

2947

SOUS PROGRAMME SANTE DE LA REPRODUCTION	
Pays	Sénégal
Date d'approbation par le Conseil d'Administration	Septembre 2001
Sous programme	Santé de la Reproduction
Date d'Approbation du S/P par le Comité Local	
Durée	5 ans
Date de démarrage	Janvier 2002
Contribution du FNUAP (US dollars)	Fonds total approuvés : 8.000 000 dont Fonds réguliers : 4.300.000 Fonds multibi latéraux : 3.700.000

Signé par :

Date

Le Représentant
Au nom du Fonds des Nations Unies pour la Population

LISTE DES ABREVIATIONS

Abréviations	Signification
BAD	Banque Africaine de Développement
CCA	Centre Conseil pour Adolescents
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CPN	Consultations Périnatales
CPostN	Consultations Post Natales
DCEF	Direction de la Coopération Economique et Financière
DDI	Direction de la Dette et de l'Investissement
DJVA	Direction de la Jeunesse et de la Vie Associative
DS	Direction de la Santé
EAT	Equipe d'Appui Technique
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EMP	Education en Matière de Population
ESIS	Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de Santé
EVF	Education à la Vie Familiale
FAR	Femmes en Age de Reproduction
FENU	Fonds des Nations Unies pour l'Equipement
FIS	Fonds d'Investissement Social
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
GEEP	Groupe pour l'Etude et l'Enseignement de la Population
GTZ	Coopération allemande (volet prestations de services)
ICP	Infirmier Chef de Poste
IEC	Information – Education - Communication
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
JICA	Agence Japonaise pour la Coopération Internationale
KFW	Coopération allemande (volet équipement)
MS	Ministère de la Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONGs	Organisations Non Gouvernementales
ONEP	Opération Nationale d'Evaluation des Programmes
PDIS	Programme de Développement Intégré de la Santé
PF	Planification Familiale
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PNSR	Programme National de Santé de la Reproduction 16/12/2001
PPJ	Projet Promotion des Jeunes
PPS	Point de Prestation de Services
PSTE	Pays Pauvres Très Endettés
SAA	Soins Après Avortements
SIDA	Syndrome de l'ImmunoDéficiency Acquis
SNEPS	Service National de l'Education Pour la Santé
SNP (CCA)	Situation Nationale du Pays (Common Country Assessment)
SNSR	Service National de Santé de la Reproduction
SOU	Soins Obstétricaux d'Urgence
SPD	Stratégies en matière de Population et Développement

SR	Santé de la Reproduction
SSP	Soins de Santé Primaires
SWAA	Association Panafricaine des Femmes pour la Lutte contre le Sida
UNDAF	United Nations Development Framework
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence Américaine pour le Développement International
VIH	Virus de l'ImmunoDéficiency Humaine

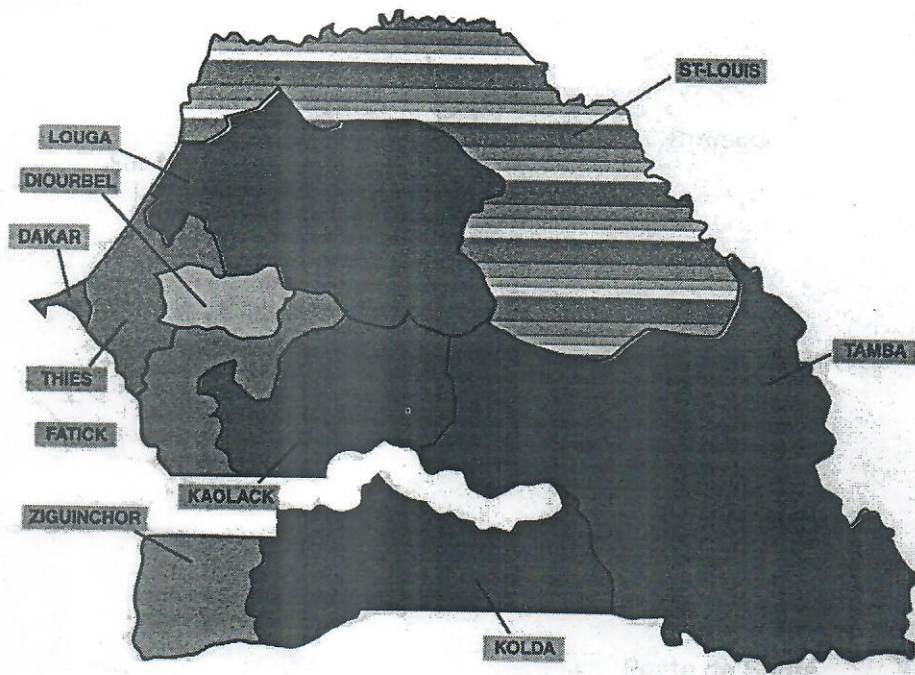
TABLE DES MATIERES

SOUS PROGRAMME SANTE DE LA REPRODUCTION	1
LISTE DES ABREVIATIONS	2
CHAPITRE I - CONTEXTE ET JUSTIFICATIONS	7
1.1. Contexte	7
1.2. Activités antérieures et connexes	11
1.3. Couverture géographique du sous programme	13
1.4. Analyse des parties prenantes	14
1.5. Les Avantages comparatifs de l'intervention du FNUAP	14
CHAPITRE II. LIENS ENTRE LES PRODUITS ET LES ACTIVITES	15
CHAPITRE III. THEMES TRANSVERSAUX	16
3.1. Information Education Communication	16
3.2. Genre et renforcement des capacités des femmes	16
3.3. Renforcement des capacités nationales	17
CHAPITRE IV. MODALITES D'EXECUTION ET DE MISE EN OEUVRE DU SOUS PROGRAMME	17
4.1 Institutions de mise en œuvre	17
4.2 Modalités d'exécution et de mise en oeuvre	18
4.3 Mécanismes de coordination	20
CHAPITRE V. SUIVI ET EVALUATION DU SOUS PROGRAMME	21
5.1. LES PRINCIPAUX OUTILS DE SUIVI :	21
5.2. LES ACTIONS DE SUIVI ET D'EVALUATION DU SOUS PROGRAMME ET DES COMPOSANTES PROJET	23
CHAPITRE VI. COMPLEMENTARITE DES ACTIVITES DU SOUS PROGRAMME AVEC LE SOUS PROGRAMME SPD ET AVEC LES AUTRES SOURCES DE FINANCEMENT DU PROGRAMME	24

6.1. LIENS ENTRE LES DEUX SOUS-PROGRAMMES	24
6.2. AUTRES SOURCES DE FINANCEMENT	24
CHAPITRE VII. ACTIONS DE SUIVI DU GOUVERNEMENT A LA FIN DU	25
PROGRAMME	25

REGIONS MEDICALES DU SENEGAL

Cartographie Division des Statistiques DHSP/DIV Stat



CHAPITRE I - CONTEXTE ET JUSTIFICATIONS

1.1. Contexte

1. Le Sénégal est situé à l'extrême Ouest du continent africain dans la ceinture sahélienne. Il occupe une superficie de 196.722 km². Les projections officielles estiment sa population à 9.524.089 habitants en 2000, à 12.697.028 habitants en 2010 et 16.000.000 en 2015. Le taux de croissance annuel moyen de la population est estimé à 2,7 % ce qui implique un doublement de la population tous les 26 ans. Le taux d'accroissement naturel de la population résulte d'un niveau de fécondité encore élevé (Indice Synthétique de Fécondité (ISF) : 5,7 enfants/femme pour l'ensemble du pays) et d'une mortalité générale en baisse (27 pour mille à 15 pour mille de 1960 à 1997 – Source SNP). L'espérance de vie à la naissance est de 53 ans pour les femmes et de 51 ans pour les hommes. La structure par âge de la population est caractérisée par une forte proportion de jeunes de moins de 15 ans estimée à 47% et celle de moins de 20 ans estimée à 58%.

2. Au plan administratif, le Sénégal compte 10 régions subdivisées chacune en 3 départements eux mêmes divisés en sous-préfectures qui sont constituées de plusieurs communautés rurales.

