

Dynamiques locales et contraintes systémiques dans l'offre de soins de santé sexuelle et reproductive en Afrique subsaharienne

Mr. Jean Blanchard Aka (PhD Candidate) et Dr. Freddy Frejus (PhD)

École de Commerce et d'Économie, Université Internationale Atlantique, Pioneer Plaza, 900 Fort Street Mall, Bureau 905, Honolulu, Hawaii 96813, États-Unis

Résumé

La santé sexuelle et reproductive (SSR) constitue un enjeu majeur de santé publique et de développement en Afrique subsaharienne. Cet article analyse les dynamiques locales et les contraintes systémiques qui façonnent l'offre de soins de SSR dans la région, en prenant la Côte d'Ivoire et le Sénégal comme études de cas illustratives. Ces deux pays, souvent cités pour leurs avancées institutionnelles et leurs réformes sanitaires, présentent néanmoins des défis persistants liés aux inégalités territoriales, aux normes socioculturelles et aux limites structurelles des systèmes de santé. L'étude repose sur une analyse documentaire et une approche qualitative exploratoire, mobilisant des sources institutionnelles et académiques. Les résultats montrent que, malgré des initiatives locales innovantes notamment l'implication communautaire et l'intégration progressive de la SSR dans les soins de santé primaires, des contraintes systémiques telles que le sous-financement, la pénurie de ressources humaines et les barrières socioculturelles continuent de limiter l'accès équitable aux services. L'article met en évidence la nécessité de stratégies contextualisées, centrées sur les communautés, pour renforcer durablement l'offre de soins de santé sexuelle et reproductive en Afrique subsaharienne.

Mots-clés : santé sexuelle et reproductive, Afrique subsaharienne, Côte d'Ivoire, Sénégal, systèmes de santé, dynamiques locale

Introduction

La santé sexuelle et reproductive (SSR) est aujourd'hui largement reconnue comme un droit humain fondamental, inscrit dans plusieurs cadres normatifs internationaux, notamment les Objectifs de développement durable et les conventions relatives aux droits des femmes et des enfants. Elle constitue également un déterminant central du développement humain, dans la mesure où elle influence directement la santé, l'éducation, l'autonomisation des individus et la participation économique des populations. L'accès à des services de SSR de qualité permet non seulement de réduire la mortalité maternelle et infantile, mais aussi de favoriser le contrôle volontaire de la fécondité, l'égalité de genre et la stabilité socio-économique des sociétés.

En Afrique subsaharienne, la question de la SSR revêt une acuité particulière en raison de caractéristiques démographiques et sanitaires spécifiques. La région se distingue par des niveaux de fécondité parmi les plus élevés au monde, une population majoritairement jeune et une transition démographique encore inachevée. Cette dynamique exerce une pression considérable sur les systèmes de santé, souvent fragiles, et accroît les besoins en services de planification familiale, de soins maternels et néonataux, ainsi que de prévention et de prise en charge des infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA. Par ailleurs, malgré des progrès notables au cours des dernières décennies, les taux de mortalité maternelle et néonatale demeurent élevés, révélant des insuffisances persistantes dans l'offre et la qualité des soins de santé reproductive.

Face à ces enjeux, l'amélioration de l'offre de soins en matière de santé sexuelle et reproductive s'est progressivement imposée comme une priorité stratégique des politiques de santé publique dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne. Les gouvernements, souvent soutenus par des partenaires techniques et financiers, ont mis en œuvre des réformes visant à renforcer les systèmes de santé, à intégrer la SSR dans les soins de santé primaires et à promouvoir des approches plus inclusives et centrées sur les populations. Toutefois, l'efficacité de ces politiques dépend largement de leur capacité à prendre en compte les réalités locales et à surmonter les contraintes structurelles qui limitent leur mise en œuvre.

