

Le Projet POLICY

Justine Tantchou
Ellen Wilson

Politiques et programmes de santé reproductive après le Caire : Une étude de cinq pays de l'Afrique francophone

Août 2000

Table des matières

Préface	iv
Remerciements	v
Résumé analytique	vi
Abréviations	vii
Introduction	1
Contexte de la santé reproductive dans les cinq pays	3
Le processus de formulation des politiques : Définitions de la santé reproductive, Politiques et Priorités	5
Participation, Soutien et Opposition	13
Mise en œuvre des politiques	18
Ressources financières pour la santé reproductive	23
Récapitulatif et Conclusion	27
Annexe	31
Références	38

Préface

La mission du Réseau pour la recherche en santé de la reproduction en Afrique (RESAR) est d'améliorer la santé reproductive par le biais de la recherche et de la formation. L'organisation reçoit des dons pour les activités dans le cadre de contrats avec des organisations gouvernementales et non gouvernementales ainsi qu'avec des bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux participant à la santé reproductive. RESAR est composé actuellement de 10 unités nationales de l'Afrique francophone appelées les CRESAR.

Le but du Projet POLICY est de créer un contexte de politiques favorables aux programmes de planification familiale et de santé reproductive dont le VIH/SIDA en encourageant un processus participatif à la formulation de politiques qui répondent aux besoins des clients. Le projet comprend quatre composantes – dialogue et formulation de politiques, participation, planification et finance et recherche – et il intervient dans des domaines tels que la santé reproductive, le VIH/SIDA, les considérations de genre et les liens intersectoriels.

Les *Documents occasionnels POLICY* visent à encourager le dialogue, sur le plan des politiques, concernant les questions de planification familiale et de santé reproductive et de présenter une analyse ponctuelle des questions qui étayeront la prise de décisions. Les documents sont distribués auprès de divers publics dans le monde entier, notamment des responsables des secteurs public et privé, des conseillers techniques, des chercheurs et des représentants des bailleurs de fonds.

Une liste à jour des publications de POLICY est disponible sur le site Web du projet. Des exemplaires des publications de POLICY peuvent être obtenus gratuitement. Pour de plus amples informations sur le projet et ses publications, prière de contacter :

Director, POLICY Project
The Futures Group International
1050 17th Street, NW, Suite 1000
Washington, DC 20036
Telephone: (202) 775-9680
Fax: (202) 775-9694
E-mail: policyinfo@tfgi.com
Internet: <http://www.policyproject.com>
<http://www.tfgi.com>

Remerciements

Ce document reflète les résultats de cinq études de cas réalisées par RESAR avec une assistance financière et technique du Projet POLICY. Justine Tantchou de RESAR a coordonné la recherche qui a été effectuée par cinq équipes de pays. Les études de cas ont été réalisées et rédigées par Tantchou et Ellen Wilson de POLICY. Les titres et les auteurs des études de cas sont donnés ci-après :

- *Formulation des politiques post-Caire : Le cas de la République du Bénin* par Béatrice Aguessy et Elisabeth Fourn.
- *Formulation des politiques et mise en œuvre des programmes post-Caire : Etudes de cas sur la santé de la reproduction au Burkina Faso* par Stanislas Paul Nebié et Idrissa Ouedraogo.
- *Formulation des politiques et mise en œuvre des programmes post-Caire : Etudes de cas sur la santé de la reproduction au Cameroun* par Paschal Awah et Justine Tantchou.
- *Formulation des politiques et des programmes post-Caire Le cas de la Côte d'Ivoire* par Zoumana Kamagate et Aminata Noëlle Sangaré.
- *Formulation des politiques et mise en œuvre des programmes post-Caire : Etudes de cas sur la santé de la reproduction au Mali* par Hafsatou Diallo, Tamo Tamboura et Mahamadou Traore.

Le texte intégral de chaque rapport de pays en français peut être obtenu en contactant RESAR à l'adresse suivante :

Dr. Justine Tantchou
Vice Président en charge de la formation et de la recherche
RESAR
PO Box 8176
Yaounde, Cameroon
E-mail: tantchou@cenadi.cm

Nous remercions vivement tous ceux qui ont contribué à cette évaluation de la formulation des politiques de santé reproductive et de la mise en œuvre des programmes en ce domaine en Afrique francophone. Nous souhaitons mentionner tout particulièrement les répondants des cinq pays qui ont trouvé le temps de répondre à de multiples interviews alors que de nombreuses autres tâches les attendaient et qui ont tant aidé les enquêteurs en leur fournissant de nombreux documents.

Nous souhaitons faire une mention spéciale du Projet POLICY pour son soutien moral, financier et technique. Nous remercions notamment Jen Marenberg pour ses efforts sans relâche en ce qui concerne l'édition de ce document et Karen Hardee et Kokila Agarwal pour avoir examiné les versions précédentes. Enfin, nous tenons à remercier Elizabeth Schoenecker et Barbara Crane pour leurs commentaires utiles. Les opinions exprimées dans ce rapport ne reflètent pas forcément les points de vue de l'USAID.

Résumé analytique

La Conférence internationale du Caire en 1994 sur la population et le développement (CIPD) a intensifié dans le monde entier l'attention accordée à la santé reproductive. De nombreux pays ont cherché à reformuler leurs politiques de santé reproductive conformément au *Programme d'action* de la CIPD. En 1998, le Réseau de recherche en santé reproductive en Afrique (RESAR) avec le soutien du Projet POLICY a réalisé des études de cas dans cinq pays de l'Afrique francophone – Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire et Mali – pour se pencher sur les diverses expériences de terrain en ce qui concerne la formulation et la mise en œuvre de politiques de santé reproductive. Les résultats s'inspirent d'interviews approfondies avec des informants clés intervenant dans le domaine de la santé reproductive de leur pays respectif.

Vu que les cinq pays sont situés dans une même région, ils partagent des aspects communs mais les défis qu'ils rencontrent sont légèrement différents et les approches qu'ils adoptent pour relever ces défis divergent elles aussi. En général, les cinq pays ont fait des progrès considérables pour intégrer le concept de la santé reproductive aux politiques et programmes mais il reste du chemin à parcourir pour diffuser les nouvelles politiques et mettre en œuvre des programmes efficaces. Certes, il existe des aspects de la santé reproductive qui se heurtent à de la résistance, surtout les programmes pour jeunes et les programmes combattant l'excision, et pourtant le soutien s'est fait plus fort ces dernières années pour la santé reproductive. Les gouvernements invitent les organisations non gouvernementales (ONG) à participer à la formulation de politiques et la plupart des pays consacrent davantage de ressources internes à la santé reproductive. Aussi encourageants ces changements soient-ils, le secteur public n'est toujours pas prêt à faire des ONG de véritables partenaires et les compétences souvent inégales de ces dernières sont des freins à leur participation. De plus, les pays dépendent encore énormément du soutien financier de bailleurs de fonds étrangers. Des progrès moindres ont été faits sur le plan de la mise en œuvre des programmes si l'on compare à la formulation de politiques. Certains changements concrets sont apparents mais la tâche consistant à traduire le concept de la santé reproductive en réalité sur le terrain sera nul doute ardue et longue.

La pauvreté et le sous-développement dans la région sont des contraintes de taille entravant la bonne marche des programmes de santé reproductive. Par conséquent, les pays doivent concentrer leurs efforts sur des interventions prioritaires et utiliser plus efficacement leurs ressources. Les études de cas mettent également en exergue la nécessité de continuer à bâtir un vaste soutien pour les programmes de santé reproductive, d'améliorer la coordination entre les parties concernées, de renforcer les ONG pour qu'elles soient en mesure de participer efficacement au processus de mise en œuvre des politiques ainsi que de renforcer la viabilité financière à long terme des programmes.

Abréviations

ABBEF	Association burkinabé du bien-être familial
ABPF	Association béninoise de la planification familiale
AIBEF	Association ivoirienne du bien-être familial
AMPPF	Association malienne de la promotion et la protection de la famille
BUNAP	Bureau national de population (Côte d'Ivoire)
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement
CNLS	Comité national de lutte contre le SIDA
CONACOPP	Comité national pour la coordination des programmes de population (Mali)
CONAPO	Conseil national pour la population (Burkina Faso, Côte d'Ivoire)
DSF	Direction de la Santé familiale (Bénin)
EDS	Enquête démographique et de santé
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour les activités de la population
GTZ	Agence de l'Allemagne pour la coopération technique
IEC	Information, éducation et communication
IPPF	Fédération internationale pour la planification familiale
KFW	Kreditanstalt für Wiederaufbau
MST	Maladies sexuellement transmissibles
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme conjoint des Nations Unies pour le SIDA
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PNB	Produit national brut
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PSSP	Politique de santé et de population (Mali)
RESAR	Réseau de recherché en santé reproductive en Afrique
ROBS	Réseau des ONG béninoises pour la santé
SFPS	Projet de santé familiale et de prévention du SIDA
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SMI	Santé maternelle et infantile
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence des Etats-Unis pour le développement international
VIH	Virus de l'immunodéficience acquise

Politiques et programmes de santé reproductive après le Caire : Une étude de cinq pays de l'Afrique francophone

Introduction

Depuis la CIPD en 1994, la santé reproductive est devenue une cible des programmes de santé dans le monde entier. Un grand nombre de pays ont cherché à revoir leur politique de santé reproductive conformément au *Programme d'action* de la CIPD. En 1997, POLICY a réalisé des études de cas dans huit pays – Bangladesh, Ghana, Inde, Jamaïque, Jordanie, Népal, Pérou et Sénégal – pour examiner les expériences de terrain concernant la formulation et la mise en œuvre de politiques de santé reproductive. En 1998, RESAR a réalisé des études de cas analogues dans cinq pays de l'Afrique francophone – Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire et Mali.

Le but de RESAR en réalisant ces études n'était pas fournir des mesures quantitatives d'indicateurs sur la santé reproductive ou de faire un inventaire complet des lois et politiques en la matière mais bien davantage, le Réseau cherchait à améliorer la compréhension de la formulation et de l'application des politiques sanitaires. L'étude avait un caractère qualitatif, reposant sur les points de vue d'informants clés – personnes jouant un rôle important au niveau de la formulation et de la mise en œuvre de politiques et de plans de santé reproductive. Les optiques divergentes montrent que les questions soulevées sont souvent plus complexes qu'elles ne le paraissent dans une politique écrite. Pris ensemble, ces points de vue brossent un tableau plus clair de la situation concernant la santé reproductive. En outre, vu que tous les répondants occupent une position importante dans le domaine de la santé reproductive, leurs points de vue influencent effectivement la formulation des politiques et programmes dans leur pays respectif.

Dans chaque pays, deux ou trois membres du Comité de recherche en matière de santé reproductive – branche locale de RESAR – ont réalisé l'étude. Les équipes de recherche comptaient au moins un spécialiste médical et un spécialiste des sciences sociales. L'équipe a réalisé le travail de terrain pour les études de cas entre octobre et décembre 1998, en interviewant 25 à 29 informants clés

dans chaque pays dans le domaine de la santé reproductive et de la population. Les informants ont été choisis auprès des ministères, des universités, des ONG, des groupements féminins, du secteur privé, des bailleurs de fonds, des organisations d'assistance technique des Etats-Unis, des prestataires de services et du parlement. Le guide de l'interview couvrait les thèmes suivants : définition de la santé reproductive, priorités sur le plan de la santé reproductive et formulation des politiques connexes, structures responsables pour la formulation des politiques (notamment niveau de participation des divers groupes), soutien et opposition face à la santé reproductive, rôle des ONG et du secteur privé, mise en place de services, financement national et international des activités dans le



Pays de l'étude de cas :

Bénin

Burkina Faso

Cameroun

Côte d'Ivoire

Mali

domaine de la santé reproductive et défis subsistant au niveau de la mise en œuvre des politiques et programmes de santé reproductive. Les interviews se concentraient sur les sections du guide pour lesquelles le répondant était particulièrement bien informé pour répondre. Les interviews ont été enregistrées et transcrites aux fins de l'analyse.

Le contenu des études de cas qui reposent essentiellement sur les opinions d'experts en la matière et les divers documents reflète la situation au moment des interviews. Depuis, tous les pays ont continué de faire des progrès en ce qui concerne la mise en œuvre de ces politiques et programmes.

Contexte de la santé reproductive dans les cinq pays

Les contextes géographiques, démographiques, économiques et sociaux varient entre les cinq pays. Le nombre d'habitants se situe dans une fourchette allant de 6 millions de personnes au Bénin à plus de 15 millions en Côte d'Ivoire (voir Tableau 1). Dans les cinq pays, la population est en majeure partie jeune (pratiquement 50% ayant moins de 15 ans) et à prédominance rurale. Les femmes en âge de procréer représentent 25% environ de la population. Le produit national brut (PNB) par habitant est faible et la majorité de la population vit dans la pauvreté.

Selon les enquêtes démographiques et de santé (EDS) réalisées entre 1991 et 1998, les divers indicateurs de santé reproductive indiqués sur le Tableau 1 restent peu performants malgré les efforts de ces 20 dernières années. Le tableau montre que l'indice synthétique de fécondité est élevé – environ 6 enfants par femme (entre 5,2 au Cameroun et 6,9 au Burkina) sachant qu'il est encore plus élevé dans les zones rurales. Une fécondité élevée explique un taux d'accroissement naturel de 2,7 au Cameroun et en Côte d'Ivoire, 2,9 au Burkina Faso, 3 au Bénin et 3,1 au Mali. La mortalité continue à être

préoccupante puisque le taux moyen de mortalité infantile est d'environ 100 pour 1.000 naissances vivantes (fourchette de 77 au Cameroun à 123 au Mali) et le taux moyen de mortalité maternelle est de 550 pour 100.000 naissances vivantes. Les avortements illégaux provoqués et les conséquences qui s'en suivent contribuent à une moyenne de 25% des décès maternels. La proportion de femmes qui viennent consulter les services prénatals est faible surtout au Mali et au Burkina Faso et la proportion de femmes qui accouchent sans présence médicale est élevée dans les cinq pays, expliquant le taux élevé de mortalité maternelle. Le taux de prévalence contraceptive pour les méthodes modernes reste à 7% ou moins avec des disparités marquées entre les zones urbaines (12-20%) et les zones rurales (4-7%) même au vu des efforts entrepris en ce domaine par les gouvernements et les ONG. Le taux d'infection par le VIH parmi la population adulte est le plus élevé en Côte d'Ivoire (10,1%) et le plus faible au Mali et au Bénin (1,7% et 2% respectivement). Le taux d'excision varie grandement entre les pays (allant de 5% au Cameroun à 94% au Mali). La pratique de l'allaitement maternel complet pendant six mois est élevée (plus de 90%) dans tous les pays.

Tableau 1: Caractéristiques démographiques et de santé reproductive dans cinq pays de l'Afrique francophone, années 90

Article	Pays				
	Bénin	Burkina Faso	Cameroun	Côte d'Ivoire	Mali
Population (mi-1998)	6.000.000	11.300.000	14.300.000	15.600.000	10.100.000
Superficie (km carré)	112.622	274.000	465.000	322.463	1.240.142
Taux annuel de croissance	3,0	2,9	2,7	2,7	3,1
Pourcentage de la population de moins de 15 ans	49	48	44	43	47
PNB par habitant en US\$	350	230	610	660	240
Taux d'alphabétisation					
Femmes	26	9	52	30	23
Hommes	49	29	75	50	39
Indice synthétique de fécondité	6,3	6,9	5,2	5,7	6,7
Prévalence contraceptive (femmes en union)					
Toutes les méthodes	16	8	19	17	7
Méthodes modernes	3	4	7	6	5
Mortalité maternelle (pour 100.000 naissances vivantes)	498	566	430	597	577
Mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	94	94	77	89	123
Pourcentage de femmes avec au moins une visite prénatale	80	59	79	85	47
Naissances assistées par un professionnel de la santé (%)	64	42	58	45	40
Prévalence du HIV (adultes 15-49)	2,0	7,2	4,9	10,1	1,7
Proportion de femmes excisées	50	70	5	43	94
Part de l'avortement dans la mortalité maternelle (%)	15	n/d*	23	n/d	n/d

*non disponible

Sources:

EDS. 1993-98.

Banque mondiale. 1998. *World Development Indicators*.

Population Reference Bureau. 1998 and 1999. *World Population Data Sheet*.

ONUSIDA/OMS. 1998. *Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Diseases*.