La régionalisation avec le nouveau code des collectivités locales a redéfini l'architecture du territoire national constituée de 10 régions, 48 communes et 320 communautés rurales.

Dans le cadre de la décentralisation effective depuis décembre 1996, les compétences dans le domaine de la santé ont été transférés aux régions permettant ainsi aux collectivités locales d'assurer leur responsabilité sur la gestion des structures de santé dans leur zone de couverture. La région sert désormais de cadre de planification du développement socio-économique et constitue un trait d'union entre l'Etat et les collectivités locales.

3. Le système de santé au Sénégal est organisé à trois niveaux : le niveau central, intermédiaire et périphérique. Le niveau central est constitué par les services centraux du Ministère et les 07 hôpitaux nationaux situés tous dans la région de Dakar. Le niveau intermédiaire est constitué par les 10 régions médicales qui couvrent chacune les services décentralisés et un hôpital régional à l'exception des 2 régions (Fatick et Kolda) dont les hôpitaux sont en construction. Au niveau de chaque région, les centres de référence en santé de la reproduction auparavant dénommés centres de référence en planification familiale sont directement rattachées aux régions médicales. Le niveau périphérique ou niveau opérationnel est constitué par les districts sanitaires qui sont au nombre de 45. Dans chaque district, on trouve au moins un centre de santé qui couvre plusieurs postes de santé dont certains sont dotés d'une maternité rurale. On décompte au niveau national 803 postes de santé et environ 1000 maternités rurales. Il existe également des points de prestation de services gérés par les ONGs, les centres médico-scolaires, les infirmeries militaires, etc.

4. Depuis 1997, le Sénégal a adopté l'approche programme pour l'opérationnalisation de toutes les interventions dans le domaine de la santé. A cet effet, un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) a été élaboré en 1998 sur 10 ans avec son Programme d'Investissement Sectoriel quinquennal dénommé Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS). Parmi les 11 orientations stratégiques du PNDS, une attention particulière a été apportée à l'amélioration des performances des programmes de Santé de la Reproduction (SR) qui constitue l'orientation stratégique no 5. Le contenu de l'orientation

stratégique no 5 du PNDS est issu du Programme National de Santé de la Reproduction(PNSR) défini en 1997 grâce à l'appui du FNUAP. Ce PNSR a permis de définir les composantes prioritaires au niveau du Sénégal qui sont : la surveillance de la grossesse, de l'accouchement et du post partum, la planification familiale, la prévention et la prise en charge des complications des avortements, la santé des adolescents, les mutilations génitales féminines, la lutte contre les IST/Sida et les maladies de l'appareil génital. La mise en œuvre de cette approche s'est faite concomitamment aux réformes du secteur ; il s'agit des réformes hospitalière, organisationnelle pharmaceutique, du financement avec le développement des mutuelles de santé comme système de financement alternatif de la santé. Ce processus a vu la participation de tous les acteurs depuis la planification jusqu'à l'évaluation : ONGs, collectivités locales, associations communautaires, secteur privé, bailleurs de fonds, agents des ministères de la santé, des finances, de l'emploi et du travail, etc. Une cellule d'appui et de suivi a été créée au sein du Ministère de la Santé pour assurer la coordination, le suivi et l'évaluation du PDIS. De même, cette cellule est l'interlocutrice privilégiée des bailleurs de fonds qui appuient le Ministère de la Santé. Avec l'adoption de l'approche sectorielle santé et de la décentralisation, les équipes des régions et des districts ont acquis de nouvelles responsabilités en gestion des services de santé sans que des mesures d'accompagnement (assistance technique, appui institutionnel formation, supervision, etc.) adéquates soient prises pour renforcer leurs capacités. Ceci justifie en partie la faible performance des programmes mis en œuvre. De même, bien que jouant un rôle déterminant dans la définition des politiques et programmes en SR, le Service National de Santé de la Reproduction, créée en 1999 a besoin d'être renforcé tant au plan technique qu'institutionnel pour assurer un suivi des différentes composantes de la SR au niveau national.

5. La couverture sanitaire des populations et les ratios –personnel de santé par habitant– restent modestes et sont en dessous des normes de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). On dénombre un centre de santé pour 150 000 habitants (la norme OMS est de 1 centre pour 50 000 hab) ; un hôpital pour 500 000 hab (la norme OMS est de 1 pour 150 000 hab). Les ratios de couverture en personne sont de 1 médecin pour 10 185 habitants (norme OMS de 1 pour 10 000), un infirmier pour 3 341 et une sage femme pour 3 371 Femmes en Age de Reproduction (FAR) (norme OMS est de 1 infirmier ou 1 sage femme pour 300 hab). Cette faible couverture sanitaire en infrastructure et en personnel est liée à l'accroissement démographique et aux restrictions budgétaires qui n'ont pas permis le recrutement de personnel supplémentaire et la mise en place de nouvelles structures.

6. Entre l'EDS II (1992-1993) et l'ESIS (1999), le quotient de mortalité infantile est passé de 68 pour mille à 64 pour mille. Quant à la mortalité infanto-juvénile, elle est passée de 131,4 à 145 pour mille. Selon les résultats de l'ESIS, quelque soit le quotient de mortalité considéré (néonatal, post natale ou infantile), le niveau de mortalité des enfants est fonction entre autres facteurs de la zone de résidence et du niveau d'instruction de la mère. Il est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain et exacerbé par le faible niveau d'instruction de la mère. Les disparités dans la mortalité des enfants sont aussi spatiales : le niveau de mortalité infanto-juvénile reste particulièrement élevé dans les régions de Tambacounda et Kolda (respectivement 182 et 205 pour mille contre 145 pour mille au niveau national).

7. L'EDS II (1992-1993) estime le *taux de mortalité maternelle* à 510 décès pour 100.000 naissances vivantes contre 460 en 1985 avec des disparités selon les régions. Ces données sur la mortalité maternelle sont anciennes et ne traduisent pas l'ampleur du phénomène. Dans la région de Tambacounda, le taux de mortalité maternelle est estimé à 1200 décès pour 100.000 naissances vivantes (source hospitalière). Les principales causes

sont pour l'essentiel les hémorragies (41 %), les infections (20 %), les états hypertensifs (7,2 %). Cette mortalité maternelle s'explique aussi par les grossesses rapprochées, précoces ou tardives, non ou mal suivies, les accouchements non assistés (72% contre 51,7% au niveau national), par l'insuffisance des structures sanitaires adéquates, le manque de personnel qualifié pouvant offrir des Soins Obstétricaux d'Urgence (S.O.U), la faible utilisation des méthodes contraceptives : 8,2% pour les méthodes modernes au niveau national avec de fortes disparités entre les régions : 4,6% pour Tambacounda et 5,1% à Kolda selon l'EDS III (1997).

8. L'analyse des indicateurs liés à la *santé de la reproduction des adolescents* permet de noter une sexualité précoce ; ainsi la première expérience sexuelle pour 55% des jeunes filles se passe avant 18 ans (EDSIII) ; de plus 46% des 15-18 ans ont une vie sexuelle active. Ce comportement explique l'exposition aux grossesses précoces. Ainsi 18% des adolescentes ont au moins un enfant selon l'ESIS 1999 et 26% des premières naissances chez les adolescentes sont conçues avant le mariage d'après une étude de Population Council sur la sexualité des adolescents. En outre les adolescents sont exposés aux avortements provoqués clandestins et à leurs complications (70% des complications surviennent chez les 14 -24 ans).

9. En ce qui concerne la prévalence des IST/SIDA (Infections Sexuellement Transmissibles/Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquisée) chez les adolescents, il a été recensé au niveau du PNLS 5706 cas de séropositifs chez les 15-19 ans en 1999. La connaissance des IST/SIDA est faible dans cette tranche d'âge : 28 % des jeunes filles pensent qu'il n'existe pas de moyens de prévention du SIDA. En général la prévalence contraceptive des adolescents est très basse avec 2,7%, et l'utilisation du condom est évaluée à 0,8%. L'existence de certains comportements à risque comme la prostitution, l'usage de la drogue, la délinquance vient aggraver la situation des adolescents/jeunes. Ces comportements sont liés aux difficultés économiques, à l'exclusion sociale, au manque de responsabilité des parents, à l'éclatement des familles et affectent surtout les jeunes filles/adolescentes.