Dans ce contexte régional, la Côte d'Ivoire et le Sénégal occupent une place particulière. Ces deux pays ont engagé, au cours des dernières décennies, des réformes significatives destinées à améliorer l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive. Au Sénégal, les politiques de santé communautaire ont été relativement institutionnalisées, avec une forte implication des acteurs locaux, des relais communautaires et, dans certains cas, des leaders religieux, contribuant à une meilleure acceptabilité sociale des services de planification familiale. Cette approche a souvent valu au Sénégal d'être présenté comme un exemple relatif de bonnes pratiques en matière de SSR en Afrique de l'Ouest.

La Côte d'Ivoire, quant à elle, a connu un parcours différent, marqué par des crises politico-militaires qui ont profondément fragilisé son système de santé et perturbé l'offre de soins, y compris dans le domaine de la SSR. Depuis la sortie de crise, le pays a intensifié ses efforts de reconstruction institutionnelle et de réforme du secteur de la santé, en mettant un accent particulier sur la santé maternelle, la planification familiale et la lutte contre les infections sexuellement transmissibles. Ces initiatives témoignent d'une volonté politique de rattrapage et de modernisation, mais elles se heurtent encore à des défis structurels importants.

Malgré ces avancées, l'accès effectif aux services de santé sexuelle et reproductive demeure profondément inégalitaire dans les deux pays. De fortes disparités persistent entre les zones urbaines et rurales, où l'insuffisance des infrastructures et la pénurie de personnel qualifié limitent l'offre de soins. Les inégalités de genre, les normes socioculturelles et le niveau socio-économique influencent également la capacité des individus, en particulier des femmes et des adolescents, à recourir aux services de SSR. Ces inégalités traduisent l'existence de

contraintes systémiques, financières, institutionnelles et organisationnelles qui entravent l'universalité et l'équité des politiques de santé.

Dès lors, cette recherche s'inscrit dans une perspective analytique visant à comprendre comment les dynamiques locales interagissent avec les contraintes systémiques pour façonner l'offre de soins de santé sexuelle et reproductive en Afrique subsaharienne. À travers l'exemple de la Côte d'Ivoire et du Sénégal, il s'agit de mettre en lumière les mécanismes par lesquels les initiatives communautaires, les politiques publiques et les structures institutionnelles se combinent, parfois de manière complémentaire, parfois de manière contradictoire, pour influencer l'accès et la qualité des services de SSR. Cette analyse comparative permet ainsi de mieux appréhender les conditions nécessaires à l'élaboration de stratégies efficaces et durables, adaptées aux contextes socio-culturels et institutionnels de la région

Description du problème

La santé sexuelle et reproductive (SSR) constitue un enjeu central de santé publique et de développement humain en Afrique subsaharienne. Malgré les engagements internationaux et régionaux visant à garantir l'accès universel à des services de SSR de qualité, de nombreux pays de la région continuent d'enregistrer des indicateurs sanitaires préoccupants, notamment en matière de mortalité maternelle et néonatale, de besoins non satisfaits en planification familiale et de prévalence des infections sexuellement transmissibles.

La persistance de ces défis s'explique en grande partie par la pression démographique élevée caractérisant la région. La forte fécondité, combinée à une population majoritairement jeune, génère une demande croissante en services de SSR, que les systèmes de santé peinent à absorber. Cette situation est aggravée par des ressources financières limitées, une organisation souvent fragile des services de santé et une dépendance marquée à l'aide extérieure pour le financement des programmes de SSR.

Revue de la littérature

La littérature sur la santé sexuelle et reproductive en Afrique subsaharienne met en évidence des obstacles structurels communs aux systèmes de santé de la région, notamment le sous-financement, la dépendance à l'aide internationale et la pénurie de personnel qualifié. En Côte d'Ivoire, plusieurs études soulignent les effets durables des crises politiques sur l'organisation des services de santé et la confiance des populations envers les structures sanitaires.