Le processus de formulation des politiques : Définitions de la santé reproductive, Politiques et Priorités

L'Afrique francophone a commencé à accorder de l'importance à la santé reproductive bien après les autres régions du monde. Pendant de nombreuses années après l'Indépendance, les cinq pays ont continué à vivre sous des politiques pronatalistes. Ce n'est qu'au milieu et vers la fin des années 80 que les services de planification familiale ont été introduits aux programmes nationaux de santé. Cette introduction tardive est due partiellement à une loi française remontant à 1920 qui interdit l'avortement et la promotion de contraceptifs. A présent, la loi est abrogée dans tous les pays à l'exception du Bénin et du Mali où elle reste en vigueur bien qu'elle ne soit plus appliquée. Les politiques concernant les questions de population progressent dans tous les pays bien que la cadence ne soit la même. Au départ, les politiques se concentraient sur les programmes de santé maternelle et infantile (SMI), puis sur la SMI avec planification familiale et, enfin, sur la santé reproductive. Parmi les cinq pays, le Mali était le premier à adopter une politique officielle de population (1990) suivie du

Burkina Faso (1991), du Cameroun (1992), du Bénin (1996) et de la Côte d'Ivoire (1997).

Tous les pays qui ont participé à cette étude ont adopté la définition de la CIPD relative à la santé reproductive (voir encadré). Le concept de la santé reproductive a été élaboré davantage lors du premier Forum régional sur la santé reproductive pour l'Afrique centrale et de l'Ouest qui s'est tenue à Ouagadougou en septembre 1996. Le Forum a été organisé par le Projet santé familiale et de prévention du SIDA (SFPS) et appuyé par divers bailleurs de fonds dont l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour les activités de la population (FNUAP). La conférence plaçait la santé reproductive dans quatre grandes catégories – la santé infantile, la santé de la femme, la santé des adolescents et la santé des hommes – chacune comprenant divers volets. Ce canevas oriente la formulation des politiques et programmes nationaux dans chacun des cinq pays.

Définition de la santé reproductive par la CIPD

« Par santé en matière de reproduction, on entend le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi ou aussi peu souvent qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé. Il faut donc entendre par services de santé en matière de reproduction l'ensemble des méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation en prévenant et en résolvant les problèmes qui peuvent se poser dans ce domaine. On entend également par cette expression la santé en matière de sexualité qui vise à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles et non à se borner à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles. »

Paragraphe 7.2
Programme d'action de la CIPD

En outre, la stratégie de mise en œuvre pour la région de l'Afrique formulée par le bureau OMS pour l'Afrique (approuvée par les deux ateliers en mai et août 1998 à Bamako et à Libreville) suit une approche légèrement différente comprenant les six volets suivants (OMS, 1998) :

- Maternité sans risques ;
- Santé sexuelle et reproductive des adolescents ;
- Prévention des grossesses non souhaitées ;
- Lutte contre les maladies sexuellement transmissibles (MST) et le VIH/SIDA ;
- Prévention, dépistage précoce et prise en charge du cancer du col de l'utérus ; et
- Réduction de l'excision, de la violence conjugale et de la violence sexuelle.

Tous les pays cherchent à revoir les politiques, les normes et les procédures pour intégrer la nouvelle optique de santé reproductive. La Côte d'Ivoire a approuvé une politique détaillée de santé reproductive en octobre 1998 et le Mali ainsi que le Bénin ont formulé leurs politiques mais attendent l'approbation finale. Le Burkina Faso et le Cameroun n'ont pas encore terminé de formuler leurs politiques. Bien qu'aucune priorité explicite ne soit fixée, les programmes de ces pays ont tendance à mettre au premier plan les programmes de SMI, l'espacement des naissances et la prévention des MST/SIDA reléguant au deuxième plan le problème de stérilité, les cancers des organes de la reproduction, les droits en matière de reproduction et la planification familiale aux fins de limitation des naissances (chose qui n'est pas toujours acceptée dans les cultures de ces pays). L'importance accordée à la santé reproductive a également mis en exergue les questions touchant aux considérations du genre, au contexte social de la santé et à la qualité des soins, encourageant par ailleurs un plus grand nombre de programmes visant à fournir des services aux jeunes et aux hommes et à prévenir l'excision.

Dans chaque pays, le Ministère du Plan est responsable de la politique de population alors que le Ministère de la Santé est responsable de la politique sanitaire dont la santé reproductive. Les ministères de la jeunesse (éducation nationale et les jeunes) et de la femme participent également à divers aspects de la santé reproductive. Le Tableau A1 en annexe récapitule l'évolution des diverses politiques de santé reproductive.

Bénin. Le champ d'action des programmes de santé au Bénin s'est élargi progressivement. A la fin des années 60, l'accent était mis sur la SMI alors qu'à

présent, il s'étend à la santé reproductive en général. Les services de planification familiale sont devenus disponibles pour la première fois au moment de la création de l'Association béninoise de la planification familiale (ABPF) en 1972. Le gouvernement a commencé à inclure la planification familiale à ses programmes après la conférence d'Alma Ata en 1978 mais le concept de la planification familiale était mal accepté par la population. En 1987, le gouvernement a fait entrer la planification familiale dans le domaine plus large du bien-être familial et il a ajouté une composante sur la nutrition. Par conséquent, le Ministère de la Santé a dû remanier sa structure et la Direction de la Santé familiale (DSF) a été créée en mai 1994. Quelques mois après la CIPD, le Bénin s'est engagé face à la santé reproductive. En 1996, les participants du Forum d'Ouagadougou ont élaboré de manière plus approfondie le concept de la santé reproductive, indiquant par ailleurs que chaque pays devait définir un ensemble de services essentiels pour chacun des quatre domaines : santé infantile, santé de la femme, santé des adolescents et santé des hommes. Le Bénin a défini son ensemble de services essentiels en janvier 1997.

Le Bénin a formulé sa politique de population en 1995 et l'a adoptée en 1996 suivant un changement de gouvernement. La Commission nationale des ressources humaines et de la population qui est composée de ministères se penchant directement sur les questions de population est l'organisme national responsable de la coordination des activités de population. L'Unité de la population et de la planification, entité relevant du Ministère du Plan, supervise la commission.

Dans le secteur de la santé, une table ronde a adopté la *Stratégie sanitaire 1995-1999*, identifiant cinq domaines d'intervention : décentralisation de la pyramide sanitaire, renforcement des compétences de gestion, assainissement des finances, traitement amélioré des principales maladies et une meilleure santé reproductive. Pour aider à mettre en place la stratégie, le Bénin a adopté un cadre stratégique en mars 1997, *Politique et stratégie de développement du secteur santé, 1997-2001*. Conformément à ce cadre, la DSF est responsable de la création, du suivi et de l'évaluation des programmes de santé reproductive en accord avec la stratégie sanitaire. Une politique spécifique à la santé reproductive, *Politiques et normes en santé familiale*, a finalement été adoptée en mars 1999 (une fois achevés les travaux de terrain pour la présente étude de cas).

Le Bénin utilise la même définition de la santé reproductive que la CIPD. Certains informants clés

pensent que le concept est trop vaste pour être traduit en une réalité concrète. Un représentant du Ministère de la Santé demande : « Quelles activités devons-nous inclure à la santé reproductive aujourd'hui ? La santé reproductive pour moi est un vaste champ où nous ne pouvons avoir un impact à moins que l'on ne vise des domaines bien spécifiques. » Toutefois un représentant d'un bailleur de fonds pense quant à lui que « le problème ne réside pas au niveau de la définition de la santé reproductive. Le problème concerne la mise en œuvre du contenu du document ».

« La santé reproductive pour moi est un vaste champ où nous ne pouvons avoir un impact à moins que l'on ne vise des domaines bien spécifiques. »

Représentant du Ministère de la Santé, Bénin

Par l'intermédiaire d'une série d'ateliers, des experts techniques et des représentants d'ONG et d'organismes publics participant à la santé reproductive sont arrivés à un consensus sur la définition de la santé reproductive et sur les priorités les plus urgentes en ce domaine. Selon tel répondant faisant partie d'une université, la santé reproductive est définie de la manière suivante : « le triple bien-être : physique, mental et social en ce qui concerne l'appareil reproducteur, ses fonctions et son fonctionnement ». Les répondants ont relevé quatre domaines prioritaires de la santé reproductive : SMI, planification familiale, MST et nutrition. En fait, ce sont les programmes existants et la disponibilité des ressources qui dictent le choix des domaines qui reçoivent le plus d'attention.

Burkina Faso. Ebauché en 1978, le premier programme protégeant la SMI au Burkina Faso accorde une grande importance à la nutrition. Le second programme, formulé en 1988 et couvrant la période 1988-1992 se penche essentiellement sur les soins de santé primaires et comprend pour la première fois la planification familiale. Une politique nationale de population visant entre autres à réguler les naissances et réduire la croissance démographique a été adoptée le 10 juin 1991. Le troisième programme de SMI, couvrant 1994-1998, avait les mêmes objectifs que la politique de population et intégrait la planification familiale dans l'ensemble des services essentiels pour les centres de

santé. Sur le front législatif, une loi interdisant l'excision était votée en 1997 mais elle n'a pas été appliquée.

Suivant la CIPD, le Conseil national de la population du Burkina Faso (CONAPO) mettait à jour la politique de population afin d'inclure la santé reproductive en tant que priorité nationale. Afin de répondre aux demandes des diverses parties concernées, CONAPO a utilisé un processus participatif pour revoir la politique. En juillet 2000, les premières révisions étaient achevées mais la politique n'avait pas encore pris sa forme finale.

De nombreux ministères partagent la responsabilité de mise en œuvre de la politique nationale de population qui englobe la santé reproductive. CONAPO (relevant du Ministère de l'Economie et des Finances) joue le rôle le plus important. La Direction de la Santé familiale (relevant du Ministère de la Santé) est chargée de mettre au point, de planifier, d'exécuter et d'assurer le suivi des programmes de protection des mères, des enfants, des jeunes, des hommes et des personnes âgées. Les autres ministères sociaux qui sont actifs à divers niveaux de la formulation des politiques sont les suivants : le Ministère de l'Action sociale et de la Famille ; le Ministère de la Promotion de la Femme (créé en juin 1997) ; le Ministère de la Jeunesse et des Sports ; le Ministère de l'Enseignement de base et de l'Alphabétisation ; le Ministère des Enseignements secondaire, supérieur et de la Recherche scientifique (par le biais de la Faculté des Sciences de la Santé qui est responsable de la réforme de l'enseignement en santé reproductive) et le Ministère de la Communication et de la Culture qui aide à faire connaître la santé reproductive et à donner des informations en ce domaine. CONAPO et la Direction de la Santé familiale du Ministère de la Santé sont responsables de la coordination des politiques et mesures prises dans le domaine de la santé reproductive. Aucun comité particulier n'a été créé pour suivre la mise en œuvre du *Programme d'action* de la CIPD, facteur expliquant en partie le manque de coordination entre organisations participant à la santé reproductive.

Les répondants sont d'accord pour dire que le concept de la santé reproductive au Burkina Faso a énormément changé depuis la CIPD. Selon une personne, « les politiques de santé reproductive avant la CIPD se concentraient surtout sur les programmes de population et de planification familiale insistant moins sur la lutte contre les MST/SIDA, les droits des femmes, l'éducation sexuelle ainsi que la santé maternelle et infantile ». L'accent n'est plus mis sur le contrôle de la croissance démographique mais sur l'amélioration de la qualité de la vie. De nouveaux groupes sont ciblés : les

jeunes, les hommes et les personnes âgées. La formation des professionnels de la santé comprend à présent une instruction sur le counseling, la technologie contraceptive, la qualité des soins, l'équité entre sexes et la lutte contre les MST/SIDA. Un autre répondant indique : « Après le Caire, il est indéniable que de nouvelles politiques ont été créées et que les anciennes ont été revues afin d'inclure le concept général de la santé reproductive aux interventions médicales. Seule la politique sur l'avortement n'a pas changé puisque l'avortement reste interdit sauf dans des conditions médicales exceptionnelles et dans certains cas d'abus prouvés. »

En définissant la santé reproductive, la Direction de la Santé familiale a démarré toute une série d'activités pour formuler un avant-projet d'une stratégie de santé reproductive (Ministère de la Santé du Burkina Faso, 1998). La stratégie adopte les quatre catégories définies par le Forum d'Ouagadougou – santé infantile, santé des adolescents, santé de la femme et santé des hommes – et crée une cinquième catégorie : la santé des personnes âgées. La stratégie décrit davantage les éléments communs à toutes les cinq catégories dont la planification familiale ; la prévention des MST/SIDA ; la lutte contre toutes les pratiques nuisibles à la santé reproductive ; l'information, l'éducation et la communication (IEC) en santé reproductive ; la participation communautaire ; l'éducation à la vie familiale et la parenté responsable. Malheureusement la stratégie n'est pas encore achevée à cause de problèmes de coordination et de financement. Aussi, cette définition et ses catégories ne sont-elles pas suffisamment diffusées.

Les répondants se sont montrés préoccupés par l'absence de priorités établies au niveau national et par le besoin de terminer rapidement le plan stratégique préliminaire. En effet, tant qu'il n'existe pas de document final et approuvé sur la santé reproductive, chaque partenaire ou institution fixe ses propres priorités en fonction de la situation nationale, de ses propres préoccupations et des approches que d'autres ont essayées. Par exemple, le FNUAP semble axer ses priorités sur la planification familiale, les jeunes, l'équité entre sexes, la promotion du statut de la femme et la lutte contre les MST et le SIDA. L'UNICEF cible la santé infantile et l'amélioration de la situation de l'adolescente et de la femme. CONAPO et l'Association burkinabé du bien-être familial (ABBEF) insistent surtout sur la contraception, la lutte contre les MST/SIDA, les droits de la femme, la promotion des activités mobilisatrices de revenus et la prestation de services par le biais des centres mobiles et de la distribution communautaire.

Cameroun. En 1992, le Gouvernement du Cameroun manifestait sa préoccupation face à la croissance de la population et adoptait la Politique nationale de population, se démarquant de son orientation pronataliste des années 60 et 70. L'objectif principal de la politique est le suivant : « [...] améliorer le niveau et la qualité de la vie de la population dans les limites des ressources disponibles et en accord avec la dignité humaine et les droits fondamentaux de chacun à la santé, à la nutrition, à l'éducation, à l'emploi et à l'habitat. » Même si le processus de formulation des politiques n'a pas engagé suffisamment les représentants de la société civile, la mise en œuvre est relativement efficace. Depuis la CIPD et la quatrième Conférence mondiale sur la Femme, les décideurs ont revu la politique en matière de population pour tenir compte des objectifs des deux conférences. Selon les répondants, le cadre institutionnel pour les questions de population est très instable. L'organisme responsable des questions de population a changé à plusieurs reprises : d'une direction du Ministère du Plan (1982-1992) à une sous-direction relevant d'une division de la planification et du développement au sein du Ministère de l'Economie et des Finances (1992-1997) à une direction du Ministère des Investissements publics et de l'Aménagement du Territoire (1997 à nos jours). Cette instabilité structurelle n'a pas permis au Comité technique interministériel du Comité national de la population de se réunir.

Les politiques sanitaires qui guident les pratiques actuelles sont notamment les *Standards des soins de santé maternelle et infantile*, adoptés en 1992 ; *La mise en œuvre des soins de santé primaires*, 1993 et la *Déclaration de politique de santé*, 1996. La politique de santé de 1996 est le pilier soutenant la réorientation et le renforcement du système sanitaire local. Elle distingue entre trois niveaux opérationnels, offrant chacun un ensemble de services essentiels comprenant des soins de santé reproductive. Aucun politique particulière n'a été formulée pour la santé reproductive. La coordination des services de santé reproductive entraine dans la responsabilité de la Direction de la Santé familiale et mentale jusqu'en 1995, année où la Direction se voyait classer au niveau d'une sous-direction. Ce déclassement dans l'échelle administrative, conjugué au départ du directeur, a gravement entravé la capacité du bureau de mener à bien son rôle de coordination. Par conséquent, les différents volets de la santé reproductive (MST, SIDA, santé maternelle, survie de l'enfant et planification familiale) se sont développés indépendamment les uns des autres.

Les politiques des autres secteurs traitent également de divers aspects de la santé reproductive. En 1997, le Ministère de la Condition féminine a adopté un plan d'action, « Femmes et Développement » afin d'appliquer les recommandations de la quatrième Conférence mondiale sur la Femme. Le Ministère de la Jeunesse et des Sports est en train de rédiger une politique pour le secteur des jeunes en collaboration avec le mouvement des scouts, montrant l'importance des causeries éducatives pour les jeunes et les adolescents et traitant de la nécessité de fournir des services de santé reproductive séparés pour les jeunes.