10. Le taux de prévalence du *Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquisée (SIDA)*, au niveau de toute la population, estimé à 1,4% en 2000 selon le *Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS)*, indique que la maladie est assez bien contrôlée, grâce à une stratégie efficace. Les estimations en fin d'année 2000 indiquent que 80.000 personnes sont infectées par le VIH, (Virus de l'ImmunoDéficiency Humaine) parmi lesquels 77.000 adultes dont 35.000 femmes (Division des Statistiques/ Ministère de la Santé (DS/MS) 2000). Les études d'impact indiquent que depuis le début de l'infection VIH/SIDA, le Sénégal a enregistré 30 000 décès dont 5 000 pour l'année 2000. Le pays compte environ 20000 orphelins du SIDA (DS/ MS 2000).

11. Selon l'EDS III 7 femmes sur mille et 10 hommes sur mille déclarent avoir contracté une IST au cours des douze derniers mois précédant l'enquête, soit une prévalence inférieure à 1 %. Selon le bulletin épidémiologique de Décembre 2000 la prévalence des IST est de 2,1 % dans la population masculine.

12. L'analyse des indicateurs sanitaires ci-dessus révèle un certain nombre de problèmes auxquels est confronté le système de santé ::
la faible accessibilité géographique et financière des services de SR
l'insuffisance des Points de Prestation de Services (PPS) et leur faible plateau technique
l'insuffisance en personnel tant du point de vue quantitatif que qualitatif
la faible capacité du personnel en gestion des services de SR aussi bien au niveau central que périphérique

la persistance de pratiques socioculturelles défavorables à la mise en œuvre des programmes de SR, la baisse des campagnes d'IEC/PF mais surtout à une mauvaise qualité du counseling et de la prise en charge des effets secondaires
le faible accès à l'information et aux services de SR pour les adolescent(es)/jeunes.

13. En vue de contribuer à l'amélioration du niveau et de la qualité de vie des populations, but ultime du programme pays, le sous programme SR va contribuer à accroître l'accès à l'information et aux services de qualité en matière de SR particulièrement dans les régions de Tamba et de Kolda. Pour la réalisation de cet objet, trois produits sont attendus du sous programme :

Produit 1 *L'accès à des services de SR de qualité dans les régions de Tamba et Kolda amélioré*

Produit 2 *L'accès des jeunes et des adolescents à l'information et aux services de SR au niveau national accru*

Produit 3 *les capacités de gestion du SNSR et des équipes de santé des régions de Tamba et de Kolda renforcé*

Les produits du sous programme seront opérationnalisés à travers la mise en œuvre des composantes projets suivantes :

Composante projet 1 :

Offre de services intégrés de SR de qualité dans les régions de Tambacounda et Kolda

Composante projet 2 :

IEC en appui au programme SR

Composante projet 3 :

Projet pilote d'intégration des services de SR dans 2 centres médico-scolaires de Dakar

Composante projet 4 :

Renforcement de l'EVF/EMP au niveau de l'Enseignement primaire, secondaire et des Daaras

Composante projet 5 :

Consolidation des acquis en SR dans les centres conseil pour adolescents

Composantes projets 6 :

Renforcement des compétences de vie pour les jeunes filles

Composante projet 7 :

Amélioration du management des programmes de SR

Composante projet 8 :

Lutte contre les IST/Sida

14. Il existe des liens fonctionnels et complémentaires entre les composantes-projets. Ainsi, l'offre de services intégrés en SR va assurer la disponibilité des services liés à toutes les composantes identifiées comme domaines prioritaires à savoir les SOU, la PF, les SAA et les IST/Sida. Cette disponibilité des services tient compte des besoins de toutes les cibles notamment les hommes, les FAR, les adolescent(es). Ces deux régions frontalières avec la Gambie, le Mali, la Guinée et la Guinée Bissau favorisent les déplacements importants des populations. Des actions de lutte contre la pandémie du VIH/Sida seront menées au niveau de ces 2 régions à travers une composante projet spécifique. Le Plaidoyer pour la lutte contre le VIH/Sida sera d'envergure nationale.
15. Concernant les adolescent(es), une attention toute particulière sera portée sur leurs besoins en information et services de SR. Cela va se traduire par : la généralisation de l'EVF dans le primaire, l'intégration dans le secondaire, l'introduction dans les daaras. Pour la prise en charge des besoins des adolescent(es)/jeunes, l'offre de services de SR va être renforcée au niveau des centres conseil sur toute l'étendue du territoire. Sur une base pilote, 7 centres pilotes en SR seront identifiés dans les 2 régions pour prendre en charge les besoins des adolescent(es). Cette expérience sera étendue à 2 centres médico-scolaires situés dans la région de Dakar. Le renforcement des compétences de vie des adolescent(es) leur permettra ainsi de valoriser leur statut sur le plan économique.
16. Pour assurer une bonne qualité de ces services, les compétences du personnel seront renforcées à travers la formation, l'appui technique, l'appui institutionnel. Des enquêtes de satisfaction des cibles seront menées pour réorienter les stratégies mise en œuvre grâce à la fourniture d'indicateurs qui alimenteront la base de données mise en place.

I.2. Activités antérieures et connexes

17. Pour une meilleure prise en compte de la SR, le programme de coopération entre le FNUAP et le Sénégal pour la période 1997 - 2001 a été mis en œuvre par le biais de trois sous programmes dont un en Santé de la Reproduction avec comme modalité l'exécution nationale. L'opérationnalisation de ce sous programme SR s'est faite à travers trois composantes projets : a) accessibilité et qualité des services de SR ; b) services à base communautaire SR ; c) SR des adolescents. Des efforts ont été consentis pour l'amélioration de l'accès et de la qualité des services par **1) la construction/réhabilitation** d'infrastructures sanitaires ; **2) la mise en place d'équipements complémentaires** grâce à l'appui de la JICA au niveau de 9 centres de référence en SR (sur les 10 que compte le Sénégal), 27 centres de santé et 200 postes de santé ; **3) les réformes** par la mise en place d'un système de *financement alternatif à travers les comités de santé et les mutuelles* ; **4) le recrutement de personnel** sanitaire par l'Etat pour combler les déficits existants ; **5) la révision des curricula de formation** continue des prestataires de services pour y intégrer la notion du concept de SR. C'est ainsi que tous les Infirmiers Chefs de Poste (ICP) et les sages femmes d'Etat des district de Vélingara (région de Kolda), Diourbel et Touba (région de Diourbel) ont été formés en CPN sur la base du nouveau curriculum ; l'élaboration d'un curriculum de formation initiale en SR qui a été introduit au niveau de l'Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social (ENDSS)