Au Sénégal, la recherche met davantage l'accent sur le rôle des stratégies communautaires, telles que l'implication des relais communautaires et des leaders religieux, dans l'acceptabilité des services de SSR. Toutefois, même dans ce contexte relativement favorable, des résistances socioculturelles persistent, en particulier concernant la contraception moderne et la santé reproductive des adolescents.

Ces travaux convergent vers l'idée que les politiques nationales de SSR ne peuvent être efficaces sans une prise en compte approfondie des réalités locales et des contraintes institutionnelles.

Méthodes

L'étude adopte une approche qualitative fondée sur une analyse documentaire. Les données proviennent de rapports officiels (OMS, UNFPA, ministères de la Santé de Côte d'Ivoire et du Sénégal), d'articles scientifiques et de documents de politiques publiques. Une grille d'analyse thématique a permis de structurer les informations autour de quatre dimensions :

1. Dynamiques communautaires locales
2. Organisation et capacité des systèmes de santé
3. Facteurs socioculturels et de genre
4. Gouvernance et financement de la SSR

L'approche comparative entre la Côte d'Ivoire et le Sénégal permet d'identifier à la fois des convergences régionales et des spécificités nationales

Étude comparative de l'offre de soins de santé sexuelle et reproductive en Côte d'Ivoire et au Sénégal

L'approche comparative adoptée dans cette étude vise à analyser les convergences et les divergences entre la Côte d'Ivoire et le Sénégal en matière d'offre de soins de santé sexuelle et reproductive (SSR). Bien que ces deux pays appartiennent à la même région géographique et partagent des défis structurels communs, leurs trajectoires historiques, institutionnelles et socioculturelles ont façonné des modèles distincts de mise en œuvre des politiques de SSR. L'analyse est structurée autour de quatre dimensions clés : les dynamiques communautaires locales, l'organisation et la capacité des systèmes de santé, les facteurs socioculturels et de genre, ainsi que la gouvernance et le financement de la SSR.

Dynamiques communautaires locales

Au Sénégal, les dynamiques communautaires occupent une place centrale dans l'offre de soins de SSR. Le pays a progressivement institutionnalisé l'approche communautaire, en s'appuyant sur des relais communautaires, des *bajenu gox* (marraines de quartier) et, dans certains contextes, sur l'implication des leaders religieux et traditionnels. Cette stratégie a permis d'améliorer l'acceptabilité sociale des services de planification familiale et de santé maternelle, en adaptant les messages de sensibilisation aux normes et valeurs locales. La proximité entre les prestataires communautaires et les populations favorise une meilleure continuité des soins et un recours plus fréquent aux services de SSR, notamment pour le suivi prénatal et la contraception.

En Côte d'Ivoire, les dynamiques communautaires sont également présentes, mais elles apparaissent plus hétérogènes et souvent portées par des organisations non gouvernementales et des partenaires techniques et financiers. Les agents de santé communautaires jouent un rôle important dans la sensibilisation et l'orientation des populations, en particulier dans les zones rurales et post-crise. Toutefois, l'intégration de ces initiatives dans le système national de santé reste partielle, ce qui limite leur portée et leur durabilité. Comparativement au Sénégal, l'approche communautaire ivoirienne demeure moins structurée et moins institutionnalisée.

Organisation et capacité des systèmes de santé

L'organisation et la capacité des systèmes de santé constituent un facteur déterminant dans l'offre de soins de SSR. Au Sénégal, le système de santé bénéficie d'une relative stabilité institutionnelle et d'une organisation hiérarchisée des services, avec une intégration progressive de la SSR dans les soins de santé primaires. Malgré des contraintes budgétaires persistantes, cette organisation permet une meilleure coordination des services et une disponibilité relativement plus régulière des soins de santé maternelle et reproductive, notamment dans les zones urbaines et périurbaines.

