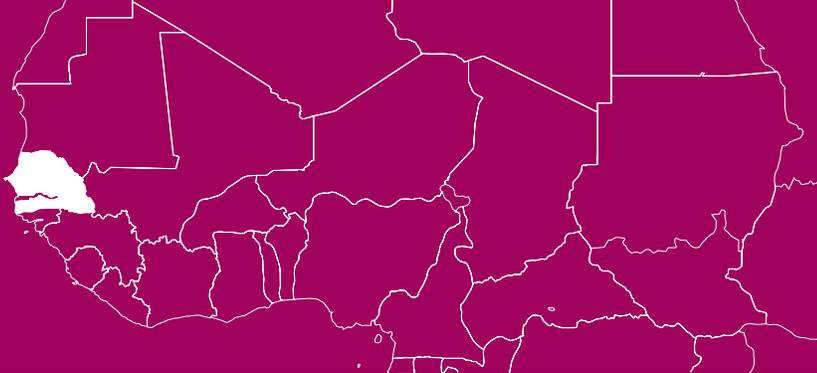


SÉNÉGAL



Les soins post avortement (SPA) fournissent une approche globale pour prévenir la morbidité et la mortalité causées par les complications après avortement (PAC Consortium, 2014). Quant au modèle de l'Agence Internationale Américaine pour le Développement (USAID) qui est une composante essentielle des SPA, il fournit un accès aux services de planification familiale (PF) et de conseils en PF entre autres services. La fourniture de ces services permet de satisfaire les besoins des femmes en matière de santé de reproduction qui se révèlent insatisfaits, de réduire les grossesses non désirées, et de prévenir les avortements répétés, ce qui réduit, de ce fait la mortalité maternelle (Curtis, Huber, et Moss-Knight, 2010). Les informations ci-dessous mettent en exergue les efforts consentis par le Sénégal pour les services de SPA et de PF pour les femmes qui en ont besoin.

LES POLITIQUES, LE LEADERSHIP, ET LA GOUVERNANCE

La politique Nationale de la République du Sénégal en matière de santé de reproduction (SR) est consignée dans un certain nombre de documents, notamment la Loi sur la Santé Reproductive, le Plan Stratégique National pour la Sécurité des Produits de SR de 2011-2015 (2011), et le Plan National d'Action pour la Planification Familiale 2012-2015 (2012). Ce dernier document intègre les plans opérationnels communautaires de district et régionaux pour améliorer la prévalence contraceptive à travers le pays.

Les politiques et normes de la santé reproductive Partie 2 et les protocoles de santé reproductive fournissent également des directives spécifiques de SPA.

Statut juridique de l'avortement

Le code pénal du Sénégal autorise l'avortement pour sauvegarder la vie de la femme (Sedgh et al. 2015; Turner, Senderowicz, et Marlow, 2016).

LA FORMATION ET LES NORMES DES SOINS APRÈS AVORTEMENT

Les programmes de SPA ont été introduits par le Ministère de la Santé du Sénégal (MS) à la fin des années 1990. En 2006, la majorité du personnel médical et paramédical dans les

structures sanitaires publiques disposant de services de santé reproductive avaient reçu la formation en SPA, y compris les pratiques de prévention de l'infection en matière de SPA, de conseils en SPA et une formation dans l'utilisation de l'aspiration manuelle sous vide (MVA) (Sedgh et al, 2015; Management Science for Health, 2006). MVA est depuis lors la partie intégrante des SPA et est considérée comme la technique de choix du pays en matière de SPA dans les hôpitaux de niveau tertiaire et secondaire (Suh, 2015).

En 2015, le MS du Sénégal en collaboration avec Marie Stopes International (MSI)-Sénégal et les projets de Santé Génésique, ont formé 2,220 prestataires de service public (des docteurs, des infirmiers, et des sages-femmes) dans 35 districts sur l'utilisation du misoprostol (Burke et al. 2016). Ceci a permis au SPA d'être consacré aux communautés où les infirmières sages femmes qui sont dans les centres communautaires fournissent du misoprostol aux femmes qui en ont besoin.

Le programme de formation sénégalais avait été mis à jour le curriculum de formation en y incluant les conseils en PF et la fourniture de méthodes volontaires, aussi bien des services de soins de santé communautaire. (Fikree, Mugore, et Forrester, 2014). Des écoles de formation en soins de santé ont été également impliquées dans la révision des programmes de formation de base en SPA (Fikree, Mugore, et Forrester, 2014).



PAC-FP THE POSTABORTION CARE
FAMILY PLANNING PROJECT
Expanding contraceptive methods and informed choice to PAC clients



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



EngenderHealth
for a better life

RENFORCEMENT DES SERVICES D'ACCOUCHEMENT

En collaboration avec le MS du Sénégal, de l'USAID Sénégal et Management Sciences for Health (MSH) ont travaillé pour l'amélioration de l'accès aux services de SPA en décentralisant les activités à travers tout le pays. Les services de SPA qui avaient été auparavant fournis au niveau des hôpitaux de niveau tertiaire sont à présent généralement disponibles dans les centres de santé et postes de santé ruraux et urbains (Curtis, Huber, et Moss-Knight, 2010). A travers ce projet, MSH a formé plus de 500 agents de santé, 104 sages-femmes, 254 infirmiers, 63 superviseurs régionaux et de district, six docteurs, et 104 conseillers de 323 structures sanitaires réparties dans quatre régions dans la fourniture de SPA (USAID, 2008). Par conséquent, le pourcentage de centres de santé disposant d'un personnel qui est formé en SPA a augmenté de 39% en 2003 à 100% en 2005 (MSH, 2006).