depuis l'année académique 1999-2000. Le curriculum de SR à l'intention des étudiants de la faculté de médecine est en cours de finalisation ; **6) l'élaboration des politiques, normes et protocoles des services de SR** qui contribuent à renforcer la qualité des services offerts. La diffusion de ces documents corrolée à la formation de tous les prestataires, à leur supervision continue constituera une des principales activités du prochain programme ; **7) de même, une nette amélioration de la gestion de la logistique contraceptive** a été observée. Ceci est du à la mise en place d'un logiciel de suivi de la distribution des contraceptifs, à la supervision régulière des PPS pour vérifier la situation des stocks dans les dépôts et à une très bonne coordination entre les bailleurs de fonds impliqués dans l'achat de contraceptifs. Sur une base pilote, le condom féminin a été testé avec une ONGs, la SWAA. L'évaluation qui en a été faite a montré qu'il faudra dans le cadre du prochain programme, améliorer le système de gestion de ce condom féminin qui par ailleurs est intégré dans la gamme des produits contraceptifs offerts au niveau des PPS. Cependant, on note la persistance d'un faible taux de prévalence contraceptive au niveau national lié à une baisse des campagnes d'IEC/PF mais surtout à une mauvaise qualité du counseling et de la prise en charge des effets secondaires. **8) En ce qui concerne la mortalité maternelle**, une étude sur la disponibilité des SOU a été menée au niveau national grâce à l'appui du FNUAP et a montré l'insuffisance de personnel qualifié et l'absence d'équipement au niveau des structures de référence. Le non respect des CPN par les femmes enceintes et la persistance de comportements socioculturels défavorables contribuent grandement à maintenir le taux de décès maternels à un niveau aussi élevé. Ce présent programme vise à améliorer la qualité des services SOU à travers la formation du personnel et l'équipement des structures. **9) Pour ce qui est de la santé de la reproduction des adolescents**, depuis 1992, des centres conseils ont été mis en place et en 1999, des coins jeunes pour les adolescents du milieu scolaire. Ces structures malgré le travail important d'information et d'offres de services pour les adolescents ne suffisent pas pour couvrir tous les besoins de cette tranche d'âge. C'est ainsi que le présent programme, sur une base pilote, va tester l'offre de services de SR au niveau de 7 centres de santé et dans 2 centres médico scolaires. **10) Pour résoudre les problèmes liés à l'accessibilité des services**, un système d'offre de services à base communautaire de SR a été mis en place au niveau de 2 districts de Tambacounda (Tambacounda et Kédougou) à travers la formation et l'équipement des relais grâce à l'appui du FNUAP et au niveau de la région de Kolda avec l'appui de la GTZ. L'évaluation de la stratégie au niveau de Kolda a recommandé l'extension d'une telle approche qui a permis de relever le taux de prévalence contraceptive dans la zone jusqu'à 8 % pour les méthodes modernes (données des rapports des structures sanitaires équivalent au niveau national) par la distribution communautaire des contraceptifs (spermicides, condoms, renouvellement des pilules. **11) Les résultats des études de base** actuellement en cours dans les 2 régions et qui portent sur les PPS (Analyse Situationnelle) et les populations (Connaissances, Attitudes, Pratiques) vont servir à définir des indicateurs pour le suivi du prochain programme.

18. Les réalisations ci-dessus citées surtout au niveau des régions de Tambacounda et Kolda permettront au FNUAP dans le cadre du programme de coopération 2002-2006 de consolider les acquis obtenus tout en renforçant les capacités des structures pour améliorer l'accès et la qualité des services de SR grâce à l'élaboration de stratégies spécifiques visant à lever les contraintes apparues lors de l'exécution du précédent programme. En plus de ces acquis, on relève des facteurs favorables à l'exécution du programme parmi lesquels il convient de citer la volonté politique de faire de la décentralisation une réalité concrète sur le terrain et un outil au service développement et de lutte contre la pauvreté ; l'initiative de remise de la dette pour les Pays Pauvres Très Endettés (PPTTE) qui devrait bénéficier essentiellement aux secteurs sociaux (santé, éducation, etc.) ; le souci du système des Nations

Unies d'avoir une intervention concertée et harmonisée dans deux régions du pays (la Casamance qui regroupe les régions de Kolda et Ziguinchor, la région de Tambacounda) dans le cadre du CCA/UNDAF.

1.3. Couverture géographique du sous programme

19. Dans le précédent programme, 9 districts répartis dans 5 régions 2 à Dakar, 2 à Louga, 2 à Diourbel, 2 à Tambacounda et 1 à Kolda étaient couverts par le FNUAP. Le sous-programme Santé de la Reproduction du présent programme a pour zone de concentration les 4 districts de la région de Tambacounda (Tambacounda, Kédougou, Bakel et Goudiry) avec une population estimée à 493 999 hab en 1998 (EDS III) et les 3 districts de la région de Kolda avec une population estimée à 759 708 hab en 1998 (EDS III). [Seuls les districts de Tambacounda et Kédougou (région de Tambacounda) et le district de Vélingara (région de Kolda) étaient couverts par le FNUAP pendant la période 1997-2001]. Ce choix est motivé par une prévalence contraceptive basse (respectivement 4,6 % et 5,1 % contre 8,2 % au niveau national) selon l'EDS III (1997) ; des besoins non satisfaits en planification familiale (43 %) ; un faible taux de scolarisation des filles (14 % contre 63 % pour le niveau national) ; un faible accès aux services sociaux de base (5 % de la population a accès à l'eau potable contre 53 %) ; un indice synthétique de fécondité élevé (respectivement 6,4 et 6,3 contre 5,2 % au niveau national) ; un taux de mortalité maternelle des plus élevé (1.200 pour 100.000 naissances vivantes selon les données hospitalières à Tambacounda) ; un faible taux d'accouchements assistés (respectivement 28 % contre 48,3 % pour le pays) ; le taux de mortalité infanto-juvénile élevé (respectivement 182 et 205 pour mille contre 145 pour mille au niveau national) ; un déficit de structures sanitaires et de personnel qualifié (exemple : un gynécologue pour toute la région de Kolda qui compte 759.708 habitants).). Il s'y ajoute que les régions de Kolda et Tambacounda sont très enclavées avec un relief accidenté rendant difficile l'accès aux structures de santé surtout en période d'hivernage. D'autres facteurs affectent également la santé des populations particulièrement des femmes dans les régions de Tambacounda et Kolda: il s'agit de la pauvreté avec un faible accès des femmes aux ressources, de l'analphabétisme (86% des femmes de Kolda et 85% à Tambacounda ne sont pas instruites contre 67% au niveau national) du faible niveau de scolarisation des filles (14% contre 63% au niveau national) , du poids des travaux domestiques, des pratiques traditionnelles néfastes et de l'insuffisance des mesures d'assainissement, d'hygiène et d'accès à l'eau potable (5% de la population dans ces régions a accès à l'eau potable contre 53% au niveau national) .

Cependant, les activités relatives à la prévention des IST et du VIH/SIDA ; l'information et l'offre de service pour les adolescents, l'institutionnalisation de l'Education à la Vie Familiale dans les structures de formation seront d'envergure nationale.

1.4. Analyse des parties prenantes

1.4.1. Parties prenantes primaires

20. Les populations de la zone d'intervention sont les bénéficiaires ultimes des actions du sous-programme. Elles sont constituées par les FAR, les hommes adultes, les jeunes/adolescent(es), *les nouveaux nés*.

1.4.2. Parties prenantes secondaires

21. Il s'agit essentiellement des acteurs du sous-programme. Ce sont les prestataires de services de santé, les ONGs, les pairs éducateurs, les relais communautaires, les inspecteurs de la jeunesse, les agents de développement communautaire, les enseignants du primaire, du secondaire et des écoles de formation professionnelle, les réseaux, etc.

1.4.3. Parties prenantes principales

22. Ce sont les autorités des Ministères de la Santé, de l'Education, de la Jeunesse, de la Famille et de la Petite Enfance et les décideurs aux différents niveaux du système de santé, les leaders religieux et d'opinion, les présidents de collectivités locales et les partenaires au développement.

1.5. Les Avantages comparatifs de l'intervention du FNUAP

23. Au titre des avantages comparatifs, au lendemain de la CIPD, le FNUAP a opérationnalisé : **a) le concept de santé de la reproduction** à travers l'élaboration d'un modèle de services intégrés en SR au niveau de cinq centres pilotes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ; la définition du paquet minimum d'activités en SR qui comprend les CPN et CpostN, les IST/Sida, l'IEC/Counseling/SR, l'utilisation du partogramme, la réanimation du nouveau-né, la logistique contraceptive, la prise en charge des adolescents, la technologie contraceptive, le monitoring et la supervision des services, la supervision des centres conseil pour adolescents ; l'élaboration des politiques, normes et protocoles en SR ; la révision des curricula de formation initiale et continue des prestataires médicaux et paramédicaux pour la prise en compte du concept de SR ; la révision de tous les outils de suivi du programme SR et la formation du personnel à leur utilisation **b) la SR des adolescents** : le FNUAP est une référence en ce qui concerne l'information, les conseils et les services de SR en direction des adolescents. Il s'est distingué dans la mise en place et l'organisation des Centres Conseils Adolescents et de points d'information sur la SR sur toute l'étendue du territoire en collaboration avec le Ministère de la Jeunesse, le Ministère de l'Education Nationale, et certaines ONGs telles que le GEEP (Groupe pour l'Etude et l'Enseignement de la Population). Ces acquis ont fait du FNUAP un partenaire dont l'expertise est incontournable dans toute intervention des autres agences de coopération en direction de la cible jeune **c) Condom féminin** : le FNUAP est l'une des principales agences à avoir assuré la fourniture du condom féminin dans le cadre de la prévention des IST/Sida permettant aussi d'augmenter le pouvoir de négociation sexuelle des femmes.