En revanche, le système de santé ivoirien a été profondément affecté par les crises politico-militaires, qui ont entraîné une dégradation des infrastructures, une désorganisation des services et une pénurie de ressources humaines qualifiées. Bien que des efforts importants de reconstruction et de réforme aient été engagés, les capacités du système restent inégales selon les régions. Les zones rurales et périphériques souffrent particulièrement d'un déficit d'infrastructures et de personnel, ce qui limite l'accès aux services de SSR et accentue les disparités territoriales par rapport au Sénégal.

Facteurs socioculturels et de genre

Les facteurs socioculturels et de genre influencent de manière significative l'utilisation des services de SSR dans les deux pays. Au Sénégal, les normes religieuses et culturelles jouent un rôle ambivalent : si elles peuvent constituer des freins au recours à la contraception moderne, leur prise en compte dans les stratégies de sensibilisation a permis de réduire certaines résistances. L'implication de leaders religieux dans la promotion de la santé maternelle et infantile a contribué à une meilleure acceptation sociale de certains services de SSR.

En Côte d'Ivoire, le pluralisme culturel et religieux se traduit par une grande diversité de perceptions et de pratiques en matière de santé reproductive. Les inégalités de genre restent marquées, limitant l'autonomie des femmes dans les décisions relatives à leur santé sexuelle et reproductive. Les adolescents, en particulier, font face à des tabous persistants autour de la sexualité, ce qui entrave leur accès à des services de SSR adaptés. Comparativement, les barrières socioculturelles apparaissent plus fragmentées en Côte d'Ivoire, mais souvent moins intégrées dans les politiques publiques que dans le cas sénégalais.

Gouvernance et financement de la SSR

La gouvernance et le financement de la SSR constituent des enjeux majeurs dans les deux pays. Au Sénégal, la gouvernance du secteur de la santé se caractérise par une meilleure coordination entre les différents acteurs institutionnels et communautaires, même si la dépendance à l'aide extérieure demeure importante. Les politiques nationales de SSR sont relativement cohérentes et bénéficient d'un cadre stratégique clair, favorisant une mise en œuvre plus harmonisée des programmes.

En Côte d'Ivoire, la gouvernance de la SSR est confrontée à des défis liés à la fragmentation des interventions et à la coordination insuffisante entre les acteurs étatiques et non étatiques. Le financement des programmes de SSR repose largement sur des partenaires extérieurs, ce qui pose des problèmes de durabilité et de continuité. Bien que des cadres stratégiques existent, leur application reste inégale selon les régions et les périodes, en particulier dans les contextes post-crise.

Synthèse comparative

Dans une perspective comparative, la Côte d'Ivoire et le Sénégal présentent des convergences régionales, notamment en termes de contraintes financières, de dépendance à l'aide internationale et de persistance d'inégalités d'accès aux soins de SSR. Toutefois, des spécificités nationales se dégagent nettement. Le Sénégal se distingue par une approche communautaire plus institutionnalisée et une gouvernance relativement plus cohérente, tandis que la Côte d'Ivoire illustre les défis de la reconstruction du système de santé et de l'intégration des initiatives locales dans un cadre national structuré.

Cette comparaison met en évidence que l'efficacité de l'offre de soins de SSR dépend moins de la seule existence de politiques publiques que de leur articulation avec les dynamiques locales et de la capacité des systèmes de santé à surmonter leurs contraintes structurelles.

Recommandations :

Enseignements tirés des cas de la Côte d'Ivoire et du Sénégal

À la lumière des résultats de l'analyse comparative menée entre la Côte d'Ivoire et le Sénégal, plusieurs recommandations peuvent être formulées afin d'améliorer durablement l'offre de soins de santé sexuelle et reproductive (SSR) en Afrique subsaharienne. Ces recommandations s'articulent autour des principaux déterminants identifiés dans l'étude, à savoir les dynamiques communautaires, les capacités des systèmes de santé, les facteurs socioculturels et de genre, ainsi que la gouvernance et le financement de la SSR