Le Cameroun a adopté une politique pronataliste en 1968 mais depuis, le contexte est devenu de plus en plus favorable à la planification familiale. Tel que l'indique ce prestataire de services : « La question de la planification familiale était tabou jusqu'aux alentours de 1972. Avec les résultats des études faites sur la mortalité maternelle et la mortalité périnatale, le Gouvernement a autorisé en 1975 l'ouverture d'une clinique de planification familiale à Yaoundé. » Seulement les services et activités de planification familiale restaient limités aux grands centres urbains avec des médecins privés jusqu'en 1984 quand le président a fait une déclaration générale sur la parenté responsable. A partir de ce moment-là, les services se sont progressivement élargis, surtout par le biais de projets soutenus par l'USAID, le FNUAP et l'Agence de coopération allemande (GTZ) et, en 1990, une nouvelle loi a été votée permettant aux pharmacies de vendre des contraceptifs. Au début de 1996 après la CIPD, la planification familiale a été intégrée à la SMI et les contraceptifs ont été portés à la liste nationale des médicaments essentiels.

Les ateliers pour définir la santé reproductive ont été remis à plus tard et, par conséquent, le Cameroun n'est pas encore arrivé à une définition faisant l'accord de tous. En attendant ce consensus officiel, diverses organisations ont essayé avec plus ou moins de succès de définir la santé reproductive dans l'esprit du Caire. Un répondant du Ministère de la Santé définit la santé reproductive de la manière suivante : « Une réorientation des services de planification familiale qui intègre la gestion des programmes de lutte contre les MST, l'infection par le VIH et les complications liées aux avortements illégaux aux soins prénatals, aux soins post-natals, aux soins de santé infantile, etc. » L'on continue de comprendre de manière bien vague la santé reproductive, surtout en dehors de la capitale. Tel que le dit un prestataire de services au niveau périphérique : « Le concept de la santé reproductive est resté à Yaoundé. »

« Le concept de la santé reproductive est resté à Yaoundé. »

Prestataire de services au niveau périphérique, Cameroun

Les répondants ont identifié les problèmes prioritaires suivants en ce qui concerne la santé reproductive au Cameroun : taux accrus de mortalité maternelle et infantile ; faible prévalence de l'utilisation de contraceptifs ; prévalence élevée d'infections sexuellement transmissibles ; taux élevé de grossesses non souhaitées chez les jeunes filles et les adolescentes et complications connexes et de l'avortement illégal et provoqué. Au vu de ces facteurs, un répondant indique que « la priorité des priorités reste la maternité sans risques ». Mais les réponses de nombreux répondants montrent bien que des priorités n'ont pas encore été fixées au niveau national. Certains répondants indiquent que les priorités sont établies en fonction de la disponibilité d'un financement des bailleurs de fonds. Selon un répondant, « les choses se déroulent comme s'il n'y avait pas de plan. Si tel domaine a de l'argent, c'est tout ce qu'il faut pour qu'un responsable déclare le domaine prioritaire ».

« Tout se passe comme s'il n'y avait pas de plan. Il suffit qu'il y ait de l'argent dans un domaine donné pour qu'un dirigeant prenne l'élément en question comme prioritaire. »

Répondant, Cameroun

Côte d'Ivoire. Dès son Indépendance en 1960 jusqu'au début des années 90, la Côte d'Ivoire était un pays pronataliste. Le défunt Président Houphouët Boigny pensait que la Côte d'Ivoire avait suffisamment de terres et de ressources pour faire vivre 50 millions d'habitants, soit une augmentation de l'ordre de dix fois par rapport à la population de cette époque. Selon un répondant du Bureau national de la population (BUNAP), les conclusions de la conférence de 1974 intitulée « Côte d'Ivoire : Perspectives 2000 » posaient les fondements de la première politique de population du pays. Celle-ci part du principe qu'une solide croissance démographique peut être bénéfique suite aux économies d'échelle malgré les coûts sociaux qu'une telle croissance entraîne.

Pendant cette période pronataliste, le seul programme de planification familiale du pays était celui de l'Association ivoirienne de bien-être familial (AIBEF) créée en 1979 en tant que membre de la Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF). Dès le moment de sa création jusqu'en 1990, l'AIBEF intervenait à l'arrière plan et rencontrait pas mal de résistance dans son chemin. L'Association a commencé à recevoir un plus grand soutien au début des années 90, menant à la CIPD. Lors de cette époque, le gouvernement a signé un projet bilatéral avec l'USAID confiant à l'AIBEF la mission de fournir des services de planification familiale à Abidjan et dans quatre capitales régionales.

La plupart des répondants ont indiqué que, pendant de nombreuses années, il était difficile d'obtenir le soutien des responsables pour les politiques de planification familiale à cause de la résistance au concept de limitation des naissances. Mais dans les années 90, la planification familiale devenait plus acceptable car ses défenseurs faisaient ressortir le lien entre planification familiale et santé maternelle et infantile. En 1993, le gouvernement mettait en place un programme national de planification familiale et, en 1994, une délégation de 19 personnes de la Côte d'Ivoire assistait à la CIPD. Ces actions témoignent bien de la volonté plus grande des représentants du gouvernement d'attacher plus d'importance aux questions de la santé reproductive.

Dans ce climat propice, une série de réunions a été organisée, dès novembre 1995, pour formuler une politique de population avec le soutien du FNUAP. Un atelier organisé en 1996 en vue de se pencher sur les recommandations de la CIPD, d'analyser les programmes existants et de formuler la *Politique nationale de population* a mené à l'adoption de la politique en mars 1997.

En avril 1996, la Côte d'Ivoire a adopté son premier *Plan national de développement sanitaire, 1996-2005*, suivant une série de réunions avec des experts de la Banque mondiale, des représentants officiels du Ministère de la Santé, des prestataires de services, des représentants d'ONG et du secteur privé et des dirigeants communautaires. Le plan définit le cadre institutionnel, les structures, les ressources humaines et financières, les programmes et les stratégies permettant d'atteindre les objectifs fixés dont ceux dans le domaine de la santé reproductive. L'objectif général est le suivant : « Améliorer l'état de santé et le bien-être de la population par le biais d'une meilleure adéquation

qualitative et quantitative entre l'offre de services de santé et les besoins fondamentaux de la population. »

Plusieurs programmes de santé reproductive sont sous le couvert du Plan national de développement sanitaire. Le Programme des soins de santé primaires garantit la prestation d'un ensemble de services essentiels au niveau communautaire. Le Programme élargi de vaccinations – programme vertical – vise à éradiquer la poliomyélite, à éliminer le tétanos néonatal et à lutter contre d'autres maladies infantiles. Le Programme national de santé infantile gère plusieurs programmes dont celui de la lutte contre les maladies diarrhéiques, la lutte contre les infections respiratoires aiguës et l'allaitement maternel et son but primaire est de lutter contre les maladies de l'enfance par le biais de la formation et de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant. Le Programme national de lutte contre le SIDA, les MST et la tuberculose a été mis en place en 1987 en réponse à l'épidémie du VIH. Son but, c'est de renforcer l'action sectorielle, d'encourager la mobilisation sociale et de promouvoir et soutenir les réponses communautaires. Les buts du Programme national de santé reproductive et de planification familiale sont en accord avec le *Plan national de développement sanitaire* et la *Politique nationale de population*.

D'autres progrès ont été faits en décembre 1998 quand le Parlement – en réponse aux efforts du Ministère de la Famille et de la Promotion de la Femme ainsi que de l'Association ivoirienne des droits de la Femme – a voté des lois interdisant l'excision et les mariages précoces forcés. Trois documents traitant de la santé reproductive ont été rédigés en octobre 1998 et approuvés en 1999 : *Politique des services de santé reproductive*, *Normes des services de santé reproductive* et *Programme national de santé reproductive et de planification familiale en Côte d'Ivoire*.

L'institution responsable de la formulation et de la mise en œuvre de la politique de population est le Ministère du Plan, avec l'assistance des organisations suivantes : le Conseil national de population (CONAPO), organe consultatif chargé d'aider le gouvernement à définir la politique de population et à suivre la réalisation des activités ; les conseils régionaux de population et le BUNAP qui est responsable de la coordination des travaux de formulation des politiques, stratégies et programmes de population.

La Direction exécutive du Programme national de santé reproductive et de planification familiale est la structure responsable de la formulation de la politique de

santé reproductive au sein du Ministère de la Santé. Le Ministère du Plan et d'autres départements ministériels sociaux collaborent avec des organisations de coopération bilatérale et multilatérale, des organismes d'exécution et des ONG au niveau de la formulation des activités de santé reproductive.

Cherchant à définir la santé reproductive, le Ministère de la Santé et le FNUAP ont organisé un Symposium national sur la santé reproductive en juin 1996 invitant à participer toute une gamme d'institutions gouvernementales et non gouvernementales. Le but du symposium était d'améliorer la connaissance du concept de santé reproductive et de ses volets en adoptant une définition opérationnelle adaptée au contexte ivoirien et faisant l'accord de tous. A la fin, le symposium a adopté la définition de la CIPD. Le nom du programme national, Programme national pour la santé reproductive et la planification familiale, rappelle explicitement à toutes les parties concernées que la santé reproductive ne peut pas être réduite à la seule planification familiale. Malgré les efforts faits pour faire participer tous les niveaux à la formulation de cette définition, les prestataires de service ont si mal compris le concept de la santé reproductive qu'ils ont continué à le confondre avec planification familiale. Un des représentants du gouvernement s'est exprimé ainsi : « Il y a eu des difficultés de compréhension à notre niveau mais aussi au niveau de nos interlocuteurs et publics cibles parce qu'on voit surtout l'aspect 'médical' mais pas les autres. »

Sans même toucher à la question de la définition, le principal problème que rencontre le programme national de santé reproductive ne se situe pas au niveau de la diffusion du concept de la santé reproductive tel qu'adopté à la CIPD mais davantage au niveau de la coordination entre tous les autres programmes responsables d'un ou plusieurs aspects de la santé reproductive. Les répondants n'étaient pas d'accord entre eux pour dire quelle était l'institution responsable de la coordination. Certains ont cité le Ministère de la Santé, d'autres la Direction exécutive du Programme national de santé reproductive et de planification familiale et d'autres encore le BUNAP. Le programme de santé reproductive pour les jeunes est un domaine d'importance critique au niveau duquel les Ministères de la Santé et de la Jeunesse doivent améliorer leur collaboration s'ils veulent le mettre en œuvre efficacement.

Aucun classement prioritaire de programmes ne ressort des documents du Symposium national de santé reproductive et du Programme national approuvé de

santé reproductive et de planification familiale. Toutefois, si l'on en juge d'après le soutien des bailleurs de fonds, les principales priorités semblent être la planification familiale (élément essentiel de la maternité sans risques), la lutte contre les MST/VIH/SIDA et la santé reproductive des jeunes.

Mali. Le premier programme de planification familiale au Mali a commencé en 1972 avec la création de l'Association malienne de la promotion et protection de la famille (AMPPF). Lors de ses premières années, l'AMPPF s'est consacrée essentiellement à l'IEC et aux activités de plaidoyer plutôt qu'à la prestation de services. Les services de planification familiale ont commencé à être dispensés après la Conférence d'Alma Ata en 1978 quand le gouvernement a adopté la Stratégie des soins de santé primaires et a intégré les services de planification familiale aux activités de SMI. Toutefois, les activités de planification familiale restaient entravés par la Loi française de 1920 interdisant l'avortement et la promotion de contraceptifs. Avec le temps, la situation a changé. La Loi reste en vigueur mais elle n'est plus appliquée et ne pose plus un obstacle pour les services de planification familiale. Par exemple, en janvier 1991, une lettre ministérielle autorisait les femmes en âge de procréer à utiliser la planification familiale sans le consentement des parents ou du mari (MSPAS, 1991).

La politique sectorielle de la santé et de la population (PSSP) adoptée en décembre 1990 apporte l'orientation politique et le cadre institutionnel pour les questions de santé et de population. Cette politique se fonde sur le cadre conceptuel de l'Initiative de Bamako : couverture sanitaire élargie, accessibilité des médicaments essentiels et participation communautaire (voir encadré, page 16). Adoptée en 1991, la *Politique de population* ébauche toutes les mesures qui doivent être prises par le Gouvernement pour influencer les niveaux et tendances des variables démographiques. Ces politiques précédaient la CIPD mais elles n'en contiennent pas moins un grand nombre des principes de la CIPD. Un répondant affirme que les éléments de la santé reproductive étaient déjà en place avant la conférence : « La CIPD n'est pas le point de départ, c'est le concept qui est nouveau. » Un autre se montre d'accord disant que, « ce qui a changé après la CIPD, c'est de voir que tous les éléments sont liés entre eux ».

Depuis la CIPD, de nouvelles politiques ont été formulées et les anciennes politiques ont été revues pour tenir compte de la nouvelle importance accordée à la santé reproductive. La PSSP a été renforcée et certains nouveaux éléments ont été rajoutés. Le nouveau

Programme prioritaire d'investissement en matière de population, 1996-2000, qui est le plan d'action pour mettre en œuvre la *Politique de population* de 1991 fait de la santé reproductive sa première composante. Les *politiques et normes de santé maternelle et infantile* ont été remplacées par les *Politiques, normes et procédures en santé reproductive et planification familiale* qui se concentrent sur la santé de la personne entière. Les partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux à tous les niveaux ont participé à la formulation des nouvelles directives qui ont été diffusées à grande échelle (bien qu'un répondant d'un bailleur de fonds signale que la diffusion était inadéquate au niveau sous-national).

La Direction nationale de la planification du Ministère de l'Économie, du Plan et de l'Intégration est la structure responsable de la mise en place et du suivi de la *Politique de population* de 1991. L'Unité de population a été créée au sein de la direction en 1983 afin d'examiner les questions de population. En 1993, une entité consultative, le Conseil national pour la coordination des programmes de population (CONACOPP) a été créé pour remplacer l'Unité de population. Le but principal de CONACOPP est de fournir conseils et suggestions pour tous les projets et programmes de population, pour l'application des politiques de population et pour la promotion des changements démographiques et économiques du pays. Des conseils de population ont également été planifiés aux niveaux décentralisés (région, cercle, arrondissement et commune) mais selon les répondants ces cellules décentralisées n'ont pas su remplir leurs rôles à cause du manque de fonds et du manque de connaissance de leur propre valeur.

La direction de la politique sanitaire a été confiée au Ministère de la Santé. Au niveau opérationnel, la plupart des aspects de la santé reproductive relèvent de la responsabilité de la Direction nationale de la santé publique, par l'intermédiaire de la Division de la santé familiale et communautaire. Le Programme de

développement sanitaire et social, 1998-2002, propose de créer une direction pour la santé reproductive. La coordination entre les intervenants dans le domaine de la santé reproductive s'avère problématique. Les structures de coordination fonctionnent dans une certaine mesure mais les rôles respectifs des ONG et des organismes publics ne sont pas clairement définis. La décentralisation administrative pourrait encore empirer le problème mais la question est reconnue comme prioritaire par tous les répondants et elle recevra probablement l'attention nécessaire.

Les documents et normes au Mali reposent sur une version légèrement amendée de la définition que donne la CIPD de la santé reproductive afin de tenir compte du contexte malien. Le concept de la santé reproductive au Mali recoupe un ensemble de mesures préventives, curatives et promotionnelles visant à améliorer les soins destinés aux groupes vulnérables dont « le couple mère/enfant, les jeunes et les adolescents afin de réduire la mortalité et la morbidité infantiles, juvéniles et maternelles et de promouvoir le bien-être de tous les individus ». Les répondants ont déclaré pratiquement à l'unanimité que tous les aspects de la santé reproductive sont traités à un niveau ou à un autre, exception faite de l'avortement qui est interdit par la loi dans tous les cas quand il n'est pas thérapeutique ainsi que les « questions des droits de la femme » qui « ne sont pas pris en compte nulle part » pour reprendre les mots de ce répondant.