Partant de l'expérience, le condom féminin a été introduit dans la gamme de produits contraceptifs offerts selon les normes et protocoles **d) Organisation des acteurs en réseaux** :

le FNUAP est la première agence à avoir organisé en réseaux population et développement, les groupes de pression et d'intervention que sont les journalistes, les communicateurs traditionnels, les jeunes, les Imams et Oulémas, les islamologues, les parlementaires, les ONGs d'obédience religieuse. Ces groupes ont joué un rôle important dans l'adhésion des populations au concept et programmes de SR en général et SR des jeunes en particulier, la promotion de l'approche genre et du statut de la femme et l'impulsion des lois en faveur des questions de population. Les autres partenaires ont profité de ces acquis pour développer, améliorer et renforcer leurs programmes d'intervention e) **Introduction de l'EVF/EMP** : grâce à la confiance capitalisée auprès des leaders religieux islamiques, le FNUAP a réussi à introduire dans les écoles de formation religieuses (coraniques), l'enseignement de l'EVF/EMP. Ces enseignements vont permettre d'atteindre le maximum de jeunes qui auraient été exclus de l'accès à l'information, à l'éducation sur les questions de population dispensées dans le système scolaire classique d) **Questions sensibles** : en tant qu'Agence du Système des Nations Unies, le FNUAP est considéré comme neutre dans son domaine d'activités ce qui lui permet d'intervenir sur des questions sensibles telles que les mutilations génitales féminines, la santé sexuelle des adolescents, les mariages précoces, etc. en utilisant une stratégie de proximité avec les principaux leaders d'opinion et la communauté concernée.

CHAPITRE II. LIENS ENTRE LES PRODUITS ET LES ACTIVITES

24. L'objet du sous programme SR vise à contribuer à un meilleur accès à l'information et aux services de qualité en matière de SR particulièrement dans les régions de Tambacounda et de Kolda.

Produit 1 : Accès accru à des services de SR de qualité dans les régions de Tamba et de Kolda

25. Ce produit sera réalisé à travers : a) la fourniture d'un paquet minimum d'activités intégrées (PMA) en SR selon les normes et protocoles dans 7 centres de santé, 122 postes de santé et 2 PPS gérés par les ONGs dans les régions de Tamba et de Kolda . En outre, *des services à base communautaire de SR seront offerts autour des PPS ciblés et non couverts par les autres partenaires de la région* ; ainsi des relais vont être sélectionnés au sein de la communauté, formés et équipés pour fournir la gamme de services en SR. De même, des activités d'IEC et de Plaidoyer en SR seront menées dans le cadre d'une stratégie de communication pour le changement de comportement des populations des 2 régions b) la prévention des IST/SIDA à travers des actions de prévention et de Plaidoyer en partenariat avec les ONGs et certains réseaux mis en place c) la disponibilité des services de PF dans les PPS selon les normes et protocoles en SR et la conduite d'activités d'IEC/PF avec les groupements féminins d) la disponibilité des soins obstétricaux d'Urgence dans les 7 districts des deux régions ciblées du niveau périphérique au niveau de référence selon les normes et standard par niveau de services e) la réalisation d'enquêtes de satisfaction auprès des clients des PPS pour apprécier la qualité des services

Produit 2 : Accès accru des jeunes et des adolescents à l'information et aux services de SR au niveau national

26. Ce produit sera réalisé à travers : a) l'offre des services de SR sur une base pilote dans deux centres médico-scolaires situés à Dakar et dans les 7 centres de santé des régions de Tambacounda et Kolda b) la consolidation des activités au niveau de 10 Centres Conseils

répartis sur toute l'étendue du territoire, la création de 5 nouveaux centres et de 5 Centres Polyvalents et points d'information sur la santé sexuelle et la Santé de la Reproduction destinées aux adolescents dans 11 écoles secondaires c) le renforcement des compétences de vie de 10.000 jeunes filles dans 3 départements de Dakar et 3 départements de Thiès. Compte tenu du faible statut des jeunes filles, le renforcement de leurs compétences de vie permettra ainsi de valoriser leur statut sur le plan économique et d'avoir une égalité de chance dans l'accès aux ressources et aux services d) l'introduction de l'EVI/EMP dans les écoles secondaires de tout le pays et dans 15 écoles coraniques ; la généralisation de l'EVI/EMP dans les écoles primaires de tous le pays e) le renforcement des capacités des ONGs et de certains réseaux à intégrer la SR dans leurs activités.

Produit 3 : Capacités de gestion du SNSR et des régions de Tamba et Kolda renforcées

27. Ce produit sera réalisé à travers : a) la création d'une base de données sur la SR b) la conduite d'enquêtes de référence dans les régions concernées en mettant au point les indicateurs de résultat c) le renforcement de la capacité du SNSR et des 2 régions en gestion des programmes afin de mettre au point et d'exécuter un plan de gestion et de formation applicable aux régions. Pour améliorer la performance des services, les compétences du personnel seront renforcées à travers la formation, la mise à disposition de matériel informatique et logistique ; des enquêtes de satisfaction des cibles seront menées pour réorienter les stratégies mise en œuvre grâce à la fourniture d'indicateurs qui alimenteront la base de données mise en place.

CHAPITRE III. THEMES TRANSVERSAUX

3.1. Information Education Communication

28. Sur la base d'une stratégie IEC/SR nationale élaborée par le SNSR en collaboration avec le SNEPS, un plan d'action visant à intégrer les différents aspects de la SR dans les plans IEC des 2 régions sera mis en œuvre en relation avec le SNEPS. Les résultats des enquêtes (analyse situationnelle et enquête sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques) menées dans les deux régions serviront opérationnaliser les plans d'action par l'élaboration et la reformulation des messages sur la SR. Ces actions d'IEC/plaidoyer visent à réduire les pratiques traditionnelles néfastes y compris les mutilations génitales féminines, à augmenter la prévalence contraceptive, à augmenter la mobilisation des ressources au niveau des communautés locales, à amener les prestataires à mieux prendre en charge la SR des adolescents, à faire un plaidoyer pour la scolarisation des filles et le financement d'activités génératrices de revenus pour les femmes, à susciter l'appui des religieux, des communicateurs traditionnels et du secteur privé pour l'implication des hommes. Les actions d'IEC et d'EVI incluant les informations sur les IST/Sida dans les CCA et les écoles vont se poursuivre et se renforcer.

3.2. Genre et renforcement des capacités des femmes

29. Pour prendre en compte ces préoccupations de genre, l'équipe de formulation du Programme Pays comprenait entre autres un expert en Genre avec comme responsabilité de s'assurer de la prise en compte effective des questions de genre dans toutes les étapes du processus de l'ONEP. Au niveau du sous programme SR, toutes les composantes prennent en

compte la dimension genre par la réalisation des produits attendus. Les activités relatives à la fourniture de services intégrés de SR de qualité ciblent aussi bien les femmes que les hommes ; ceci se traduit par la mise à disposition de toutes les méthodes contraceptives dans les PPS conformément aux normes et protocoles. De même, l'introduction du condom féminin dans la gamme des services offerts a permis de renforcer le pouvoir de négociation des femmes en lui donnant une autonomie vis à vis de leur partenaire. L'ensemble des études menées pour le suivi de la mise en œuvre du programme SR vont tenir compte des données désagrégées par sexe et les résultats alimenteront ainsi la base de données qui sera mise en place.

