# La Réunion pour la Mise en Place du

# Sous-comité francophone MAQ

## Rapport Sommaire

Dakar, Sénégal
24-26 juillet 2000

Ce rapport a été préparé par JHPIEGO en collaboration avec les membres du Sous-comité francophone MAQ et l'USAID.

Editrice: Chris DAVIS
Graphiques: Gretchen KUNIN
Photos: Chris DAVIS, Mame Samba FAYE

Un soutien financier pour cette publication à été fourni par le Bureau de la Population du Centre de Population, Santé and Nutrition, Bureau de Programmes globaux, d'Appui au terrain et de Recherche/Division de Communication, Gestion et Formation de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID), dans le cadre de l'accord No. HRN-A-00-98-00041-00. Les opinions exprimés dans ce rapport sont celles des éditeurs/collaborateurs et ne reflètent pas forcément celles de l'USAID.

# Table des matières

**Remerciements** ..... i

**Résumé** ..... 1
Historique ..... 1
Plaidoyer et planification pour le Sous-Comité francophone MAQ ..... 2
Deroulement de la réunion ..... 2
Prochaines étapes ..... 3

**Réalisations de la réunion** ..... 5
Sous-comité francophone MAQ: Vision, mission, mandat et thème prioritaire ..... 5
Questionnaire aux participants ..... 6
Figure 1. Sous-comité francophone MAQ ..... 7
Sous-comité structure et composition ..... 8
Composition des groupes ..... 10
Plans d'action pour les Groupes opérationnels ..... 12

**Annexe 1: Les discours d'ouverture** ..... 15

**Annexe 2: Synthèse des travaux de la journée du 24 juillet 2000** ..... 19
Activités préliminaires ..... 19
Les présentations ..... 20
*Les grandes lignes de l'Initiative MAQ* ..... 20
*L'Initiative MAQ en Afrique francophone* ..... 24
*Les barrières à l'augmentation de l'accessibilité et de la qualité en Afrique francophone* ..... 28
*Pourquoi un Sous-comité francophone MAQ?* ..... 29
Justificatifs ..... 30
La définition du mandat du sous-comité ..... 31

**Annexe 3: Synthèse des travaux de la journée du 25 juillet 2000** ..... 33
Structure, rôle et responsabilités du Sous-comité francophone MAQ ..... 33
Travaux de groupes ..... 35
Leçons apprises du MAQ ..... 36

**Annexe 4: Synthèse des travaux de la journée du 26 juillet 2000** ..... 43
Sélectionner un thème prioritaire ..... 43
Les sources de financement et les mécanismes de mobilisation des ressources de l'USAID ..... 44
La finalisation de la structure, le fonctionnement et les mécanismes de communication ..... 46
Une alternative pour accroître l'accès des femmes aux services de PF ..... 46
*Liste de Vérification de grossesse: Une initiative pour réduire les barrières aux services* ..... 46
Le programme technique ..... 48
La pérennisation ..... 49
*Forum régional d'analyse et de concertation (FRAC)* ..... 49
*Stratégie du Programme Régional de l'Afrique de l'Ouest (WARP)* ..... 52
Des actions concrètes et prioritaires ..... 57

**Annexe 5: Liste des participants** ..... 59

**Annexe 6: Programme** ..... 69

# Remerciements

Les co-présidents de la *Réunion pour la Mise en Place du Sous-Comité francophone MAQ*, Penda NDIAYE, Barbara JONES et Rebecca KOHLER remercient toutes les agences, institutions et personnes qui ont contribué au succès de la réunion. Nous adressons également nos remerciements à tous les participants dont la vision et le travail assidu ont facilité l'atteinte des résultats. En trois jours ils ont réussi à créer un nouveau Sous-comité francophone MAQ et à énoncer en détail sa mission, son mandat, son thème prioritaire, sa structure organisationnelle et les rôles spécifiques des membres.

Nous apprécions la participation active du personnel de l'USAID provenant à la fois de Washington et de l'Afrique de l'Ouest, notamment celle de, Felix AWANTANG, Elisabeth BENGA-DE, Nicole BUONO, Michelle HEEREY, Valérie KOSCELNIK et Sara PACQUE-MARGOLIS.