Les priorités en matière de santé reproductive n'ont pas encore été identifiées officiellement au niveau national mais elles semblent s'attacher à la planification familiale et à l'élimination de pratiques nuisibles telles que l'excision. Certains répondants indiquent qu'il existe des tendances, par exemple le mouvement mondial contre l'excision, qui façonnent souvent les priorités car ce sont les thèmes obtenant la préférence des bailleurs de fonds. Nul doute, il faut se donner des priorités. Tel que le remarque un répondant, « le Mali est un pays où tout semble être une priorité mais peut-on déjà faire tout d'un seul coup et de la même manière ? »

Participation, Soutien et Opposition

La CIPD reconnaît le caractère essentiel de la participation de tous les partenaires de la santé reproductive pour une mise en œuvre réussie du Programme d'action. Dans les cinq pays, la plupart des répondants ont confirmé que des ONG et d'autres représentants de la société civile ont été invités à assister à des réunions aux niveaux national ou sous-national pour formuler des politiques et programmes dans le domaine de la santé reproductive. Mais certaines ONG pensent que le gouvernement n'est pas assez ouvert et que les occasions d'une véritable participation restent limitées. De plus, le gouvernement ne considère que les ONG sont de véritables partenaires concernant la planification et la réalisation des programmes de santé reproductive. Une contrainte souvent citée entravant une participation plus complète des ONG concerne les compétences relativement limitées de la plupart de ces organisations.

Le soutien pour la santé reproductive augmente même si certaines composantes se heurtent encore à une résistance. Par exemple, un grand nombre de groupes ne soutiennent pas la lutte contre l'excision ou la prestation de services de planification familiale pour les adolescents. En général, les représentants officiels et les politiciens semblent assez réceptifs aux programmes de santé reproductive mais leurs efforts sont entravés par le conservatisme social au niveau de la base et par l'opposition des groupes religieux.

Bénin. Selon des représentants du gouvernement béninois, la société civile a participé pleinement à la mise en place de politiques et de programmes de santé reproductive. Un répondant d'un organisme public indique que « les représentants d'ONG ont toujours été associés aux ateliers de formation organisés à l'intérieur ou à l'extérieur du pays pour être en mesure d'exploiter des informations utiles dans leur milieu d'intervention ». Selon un répondant du Ministère de la Santé, d'autres parties concernées telles que les dirigeants locaux et les bailleurs de fonds ont participé aux réunions en vue d'atteindre un consensus mais certaines ONG ont participé uniquement à titre d'invités et ne trouvaient pas qu'elles étaient engagées au niveau du processus car elles n'ont pas vraiment contribué à la mise en place de programmes nationaux. Par exemple, le document *Politiques et normes en santé familiale* a été formulé

entièrement par des représentants du gouvernement, les ONG invitées seulement à l'occasion de la présentation finale du document. Le fait que la plupart des ONG sont relativement nouvelles et qu'elles ont des capacités limitées entrave la pleine participation de ces organisations. La création du Réseau des ONG béninoises de la santé (ROBS) témoigne bien du souhait des ONG à s'unir dans le but de renforcer leur influence et efficacité.

Les opinions sont partagées entre le soutien et l'opposition à la politique de santé reproductive. Ceux qui s'y opposent invoquent la Loi française de 1920 toujours en vigueur au Bénin pour attaquer le programme. Un responsable du gouvernement indique notamment à cet égard que le clergé pense que « [...] l'utilisation des condoms est une porte ouverte à la débauche et à un encouragement à l'infidélité ». Selon certains répondants, le public n'est pas bien informé à propos des principes de la santé reproductive car la nouvelle politique n'est pas encore bien diffusée. Un répondant d'une ONG indique que « la volonté politique existe mais il y a un certain nombre de résistances sociales que la politique n'est pas disposée à attaquer ». Le soutien public se renforcera dans les années à venir et le contexte socioéconomique se développe en faveur de la santé reproductive. « La vie devient de plus en plus difficile et la situation économique dégradante invite la population à être un peu plus responsable en matière de procréation » indique un répondant du Ministère de la Santé.

« La volonté politique existe mais il y a un certain nombre de résistances sociales que la politique n'est pas disposée à attaquer. »

Répondant d'une ONG, Bénin

Burkina Faso. Un grand nombre de répondants venant d'ONG et d'associations civiles au Burkina Faso pensent que leur niveau de participation à la formulation des politiques est insuffisant. D'après eux, le

gouvernement ne les consulte que pour des questions précises et limitées relevant de la mise en œuvre ou de la recherche du financement. Les bailleurs de fonds et les répondants des organismes de coopération sont d'accord pour dire que le niveau de participation des ONG et de la société civile est insuffisant et que les organisations publiques refusent parfois la participation des ONG à la formulation des politiques, même quand le gouvernement pourrait bénéficier de l'apport de compétences des ONG. En revanche, de l'autre côté, un grand nombre des répondants appartenant aux structures du gouvernement affirment que les ONG sont régulièrement invitées à participer au processus dès le départ.

Au niveau national, le gouvernement soutient fermement la santé reproductive. Dans la *Déclaration de la politique générale du Premier Ministre* (juillet 1996), le gouvernement a pris l'engagement de promouvoir les actions d'IEC pour la prévention du SIDA, d'aider les orphelins du SIDA, de veiller à l'éducation des filles et d'améliorer la situation des femmes, des jeunes et des personnes âgées. L'Assemblée nationale du Burkina Faso avait participé à la CIPD et s'était engagée à promouvoir le statut des femmes et des filles. Dans le plan d'action de 1998 du Ministère de la Promotion de la Femme, les objectifs généraux sont structurés autour des aspects suivants : faciliter l'accès des femmes aux ressources, améliorer l'éducation pour les filles, améliorer la santé des femmes et protéger les droits de la femme. Le Président de la République a pris six engagements dont l'un traite de la promotion économique et sociale pour les femmes. La création de centres de formation et de production pour les jeunes filles dans la province de Sourou est une mesure concrète prise par le gouvernement pour répondre à ses engagements.

Toutefois, il n'existe qu'un faible soutien public pour la santé reproductive. Les interviews avec des dirigeants communautaires indiquent que le principal problème se situe au niveau du manque de connaissance et de compréhension face à la santé reproductive. Les dirigeants ne s'opposent pas aux activités en matière de santé reproductive s'ils les comprennent.

Cameroun. Depuis la CIPD, une pléthore d'ONG intervient dans le domaine de la santé reproductive, phénomène expliqué par l'assouplissement des lois en 1990 concernant la création des associations ; par un financement plus important accordé à la santé reproductive ; et par l'encouragement des bailleurs de fonds qui apprécient la plus grande souplesse, la facilité administrative et la collaboration étroite avec la

communauté des bailleurs de fonds en comparaison avec le secteur public. Les ONG aident le gouvernement sur le terrain bien que certains répondants se montrent préoccupés par les problèmes de coordination. Selon un répondant du Ministère de la Santé, « les actions des ONG constituent une perte de temps s'il n'y a pas de coordination ». En réponse, le Ministère de la Santé avec le soutien du FNUAP a mis sur pied une unité pour superviser la coordination avec les ONG bien que certaines ONG se montrent préoccupées par les conflits d'intérêt avec le ministère.

Le soutien est mitigé en ce qui concerne la santé reproductive. Souvent le public confond la santé reproductive et la planification familiale, chose que de nombreux dirigeants communautaires appellent encore des efforts faits pour « empêcher les Africains de se reproduire » tel que l'explique un répondant. En effet, certaines personnes n'ont toujours pas d'attitude positive face à l'utilisation de condoms pour prévenir les MST et le SIDA car elles pensent qu'on essaye ainsi de les empêcher de procréer. La santé reproductive des adolescents est un autre domaine délicat. Tel que l'indique ce répondant d'une ONG, « selon de nombreux parents, parler des rapports sexuels aux adolescents expose les jeunes à une mauvaise conduite, {les parents} ne comprennent pas pourquoi il faut parler de la sexualité à leurs enfants ». De plus, les agents de santé sont souvent bien réticents quand il s'agit de services de santé reproductive pour les adolescents et les Arabes Choa, seul groupe ethnique au Cameroun à pratiquer l'excision refuse de mettre fin à la pratique.

La diversité religieuse du Cameroun ne permet guère de généraliser à propos de la position des dirigeants religieux concernant la santé reproductive. Les églises protestantes soutiennent toutes les politiques sanitaires du gouvernement et fournissent des services de santé reproductive dans leurs centres de santé. L'Eglise catholique est opposée aux éléments de la politique touchant à la contraception artificielle. Un grand nombre des dirigeants islamiques sont opposés aux programmes d'IEC qui parlent aux jeunes à propos de la sexualité et certains n'acceptent pas que les femmes utilisent un moyen de contraception.

Vu qu'il n'existe pas de politique claire en ce qui concerne la santé reproductive, pratiquement tous les répondants ont dit qu'il était bien difficile d'évaluer le niveau de soutien parmi les dirigeants nationaux pour la santé reproductive. Certains répondants pensent que les retards pris au niveau de la formulation d'une telle politique sont dus au manque d'engagement des

responsables. Un répondant d'un bailleur de fonds indique que, « certes, le gouvernement est impliqué. Mais le maximum est-il fait ? On a l'impression qu'il y a plus de discours que d'actions concrètes ». Au niveau régional, les administrateurs soutiennent les programmes de santé reproductive bien que les représentants locaux et régionaux soient nettement moins engagés, préférant ne pas toucher à ces questions délicates et courir ainsi le risque de se heurter à leur électorat.

« Certes, le gouvernement est impliqué. Mais le maximum est-il fait ? On a l'impression qu'il y a plus de discours que d'actions concrètes. »

Bailleur de fonds, Cameroun

Côte d'Ivoire. Depuis la CIPD, le nombre d'ONG en Côte d'Ivoire s'est multiplié et ces dernières participent activement à la formulation et à l'application de politiques de santé reproductive, s'entendent pour dire tant les répondants du gouvernement que ceux des ONG. Le gouvernement soutient notamment la participation des ONG. Il a créé une cellule au sein du Ministère de la Santé pour coordonner les activités des ONG et a octroyé plus de 750 millions de francs CFA (1,25 millions de dollars américains) aux ONG actives dans le secteur de la santé, selon certains répondants.

La plupart des répondants pensent que la participation de la société civile à tous les niveaux du processus (formulation, adoption et mise en œuvre des politiques et des programmes) est positive. Selon eux, les ONG ont un rôle à jouer au niveau de la mobilisation sociale, de l'IEC et des actions communautaires. Mais certains répondants conviennent qu'il existe des ONG qui cherchent surtout à s'enrichir ou qui ne disposent des compétences nécessaires pour faire le travail. Tel que l'indique ce répondant d'une ONG, « théoriquement, la participation des ONG est positive mais le problème, c'est que le manque de professionnalisme qui rend la confiance difficile ». En réponse, le réseau des ONG, Collecte des ONG actives en Côte d'Ivoire a organisé un atelier en février 1999 pour formuler un code de conduite pour les ONG et pour améliorer leurs pratiques.

Le secteur commercial est moins engagé que les ONG. Un représentant du secteur commercial se montre découragé car l'on n'invite guère à participer lors de la

formulation bien que tel ne soit pourtant pas le cas au moment de la mise en œuvre.

« Théoriquement, la participation des ONG est positive mais le problème, c'est que le manque de professionnalisme qui rend la confiance difficile. »

Répondant d'une ONG, Côte d'Ivoire

Le Programme national pour soins de santé primaires – Initiative de Bamako, démarré en 1992, encourage la participation communautaire. Selon le Plan national de développement sanitaire, le programme est le principal moyen de mettre en œuvre la nouvelle stratégie de santé, La santé pour tous en l'an 2000. Des comités de gestion ont été créés par décret afin de faire participer les communautés à la prise en charge de leur propre santé, en fonction des principes des soins de santé primaires. Jusqu'à présent, le programme a été exécuté intégralement dans neuf districts seulement couverts par l'UNICEF, le but étant toutefois de couvrir le pays entier.

Au niveau national, la Côte d'Ivoire ne connaît que peu d'opposition organisée à la santé reproductive. Les activités de sensibilisation organisées par l'AIBEF ont été tolérées dès le début à Abidjan. Mais quand il fut question d'étendre les activités de planification familiale à l'extérieur d'Abidjan, les adversaires de la planification familiale ont invoqué la Loi française de 1920. Pour beaucoup, la planification familiale voulait toujours dire limitation des naissances, concept provoquant une forte résistance, alors que celui de l'espacement des naissances était plus acceptable. Selon certains répondants, la principale résistance venait du monde médical qui soutenait la politique pronataliste de l'époque. Un prestataire de services indique que, au départ, le public se méfiait de la planification familiale sans toutefois s'y opposer. Au fil des ans, la situation s'est améliorée grâce à l'expérience et aux comptes rendus positifs de ceux utilisant les services de planification familiale.

Selon un répondant de l'AIBEF, les décideurs en Côte d'Ivoire s'étaient engagés à soutenir la santé reproductive en général. Le Président de l'Assemblée nationale, le Président de la République et le Ministre de la Santé ont indiqué leur soutien et ont pris des actions concrètes en signant un accord bilatéral avec l'USAID et

Initiative de Bamako

L'Initiative de Bamako est une stratégie visant à améliorer les soins de santé primaires dont la santé reproductive. Vu que les pays des cinq études de cas ont adopté l'initiative, il est bon de définir le cadre dans lequel les services de santé reproductive sont fournis. L'Initiative de Bamako comporte des implications importantes pour la participation communautaire à la prise de décisions, au financement et à la qualité des services.

Les Ministres de la santé africains ont lancé l'Initiative de Bamako en 1987 à Bamako au Mali lors d'une conférence réalisée sous les auspices de l'OMS et de l'UNICEF. Le but premier de cette initiative, c'est de vérifier que des soins de santé primaires de haute qualité sont disponibles pour la population entière à un tarif abordable. Les participants de la conférence étaient d'accord pour dire que la qualité des services de santé dans le secteur public n'était pas très bonne. Souvent, les centres de santé manquent de médicaments de base, l'infrastructure est mal entretenue, le personnel qualifié est en nombre limité et le personnel n'est pas motivé. Par conséquent, la fréquentation des services est faible et la population se tourne vers d'autres options (souvent peu fiables). En outre, les ressources étaient gaspillées à cause d'une mauvaise gestion et d'un manque d'efficacité.

L'Initiative de Bamako se concentre sur quelques stratégies clés pour améliorer la qualité des services de santé tout en améliorant l'utilisation efficace des ressources.

- *Les communautés contribuent financièrement à leurs propres services de santé, par le biais de services payants pour l'utilisateur, hypothèse voulant que même le pauvre sera prêt à payer pour des services de haute qualité. Le financement communautaire suffit pour couvrir toutes les dépenses de fonctionnement hors salaire.*
- *Les communautés participent à la prise de décisions touchant à leurs propres services de santé par l'intermédiaire de comités de santé élus localement.*
- *Les agents de santé villageois sont formés pour réaliser des activités communautaires.*
- *L'accent est mis sur la prestation d'un ensemble de services essentiels avec des interventions efficaces par rapport aux coûts et des médicaments essentiels génériques.*
- *Les services de santé sont fournis par le biais d'un système sanitaire décentralisé.*

A la fin de 1994, 33 pays surtout en Afrique avaient adopté l'Initiative de Bamako de pair avec des pays de l'Asie et de l'Amérique latine. Les cinq pays des études de cas mettent en œuvre à divers niveaux l'Initiative de Bamako. En 1992, la Côte d'Ivoire appliquait l'Initiative dans neuf districts en prévoyant de l'étendre à tous les 29 districts. Le Cameroun a également commencé à la mettre en œuvre dans cinq des 10 provinces. Au Bénin, le programme était intégré dans certains centres de santé dès 1988 et, en 1991, pratiquement tous les centres de santé périphériques participaient à l'Initiative. Au Burkina Faso, le Ministère de la Santé essayait à titre pilote en 1989 l'Initiative dans six provinces et en 1993, l'avait étendue à presque tous les postes et centres de santé. Le Mali compte le programme le plus vaste. Le cadre conceptuel a été élaboré en 1989 et il continue à être appliqué par le biais de la Politique de santé et de population sectorielle couvrant l'ensemble du pays.

En général, l'Initiative a eu un impact positif. Les évaluations montrent que l'utilisation des services a augmenté nettement suite à une meilleure qualité. Les formations sanitaires disposent davantage de médicaments de qualité et à faible coût et les ressources mobilisées par l'Initiative suffisent pour couvrir non seulement les dépenses de fonctionnement mais également d'autres activités sanitaires. Parallèlement, un certain nombre de défis se sont présentés que les programmes cherchent à relever. Les comités de santé communautaire ne reflètent pas toujours les vues des communautés et les femmes sont peu représentées. Les comités ne gèrent pas toujours de manière transparente leurs fonds et, si la qualité s'est nettement améliorée, surtout sur le plan de la disponibilité des médicaments, il faut pourtant procéder à plus d'améliorations encore.

en acceptant un soutien technique et financier du FNUAP. Ces engagements montrent que le gouvernement est ouvert aux programmes de santé reproductive.