30. En ce qui concerne l'amélioration de l'utilisation des services de SR, l'implication des hommes constitue une stratégie majeure à mettre en œuvre. Pour améliorer l'accès des adolescents et des jeunes à l'information et aux services, une approche paritaire va être utilisée dans le recrutement des relais et des pair éducateurs. Partant de la faible capacité de décision des adolescentes et jeunes filles, des activités spécifiques vont s'adresser au renforcement de leurs compétences et favoriser ainsi leur pouvoir de décision. Les curricula des programmes EVF/EMP dans les écoles mettent en évidence les principes d'égalité et d'équité chez les élèves.

3.3. *Renforcement des capacités nationales*

31. Malgré les acquis importants enregistrés tant au niveau des structures gouvernementales que des collectivités locales, du secteur privé, des ONG et des associations, la mise en œuvre du sous-programme nécessite le renforcement des capacités d'intervention des acteurs impliqués.. Pour renforcer les capacités des ressources humaines disponibles au niveau des structures de mise en œuvre du sous-programme, il est prévu d'une part l'organisation de sessions de formation et d'autre part, le recrutement de personnel pour apporter une assistance technique. La formation est assurée par les conseillers de l'Equipe d'Appui Technique du FNUAP ou des consultants requis à cet effet. Les domaines ciblés sont : 1) l'initiation aux procédures de gestion du FNUAP au profit des responsables des composantes ; 2) la formation des responsables des composantes et des responsables régionaux à l'utilisation des outils de gestion pour le suivi du sous programme 3) la formation des responsables de composantes et des responsables régionaux en management des programmes de SR.

CHAPITRE IV. MODALITES D'EXECUTION ET DE MISE EN OEUVRE DU SOUS PROGRAMME

4.1 *Institutions de mise en œuvre*

32. Le Service National de Santé de la Reproduction (SNSR) créé en 1999 au sein de la Direction de la Santé est chargé du suivi de toutes les actions de Santé de la Reproduction au niveau national. Le SNSR a pour mission la conception, la mise en œuvre, le suivi/évaluation et la coordination des programmes liés à la Santé de la Reproduction. Le SNSR veillera à l'application des Politiques, Normes et Protocoles en SR à tous les niveaux de la pyramide sanitaire selon les différentes composantes définies.

33. Le Service national de l'Education pour la Santé sous la Tutelle du Ministère de la Santé a pour rôle la conception, la mise en œuvre et le suivi/évaluation de toutes les activités d'Information, d'Education et de Communication dans le domaine de la Santé. Elle sera

impliquée dans le programme à travers l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi/évaluation des plans régionaux en Communication pour le Changement de Comportement par rapport à la SR.

34. Le Projet Promotion des Jeunes rattaché au cabinet du Ministre de la Jeunesse assurera le suivi de la composante « Consolidation des acquis en SR dans les CCA ».

Il s'agira en relation avec la Direction de la Jeunesse et de la Vie Associative (DJVA) d'appuyer la mise en œuvre du programme national en faveur de la Jeunesse.

35. La DJVA qui a pour rôle de d'élaborer, de mettre en œuvre et de coordonner tous les programmes en faveur de la Jeunesse interviendra à travers la composante « renforcement des capacités des jeunes filles ».

36. Une structure spécifique directement rattachée au cabinet du Ministre de l'Education nationale a été créé pour assurer le suivi de la généralisation de l'Enseignement Elémentaire au niveau national. La Direction de l'Enseignement Secondaire autre structure du Ministère de l'Education Nationale interviendra dans le sous programme dans le cadre du projet « «Renforcement de l'EVF » pour assurer l'Intégration de l'EVF dans l'Enseignement Secondaire.

37. La Division du Contrôle Médical Scolaire , structure du Ministère de l'Education Nationale est chargée du suivi des inspections médico- scolaires qui ont pour mission la prévention des maladies et la gestion de l'environnement scolaire. Elle intervient dans le sous programme pour appuyer l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi/évaluation du projet pilote d'offre de services de SR dans 2 centres médico-scolaires de la région de Dakar

38. La Direction de la Coopération Economique et Financière (DCEF) est l'interface entre les Ministères techniques et les partenaires au développement. Elle est chargée de la programmation et de la budgétisation des dépenses en capital. Elle prépare les requêtes de financement et participe activement avec la Direction de la Dette et de l'Investissement (DDI) aux négociations des financements extérieurs. La DCEF préside les réunions des commissions mixtes et la coopération avec les bailleurs de fonds. La DCEF intervient dans ce sous programme en validant les composantes projets qui seront soumis au Ministre de l'Economie et des Finances pour approbation notamment les fonds de contrepartie nécessaires pour la bonne mise en œuvre du sous programme. Elle préside le comité de pilotage du programme.

39. La Direction de la Dette et de l'Investissement (DDI) est l'ordonnateur national délégué des dépenses d'investissement. En effet, l'ordonnateur national est le Président de la République, qui a délégué ses pouvoirs au Ministre de l'Economie et des Finances qui à son tour a délégué à la DDI les dépenses d'investissement. C'est à ce titre que la DDI a droit de regard sur l'exécution financière du sous programme. Elle est la seule structure habilitée à faire ouvrir des comptes bancaires au nom des projets, à les clôturer et à faire procéder aux vérifications des comptes.

4.2 Modalités d'exécution et de mise en oeuvre

Les composantes « Offre de services intégrés de SR de qualité dans les régions de Tambacounda et Kolda , « Management des programmes de SR » et « Lutte contre les IST/Sida », « IEC en

appui au sous programme SR » relèvent de la responsabilité du Ministère de la Santé et de la Prévention ; la composante « Renforcement de l'EVI/EMP au niveau du primaire, du secondaire et des daaras » est sous la tutelle du Ministère de l'Education Nationale tandis que les composantes « Consolidation des acquis en SR dans les Centres Conseil pour Adolescent(es)s » et « renforcement des compétences des jeunes filles » dépendent du Ministère de Jeunesse, de l'Environnement et de l'Hygiène Publique ; le Ministère de la Famille, le Ministère de l'Economie et des Finances, les ONGs partenaires seront partie prenante dans la mise en oeuvre des activités.

4.2.1 *Les composantes « Offre de services intégrés de SR de qualité dans les régions de Tambacounda et Kolda », « Management des programmes de SR », « Lutte contre les IST/Sida »*

40. Le Ministère de la Santé et de la Prévention intervient de la façon suivante : a) au niveau central, le comité technique est chargé de veiller à l'élaboration des plans de travail annuels et à leur validation, à la tenue des revues annuelles de bilan et de reprogrammation. Il appuie à la demande les niveaux régional et de district pour l'exécution des activités liées à la composante telles que la recherche, la formation et le suivi et l'évaluation. La coordination de la gestion technique et administrative des composantes est assurée par un responsable national nommé par le Ministre de la Santé qui s'appuie sur une équipe technique constituée d'agents de l'Etat et de personnel recruté à cet effet ; b) au niveau régional et de district, le comité de coordination du programme élabore les projets de plans de travail annuels et les fait approuver au niveau local avant de les soumettre au comité technique pour validation. Elle veille à la coordination de l'intervention de tous les partenaires à l'échelon local et sert d'intermédiaire entre les partenaires, l'administration et les collectivités locales. Elle organise des réunions de restitution des différentes évaluations et formule des recommandations pour une meilleure exécution des composantes. Les autres agences (ONG, associations et réseaux) intervenant dans les composantes sont choisies sur la base de critères préalablement définis fonction de leur spécialisation dans le domaine de la SR, de leurs capacités et compétences dans la prise en charge des cibles particulières comme les jeunes et les adolescent(es). Les modalités de financement des activités et les ressources nécessaires sont celles définies dans le document de sous programme. Au niveau opérationnel, l'exécution de chaque activité est du ressort de l'agence désignée comme responsable dans le document de sous programme et conformément aux procédures de gestion définies. Ces agences choisies bénéficieront au préalable d'une formation aux procédures de gestion du FNUAP.