Renforcer et institutionnaliser les dynamiques communautaires locales

Les résultats montrent que les approches communautaires constituent un levier essentiel pour améliorer l'acceptabilité et l'accessibilité des services de SSR, en particulier dans les contextes marqués par de fortes résistances socioculturelles. Il est donc recommandé de :

- **Institutionnaliser davantage les initiatives communautaires**, en les intégrant pleinement aux systèmes nationaux de santé, notamment en Côte d'Ivoire où ces initiatives restent encore largement portées par des ONG et des partenaires extérieurs.
- **Former et encadrer durablement les agents de santé communautaires**, en leur assurant une reconnaissance officielle, des mécanismes de supervision et des incitations adéquates.
- **S'inspirer des bonnes pratiques sénégalaises**, telles que l'implication des relais communautaires et des leaders locaux, tout en adaptant ces modèles aux contextes socioculturels spécifiques de chaque pays.

Une approche communautaire renforcée permettrait de rapprocher les services de SSR des populations les plus vulnérables et de réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins.

Renforcer les capacités des systèmes de santé et réduire les disparités territoriales

L'insuffisance des infrastructures sanitaires et la pénurie de ressources humaines qualifiées constituent des contraintes systémiques majeures dans les deux pays étudiés. À cet égard, il est recommandé de :

- **Accroître les investissements publics dans les infrastructures de santé**, en ciblant prioritairement les zones rurales et périphériques où les besoins en SSR sont les plus importants.
- **Renforcer la formation et la rétention du personnel de santé**, notamment des sages-femmes et des agents spécialisés en santé reproductive, afin d'améliorer la qualité et la continuité des soins.
- **Intégrer systématiquement la SSR dans les soins de santé primaires**, en veillant à la disponibilité des services de planification familiale, de suivi prénatal et de prise en charge des infections sexuellement transmissibles à tous les niveaux du système de santé.

Ces mesures contribueraient à réduire les disparités territoriales observées entre zones urbaines et rurales, en particulier en Côte d'Ivoire.

Prendre en compte les facteurs socioculturels et promouvoir l'égalité de genre

Les normes socioculturelles et les inégalités de genre demeurent des obstacles majeurs à l'utilisation des services de SSR, notamment pour les femmes et les adolescents. Il est donc essentiel de :

- **Développer des stratégies de communication adaptées aux contextes locaux**, intégrant les valeurs culturelles et religieuses tout en promouvant les droits en matière de santé sexuelle et reproductive.
- **Impliquer davantage les hommes et les leaders communautaires** dans les programmes de SSR, afin de favoriser un changement progressif des normes sociales et des rapports de genre.
- **Renforcer les services de SSR adaptés aux adolescents et aux jeunes**, en luttant contre les tabous liés à la sexualité et en garantissant la confidentialité et l'accessibilité des soins.

Une meilleure prise en compte des dimensions socioculturelles permettrait d'améliorer l'acceptabilité sociale des services de SSR et d'accroître leur utilisation effective.

4. Améliorer la gouvernance et la coordination des acteurs

L'étude met en évidence des faiblesses persistantes en matière de gouvernance et de coordination, en particulier en Côte d'Ivoire. À cet effet, il est recommandé de :

- **Renforcer les mécanismes de coordination intersectorielle**, afin de mieux articuler les actions des ministères, des partenaires techniques et financiers, des ONG et des acteurs communautaires.
- **Améliorer le suivi et l'évaluation des politiques de SSR**, en mettant en place des systèmes d'information fiables et harmonisés.
- **Favoriser une gouvernance décentralisée**, permettant aux collectivités locales de jouer un rôle plus actif dans la planification et la mise en œuvre des services de SSR, tout en assurant un encadrement national cohérent.

Une gouvernance plus inclusive et mieux coordonnée renforcerait l'efficacité et la cohérence des interventions en matière de SSR.