Mais certaines questions qui affectent les pratiques traditionnelles telles que l'excision sont problématiques. Malgré la loi de 1998 interdisant l'excision, l'élimination de cette pratique ne suscite qu'un soutien très modéré car certains politiciens craignent de se mettre à dos leur électeur. Un répondant, un parlementaire, s'exprime ainsi : « Je veux bien voter pour la loi contre l'excision, mais qu'on ne me demande pas d'aller défendre de telles idées dans mon fief. Je suis sûr de ne pas être réélu ! » Outre l'excision, l'avortement reste encore très controversé bien que les soins post-avortement fassent partie intégrante du programme national de santé reproductive.

« Je veux bien voter pour la loi contre l'excision, mais qu'on ne me demande pas d'aller défendre de telles idées dans mon fief. Je suis sûr de ne pas être réélu ! »

Parlementaire, Côte d'Ivoire

Mali. Les ONG participaient aux services et activités de santé dans ce pays avant la CIPD mais la conférence a aidé à renforcer la participation des ONG à la formulation et surtout à la mise en œuvre des politiques. Le Mali est l'un des pays qui avaient inclus des représentants des ONG à la délégation officielle à la CIPD. Les ONG sont devenues des partenaires privilégiés et participent à toutes les étapes de la mise en place des politiques et programmes de santé reproductive. Elles sont regroupées sous le couvert du réseau malien, Groupe Pivot/Santé Population, qui facilite la coordination et la participation à tous les niveaux (formulation de politiques, approbation de documents, réalisation de programmes, recherche opérationnelle et évaluation). Outre les ONG, le secteur commercial privé (cabinet et clinique, associations de médecins et de pharmaciens privés etc.) est un partenaire de la santé reproductive mais il participe moins à l'aspect formulation de politiques.

La participation communautaire s'est élargie depuis la mise en œuvre de la *Politique sectorielle de santé et de population* qui autorise les communautés à gérer les

questions relevant de leur santé, notamment de leur santé reproductive. Les fédérations des associations de santé communautaire participent à la formulation et à l'approbation des politiques et programmes.

Les interviews réalisées pour l'étude de cas mettent à jour une opposition persistante face à certains aspects de la santé reproductive tels que les programmes destinés aux jeunes et la lutte pour éradiquer l'excision. De plus, la discussion de la sexualité reste tabou. Les répondants ont indiqué que, si un grand nombre de dirigeants islamiques s'opposent de manière véhémente à certains aspects de la santé reproductive, d'autres par contre la soutiennent. Tous les répondants ont mentionné que l'Union nationale des femmes musulmanes du Mali est opposée à l'élimination de l'excision. Opposition qui toutefois n'a pas empêché le gouvernement d'adopter des plans d'action concernant la santé reproductive. Un répondant s'exprime au nom de maints autres qui sont d'accord avec lui quand il dit : « Il y a une sorte de résistance pour certains aspects : les vieux, par exemple, disent qu'ils ne peuvent plus changer leur attitude par rapport au problème de l'excision et il faut qu'on sensibilise les jeunes. »

Les attitudes d'un grand nombre de groupes religieux ont changé. Auparavant, il existait une opposition acharnée de plusieurs groupes à la planification familiale et maintenant, certains ont été gagnés à la cause de la planification familiale qu'ils défendent de toutes leurs forces pour les couples mariés. Les programmes de santé reproductive encouragent la participation des groupes religieux et ont même organisé la participation de membres féminins et masculins des groupes à des visites d'études dans d'autres pays islamiques ayant de solides programmes de planification familiale (Iran, Egypte, Indonésie et Niger (dans le cadre du Forum de santé reproductive et Islam en Afrique)) afin de prendre connaissance de l'expérience faite par d'autres.

Les décideurs sont bien informés sur les questions de la santé reproductive et soutiennent le concept du moins dans la mesure où ils ont organisé un grand nombre de forums et d'ateliers sur la santé reproductive depuis la CIPD. Les hautes sphères politiques (à savoir le Président de la République, le Ministre de la Santé, le Ministre de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille) soutiennent tous le *Programme d'action* de la CIPD, outre divers autres projets et programmes de santé reproductive. Par conséquent, si la population hésite, les hauts responsables eux sont engagés à la cause de la santé reproductive.

Mise en œuvre des politiques

Même si tous les buts de la CIPD ne sont pas atteints, les cinq pays sont passés à l'action sur le terrain pour concrétiser et appliquer les résolutions de la CIPD et du Forum d'Ouagadougou. Au niveau opérationnel, plusieurs programmes ont été mis sur pied pour atteindre des groupes spécifiques, surtout les jeunes et les adolescents. De plus, la santé reproductive est placée de plus en plus dans le contexte élargi de la question des considérations de genre et certains pays ont pris des mesures pour améliorer le statut de la femme grâce aux programmes d'éducation des filles.

Le gouvernement fournit encore la plupart des services de santé reproductive mais les ONG occupent à présent une position prédominante dans des domaines tels que les programmes pour jeunes, les droits de la femme et la lutte contre l'excision. Les répondants reconnaissent les contributions importantes des ONG mais ils notent également les difficultés rencontrées pour coordonner les interventions entre le gouvernement et le nombre croissant des ONG.

Dans l'esprit de l'Initiative de Bamako (voir encadré, page 16), tous les pays ont cherché d'une manière ou d'une autre à accroître la participation communautaire à la gestion des services de santé du secteur public. Dans certains pays, la participation n'existe véritablement que dans quelques districts. Le Mali est le pays qui est allé le plus loin pour sensibiliser et responsabiliser les communautés sur l'ensemble du pays pour qu'elles gèrent leurs propres services de santé.

L'une des recommandations du Caire est d'intégrer les services afin d'accroître l'efficacité des programmes de santé reproductive et de mieux répondre aux besoins des clients en offrant des services de santé reproductive en même endroit et au même moment. Malheureusement, un grand nombre d'obstacles ont empêché de faire de l'intégration des services une réalité surtout au niveau périphérique. Néanmoins tous les pays sont en train de faire des progrès, formant notamment le personnel infirmier pour qu'il puisse fournir toute une gamme de services.

Bénin. Le Ministère de la Santé a mis sur pied un programme de santé reproductive coordonné par la DSF et qui repose sur deux objectifs de la *Politique nationale*

de Population de 1996 (espérance de vie plus longue et parenté responsable), sur les résultats de l'EDS de 1996 et sur les recommandations de la CIPD et du Forum d'Ouagadougou. Le programme a quatre éléments :

- Santé de la femme dont la maternité sans risques et les soins gynécologiques ;
- Santé des enfants dont les services de néonatalogie et consultations pour bébés ;
- Santé des jeunes dont l'éducation à la vie familiale, les soins de santé reproductive et la création d'un environnement pour les jeunes favorisant l'approche genre ;
- Santé des hommes en sensibilisant aux responsabilités des hommes concernant la santé reproductive des hommes et la prise en charge des problèmes et cancers des organes génitaux.

En outre, le programme ébauche des activités qui aideront à atteindre les objectifs classés sous les quatre éléments. S'agissant notamment de la planification familiale, de la lutte contre les MST/VIH/SIDA, de la promotion nutritionnelle et de la lutte contre les pratiques pouvant nuire à la santé reproductive (surtout l'excision). Les volets complémentaires sont les suivants : assainissement, protection de l'environnement, alphabétisation, éducation notamment pour les filles et sensibilisation face aux questions de population.

Des entités publiques telles que le Programme national de lutte contre le SIDA, les centres publics de santé et les centres de promotion sociale fournissent les services. De plus, l'ABPF et maintes autres ONG fournissent des services de santé reproductive ou réalisent des campagnes d'IEC surtout dans les régions où la couverture du secteur public est insuffisante. Les structures publiques offrent des services généraux intégrés. Par exemple, un centre de maternité public offre des services de base de SMI (soins prénatals et postnatals, accouchement et vaccinations), des services de planification familiale et des activités d'IEC. Les ONG interviennent plus souvent dans des domaines spécifiques tels que la planification familiale, bien qu'à cet égard l'ABPF soit une exception offrant toute une gamme de services : planification familiale, soins prénatals et services de santé reproductive pour les jeunes, y compris leur prise en charge psycho-sociale.

Toutefois le bilan de la situation en général est le suivant : la mise en œuvre des programmes avec une nouvelle orientation de santé reproductive n'a pas beaucoup progressé. Une première étape nécessaire est de sensibiliser davantage les prestataires de services à la santé reproductive et ensuite, d'apporter une formation supplémentaire en santé reproductive à de tels prestataires.

Les répondants ne sont pas d'accord sur les avantages de l'intégration des services et du niveau d'intégration atteint jusqu'à présent. Certains répondants expliquent le désaccord en indiquant que le concept de l'intégration dans l'optique de la CIPD n'est probablement pas compris par tous.

Au niveau du gouvernement, le Ministère de la Santé et plusieurs autres ministères participent aux activités de santé reproductive coordonnées par la DSF. Par exemple, le Ministère de la Jeunesse collabore avec la DSF dans le cadre de deux autres projets. Un représentant officiel de la DSF collabore avec un représentant officiel du Ministère de la Jeunesse pour réaliser des activités dans le domaine de la santé des jeunes, par exemple la création de centres pour jeunes.

Burkina Faso. « En général, en ce qui concerne les politiques et stratégies de santé reproductive au Burkina, on a tendance à ce que tout soit théorique car si on ne part pas des moyens existants pour développer les stratégies et objectifs, des écueils apparaissent et il n'y a pas de suivi. » Malgré les difficultés rencontrées par les répondants, des progrès ont été faits et de nouvelles politiques ont été intégrées aux directives. Depuis la CIPD, le gouvernement accorde une grande importance à l'éducation des filles cherchant à diminuer le taux d'analphabétisme. Il se tourne également vers les considérations de genre, l'éducation à la vie familiale et les droits humains. De plus, des ouvrages scolaires ont été revus pour éliminer les stéréotypes sexistes et des écoles satellites ainsi que des centres d'éducation non formelle ont été ouverts avec un système de quotas obligatoires (50% réservé pour les filles.) D'autres initiatives ont été prises dont les centres de formation et de production pour les jeunes filles et la révision du Code pénal en 1996 afin d'inclure l'emprisonnement à l'encontre de la pratique de l'excision.

Outre les diverses actions gouvernementales, plusieurs bailleurs de fonds ont participé à la réalisation de projets. Par exemple, le FNUAP appuie depuis toujours les programmes de population et de santé reproductive. L'OMS a aidé le Gouvernement à formuler

la *Stratégie nationale pour la maternité sans risques*, un programme pour les jeunes, une évaluation des besoins en santé reproductive et le programme de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME). CONAPO réalise une recherche en matière de santé reproductive dont la planification familiale, la santé des jeunes et les services communautaires. L'UNICEF met sur pied des activités pour améliorer le statut des femmes et des adolescentes et pour promouvoir les soins obstétricaux d'urgence et la santé des enfants. La GTZ participe activement à la recherche en matière de planification familiale et aide à mettre au point un programme de formation pour la planification familiale et les services communautaires. La Banque mondiale est active par le biais du Projet de population et de lutte contre le SIDA visant à diminuer la fécondité et à enrayer la propagation du SIDA. L'USAID intervient par le biais du Projet SFPS qui met au point des modèles pour les services de haute qualité et l'agence participe également à la réalisation de documents nationaux, par exemple la révision des normes et standards.

« En général, en ce qui concerne les politiques et stratégies de santé reproductive au Burkina, on a tendance à ce que tout soit théorique car si on ne part pas des moyens existants pour développer les stratégies et objectifs, des écueils apparaissent et il n'y a pas de suivi. »

Répondant, Burkina Faso

De nombreuses ONG et associations au Burkina Faso jouent un rôle très important au niveau de la formulation et de la réalisation des programmes de santé reproductive. Cherchant à coordonner leurs activités, elles sont regroupées sous le couvert du Secrétariat permanent des ONG et du Bureau de Suivi des ONG.

Généralement, le secteur public fournit les services de SMI et de planification familiale. Exception faite du secteur pharmaceutique dont le champ d'action se limite essentiellement aux grandes villes, le secteur à but lucratif et à but non lucratif n'est que peu développé. Le marketing social est une stratégie récente qui se concentre pour le moment sur la distribution des condoms et sur la thérapie de réhydratation orale. Les contraceptifs oraux et parfois les injectables sont vendus sur le marché sans ordonnance, signe qu'il existe une demande non satisfaite.

L'ensemble de services essentiels aux divers niveaux de la pyramide sanitaire comprend les services de SMI et de planification familiale. Mais l'intégration des services n'est pas chose facile surtout au vu de toute la gamme de services dont devra disposer le personnel de santé. Un responsable au Ministère de la Santé indique : « Comment allons-nous intégrer toutes ces notions de santé reproductive qui font appel à des compétences dans des domaines si différents ? » Par conséquent, un grand nombre de structures offrent encore des services à des jours différents bien que l'on note un certain progrès fait vers l'intégration. RESAR a mis en place une approche intégrée qui fournit des soins post-avortement de haute qualité et des méthodes contraceptives modernes. L'effort est en train de rapporter des résultats positifs. L'ABBEF et la DSF, avec l'assistance financière du FNUAP, ont organisé des services de conseils pour les jeunes qui en sont encore à l'étape expérimentale. Les services pour les jeunes sont rares mais les discussions sont déjà bien avancées pour les intégrer à d'autres structures telles que les centres cultures faisant partie du Ministère de la Jeunesse et des Sports, les Centres de formation des jeunes agriculteurs relevant du Ministère de l'Agriculture ou d'autres établissements du Ministère des Enseignements secondaire et supérieur.

Il existe diverses contraintes entravant une mise en œuvre efficace des programmes de santé reproductive. Au niveau clinique, le personnel est très mobile et peu motivé, l'exécution des programmes de santé reproductive n'est guère suivie et les prestataires de services manquent d'information sur la santé reproductive. Les ressources financières, l'infrastructure et les fournitures sont inadéquates. Au niveau communautaire, les pratiques culturelles telles que l'excision, les croyances religieuses interdisant l'utilisation de condoms et le faible statut social des femmes en général sont autant de freins ralentissant les améliorations dans le domaine de la santé reproductive. De plus, l'extrême pauvreté d'un grand nombre de bénéficiaires rend le coût des services prohibitif.

Cameroun. L'adoption de politiques sanitaires au Cameroun n'a pas été suivie d'un plan d'action ou de stratégies sectorielles adéquates. Par exemple, les normes des services de SMI et de planification familiale n'ont pas été étendues à d'autres domaines de la santé reproductive tels que les MST/SIDA, les soins post-avortement, les infections génitales ou les maladies comme le cancer. Néanmoins, le manque d'un plan d'action n'a pas empêché la réalisation des programmes sur le terrain. Par exemple, les contraceptifs sont à présent disponibles sur l'ensemble du pays et le nombre

de structures privées offrant des services de planification familiale a augmenté. La lutte contre les MST/SIDA s'est faite plus intense au même titre que les programmes de vaccination contre la poliomyélite. C'est surtout au niveau central que des progrès ont été réalisés dans la lutte contre les cancers gynécologiques. Le matériel d'IEC est utilisé pour sensibiliser les hommes aux questions liées à la santé reproductive et au rôle des hommes à ce niveau et le personnel suit une formation pour être capable de fournir une gamme plus vaste de services de santé reproductive.

Les cliniques publiques fournissent l'essentiel des services de santé reproductive. Les services à base communautaire ne sont pas encore très développés. C'est par le biais des programmes de marketing social que sont distribués les condoms et la pilule et, depuis mars 1999, la thérapie de réhydratation orale. De plus, plusieurs ONG fournissent des services de santé reproductive, par exemple l'organisation affiliée à l'IPPF, à savoir la Cameroon National Association for Family Welfare qui fournit des services intégrés pour la contraception et organise des activités dans les centres pour jeunes de quatre villes, offrant services de conseils, soins prénatals et prise en charge des MST. Le secteur privé, à but lucratif et à but non lucratif, est très développé et gère de nombreuses cliniques privées ainsi que des hôpitaux affiliés à des groupes religieux.

Les structures sanitaires sont organisées de sorte à fournir un nombre maximum de services dont a besoin la population. *Les Normes des soins de santé maternelle et infantile et de planification familiale* stipulent que les services doivent être intégrés. De fait, ils sont forcément intégrés dans des centres de santé où l'infirmière dont les compétences sont polyvalentes doit s'occuper de tout elle-même car elle travaille souvent toute seule. En outre, vu qu'il faut des généralistes pour dispenser l'ensemble des services essentiels, le gouvernement est en train d'apporter une formation au personnel. Actuellement, presque 22% des points de services fournissent des services intégrés de planification familiale et presque 40% traitent la diarrhée, les infections respiratoires aiguës et fournissent des services de vaccination et de suivi du nouveau-né, selon un représentant du Ministère de la Santé.