4.2.2 *Composante IEC en appui au programme de SR*

41. Cette composante sera coordonnée par une ONG qui sera désignée selon les critères d'éligibilité préalablement définis. Les modalités de financement des activités et les ressources nécessaires sont celles définies dans le document de sous programme

4.2.3 *Consolidation des acquis en SR dans les Centres Conseil pour Adolescents*

42. Le Ministère de la Jeunesse, de l'Hygiène et de l'Environnement intervient de la façon suivante : a) au niveau central dans le cadre du comité technique du sous programme dont il est membre ; la coordination de la gestion technique et administrative de la composante est assurée par un responsable national nommé par le Ministre de la Jeunesse qui s'appuie sur une équipe technique constituée d'agents de l'Etat et de personnel recruté à cet effet ; b) au niveau régional et

départemental les chefs de services de la jeunesse représentent le Ministère de la Jeunesse dans le comité de coordination du programme. Les ONGs, associations et autres structures intervenant dans la composante seront choisies selon, leurs capacités d'encadrement et de prise en charge des adolescents/jeunes sur la base de critères préalablement établis. Les modalités de financement des activités et les ressources nécessaires sont celles définies dans le document de sous programme. Au niveau opérationnel, l'exécution de chaque activité est du ressort de l'agence désignée comme responsable dans le document de sous programme et conformément aux procédures de gestion définies.

4.2.4 Composante Renforcement de l'EVF/EMP au niveau du primaire, du secondaire et des daaras

43. Le Ministère de l'Education Nationale intervient : a) au niveau central dans le cadre du comité technique du sous programme dont il est membre ; la coordination de la gestion technique et administrative de la composante est assurée par un responsable national nommé par le Ministre de l'Education qui s'appuie sur une équipe technique constituée d'agents de l'Etat et de personnel recruté à cet effet ; b) au niveau régional et départemental les chefs de services de l'Education représentent leur Ministère dans la commission de coordination. Les ONGs, associations et autres structures intervenant dans la composante seront choisies selon, leurs capacités d'encadrement et de prise en charge des adolescents/jeunes sur la base de critères préalablement établis. Les modalités de financement des activités et les ressources nécessaires sont celles définies dans le document de sous programme. Au niveau opérationnel, l'exécution de chaque activité est du ressort de l'agence désignée comme responsable dans le document de sous programme et conformément aux procédures de gestion définies.

4.2.5 Projet Pilote d'Intégration des services de SR dans 2 centres médico-scolaires de Dakar

44. Cette composante projet sera exécutée par la Division du Contrôle Médical Scolaire, structure du Ministère de l'Education Nationale. Cette structure intervient au niveau central dans le comité technique du sous programme dont il est membre. la coordination de la gestion technique et administrative de la composante est assurée par un responsable national nommé par le Ministre de l'Education qui s'appuie sur une équipe technique constituée d'agents de l'Etat et de personnel recruté à cet effet ; b) au niveau régional et départemental les chefs de services de l'Education représentent leur Ministère dans la commission de coordination.

4.2.6 Composante Renforcement des capacités des jeunes filles

45. Cette composante est exécutée conjointement par l'UNICEF et par le FNUAP. A cet effet, il a été mis en place une unité de coordination qui composée d'un coordonnateur, d'une assistante au programme, d'une assistante administrative et financière et d'un chauffeur. Cette unité de coordination travaille sous la tutelle d'un Comité de Pilotage présidé par la Direction de la Jeunesse et de la Vie Associative. Cette unité est chargée d'élaborer les plans de travail, d'assurer le suivi de la mise en œuvre des activités, de préparer les rapports financiers trimestriels et annuels d'activités.

4.3 Mécanismes de coordination

46. Sous la responsabilité du Ministère de l'Economie et des Finances, un comité de pilotage présidé par la DCEF composée des Directeurs nationaux et des coordonnateurs techniques, des

experts nationaux, des représentants de la DDI et du FNUAP sera mis en place. Ce comité qui se réunira deux fois par an se charge de valider et de faire le suivi de la mise en œuvre des plans de travail annuel des projets.

47. En dessous du comité de pilotage du programme, la coordination du sous-programme Santé de la Reproduction sera assurée par un comité technique présidé par le SNSR et qui se réunira une fois par trimestre pour faire le suivi de l'état d'avancement du sous programme, tirer les leçons et faire des recommandations pour améliorer l'exécution. Ce comité est composé par le SNSR, le PPJ, la DJVA, SNEPS, la Direction de l'Enseignement Secondaire, la Division du Contrôle Médical Scolaire, l'ONG responsable de l'exécution du projet IEC en appui à la SR. Dans le cadre de l'exécution nationale, les demandes d'avance trimestrielles des composantes projets sont transmises à la DDI qui se charge de les exploiter et de les envoyer au FNUAP pour financement.

48. A l'échelon local, un comité de coordination du Programme sera mis en place. Le comité est présidé par le gouverneur de région et le secrétariat est assuré par l'expert en Stratégie en matière de Population et Développement de la région.. Les équipes cadres de région et de district du Ministère de la Santé et de la Prévention, du Ministère de la Jeunesse, de l'Environnement et de l'Hygiène, du Ministère de la Famille et de la Petite Enfance, du Ministère de l'Education Nationale ainsi que les ONG et réseaux qui sont membres du réseau et jouent localement le même rôle que le comité technique du niveau central.

CHAPITRE V. SUIVI ET EVALUATION DU SOUS PROGRAMME

49. Le suivi de la réalisation du programme consiste à surveiller de façon continue l'efficacité de son déroulement. Il permet de déterminer les points forts et les points faibles et de recommander des mesures correctives et incombe à la fois au gouvernement et au FNUAP. L'évaluation consiste à déterminer la pertinence, l'efficacité et l'impact des activités dans l'optique de l'exécution du programme. Les actions de suivi et d'évaluation se font au niveau des composantes projet et au niveau du sous programme et s'appuient sur des outils de planification et de collecte et sur des activités de monitoring et d'évaluation.

5.1. Les principaux outils de suivi :

- 1) **Le cadre logique de programmation** et de gestion va favoriser un suivi régulier de la progression du sous programme à partir des indicateurs de processus et des indicateurs d'impact initialement définis.
- 2) **Le plan de travail des composantes projet** est le principal outil de planification des activités de la composante et mis à jour, il présente l'état actuel d'exécution du projet y compris les activités de suivi : visites de monitoring, de supervisions spécifiques ou conjointes, les réunions, les missions d'appui techniques, les audits, les révisions/rephasages de fonds ,etc.
- 3) **Le plan de suivi et d'évaluation du sous programme** permet quand à lui de planifier les actions de suivi et d'évaluation du sous programme et de ses projets constitutifs sur la base des plans de travail de projets.

- 4) **La base de données pour le suivi des indicateurs du sous programme** mise en place au niveau de FNUAP est un outil qui sera régulièrement alimenté par les données issues des missions de suivi sur le terrain et des différentes évaluations qui seront menées. En même temps, un appui technique et logistique sera apporté au Ministère de la Santé pour le renforcement du système national d'Information à des fins de Gestion.