Nous tenons à exprimer notre gratitude aux Ministres de la Santé des neuf pays de l'Afrique de l'Ouest pour leur concours fort appréciable dans le choix des participants de haut niveau.

Les co-présidentes remercient particulièrement AVSC, FHI, INTRAH/PRIME, JHPIEGO, JHU/CCP, Macro, MSH, Policy, le Population Council et toutes les autres agences de coopération de l'USAID pour leur appui technique et leur soutien financier qui ont été déterminant dans l'organisation de cette réunion.

Nos remerciements vont également au CEFOREP, à l'IPPF-RA, au RESAR et au Projet SFPS et à toutes les autres institutions régionales qui ont pris part à cette rencontre.

Nous remercions spécialement les rapporteurs: Eli AGBOBLI, Nicole BUONO, Ousmane FAYE, Barbara JONES, Valérie KOSCELNIK, Khadidiatou MAIKIBI et Louis Philippe TSITSOL. Sans leurs contributions il n'aurait pas été possible de rédiger ce rapport. Nous voudrions aussi reconnaître le travail assidu de Khady ANNE du Population Council qui a coordonné le travail du Secrétariat pendant la réunion.

Nous remercions enfin tous les présentateurs et facilitateurs pour leur prestations perspicaces.

# Résumé

## Historique

### *L'Initiative MAQ*

L'Initiative pour la Maximisation de l'Accès et de la Qualité des soins (MAQ), financée par l'USAID, réunit du personnel de l'USAID Washington, des missions de l'USAID, et des agences de coopération (AC) ainsi que des directeurs de programmes afin d'identifier et de mettre en œuvre des interventions pratiques, rentables, focalisées et exécutables destinées à accroître l'accès à des services de planification familiale (PF) et de santé de la reproduction (SR) et à améliorer la qualité de ces services. L'Initiative MAQ fournit aux spécialistes de la PF/SR des occasions de collaborer et de mettre en commun leurs connaissances et leur expérience sur le terrain afin d'identifier et de promouvoir des outils et concepts de pointe, rendant ainsi le concept accessible à un plus grand public. L'initiative expose les domaines qui sont les plus susceptibles de servir comme modèles réussis dans d'autres pays ou régions. L'Initiative MAQ mondiale est dirigée par le Comité directeur MAQ et les sous-comités associés, tous gérés à Washington et comprenant des représentants de l'USAID et des AC basés aux Etats-Unis. Ces sous-comités, basés aux Etats-Unis et se réunissant deux fois par an à Washington, ont pour tâche de fournir une orientation et des conseils mondiaux dans les domaines techniques MAQ prioritaires. Les cinq sous-comités qui existaient au moment de la réunion en juillet 2000 sont: interaction client-prestataire (ICP); gestion et supervision; surveillance et évaluation; politique, plaidoyer, communication et éducation (PPCE); et conseils/compétences techniques.

### *Conférence francophone MAQ au Burkina Faso en 1995*

L'Initiative MAQ mondiale fonctionne en Afrique de l'Ouest francophone depuis 1995, année où des décideurs et des professionnels de la santé de dix pays francophones se sont réunis pour une conférence régionale au Burkina Faso afin de diffuser les enseignements tirés de MAQ et d'élaborer des plans d'action MAQ nationaux. Depuis cette réunion, la région a fait des progrès importants s'agissant d'accroître l'accès aux services et d'améliorer la qualité des soins. Par exemple, chaque pays de la région a élaboré ou est en train d'élaborer des politiques, normes et protocoles (PNP) nationaux de services, et de nombreux pays mettent en œuvre des stratégies pour garantir que ces PNP seront appliqués au niveau des prestations de services.