La décentralisation des services de SPA a débouché sur un accroissement des services de conseils en matière de contraception et l'acceptation volontaire d'une méthode contraceptive avant la sortie de la femme de la structure sanitaire (USAID, 2008). Les services de conseils en matière de contraception ont augmenté de 36% en 2003 à 78% en 2005, mais le nombre de clients de SPA qui ont reçu une méthode contraceptive avant de quitter la structure sanitaire a diminué de 56% en 2008 à 47,6% en 2013 (USAID, 2008). Les politiques sénégalaises de recouvrement des coûts qui exigent des patientes un paiement pour les services d'urgence, obligent les établissements sanitaires à offrir aussi séparément ces services, empêchant ainsi l'intégration effective de ces deux composantes du SPA (Dieng, 2016).

Les décideurs politiques du MS et de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement ont considérablement contribué à la réduction des ruptures de stock. Les kits SPA et MVA aussi bien que les produits contraceptifs sont devenus plus facilement disponibles dans les établissements sanitaires; le Sayana Press injectable est également offert à travers le pays

(Fikree, Mugore, et Forrester, 2014 et FP2020, 2016). Suite à la formation des pharmaciens sur l'utilisation du misoprostol et sa correcte mise à disposition, le nombre de pharmaciens qui ont le médicament en stock a augmenté de 253 en 2014 à 415 en 2015 (Burke et al. 2016).

LES OBSTACLES AUX SPA

Les femmes sénégalaises font face à de nombreux obstacles pour accéder aux services de SPA et de PF. Bien que la décentralisation figure parmi les priorités dans l'agenda du Sénégal en vue d'améliorer l'accès, tous les établissements sanitaires n'offrent pas de tels services dans les différents niveaux du système sanitaire. Les défis sont grands dans les établissements de bas niveau dans lesquels il y a un déficit en formation pour les agents de santé. L'équipement et les fournitures nécessaires pour le SPA ne sont pas souvent disponibles. Par conséquent, seulement 42% des femmes au Sénégal reçoivent des services médicaux pour le traitement des complications liées à l'avortement (Turner, Senderowicz, et Marlow, 2016). Les femmes font face plus tard à la stigmatisation de la part de leaders religieux et de groupes qui s'opposent fermement à la PF (Turner, Senderowicz, et Marlow, 2016).

LES MÉCANISMES DE FINANCEMENT

En 1991, le Sénégal a adopté l'initiative de Bamako visant à concentrer les dépenses sur les soins de santé primaires à travers un mécanisme de partage des coûts pour les médicaments essentiels. Cette initiative fait que les stratégies de recouvrement pour les méthodes de PF demeurent un réel défi, les décideurs politiques et les prestataires de service pourraient seulement permettre que les contraceptifs soient achetés dans les pharmacies des établissements sanitaires où les coûts de PF variaient d'un établissement à un autre (Fikree, Mugore, et Forrester, 2014).

En 2016, la ligne budgétaire du Sénégal consacrée à l'achat de produits contraceptifs est passée de 100 millions CFA (USD\$ 173,269) à 300 millions CFA (USD\$ 519,807) (FP2020, 2016).