L'inadéquation de l'infrastructure et des ressources et l'insuffisance et la distribution inégale du personnel font qu'il est difficile de fournir la gamme complète des services. D'autres contraintes existent telles que les barrières socioculturelles, les attitudes communautaires et religieuses face à la santé reproductive des adolescents

et les barrières légales telles que l'absence d'un cadre juridique exigeant aux prestataires de fournir des services aux adolescents.

Côte d'Ivoire. Au niveau opérationnel, tant le Plan triennal pour la population que le Plan triennal d'action pour le développement des femmes sont en train d'être formulés en Côte d'Ivoire. Les plans sont achevés et mis à l'œuvre partiellement en ce qui concerne le Plan d'action pour le programme élargi de vaccinations, la Stratégie pour la prise en charge des maladies de l'enfance et le Plan d'action national pour la lutte contre le SIDA, les MST et la tuberculose. Le Programme national de santé reproductive et de planification familiale est en train de réaliser diverses activités. Le Projet de développement des services sanitaires intégrés est mis en action par le biais de l'application de l'ensemble des services essentiels au niveau périphérique et le renforcement simultané des programmes nationaux prioritaires pour la planification familiale (confiés à l'AIBEF) et la lutte contre les MST/VIH/SIDA (relevant de la mission du Programme national de lutte contre le SIDA, les MST et la tuberculose).

En 1996, la Côte d'Ivoire gérait 1.364 établissements de santé publique. De plus, le secteur privé détenait 53 hôpitaux et cabinets, 82 entreprises avec un service médical et 212 services infirmiers privés. Seuls 3 à 4% des structures du secteur public ont intégré la planification familiale à leurs services bien que le Programme national de santé reproductive et de planification familiale envisage d'introduire progressivement les services de santé reproductive à toutes les unités de santé publique. Actuellement, l'AIBEF fournit l'essentiel des services de planification familiale et de lutte contre les MST/SIDA par le biais de ses propres centres et des services de planification familiale dans certains centres publics. Le Ministère de la Santé et la Banque mondiale ont choisi l'AIBEF pour fournir les services de planification familiale dans les zones rurales dans le cadre du Projet de développement des services sanitaires intégrés. L'AIBEF gère neuf centres et soutient des activités de planification familiale dans 15 hôpitaux du Ministère de la Santé et 87 points de distribution du Ministère. L'Association se charge également de la distribution communautaire dans plusieurs emplacements. Le programme de marketing social, réalisé par Population Services International, est une autre source de services, offrant des condoms, des contraceptifs oraux et une solution de réhydratation orale.

La Côte d'Ivoire et des bailleurs de fonds tels que le FNUAP ont mis sur pied des projets dont un projet pour les jeunes dépendant du Ministère de la Jeunesse, un projet d'éducation à la vie familiale avec le Ministère de l'Éducation et un projet de santé reproductive avec les forces armées. Les prestataires de services ont reçu une formation portant sur les soins post-avortement et le traitement des infections du tractus génital et le diagnostic sur syndrome des MST est intégré à l'ensemble des services essentiels. De plus, le gouvernement est en train de mettre en place un programme pour la prévention de l'excision bien que les activités n'aient pas encore démarré.

Plusieurs contraintes entravent la bonne marche des activités de santé reproductive. Les services de santé sont concentrés au sud de la Côte d'Ivoire, surtout à Abidjan la capitale et la couverture dans le nord du pays est insuffisante. Le personnel de santé n'a pas reçu une formation adéquate et ceux qui ont suivi la bonne formation ne dispose pas des fournitures et du matériel nécessaire pour faire leur travail. Les facteurs socioculturels se mettent souvent en travers du chemin. Par exemple, 70% des femmes en Côte d'Ivoire ne savent pas lire (Banque mondiale, 1998) et, par conséquent, elles n'ont guère accès à l'information sur la planification familiale. Elles sont exposées aux rumeurs et informations erronées et entretiennent maintes fausses croyances sur les dangers de la planification familiale. Certains programmes dont ceux pour les jeunes sont controversés et se heurtent à de la résistance. Enfin l'action décisive pour mettre en œuvre les politiques n'est pas toujours présente, tel que l'on note dans les mots de ce répondant : « Il y a trop d'hésitation pour la mise en œuvre. »

Mali. Tel que déjà mentionné, la *Politique sectorielle de santé et de population* que s'est donné le Mali en 1990 trace l'orientation générale du secteur de la santé y compris la santé reproductive. Un plan de 10 ans pour le développement social et la santé (Plan décennal de développement sanitaire et social, 1998-2007) et un programme quinquennal (Programme de développement sanitaire et social, 1998-2002) ont été formulés pour aider à mettre en œuvre la *Politique sectorielle de santé et de population* avec ses composantes sur la santé reproductive. Des plans et programmes afférents aux divers aspects spécifiques de la santé reproductive ont également été formulés ou revus depuis la CIPD, y compris des plans de lutte contre le SIDA et les MST et pour l'élimination de l'excision ainsi que les programmes de soins périnataux et de soins intégrés pour les maladies de l'enfance.

Dans le cadre de la *Politique de santé et de population*, le Mali accorde une très grande importance à la décentralisation des services de santé. Partant du niveau communautaire, chaque niveau de la pyramide de santé comporte un rôle bien défini :

- Les groupements villageois et les quartiers urbains fournissent un ensemble de services essentiels et de gestion communautaire des centres de santé ;
- Le niveau cercle est responsable des aiguillages primaires, du premier niveau ainsi que de la planification et de la gestion ;
- Le niveau régional prend en charge les aiguillages secondaires et apporte une assistance technique aux cercles ; et
- Le niveau national est responsable de l'orientation et de la planification stratégique, de la définition des normes et les procédures, ainsi que de l'évaluation.

La participation communautaire est une stratégie essentielle pour améliorer l'accès aux services de santé. Le Projet de santé, de population et d'hydraulique rurale a été réalisé pour mettre en œuvre la *Politique sectorielle de santé et de population* se concentrant sur l'expansion de la couverture sanitaire, la disponibilité des médicaments, la participation communautaire et l'approvisionnement en eau. Un volet important du Projet est celui de la construction des centres de santé communautaires qui sont construits et équipés avec des ressources combinées de l'état et de la communauté, gérés par les comités communautaires et maintenus par le biais du recouvrement des coûts. En l'espace de cinq ans, 374 centres de santé communautaires ont été construits ou rénovés dans le cadre du projet, avec 300 en plus prévus dans les cinq années à venir.

Les secteurs public et privé (ONG, associations communautaires, cliniques religieuses et privées) réalisent des activités. La libéralisation des réglementations régissant la pratique de la médecine privée avant la CIPD a favorisé la croissance du secteur privé. Les ONG sont particulièrement actives en ce qui concerne les projets se rapportant à la santé reproductive des adolescents et à l'élimination de l'excision.

Le gouvernement du Mali avait déjà commencé à intégrer les services avant la CIPD. Il a mis en place un système d'intégration spatiale avec une description précise des positions et obligations des prestataires de

services. Les politiques, normes et procédures ont été revues et des progrès ont été faits vers l'intégration bien que le niveau optimal n'ait pas encore été atteint car, tel que l'exprime ce répondant : « Les structures sont inadéquates pour intégrer tous les nouveaux aspects. » Un autre répondant parle « d'insuffisance de personnel et de formation ». Un autre répondant dit que la planification familiale, les visites post-natales, le dépistage des MST, le suivi des nouveau-nés et les vaccinations sont des services intégrés qui sont offerts par le même personnel dans les mêmes endroits. Au niveau périphérique, les centres de santé communautaires disposent des capacités techniques pour fournir l'ensemble des services essentiels dont les activités curatives, préventives et promotionnelles. Le personnel a reçu une formation portant sur la santé reproductive, surtout la planification familiale.

La mauvaise coordination des interventions est une contrainte entravant la bonne marche des programmes de santé reproductive. Plusieurs répondants ont mentionné que les ONG aident l'Etat à fournir des services mais la coordination s'avère difficile entre l'état et de nombreuses ONG. Tel que l'indique un répondant au niveau régional : « {Les ONG} sont véritablement indépendantes et certaines ne veulent pas se référer aux structures étatiques et ceci crée parfois des conflits dans les rôles et les responsabilités. » Certaines régions ont essayé de traiter les problèmes de coordination en organisant des forums régionaux. Une autre contrainte se situe au niveau du personnel. Des efforts considérables ont été faits pour améliorer l'accès géographique aux services de santé mais le personnel est en nombre insuffisant avec simplement un médecin pour 17.000 habitants et une sage-femme pour 23.000 habitants. D'autres contraintes concernent l'inadéquation de l'infrastructure, l'insuffisance du financement et les facteurs socioculturels.

« {Les ONG} sont véritablement indépendantes et certaines ne veulent pas se référer aux structures étatiques et ceci crée parfois des conflits dans les rôles et les responsabilités. »

Répondant au niveau régional, Mali

Ressources financières pour la santé reproductive

Les cinq pays examinés dans cette étude de cas, surtout le Bénin, le Burkina Faso et le Mali sont des pays pauvres avec de faibles économies et, par conséquent, ils dépendent fortement du financement des bailleurs de fonds pour mettre en œuvre leurs projets. Exception faite de la Côte d'Ivoire, les pays n'ont pas de rubrique budgétaire spécifique pour la santé reproductive et il est donc difficile de déterminer la quantité que les gouvernements octroient à la santé reproductive. Pour les programmes de santé en général, les budgets de l'état sont faibles mais deux des cinq pays font des efforts notables pour augmenter leurs contributions à la santé. Le Mali a octroyé 10,8% de son budget national à la santé en 1996, dépassant ainsi les 10% recommandés par l'OMS. La Côte d'Ivoire n'a consacré que 8% de son budget à la santé mais a nettement augmenté sa part à la santé reproductive entre 1995 et 1997. C'est le Cameroun qui semble le moins engagé avec une contribution de moins de 5% de son budget aux programmes de santé.

Les principaux bailleurs de fonds et les organisations techniques participant aux programmes et projets dans le domaine de la santé reproductive sont le FNUAP, l'USAID, l'OMS, la Banque mondiale, la GTZ, l'UNICEF, le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) et l'IPPF. L'IPPF est une ONG internationale qui contribue au financement des associations nationales de planification familiale.

Les répondants reconnaissent certes l'importance critique du soutien des bailleurs de fonds mais certains se montrent préoccupés par une trop grande dépendance face aux bailleurs de fonds se demandant comment les programmes pourront continuer une fois que cessera le soutien étranger. Les répondants soulignent également combien il est important de faire une utilisation plus efficace des fonds pour mobiliser plus d'argent. Des efforts sont déployés pour améliorer la viabilité des programmes dans le long terme et renforcer le coût-efficacité dont il est question dans le cadre de l'Initiative de Bamako (voir encadré, page 16).

Bénin. Le financement du gouvernement de ce pays pour la santé reproductive reste faible. La plupart des répondants ont convenu que la quasi-totalité des activités de santé reproductive est financée par des bailleurs de

fonds. Toutefois, selon un répondant d'un centre de recherche et formation, « l'innovation la plus importante de la décennie 1990 est le financement communautaire et, en 1994, on estimait que 85% des formations sanitaires s'autofinanciaient par le biais de la gestion communautaire, la participation de l'état se limitant au paiement des salaires ».

Les principaux bailleurs de fonds et organisations techniques participant à la santé reproductive au Bénin sont le FNUAP, l'USAID et l'UNICEF. Viennent ensuite l'OMS, la GTZ, le PNUD, la Banque mondiale et l'IPPF. Par exemple, le FNUAP a donné au Bénin 10 millions de dollars dont cinq se destinaient à la santé reproductive dans le cadre du programme quinquennal devant se terminer en 1998. Toutefois, les contributions des bailleurs de fonds pour la santé reproductive ont augmenté depuis la CIPD. Certaines répondants critiquent par ailleurs l'absence d'une structure de coordination pour les bailleurs de fonds notant que le manque d'une telle structure entrave l'affectation efficace des fonds.

Les réponses de l'étude de cas du Bénin indiquent que la sous-utilisation des fonds disponibles imputable à la léthargie administrative est cause de vives préoccupations. Par exemple, la phase 2 du Projet d'IEC et de santé du Ministère de la Santé n'a pas été exécutée car les responsables n'ont pas été en mesure de faire une description des buts et du champ d'action du programme dans les délais indiqués. Un répondant signale une autre difficulté : « Les fonds octroyés par les bailleurs pour la santé reproductive ne sont pas toujours utilisés pour les activités. Dans certains cas, des projets du Ministère de la Santé n'ont pas été mis en œuvre à cause d'une mauvaise gestion ou d'une affectation peu efficace des ressources à des activités différentes de celles définies dans les termes de référence. »

Burkina Faso. Au Burkina Faso, le gouvernement a octroyé 19% de ses fonds aux secteurs sociaux en 1997 (Ministère de l'Economie et des Finances, 1998), somme proche donc des 20% recommandés par le Sommet mondial du développement social qui s'est tenu en 1995 à Copenhague. Le rapport d'activités du FNUAP concernant les octrois de ressources pour les activités de population estime que 5% environ du financement des

activités de population proviennent du gouvernement, 80% des bailleurs de fonds pour des projets réalisés en partenariat, 10% des ONG et 5% de diverses autres associations (FNUAP, 1998). Selon la conclusion du rapport, « En général, on note une faiblesse des ressources internes (état et ONG) pour le financement des activités de population. Si le gouvernement n'avait pas touché un crédit de la Banque mondiale et de Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW), la part des ressources internes aurait été faible. »

Les principaux bailleurs de fonds qui apportent un appui au Burkina Faso pour la politique de population sont la Banque mondiale et la KfW qui ont pris en charge respectivement 61% et 20% des dépenses totales pour les activités de population en 1997 (Ministère de la Santé, 1998). Les autres bailleurs de fonds sont les Nations Unies (FNUAP, PNUD, UNICEF, ONUSIDA), l'USAID (par le biais du Projet SFPS), les Pays-Bas, le Danemark, la Fondation Rockefeller et Family Planning Action International. Les ONG intervenant au Burkina Faso sont les suivantes : Save the Children, Plan International, World Solidarity, IPPF et le Population Council.

L'assistance des bailleurs de fonds est absolument essentielle pour démarrer les programmes de santé reproductive mais les répondants se montrent préoccupés du fait que les pays deviennent trop dépendants des sources externes et qu'ils n'arrivent pas à garantir la viabilité des programmes dans le long terme. Tel que l'indique un représentant d'une institution nationale : « Les projets financés par les bailleurs de fonds sont soit arrivés à terme, soit repris en charge de manière inadéquate par le gouvernement, soit ne pas exécuté du tout. » Le départ de l'USAID en 1995 en est un exemple édifiant. L'USAID avait assuré l'approvisionnement en produits contraceptifs mais, après le départ de l'agence, les structures nationales n'étaient guère prêtes à reprendre cette fonction et les ruptures de stock sont devenues plus fréquentes.

« Les projets financés par les bailleurs de fonds sont soit arrivés à terme, soit repris en charge de manière inadéquate par le gouvernement, soit ne pas exécuté du tout. »

Représentant d'une institution nationale,
Burkina Faso

Dans le cadre d'un effort visant à améliorer la viabilité des programmes de santé dont la santé reproductive, l'Initiative de Bamako a été lancée en 1993. Les buts étaient les suivants : mettre en place des paquets uniformes de médicaments essentiels, former le personnel de santé et les membres des comités de gestion et fournir à chaque centre de santé un paquet de médicaments et des outils de gestion. Un grand nombre de bailleurs de fonds dont la Banque mondiale ont soutenu la création d'une coopérative chargée des acquisitions de médicaments génériques. Au début, les résultats de la stratégie de recouvrement des coûts étaient excellents. La participation communautaire a augmenté et des revenus considérables ont été réunis. Mais des difficultés ont commencé à se présenter quand les responsables du programme ont accéléré les choses en 1994. La participation communautaire s'est relâchée, d'autres bailleurs de fonds se sentaient évincés par la Banque mondiale et ont abandonné et un manque de contrôle sur la gestion des fonds était à l'origine de détournement de fonds. Pour traiter ces problèmes, le Ministère de la Santé a créé 11 offices régionaux de la santé en 1996 pour remplacer les 30 anciens bureaux provinciaux dont on a reconnu qu'ils étaient incapables de gérer la situation.