### *Conférence francophone MAQ au Sénégal en 1999*

En mars 1999, une conférence francophone MAQ régionale de suivi a été convoquée à Dakar, au Sénégal, dans le but de se concentrer sur l'application et l'emploi des PNP. La conférence était organisée par une équipe conjointe comprenant des agences de coopération et un groupe consultatif technique (GCT) de l'Afrique de l'Ouest composé de professionnels de la santé expérimentés venant des secteurs public ou privé de chaque pays. Les participants ont donné des exemples de l'application des principes MAQ dans la région, notamment la participation de la communauté aux efforts de l'amélioration de la qualité des soins, la mise en œuvre de systèmes de supervision efficaces et l'incitation des prestataires à améliorer la qualité des soins. Les délégations

PREVIOUS PAGE BLANK

nationales ont identifié les prochaines mesures qu'elles prendront pour élaborer et appliquer les PNP. L'Initiative MAQ a provoqué un enthousiasme extraordinaire chez tous les participants et plusieurs activités de suivi discrètes ont été planifiées et menées.

Quatre mois après la conférence, le *Réseau de Recherche en Santé de la Reproduction en Afrique Francophone* (RESAR) a mené une enquête de suivi pour documenter les actions concrètes au niveau des pays. Les conclusions de l'enquête ont révélé que la conférence avait effectivement eu un effet sur les participants. Six délégations nationales sur neuf ont continué à se réunir pour mener des activités au niveau national. Par ailleurs, les délégués ont rapporté un changement de comportement à la suite de la conférence, notamment le fait de prêter plus attention à la supervision et aux styles de supervision, l'association des prestataires de services à l'amélioration de la qualité et l'analyse critique des conditions qui favorisent ou entravent l'accès et la qualité. Néanmoins, les résultats de l'enquête suggèrent qu'il faut encore des mécanismes pour mobiliser l'action afin de garantir des réalisations durables.

## Plaidoyer et planification pour le Sous-comité francophone MAQ

Pour institutionnaliser l'engagement et l'enthousiasme pour l'Initiative MAQ qui continuent à exister dans la région, un comité spécial (ad hoc) a proposé la création d'un Sous-comité francophone MAQ régional en plus du Comité directeur MAQ, comprenant des représentants de l'USAID, des professionnels techniques expérimentés de l'Afrique francophone et des AC menant des activités dans la région. Le Sous-comité francophone MAQ régional serait le premier organisme de conseil du Comité directeur MAQ avec un centre d'activité dans les pays et régions où l'Initiative MAQ est appliquée.

Commençant en décembre 1999, ce comité spécial, présidé par Penda Ndiaye du Population Council, Rebecca Kohler d'INTRAH/PRIME et Barbara Jones de JHPIEGO, a tenu une série de réunions aux Etats-Unis pour plaidoyer pour le lancement de ce nouveau comité francophone MAQ et pour le planifier. Michelle Heerey, associée pour l'Initiative MAQ à l'USAID/Washington, a joué un rôle clé en tant que championne de ce nouveau sous-comité.

## Déroulement de la réunion

Du 24 au 26 juillet 2000, des représentants clés du Ministère de la santé, du Programme régional de l'Afrique de l'Ouest (WARP d'après le sigle anglais), de l'USAID/Washington, de huit pays de l'Afrique de l'Ouest, de huit agences de coopération (AC), d'institutions régionales et d'organisations nongouvernementales se sont réunis à Dakar pour lancer le nouveau Souscomité francophone MAQ. A la suite de trois jours de travail intensif, les membres du sous-comité ont pu mettre en place une structure organisationnelle, établir un Bureau exécutif et trois Groupes opérationnels, élire des chefs de groupe, finaliser une mission et un mandat et sélectionner un thème prioritaire pour l'agenda technique du sous-comité. La mission du nouveau sous-comité est de consolider et étendre l'Initiative MAQ dans la région francophone de l'Afrique en s'assurant que les services de santé reproductive de qualité sont accessibles à tous. Le thème prioritaire de l'agenda technique est d'intégrer la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST) et le VIH/SIDA dans les programmes de planification familiale et de santé de la reproduction.