Assurer un financement durable et équitable de la SSR

La forte dépendance à l'aide extérieure constitue un défi majeur pour la durabilité des programmes de SSR dans les deux pays. Il est ainsi recommandé de :

- **Augmenter la part du financement national dédiée à la SSR**, afin de réduire la dépendance vis-à-vis des partenaires extérieurs et d'assurer la continuité des services.
- **Explorer des mécanismes de financement innovants**, tels que les partenariats public-privé ou les mécanismes de financement communautaire, adaptés aux contextes nationaux.
- **Veiller à une allocation équitable des ressources**, en priorisant les populations et les zones les plus vulnérables.

Un financement plus stable et mieux ciblé constitue une condition essentielle pour le renforcement durable de l'offre de soins de santé sexuelle et reproductive

Conclusion générale

La santé sexuelle et reproductive constitue un pilier fondamental du développement humain et un enjeu central des politiques de santé publique en Afrique subsaharienne. À travers l'analyse des dynamiques locales et des contraintes systémiques qui structurent l'offre de soins de santé sexuelle et reproductive, cette étude a mis en évidence la complexité des facteurs qui conditionnent l'accès effectif et équitable à ces services essentiels. En s'appuyant sur une approche qualitative et comparative, centrée sur les cas de la Côte d'Ivoire et du Sénégal, la recherche a permis de dégager à la fois des convergences régionales et des spécificités nationales dans la mise en œuvre des politiques de SSR

Les résultats montrent que, malgré des réformes sanitaires significatives et des initiatives locales innovantes, les systèmes de santé des deux pays demeurent confrontés à des défis structurels persistants. Le sous-financement, la pénurie de ressources humaines qualifiées, les disparités territoriales et les inégalités de genre continuent de limiter l'accès aux services de SSR, en particulier pour les populations rurales, les femmes et les adolescents. Si le Sénégal se distingue par une approche communautaire relativement institutionnalisée et une gouvernance plus cohérente, la Côte d'Ivoire illustre les difficultés liées à la reconstruction du système de santé et à l'intégration durable des initiatives locales dans un cadre national structuré.

L'analyse met également en lumière le rôle déterminant des dynamiques socioculturelles dans l'acceptabilité et l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive. Les normes sociales, religieuses et de genre, lorsqu'elles ne sont pas prises en compte dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques, peuvent constituer des obstacles majeurs à l'efficacité des interventions. À l'inverse, leur intégration dans des stratégies de santé communautaire adaptées apparaît comme un levier essentiel pour renforcer l'impact des programmes de SSR.

En définitive, cette étude souligne que l'amélioration durable de l'offre de soins de santé sexuelle et reproductive en Afrique subsaharienne ne peut reposer sur des approches uniformes ou exclusivement technocratiques. Elle requiert des stratégies intégrées, contextualisées et centrées sur les communautés, articulant renforcement des systèmes de santé, gouvernance inclusive, financement durable et promotion de l'égalité de genre. Les enseignements tirés des expériences de la Côte d'Ivoire et du Sénégal offrent ainsi des pistes de réflexion pertinentes pour l'élaboration de politiques publiques plus efficaces et plus équitables, contribuant à la réalisation des objectifs de santé et de développement durable dans la région

Références

Banque mondiale. (2021). Reproductive health in Sub-Saharan Africa: Progress, challenges and opportunities. Banque mondiale, Washington, DC.

Ministère de la Santé, Côte d'Ivoire. (2022). *Plan national de santé reproductive 2022–2026*. Gouvernement de la République de Côte d'Ivoire, Abidjan.

Ministère de la Santé, Sénégal. (2021). Stratégie nationale de santé sexuelle et reproductive 2021–2025. Gouvernement de la République du Sénégal, Dakar.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2022). Santé sexuelle et reproductive en Afrique : cadres stratégiques, progrès et défis. OMS, Bureau régional pour l'Afrique, Brazzaville.

Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA). (2023). State of World Population 2023: 8 Billion Lives, Infinite Possibilities. UNFPA, New York.