5.2. Les actions de suivi et d'évaluation du sous programme et des composantes projet

51. Niveau composantes projet :

- Des **visites de supervision et de suivi** trimestrielles qui seront assorties de rapports de mission. Elles se font sur la base d'une grille établie par le SNSR en relation avec la division des SSP responsable du monitoring au sein du Ministère de la Santé.
- Les **missions d'appui technique** du CST ou réalisées par des consultants indépendants se font au moins 2 fois par an
- Les **réunions de suivi trimestrielles** des plans de travail des composantes projet : elles se déroulent au niveau des zones d'intervention et sont convoquées par les coordonnateurs de chaque composante projet. Elles regroupent le coordonnateur national, les structures de mise en œuvre les agences de coopération technique et les experts. Elles permettent d'analyser la cohérence des plans de travail avec les activités mises en œuvre.
- **Audit annuel des projets.** En accord avec le gouvernement (direction de la dette et de l'investissement), le FNUAP mandate un cabinet d'audit privé une fois par an pour analyser la situation financière et l'état de mise en œuvre des projets.
- **Revue annuelle des composantes projet**
- Un **rapport annuel d'activités** permet de faire le point sur l'état d'avancement du projet , d'examiner les résultats par rapports aux produits attendus et
- Le **Rapport final d'activités**

52. Niveau Sous-Programme

- Les **Réunions de coordination semestrielles** ont pour but de valider les plans annuels de travail et les budgets y afférant et regroupe les coordonnateurs de toutes les composantes projets. Elles sont convoquées par le responsable du sous programme désigné par le Ministère de la Santé et de la Prévention
- **Revue annuelle du sous programme** : elle regroupe tous les acteurs impliqués dans la mise en œuvre pour évaluer le niveau d'exécution du plan de travail de l'année en cours et préparer le plan de travail de l'année à venir
Le sous programme fera l'objet d'une **évaluation à mi parcours** dont les résultats contribueront à l'élaboration du rapport de la **revue à mi parcours** qui se tiendra en 2004 et regroupera tous les acteurs impliqués dans la mise en œuvre du sous programme.
- Enfin, les conclusions de l'**évaluation finale** sont versées à la **revue finale du sous programme** pour mieux cerner les acquis et les insuffisances, les problèmes rencontrés et les leçons tirées de l'exécution. Ces éléments serviront de base pour le futur exercice de l'ONEP .

- Dans le cadre du sous programme, une **étude de base** (analyse situationnelle et enquête CAP) sera menée dans les régions de Tambacounda et de Kolda et doit permettre d'identifier les indicateurs de suivi du programme de SR. Cette étude sera réitérée à la fin du programme pour évaluer l'effet de l'intervention du FNUAP en SR dans les deux régions ciblées.
- D'autres **recherches opérationnelles** pourront être menées en cours de programme selon les problématiques identifiées lors du monitoring des activités.

CHAPITRE VI. COMPLEMENTARITE DES ACTIVITES DU SOUS PROGRAMME AVEC LE SOUS PROGRAMME SPD ET AVEC LES AUTRES SOURCES DE FINANCEMENT DU PROGRAMME

6.1. Liens entre les deux sous-programmes

53. Le produit relatif à la connaissance des questions de population, SR, et le Genre du sous programme SPD, mettra à la disposition du Sous Programme SR les données de base désagrégées par sexe nécessaires à la gestion, au suivi et à l'évaluation de ses activités. Le programme de formation en matière de Population et Développement, SR, y compris le genre qui est prévu au niveau du sous programme SPD, devra augmenter la capacité technique des différents acteurs, au niveau des deux sous programmes.

Les activités de plaidoyer et de genre prévues dans le sous programme SPD, sont transversales aux deux Sous Programmes. Elles permettront d'utiliser les ONGs locales pour l'application des droits de la petite fille, les droits sur la SR dont la SR des jeunes.

L'amélioration du cadre institutionnel, d'égalité et d'équité de genre ainsi que le renforcement des capacités et du pouvoir de décision des femmes consignées au niveau du SPD, devront permettre un meilleur exercice par les femmes et jeunes filles de leurs droits en SR, de l'utilisation des services de SR, et de l'implication des hommes dans les actions favorables aux droits des petites filles et des femmes.

Les activités d'IEC sont prévues dans les deux sous programmes et devront permettre une amélioration de la demande en matière de SR, ainsi qu'une meilleure connaissance des interrelations existant entre Population et Développement.

6.2. Autres sources de financement

54. La mise en œuvre du sous programme devrait être articulée aux activités conduites dans le cadre du PDIS avec l'intervention de partenaires au développement que sont : l'Union Européenne, la Banque Mondiale, la JICA, la GTZ, l'USAID, BAD, l'UNICEF, la KFW.

55. La Banque Mondiale, la Banque Africaine de Développement, le PNUD/FENU, l'USAID, l'Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA), l'UNICEF sont les principales sources d'assistance au Sénégal dans le domaine de la Population. La Banque Mondiale, qui est l'organisme qui contribue le plus aux activités de lutte contre la pauvreté, intervient par le canal du Fonds d'Investissement Social (FIS), qui doit être réalisé sur une période de 10 ans (2001 à 2010), à un coût de 30 millions de dollar. Ce projet cible les femmes, les jeunes, les collectivités locales et appuie le financement des services à base communautaire, des infrastructures et des équipements pour les communautés les plus démunies, le renforcement de la capacité des organisations à la base et la mise en place

d'activités génératrices de revenus pour les groupes les plus vulnérables dans les régions de Louga, Kolda, Kaolack et Dakar. La BAD pour sa part, a alloué 20 millions de dollars pour 5 ans (2000-2004), pour appuyer le renforcement des capacités des groupements de femmes, de jeunes, et des partenaires institutionnels ; le financement d'activités génératrices de revenu; et la réalisation d'infrastructures, d'équipements hydrauliques dans les régions de Kolda, Tambacounda, Diourbel, et Thies. Le PNUD/FENU intervient également dans la mise en place d'infrastructures et d'équipements sanitaires, le financement de micro-projets, et la mise en place d'équipement d'allégement des tâches pour les femmes dans les régions de Tambacounda, Louga, Kaolack, Diourbel, St Louis et Dakar.

56. L'USAID le FNUAP et la JICA assurent une couverture des besoins du pays en produits contraceptifs au niveau des points de prestations de services publics et privés, ainsi qu'au niveau communautaire avec le soutien des ONG locales. LE FNUAP, la Coopération Japonaise, la Coopération Allemande et la Fédération Internationale pour la Planification Familiale prendront la relève. En outre, l'USAID appuie la formation et le recyclage du personnel sanitaire dans ses 6 régions d'intervention (Kaolack, Fatick, Louga, Ziguinchor, Dakar et Thiès). La JICA a largement contribué à l'expansion du réseau scolaire, en construisant et en équipant de nouvelles salles de classes sur l'ensemble des 10 régions du pays. Dans le domaine de la santé de la reproduction, en collaboration avec le FNUAP, elle assure l'équipement des postes de santé des zones d'intervention du FNUAP, et octroie des bourses de perfectionnement au personnel de santé.

57. L'OMS, collabore étroitement avec le FNUAP et l'UNICEF dans le cadre du Comité Inter-Agences sur la santé mis en place depuis 1996. Sa contribution, qui est technique mais aussi financière, porte essentiellement sur le renforcement du système national de santé et l'amélioration des services, notamment dans les domaines prioritaires de la lutte contre la maladie, de la santé de la reproduction et de l'hygiène de l'environnement. S'agissant du domaine particulier de la santé de la reproduction, un accent est mis sur les services obstétricaux essentiels et d'urgence.

58. Dans le cadre du PDIS, le FNUAP participe au sein de la structure de coordination des partenaires extérieurs au développement à diverses activités menées dans ce programme. Ainsi le FNUAP intervient dans l'élaboration et la mise en œuvre des plans d'opérations de ses zones d'intervention, où il finance des activités de formation, de construction et d'équipement des structures sanitaires, d'IEC et prévention des IST/SIDA, de recherche opérationnelle. Le FNUAP participe également aux réunions annuelles conjointes et aux missions conjointes de suivi du programme, ainsi qu'à son évaluation technique et financière.

CHAPITRE VII. ACTIONS DE SUIVI DU GOUVERNEMENT A LA FIN DU PROGRAMME

59. D'ici la fin du programme, les espaces jeunes mis en place par le Ministère de la Jeunesse devraient relayer l'expérience Centres Conseils par une internalisation des activités jusque là expérimentées grâce à l'appui FNUAP. Avec le programme, le Service Civique National sera mis à contribution pour le recrutement des relais et régler leur motivation. Le Ministère de la Santé s'est engagé à mettre à disposition sur une base progressive le personnel paramédical des centres conseils. Une inflexion est en cours sur le recouvrement des coûts des contraceptifs pour assurer le renouvellement des stocks. Un plaidoyer est en train d'être mené pour couvrir les besoins en contraceptifs dans les fonds de remise de la dette pour les PPTE. Une contrepartie nationale a été affectée par le Ministère des Finances en

appui à la mise en œuvre des sous programmes. Cette contrepartie couvrira progressivement les activités mises en œuvre dans le cadre du sous programme.