SÉNÉGAL		Année	Source	
Indicateurs démographiques/contextuels				
Population	16,484,820	2018	Nations Unies	
Taux global de fécondité	4.6	2017	Données de l'ONU sur les perspectives démographiques mondiales	
Taux de mortalité maternelle pour 100,000 naissances vivantes	236	2017	Enquête démographique et sanitaire, 2017	
Mortalité néonatale pour 1,000 naissances vivantes	28			
Mortalité infantile pour 1,000 naissances vivantes	42			
Mortalité des enfants de moins de cinq ans pour 1,000 naissances vivantes	56			
Accouchement dans les établissements	78%			
Au moins une visite prénatale pendant la grossesse antérieure	97%			
Au moins une visite postnatale pendant la grossesse antérieure	77%			
Avortement et indicateurs associés au PF				
Nombre d'avortements	51,500	2012	Institut Guttmacher, 2015	
Avortements pour 1,000 femmes	17	2012	Institute Guttmacher, 2015	
Nombre de grossesses non désirées	225,000	2017-18	Indicateurs de base FP2020 fiche de synthèse, 2017-18	
Pourcentage de grossesses non désirées qui se terminant par un avortement (2014)	24%	2014	Institut Guttmacher 2015	
Nombre de grossesses non désirées qui ont été évitées grâce à l'utilisation de méthodes contraceptives modernes	282,000	2017-18	Indicateurs de base FP2020, fiche de synthèse, 2017-18	
Nombre d'avortement non médicalisés qui ont été évités grâce à l'utilisation de méthodes contraceptives modernes	100,000	2017-18	Indicateurs de base FP2020, fiche de synthèse, 2017-18	
Nombre de décès maternels qui ont été évités grâce à l'utilisation de méthodes contraceptives modernes	630	2017-18	Indicateurs de base FP2020, fiche de synthèse, 2017-18	
Taux de prévalence des méthodes contraceptives modernes (l'ensemble des femmes en âge de procréer)	18.8%	2017-18	Indicateurs de base FP2020, fiche de synthèse, 2017-18	
Connaissance du planification familial	97.6%	2010	Enquête démographique et sanitaire, 2010	
Utilisation contraceptive par type				
Méthodes à long-terme et méthodes permanentes				
Stérilisation (femelle)	3.0%	2017-18	Indicateurs de base FP2020, fiche de synthèse, 2017-18	
Stérilisation (mâle)	0.0%			
DIU	7.2%			
Implant	31.3%			
Méthodes à courte-terme				
Injection (intramusculaire et sous-cutanée)	34.9%	2017-18		
Comprimés	18.7%			
Préservatifs (mâle)	3.6%			
Préservatifs (féminin)	0.0%			
MAMA/ autres méthodes modernes	0.6%			
Besoin non satisfait en planification familiale (2018)	25.3%	2017-18	Enquête démographique et sanitaire, 2017	
Besoin non satisfait en espacement des naissances	19.3%			
Besoin non satisfait en limitation des naissances	6.0%			
Pourcentage de l'ensemble des femmes qui ont reçu des informations sur le planning familial lors de leur dernière visite avec un prestataire de service de santé (2016)	27.7%	2017-18	Indicateurs de base FP2020, fiche de synthèse, 2017-18	

Les femmes dont les besoins ne sont pas satisfaits sont celles qui sont fécondes et sexuellement actives mais elles n'utilisent aucune méthode contraceptive et déclarent soit qu'elles ne désirent plus avoir d'enfants ou préfèrent retarder leur prochaine maternité.

RÉFÉRENCES

Burke, E., Robinson, E., Diop, N., Reiss, K., Footman, K., Reichwein, B., van Min, M., Askew, I. 2016. "Sénégal: l'impact d'une étude sur la connaissance du misoprostol et son utilisation par les pharmaciens," STEP UP étude de cas. Récupéré à: https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2016STEPUP_SenegalMisoPharmacies.pdf.

Curtis, C., Huber, D., and Moss-Knight, T. 2010. Planning familial après avortement Traitement du cycle de grossesses à répétition non désirées. Perspectives internationales sur la santé sexuelle et reproductive 36(1):44-48. doi: 10.1363/ipsrh.36.044.10.

Dieng, Thierno. 2016. Fournitures de méthodes contraceptives dans le contexte de soins après avortement; succès et problèmes dans son introduction et le développement en Afrique Francophone. Présentation à la Conférence Internationale sur le Planning Familial, Nusa Dua, Indonésie, Janvier 25-28, 2016.

Fikree, F. F., Mugore, S., and Forrester, H. 2014. Renforcement du Planning Familial après avortement au Sénégal: *Formation initiale et continue sur les soins après avortement*. Washington, DC: Evidence to Action Project. Récupéré à: <https://www.e2aproject.org/wp-content/uploads/strengthening-pac-fp-senegal.pdf>.

Planning familial 2020 (FP 2020). 2016. Sénégal: Auteur d'engagement depuis 2012. Washington, DC. Récupéré à: www.familyplanning2020.org/entities/88 Management Sciences for Health (MSH). 2006. *Mise à niveau des services sanitaires;*

résultats pour le Sénégal. Papiers occasionnels, No 5. Cambridge, MA. Récupéré à: www.msh.org/sites/msh.org/files/scaling-up-postabortion-care-services-results-from-senegal.pdf.

Postabortion Care (PAC) Consortium. 2014. *Misoprostol pour les soins post- avortement: Extension des services de SPA et l'accès à un traitement hautement efficace pour un avortement incomplet* PAC Consortium.

Sedgh, G., et al. 2015. Estimation de l'incidence de l'avortement provoqué et conséquences d'un avortement non médicalisé au Sénégal. Perspectives internationales sur la santé sexuelle et reproductive, 41(1):11-19. doi: 10.1363/4101115.

Suh, S. 2015. Bon outil, mauvais "aspirateur manuel, soins après avortement et politiques de population transnationales au Sénégal." *Sociologie et Médecine* 135:56-66. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.04.030.

Turner, K. L., Senderowicz, L., and Marlow, H. M. 2016. *Ensemble des besoins en soins post- avortement et les opportunités en Afrique de l'Ouest Résultats de l'évaluation de la situation*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Agence des Nations Unies pour le Développement (USAID). 2008. *Décentralisation des soins post- avortement Tanzanie Dossier technique*. Washington, D.C. Récupéré à: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnndl735.pdf.