Cameroun. Au Cameroun, le budget total du Ministère de la Santé pour l'exercice 1995-1996 était inférieur à 5% du budget national (Ministère de la Santé) soit le niveau le plus faible des cinq pays de l'étude de cas. Par conséquent, l'on peut dire que le gouvernement dépend fortement de l'assistance financière étrangère. L'aide internationale reçue en 1996 représentait 66% des dépenses totales au titre de la santé publique selon un répondant du Ministère de la Santé. Les fonds du gouvernement sont utilisés principalement pour la rénovation de l'infrastructure, le paiement des salaires et les dépenses de fonctionnement des formations sanitaires. La mise en place de programmes de santé reproductive est prise en charge essentiellement par les bailleurs de fonds. Le budget du Ministère de la Santé ne comporte aucune rubrique se rapportant à la santé reproductive. Tel que l'indique un représentant du Ministère de la Santé : « Nous n'avons pas d'intérêt particulier pour la santé reproductive. Ce n'est qu'une activité parmi tant d'autres au sein du ministère. » De fait, le financement des bailleurs de fonds pour la santé reproductive semble remplacer les fonds ministériels qui peuvent alors être utilisés pour des programmes moins attirants pour les bailleurs de fonds.

« Nous n'avons pas d'intérêt particulier pour la santé reproductive. Ce n'est qu'une activité parmi tant d'autres au sein du ministère. »

Représentant du Ministère de la Santé, Cameroun

Au Cameroun, les principaux bailleurs de fonds pour la santé reproductive cités par les informants clés sont le FNUAP, l'USAID et la Banque mondiale. Les autres bailleurs de fonds sont les suivants : l'UNICEF, le PNUD, l'OMS, la GTZ, l'Union européenne et la Fondation pour le développement africain. Plusieurs répondants ont critiqué les bailleurs de fonds pour leur manque de coordination.

Afin de vérifier la pérennisation des services, le gouvernement prend de plus en plus de mesures pour mobiliser les ressources internes, surtout en renforçant le recouvrement des coûts par le biais de l'achat de médicaments et le paiement des services dans les centres de santé. Certains hôpitaux ont même obtenu une dispense spéciale leur permettant d'utiliser 50% des revenus mobilisés localement. La participation communautaire a commencé à la fin des années 70 et a été renforcée depuis 1989 par le biais de l'Initiative de Bamako. Seulement, l'initiative a été mise en œuvre avec succès uniquement dans cinq des 10 provinces du Cameroun surtout dans la région anglophone, où la politique demande la participation communautaire à la gestion de la santé depuis l'époque coloniale. Au vu de cette longue tradition de la participation communautaire, le gouvernement n'a pas eu de mal à convaincre la population des provinces anglophones à accepter le principe de la participation. Par contre, l'initiative n'a pas aussi bien réussi dans les provinces francophones car les gens ont pris l'habitude de recevoir des soins gratuits.

La Province du Nord-Ouest est une région où la participation communautaire a réussi. En 1995, la Délégation provinciale de la santé a mis sur pied le Fonds de santé du Nord-Ouest auquel les communautés villageoises de chaque district font des contributions mensuelles ou annuelles pour financer les services de santé dans la province. Un prestataire indique que l'on ne peut pas compter sur les fonds du niveau central mais, « c'est grâce à ce fond que nos activités ne s'arrêtent pas souvent ». Les comités de santé élus localement sont responsables de la gestion du matériel, de l'équipement et des fonds provenant du recouvrement des coûts.

Côte d'Ivoire. Actuellement, le Ministère de la Santé touche plus de 8% du budget de fonctionnement général du pays. Mais il est difficile de déterminer la proportion des octrois du gouvernement allant tout spécifiquement aux programmes de santé reproductive car ces fonds sont surtout utilisés pour l'infrastructure et les salaires. Néanmoins, le budget pour le Programme national de santé reproductive et de planification familiale a nettement augmenté ces dernières années, passant de 3 millions de CFA en 1995 à 300 millions en 1996 et à 650 millions en 1997 (selon un répondant du Programme national de santé reproductive et de planification familiale). Les activités de l'AIBEF reçoivent un soutien de l'état par le biais d'une subvention annuelle de 200 millions de francs CFA. En 1998, autres ONG intervenant activement dans le domaine de la santé ont reçu 554 millions de francs CFA du Ministère de la Santé pour couvrir les dépenses de fonctionnement fixes.

Le gouvernement et les ONG font des efforts pour rendre les programmes viables dans le long terme par le biais du recouvrement des coûts. A l'AIBEF, les clients payent pour la première consultation (200 CFA). Les services de suivi sont gratuits mais il faut payer pour les produits. Dans d'autres structures, telles que l'Institut national de santé publique, le paiement est fait en fonction du type de service sauf dans le cas des activités de prévention (nutrition, vaccination et suivi des enfants) qui sont gratuites. La mise en œuvre de l'Initiative de Bamako dans neuf districts représente un autre effort fait pour accroître le recouvrement des coûts. Toutefois, le fait que les médicaments essentiels ne sont pas toujours disponibles et que les paiements ne sont pas toujours effectués ébranlent les fondements du système de recouvrement des coûts.

Il est possible d'évaluer le champ des interventions en fonction du niveau de financement en passant par des bailleurs de fonds ou programmes spécifiques. Dans le cadre du projet sur les services de santé intégrés, la Banque mondiale a accordé 13,5 millions de dollars pour le volet de santé reproductive et de lutte contre les MST/SIDA. Le FNUAP a contribué 12,5 millions de dollars dans le cadre de son programme d'assistance au gouvernement (1997-2001) dont 6,5 millions de dollars pour les activités de santé reproductive. Le projet régional de SFPS financé par l'USAID a accordé 40 millions de dollars entre 1995 et 2000 aux activités soutenant le développement et l'acquisition de compétences. Les autres bailleurs de fonds dans le domaine de la santé reproductive sont les suivants : Banque africaine de développement, Union européenne, UNESCO, OMS, UNICEF et les institutions de

coopération (France, Japon, Allemagne, Belgique, Etats-Unis et Canada).

Vu les niveaux importants de contributions faites par des gouvernements ou des bailleurs de fonds pour la santé reproductive, plusieurs répondants ont convenu que le problème principal ne se situe pas au niveau du manque de ressources mais plutôt au niveau de l'utilisation peu efficace de ces mêmes ressources. Tel que le signale un rapport récent : « La faible performance du système de santé public ne tient pas à une insuffisance du budget de l'Etat qui consacre une part importante de son budget de fonctionnement à la santé (environ 8% régulièrement). Il résulte d'un choix d'allocation des ressources affectées à la santé qui a privilégié jusqu'à présent le développement du niveau tertiaire et des services curatifs aux détriments des niveaux primaires et secondaires de la pyramide sanitaire » (Tapinos et al., 1998). De même, un répondant indique que l'octroi de ressources ne correspond pas toujours aux priorités tel que ce fut le cas avec un projet de santé sexuelle et reproductive pour les jeunes, qui « a commencé sans évaluation des besoins des jeunes parce que les gens étaient pressés d'obtenir un financement ».

Mali. Le Mali n'a pas de rubrique budgétaire consacrée à la santé reproductive mais les répondants conviennent de la place importante que détient la santé reproductive dans le budget général de la santé. Les octrois du gouvernement à la santé ont augmenté ces dernières années, passant de 9,6% du budget total en 1997 à 10% en 1998 et à 10,8% en 1999 (MSPAS, 1997-1999). De plus, le gouvernement finance certaines ONG telles que l'AMPPF et le Projet de santé, population et hydraulique rurale. Toutefois, la plupart des fonds dont disposent les ONG proviennent des bailleurs de fonds.

Les principaux bailleurs de fonds sont le FNUAP, l'USAID, l'UNICEF, l'OMS ainsi que des ONG et associations internationales (Plan International, Population Council). La plupart des répondants pensent que les ressources des bailleurs ont augmenté depuis la CIPD alors qu'en fait, elles ont diminué. La proportion

de fonds pour le secteur de la santé reçus des bailleurs de fonds a diminué, passant de 57,9% en 1997 à 46,7% en 1998 et à 35,3% en 1999 (MSPAS, 1997-1999) mais, vu que les contributions des bailleurs de fonds restent extrêmement importantes en termes absolus, le financement de la santé reproductive est encore très dépendant de l'aide étrangère. Le financement des programmes de planification familiale et de lutte contre le SIDA est généralement suffisant mais d'autres domaines de santé reproductive n'obtiennent pas beaucoup d'attention.

Pour continuer les projets une fois que cesse le financement étranger, le Mali à l'instar de tous les autres pays de la sous-région a mis en œuvre l'Initiative de Bamako. Il a essayé le recouvrement des coûts à la fin des années 80 mais le cadre conceptuel de l'Initiative n'a été formulé qu'en août 1989. A cette époque, les buts, objectifs et stratégies étaient donnés dans le *Plan de relance des soins de santé primaires – Initiative de Bamako : cadre conceptuel*.

La première étape de la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako était celle de la formulation et application d'un cadre directeur pour l'approvisionnement en médicaments essentiels, garantissant ainsi la disponibilité des médicaments essentiels même dans les structures périphériques. L'étape suivante concerne le développement et la négociation des cartes sanitaires par les services de santé au niveau cercle. Enfin tel que déjà mentionné, les centres de santé communautaires ont été créés avec la participation communautaire et le recouvrement des coûts et les systèmes d'aiguillage et de partage de coûts ont été établis dans chaque cercle.

Un répondant indique qu'il est non seulement important d'accroître les fonds mais aussi d'utiliser plus efficacement les fonds existants : « Le créneau santé est porteur et chacun le sait ; il y a eu un gaspillage des ressources financières par rapport aux résultats atteints. » Pour éviter les doubles emplois et les gaspillages, le nouveau Programme de développement sanitaire et social a été conçu pour fournir des services par le biais d'une approche de programme cohérente plutôt que par le biais de l'approche verticale et fragmentaire.

Récapitulatif et Conclusion

Il n'est guère surprenant que les cinq études de cas dégagent de nombreuses analogies. Après tout, les cinq pays partagent un même héritage colonial, possèdent un grand nombre des mêmes modes culturels et sociaux et se heurtent à certains problèmes économiques communs. Les pays sont en contact et participant aux mêmes conférences régionales qui aident à ébaucher leur cadre de politiques. Ils utilisent les politiques et programmes de leurs voisins comme modèles et consultent les mêmes experts techniques et représentants de bailleurs de fonds qui se déplacent sur l'ensemble de la région et appliquent les mêmes idées dans chaque pays. Mais malgré ces analogies, chaque pays a pourtant sa propre histoire, sa propre culture et son propre contexte politique, d'où des défis particuliers que doivent relever les cinq pays en s'armant d'approches qui seront donc forcément elles aussi différentes.

Le Tableau 2 montre les progrès faits par chaque pays en ce qui concerne la formulation et la mise en œuvre de politiques et programmes de santé reproductive. Le contexte des cinq pays limite la prestation de services de santé reproductive de haute qualité pour la majeure partie de la population mais ces pays ont pourtant fait des progrès importants, se donnant tous des politiques de santé reproductive. Exception faite du Cameroun, tous les pays ont organisé des ateliers suivant la CIPD pour diffuser le concept de la santé reproductive et se mettre d'accord sur la signification du terme dans le contexte de chaque pays. La Côte d'Ivoire est le seul pays qui a mis sur pied un programme spécifique à la santé reproductive alors que les autres pays ont intégré le concept aux nouveaux plans de santé et de population. Certains pays ont revu la politique nationale de population pour inclure la santé reproductive. Mais un grand nombre de répondants indiquent pourtant que les nouvelles politiques doivent être diffusées davantage et que le concept de la santé reproductive n'est pas encore bien compris, surtout à l'extérieur de la capitale.

Les études de cas montrent que les gouvernements demandent de plus en plus à la société civile de participer à la formulation et à la mise en œuvre des programmes de santé reproductive. Ces dernières années, le nombre des ONG en santé reproductive a nettement augmenté dans les divers pays. Toutefois l'efficacité d'une telle participation reste incertaine.

Plusieurs répondants citent à ce propos la faiblesse institutionnelle d'un grand nombre d'ONG. Pour leur part, plusieurs représentants des ONG indiquent que, même si on les invite à venir assister à des ateliers, l'invitation généralement est une pure formalité car ils ne sont pas inclus comme de véritables partenaires. Ceci limite leur participation effective.

Ce n'est que ces dix dernières années que le soutien politique pour les programmes de planification familiale s'est véritablement développé dans les pays en question. Ce soutien s'est renforcé car, d'une part, les dirigeants ont commencé à percevoir la planification familiale comme un élément critique de la SMI plutôt qu'un moyen de contrôler la croissance de la population et, d'autre part, ils ont compris les éventuelles conséquences négatives d'une croissance rapide de la population. Pour les dirigeants, il devenait également plus facile d'accepter le nouveau concept plus élargi et plus intégré de la santé reproductive avec la priorité qu'il accorde à la santé en général. Mais certaines composantes de la santé reproductive dont les services de santé reproductive pour les jeunes et les programmes d'élimination de la pratique de l'excision restent controversées et se heurtent à de l'opposition. De plus, un grand nombre de répondants indiquent que, même si les dirigeants politiques soutiennent la politique de santé reproductive, la population est en général conservatrice et reste en arrière. Les dirigeants religieux notamment ceux de l'Eglise catholique et de l'Islam se sont également opposés à certains aspects de la santé reproductive.

Peu de progrès ont été faits pour fixer des priorités en santé reproductive. Au fur et à mesure que les pays mettent en place des programmes de santé reproductive, ils essayent d'aborder les divers domaines dont il est question dans le *Programme d'action* de la CIPD sans évaluer systématiquement les domaines qui devraient recevoir la priorité. Quand des programmes nationaux épousent tous les volets de la santé reproductive sans fixer des priorités, chaque organisation doit par elle-même choisir ses propres priorités en fonction de ses propres perceptions. Il est très important de se donner des priorités au niveau national pour utiliser le plus efficacement possible les ressources limitées d'un pays en vue de soutenir des programmes qui en ont le plus besoin.

Tableau 2 : Progrès faits pour mettre en oeuvre les politiques et programmes de santé reproductive (SR) après le Caire, 1998

Pays	Adoption de la définition de la CIPD	Participation des parties concernées	Soutien parmi les parties concernées	Fixer des priorités parmi les éléments de la SR	Mise en œuvre des programmes de SR	Mobilisation des ressources pour la SR
Echelle de classement	++ adopté CIPD + vers la CIPD = aucun changement	++ élevée + partielle = faible	++ vaste + partiel = faible	++ entièrement fixées + partiellement fixées = pas fixées	++ complète + partielle/en cours = peu/pas de changement	++ solide + partielle = peu/pas de changement
Bénin	++	+	+	+	+	=
Burkina Faso	++	++	+	=	=	+
Cameroun	+	++	+	=	+	+
Côte d'Ivoire	++	++	+	=	+	++
Mali	++	++	+	=	+	++

Note : L'évaluation reflète le jugement des équipes d'étude locales.

Les cinq pays réalisaient déjà certains programmes de santé reproductive avant la CIPD mais le nouveau concept en ce domaine s'attache à des questions ou aspects qui auparavant ne recevaient guère d'attention. Ces aspects ont été intégrés à des politiques et programmes qui viennent d'être mis en place. Certains de ces projets plus récents s'attaquent à la pratique de l'excision ou fournissent des services de santé reproductive pour les jeunes et les hommes. De plus, une formation est donnée au personnel pour qu'il saisisse mieux cette nouvelle orientation de la santé reproductive et pour améliorer ses compétences afin qu'il puisse fournir une gamme plus élargie de services intégrés de santé reproductive.

Malgré ces efforts, la mise en œuvre efficace des programmes prend du retard sur l'aspect formulation des politiques. De nombreux problèmes se présentent à ceux essayant de faciliter l'accès de la population à des services de santé reproductive de haute qualité. Certains citent souvent des obstacles tels que le manque de personnel et la distribution inégale du personnel et de l'infrastructure en place (les deux étant généralement concentrés dans la capitale.) Parallèlement, des questions sociales, par exemple le faible statut des femmes et leur niveau d'instruction inférieure ainsi que les modiques revenus dont elles disposent sont autant de

freins qui constituent des sérieuses barrières à l'accès aux informations et aux services. La coordination déficiente est aussi un problème que empêche la bonne marche des programmes. L'approche intégrée à la santé reproductive demande la participation d'un nombre important d'intervenants qui doivent réaliser les diverses parties du programme. S'agissant notamment des représentants des ministères de l'éducation, de la santé et du plan, des bailleurs de fonds et des ONG. Tous les pays signalent que la coordination entre ces intervenants est problématique. Par ailleurs, un grand nombre de répondants indiquent que seules quatre années se sont écoulées depuis la CIPD et qu'il n'est donc guère surprenant que la mise en œuvre est encore incomplète. Au départ, les pays se sont attachés à la formulation de plans et politiques pour guider les interventions – processus qui maintenant est quasi-achevé. A présent, ils peuvent se tourner vers des interventions afin de traduire en actes concrets sur le terrain les recommandations relatives à la santé reproductive intégrale dont il est question dans les plans et politiques.

