suivi et l'orientation de l'intervention permettant également d'accroître la responsabilité mutuelle entre les différentes parties prenantes. Le comité de pilotage sera composé entre autres de Enabel, du MSAS et du MFFG. La composition détaillée du comité et ses attributions seront définies lors de la phase de préparation du portfolio.

L'Action sera mise en œuvre par une Unité de Gestion de Projet (UGP) basée dans le Pôle Territoire Sine Saloum.

8 Modalités d'exécution

Les modalités d'exécution seront définies précisément lors de la phase de préparation du portfolio sur base des principes suivants :

- Prise en compte des spécificités du contexte du Sénégal ;
- Cohérence avec modalités des autres interventions ;
- Recherche de souplesse et rapidité d'exécution et l'atteinte optimale des résultats ;
- Adéquation aux capacités des acteurs.

Tout en soulignant l'importance du principe d'appropriation et les spécificités du contexte sénégalais en termes de gestion d'actions de coopération au développement, les modalités d'exécution qui seront privilégiées pour l'intervention seront celles qui, par des mécanismes flexibles, permettent de répondre rapidement aux demandes des bénéficiaires et des partenaires. A cet effet, les deux parties choisiront, d'un commun accord, la modalité qui permettra un maximum de souplesse et de rapidité d'exécution.

Dans la mise en œuvre, le projet s'appuiera sur différents types de partenaires publics et privés. Enabel pourra financer un ou plusieurs partenaire(s) tiers pour la réalisation d'une partie des activités du projet ou d'une action propre de ce(s) partenaire(s) contribuant à l'atteinte des objectifs fixés et ceci au moyen de subsides, de conventions de délégations ou d'accords de coopération.

9 Budget et autres ressources

L'enveloppe financière maximale de la partie belge proposée pour l'intervention 'santé de la femme, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent' est de 9 millions d'euros.

10 Durabilité

La durabilité de l'intervention s'articule autour des axes suivants.

Durabilité Politico-Légale : L'intervention par son focus sur les porteurs d'obligations, peut être durable, à condition de contribuer dans le renforcement du cadre régulateur, juridique, normatif. Celui-ci sera rendu plus cohérent, univoque, compréhensible et connu. Le respect des dispositions sans ambiguïté contribuera grandement à la durabilité.

Durabilité Economico-Financière : par son articulation forte avec l'entrepreneuriat, les retombées économiques et la génération de revenus accrue au niveau des bénéficiaires, un certain degré de durabilité peut être espéré si l'intervention d'appui à l'entrepreneuriat atteint

les résultats escomptés. La mise en place d'un système de voucher lié à l'assurance maladie doit contribuer au développement d'un système de financement durable des services SR.

Durabilité Sociale : Par son interaction avec le tissu social de la région l'intervention favorisera les transformations endogènes, portées par les populations, entraînant également une perspective de pérennisation de l'action. L'implication des citoyens et la société civile qui les représente garantira un ancrage fort dans la communauté.

Durabilité Technique : Par la traduction opérationnelle du droit à la santé reproductive en supports, outils, méthodes réutilisables et multipliables la durabilité technique sera renforcée.

Durabilité Organisationnelle : Par le fait de s'intégrer entièrement dans les organisations et institutions notamment publiques et communautaires présentes ayant trait au droit à la santé reproductive, une durabilité peut être espérée.