Les cinq pays ont des ressources financières limitées et dépendent fortement de l'assistance des bailleurs de fonds. Malgré ces contraintes, ils essayent de mobiliser des ressources internes pour la santé reproductive. Le Mali et la Côte d'Ivoire consacrent notamment une

partie très importante de leur budget à la santé en général et à la santé reproductive en particulier. Tous les pays mais surtout le Mali font des efforts pour mobiliser des ressources communautaires par le biais du recouvrement des coûts. Toutefois, outre la quantité de ressources, il faut également veiller à l'utilisation efficace des ressources.

En conclusion, tous les pays ont fait des progrès considérables pour mettre en place des politiques et programmes de santé reproductive et parallèlement ils sont devenus plus réceptifs à la participation de la société civile à la formulation de politiques. Les cinq pays ont

démarré des activités pour améliorer la prestation de services de santé reproductive mais il reste un chemin à parcourir sur le plan de la mise en œuvre. La pauvreté et le sous-développement sont des entraves importantes faisant qu'il devient encore plus important pour les pays de se donner des priorités et d'utiliser plus efficacement les ressources existantes. Les études de cas mettent en exergue la nécessité de continuer les efforts en vue de mettre en place un vaste soutien pour les programmes de santé reproductive, d'améliorer la coordination entre les parties concernées et de renforcer le nombre croissant d'ONG qui peuvent participer efficacement aux processus de mise en œuvre des politiques.

Annexe

Tableaux récapitulatifs de politiques et programmes dans cinq pays de l'Afrique francophone

TABLE A1. EXISTENCE OF POLICIES COVERING REPRODUCTIVE HEALTH IN FIVE FRANCOPHONE AFRICAN COUNTRIES, 1999

COMPONENTS OF REPRODUCTIVE HEALTH	COUNTRY				
	BENIN	BURKINA FASO	CAMEROON	CÔTE D'IVOIRE	MALI
Family planning	<p>1996: National Population Policy</p> <p>1996: National Maternal and Child Health, Family Planning, and Nutrition Program</p> <p>1999: Policy and Norms in Family Health</p>	<p>1991: National Population Policy</p> <p>1992: Policy and Standards for Maternal and Child Health/Family Planning</p> <p>1996: Reproductive Health Strategic Plan</p> <p>1997: National Strategy of Safe Motherhood</p> <p>2000: Revision of National Population Policy (draft)</p>	<p>1992: Standards for Maternal and Child Health/Family Planning</p> <p>1992: National Population Policy</p> <p>1996: Declaration of Health Policy</p>	<p>1999: Reproductive Health Services Policy</p> <p>1999: Reproductive Health Service Standards</p> <p>1999: National Program for Reproductive Health and Family Planning in Côte d'Ivoire</p>	<p>1991: Population Policy</p> <p>1990: Sectoral Health and Population Policy (revised post-ICPD)</p> <p>1996: Policies, Standards and Procedures in Reproductive Health/Family Planning</p> <p>In progress: National Reproductive Health Program</p>
Prenatal care	<p>1996: National Population Policy</p> <p>1997: Policy and Strategy for Development of the Health Sector, 1997–2001</p> <p>1999: Policy and Standards in Family Health</p>	<p>1992: Policy and Standards for Maternal and Child Health/Family Planning</p> <p>1994: National Program for Maternal and Child Health/Family Planning</p> <p>1997: National Strategy of Safe Motherhood</p>	<p>1992: Standards for Maternal and Child Health/Family Planning</p> <p>1992: National Population Policy</p> <p>1993: Primary Health Care Program</p> <p>1996: Declaration of Health Policy</p>	<p>1999: Reproductive Health Services Policy</p> <p>1999: Reproductive Health Service Standards</p> <p>1999: National Program for Reproductive Health and Family Planning in Côte d'Ivoire</p>	<p>1990: Sectoral Health and Population Policy (revised post-ICPD)</p> <p>1996: Policies, Standards and Procedures in Reproductive Health/Family Planning</p>
STDs	<p>1997: Policy and Strategy for Development of the Health Sector, 1997–2001</p> <p>1996: National Population Policy</p> <p>1999: Policy and Standards in Family Health</p>	<p>1990: National AIDS and STD Control Program</p>	<p>1989: National AIDS Control Program</p> <p>1992: Standards for Maternal and Child Health/Family Planning</p> <p>1993: Primary Health Care Program</p> <p>1996: Health Policy</p>	<p>1987: National Committee for AIDS Control (CNLS)</p> <p>1993: National AIDS and STD Control Program</p> <p>1995: National AIDS, STD, and Tuberculosis Control Program</p>	<p>1987: National AIDS Control Program</p> <p>1990: Sectoral Health and Population Policy (revised post-ICPD)</p> <p>1994: Guidelines for Syndromic Management of STDs</p>

TABLE A1. EXISTENCE OF POLICIES COVERING REPRODUCTIVE HEALTH IN FIVE FRANCOPHONE AFRICAN COUNTRIES, 1999 (CONT.)

COMPONENTS OF REPRODUCTIVE HEALTH	COUNTRY				
	BENIN	BURKINA FASO	CAMEROON	CÔTE D'IVOIRE	MALI
HIV/AIDS	<p>1997: Policy and Strategy for Development of the Health Sector, 1997-2001</p> <p>1996: National Population Policy</p> <p>1999: Policy and Standards in Family Health</p>	<p>1990 National AIDS and STD Control Program</p> <p>1990-93 Medium Term Plan I</p> <p>1993-95 Medium Term Plan II</p>	<p>1989: National AIDS Control Program</p> <p>1992: Standards for Maternal and Child Health/Family Planning</p> <p>1993: Primary Health Care Program</p> <p>1996: Health Policy</p> <p>1999: AIDS re-search program</p>	<p>1987: CNLS</p> <p>1993: National AIDS and STD Control Program</p> <p>1995: National AIDS, STD, and Tuberculosis Control Program</p>	<p>1987: National AIDS Control Program</p> <p>1990: Sectoral Health and Population Policy (revised post-ICPD)</p>
Infertility	<p>1996: National Maternal and Child Health, Family Planning, and Nutrition Program</p> <p>1999: Norms and Standards in Reproductive Health Policy</p>	<p>1992: Policy and Standards for Maternal and Child Health/Family Planning</p> <p>1994: National Program for Maternal and Child Health/Family Planning</p>	<p>1992: Standards for Maternal and Child Health/Family Planning</p>	<p>1999: Reproductive Health Services Policy</p> <p>1999: Reproductive Health Service Standards</p> <p>1999: National Program for Reproductive Health and Family Planning in Côte d'Ivoire</p>	<p>1996: Policies, Standards and Procedures in Reproductive Health/Family Planning</p>
Safe motherhood	<p>1999: Norms and Standards, National Family Planning, Maternal and Child Health Program</p>	<p>1992: Policy and Standards for Maternal and Child Health/Family Planning</p> <p>1997: National Strategy of Safe Motherhood</p>	<p>1992: Standards for Maternal and Child Health/Family Planning</p> <p>1996: Health Policy</p>	<p>1999: Reproductive Health Services Policy</p> <p>1999: Reproductive Health Service Standards</p> <p>1999: National Program for Reproductive Health and Family Planning in Côte d'Ivoire</p>	<p>1993: Program for perinatal period developed and subsequently implemented</p>

TABLE A1. EXISTENCE OF POLICIES COVERING REPRODUCTIVE HEALTH IN FIVE FRANCOPHONE AFRICAN COUNTRIES, 1999 (CONT.)

COMPONENTS OF REPRODUCTIVE HEALTH	COUNTRY				
	BENIN	BURKINA FASO	CAMEROON	CÔTE D'IVOIRE	MALI
Postabortion care	1999: Norms and Standards, National Family Planning, Maternal and Child Health Program	1998: Development of two experimental projects	No policy	1999: Reproductive Health Services Policy 1999: Reproductive Health Service Standards 1999: National Program for Reproductive Health and Family Planning in Côte d'Ivoire	1996: Policies, Standards and Procedures in Reproductive Health/ Family Planning
Genital tract infections	1999: Norms and Standards, National Family Planning, Maternal and Child Health Program	1994: Policy and Standards for Maternal and Child Health/Family Planning 1996: Reproductive Health Strategic Plan 1997: National Strategy of Safe Motherhood	1992: Standards for Maternal and Child Health/Family Planning 1992: National Population Policy 1993: Primary Health Care Program 1996: Health Policy	1999: Reproductive Health Services Policy 1999: Reproductive Health Service Standards 1999: National Program for Reproductive Health and Family Planning in Côte d'Ivoire	Included in 1990 Sectoral Health and Population Policy. No specific document.
Reproductive health services for adolescents	1999: Policy and Standards in Family Health	1996: Reproductive Health Strategic Plan 1996: National Youth Health Program (being developed)	No policy	No policy but existence of project IVC/98/PO3.1998	Nothing specific beyond the documents cited above which include reproductive health for adolescents; other considerations in progress.
Maternal and child nutrition	1999: Policy and Standards in Family Health	1994: National Maternal and Child Health/Family Planning Program 1997: National Nutrition Action Plan	1992: Standards for Maternal and Child Health/Family Planning	Policy and program in the approval process	Being drafted.

TABLE A1. EXISTENCE OF POLICIES COVERING REPRODUCTIVE HEALTH IN FIVE FRANCOPHONE AFRICAN COUNTRIES, 1999 (CONT.)

COMPONENTS OF REPRODUCTIVE HEALTH	COUNTRY				
	BENIN	BURKINA FASO	CAMEROON	CÔTE D'IVOIRE	MALI
Genital cancers	1999: Policy and Standards in Family Health	1992 Policy and Standards for Maternal and Child Health/Family Planning 1994: National Maternal and Child Health/Family Planning Program	1992: Standards for Maternal and Child Health/Family Planning 1994: Primary Health Care Program	1999 Reproductive Health Services Policy 1999: Reproductive Health Service Standards 1999: National Program for Reproductive Health and Family Planning in Côte d'Ivoire	1996: Policies, Standards and Procedures for Reproductive Health/ Family Planning
Female circumcision	1999: Policy and Standards in Family Health	1990: Creation of National Committee against Excision 1997: Law penalizing practice of female genital cutting 1998: Action Plan of the Ministry for the Promotion of Women	No policy	No assessment (n/a)	National Committee against Practices Harmful to the Health of Women and Children created by Decree No. 382/PM-RM of the 12/31/1996 National Action Plan for the Abandonment of Excision, drafted in 1997, finalized and presented to the Council of Ministers in 1998
Violence against women	None	1998: Action Plan of the Ministry for the Promotion of Women	1997: National Action Plan for the Integration of Women in Development	National Policy for the Development of Women National Action Plan for Women currently in the adoption process	National Action Plan for the Promotion of Women 1996–2000 (not limited to violence against women, addresses many other topics as well)

TABLE A2. POLICY ENVIRONMENT FOR IMPLEMENTING REPRODUCTIVE HEALTH PROGRAMS IN FIVE FRANCOPHONE AFRICAN COUNTRIES, 1998

COMPONENTS OF POLICY ENVIRONMENT	COUNTRY				
	BENIN	BURKINA FASO	CAMEROON	CÔTE D'IVOIRE	MALI
Level of participation in the development of reproductive health policies and programs by: <ul style="list-style-type: none"> o Ministries (other than Health) o NGOs involved in reproductive health o Women's lobbies o Religious leaders o Community leaders o University 	High Medium Low Very low Medium	High Medium Medium Low Medium High	High High Medium Medium High	High Medium Medium Low High Almost nonexistent	High High Low Medium High Medium
Degree of support for reproductive health by political leaders: <ul style="list-style-type: none"> o President o Prime Minister o Members of Parliament o Ministers 	High High Mixed High	High High High Varies	High Medium Varies Varies	High No assessment Medium No assessment	High Medium High No assessment
Degree of support for reproductive health and influence of religious leaders: <ul style="list-style-type: none"> o Support o Influence 	Low High	Low Low	Mixed Low	Medium Medium	Medium Medium
Existence of a plan for implementation of reproductive health policies and programs <ul style="list-style-type: none"> o National level o Subnational level 	Yes Yes	Yes Yes	Not yet Yes	Being developed Being implemented	Yes Yes
Structure of reproductive health programs <ul style="list-style-type: none"> o Vertical or integrated? 	Integrated: maternal and child health/family planning/STDs	Partially integrated	Gradually integrating services in health centers, including the National AIDS Control Program /EPI/nutrition/MCH/family planning	Implementation in progress (prenatal/reproductive health/family planning)	Integrated particularly for family planning/postnatal care, immunization

TABLE A2. POLICY ENVIRONMENT FOR IMPLEMENTING REPRODUCTIVE HEALTH PROGRAMS IN FIVE FRANCOPHONE AFRICAN COUNTRIES, 1998 (CONT.)

COMPONENTS OF POLICY ENVIRONMENT	COUNTRY				
	BENIN	BURKINA FASO	CAMEROON	CÔTE D'IVOIRE	MALI
Knowledge of reproductive health components of reproductive health policy and programs by service providers: o in the public sector o in the private sector o in NGOs	Low Low Medium	Medium Medium Low	Medium Medium Low	Medium Low Medium (high for AIBEF, low for the rest)	Low Very low Very low
Training on various reproductive health components for service providers belonging to: o the public sector o the private sector o NGOs	Mixed Low Low	Medium Low High	Medium Medium Low	Medium Low High for most AIBEF providers	Medium Medium Medium
Increase in resources allocated to reproductive health following the resolutions of the ICPD in 1994: o of the public sector o of the private sector o of NGOs o of donors	Yes Yes Yes Yes	Yes No assessment Yes Yes	Yes Yes Yes Yes	Yes No Yes Yes	Yes Yes Yes Yes
Adequacy of resources for implementation of reproductive health programs	Inadequate	Substantial for family planning and AIDS control	No assessment	No assessment	Adequate for family planning/AIDS; insufficient for other elements
Percent of national resources for implementation of reproductive health programs (% of national budget)	Very low	20% of national budget allocated to social sectors including health	5% for health	8% for health, significant increase for reproductive health in 1997	11% for health, no separate budget for reproductive health

Références

Banque mondiale. 1998. *World Development Indicators*. Washington, DC : Banque mondiale.

Ministère de l'Economie et des Finances and United Nations Development Program. 1998. *Initiative 20/20 au Burkina Faso*. Ouagadougou: Ministère de l'Economie et des Finances.

Ministère de la Santé. 1998. *Plan stratégique de santé de la reproduction du Burkina Faso, 1998–2008*. 1st draft. Ouagadougou: Ministère de la Santé.

Ministère de la Santé. 1998. *Programme National de Développement Sanitaire, 1998–2008*. Yaounde: Ministère de la Santé.

Ministère de la Santé Publique et Action Sociale (MSPAS). 1991. *Lettre Ministérielle Circulaire no. 004/MS.PAS/CAB, 25 janvier 1991*. Bamako : MSPAS.

Ministère de la Santé Publique et Action Sociale (MSPAS). 1998. *Programme de Développement des Services socio-sanitaires*. Bamako : MSPAS.

Ministère de la Santé Publique et Action Sociale, Direction Administrative et Financière (MSPAS). 1997–1999. Budget documents. Bamako : MSPAS.

ONUSIDA/OMS. 1998. *Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Diseases*. www.unaids.org/hivaidsinfor/statistics/june98/factsheets/pdfs/reunion.pdf.

Organisation mondiale de la santé, Bureau régional pour l'Afrique. 1998. *Santé de la reproduction: Stratégie de la région africaine, 1998-2007*. OMS.

PNUD. 1998. *Rapport sur le flux des ressources nationales affectées aux activités de population au Burkina Faso en 1997*. Avant-projet. Ouagadougou: PNUD.

Population Reference Bureau. 1998 and 1999. *World Population Data Sheet*. Washington, DC : Population Reference Bureau.

Tapinos G., P. Hugon, and P. Vimard. 1998. *Etude relative aux défis démographiques majeurs et au développement durable en Côte-d'Ivoire*. Abidjan/Paris : BNEDT–FNISP/IEP.