## Prochaines étapes

- Finaliser des documents des instances et des structures du Sous-comité francophone MAQ
- Echanger les informations sur le fonctionnement des Groupes opérationnels (GO)
- Planifier la réunion du Bureau exécutif (BE)
- Mettre les présentations sur le Web
- Envoyer les lettres de suivi aux pays pour la sélection du troisième repésentant des cellules nationales
- Etablir le Secrétariat
- Créer un *listserv* informel pour les membres du sous-comité

## Réalisations de la réunion

### Sous-comité francophone MAQ: Vision, mission, mandat et thème prioritaire

**VISION:** INSTAURER EN AFRIQUE FRANCOPHONE UNE SOCIETE DANS LAQUELLE CHAQUE INDIVIDU PUISSE JOUIR DU DROIT D'ACCES A DES PRESTATIONS DE QUALITE EN SANTE DE LA REPRODUCTION (SR)

**MISSION:** CONSOLIDER L'INITIATIVE MAQ ET L'ETENDRE A LA SOUS REGION D'AFRIQUE FRANCOPHONE EN RENDANT DISPONIBLES DES SERVICES DE QUALITE EN SR ACCESSIBLES A TOUS

**MANDAT**

1. JOUER LE ROLE D'INTERFACE ENTRE LE COMITE DIRECTEUR MAQ ET LES AUTRES INTERVENANTS EN SR (PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT, ONG, GOUVERNEMENT,...)
2. DETERMINER LES PRIORITES DE LA SOUS REGION SUR LA BASE DES BESOINS EXPRIMES PAR LES PAYS
3. FACILITER L'IDENTIFICATION ET LA MISE EN ŒUVRE D'INTERVENTIONS PRATIQUES REGIONALES ET NATIONALES
4. FAIRE LE PLAIDOYER AU NIVEAU DES GOUVERNEMENTS, ONG, INSTITUTIONS INTERNATIONALES, DIFFERENTES AGENCES BI ET MULTILATERALES POUR MOBILISER LES RESSOURCES ET PROMOUVOIR LES ACTIONS DE MAQ
5. CONTRIBUER A L'ATTEINTE DES RESULTATS A TRAVERS LE MONITORING ET L'ÉVALUATION DES ACTIVITES MAQ EN UTILISANT LES CANAUX EXISTANTS
6. METTRE EN PLACE UN MECANISME DE COLLECTE ET DE VULGARISATION DES INFORMATIONS (CRÉATION D'UNE BANQUE DE DONNEES) ET FAVORISER L'ECHANGE D'EXPERIENCE ENTRE PAYS
7. PROMOUVOIR LA COOPERATION SUD-SUD ET VALORISER L'EXPERTISE LOCALE ET SOUS REGIONALE
8. DEFENDRE LES BESOINS ET PERSPECTIVES UNIQUES DE L'AFRIQUE FRANCOPHONE AU SEIN DE L'INITIATIVE MAQ EN VEILLANT A CE QUE CES BESOINS SOIENT BIEN COMPRIS ET QU'ON FASSE LE NECESSAIRE POUR LES SATISFAIRE

**THEME PRIORITAIRE:** INTEGRATION DE LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST)/VIRUS D'IMMUNODEFICIENCE HUMAINE (VIH)/SYNDROME D'IMMUNODEFICIENCE ACQUIS (SIDA) DANS LES PROGRAMMES PF/SR

PREVIOUS PAGE BLANK

## Questionnaire aux participants

Avant la réunion, on avait distribué un bref questionnaire aux participants, leur demandant de décrire les principales barrières à l'accès et la qualité dans leur pays. La synthèse des réponses des participants est présentée ci-dessous.

***Synthèse des réponses à l'enquête des participants: barrières à l'accès et la qualité***

1. Manque d'intégration au niveau des structures de santé
   - IST/SIDA
   - Santé reproductive des adolescents
   - Soins après avortement

2. Les PNP ne sont pas suffisamment élaborés, révisés ou diffusés
   - Manque d'interprétation au niveau primaire
   - Manque d'information au niveau de la population

3. La pyramide sanitaire ne prend pas toujours en compte la famille et la communauté

4. Les systèmes de références ne tiennent pas compte de l'organisation des services et de la disponibilité des services à chaque niveau

5. Réforme des systèmes de santé complique l'interprétation au niveau primaire

6. Insuffisance des moyens financiers

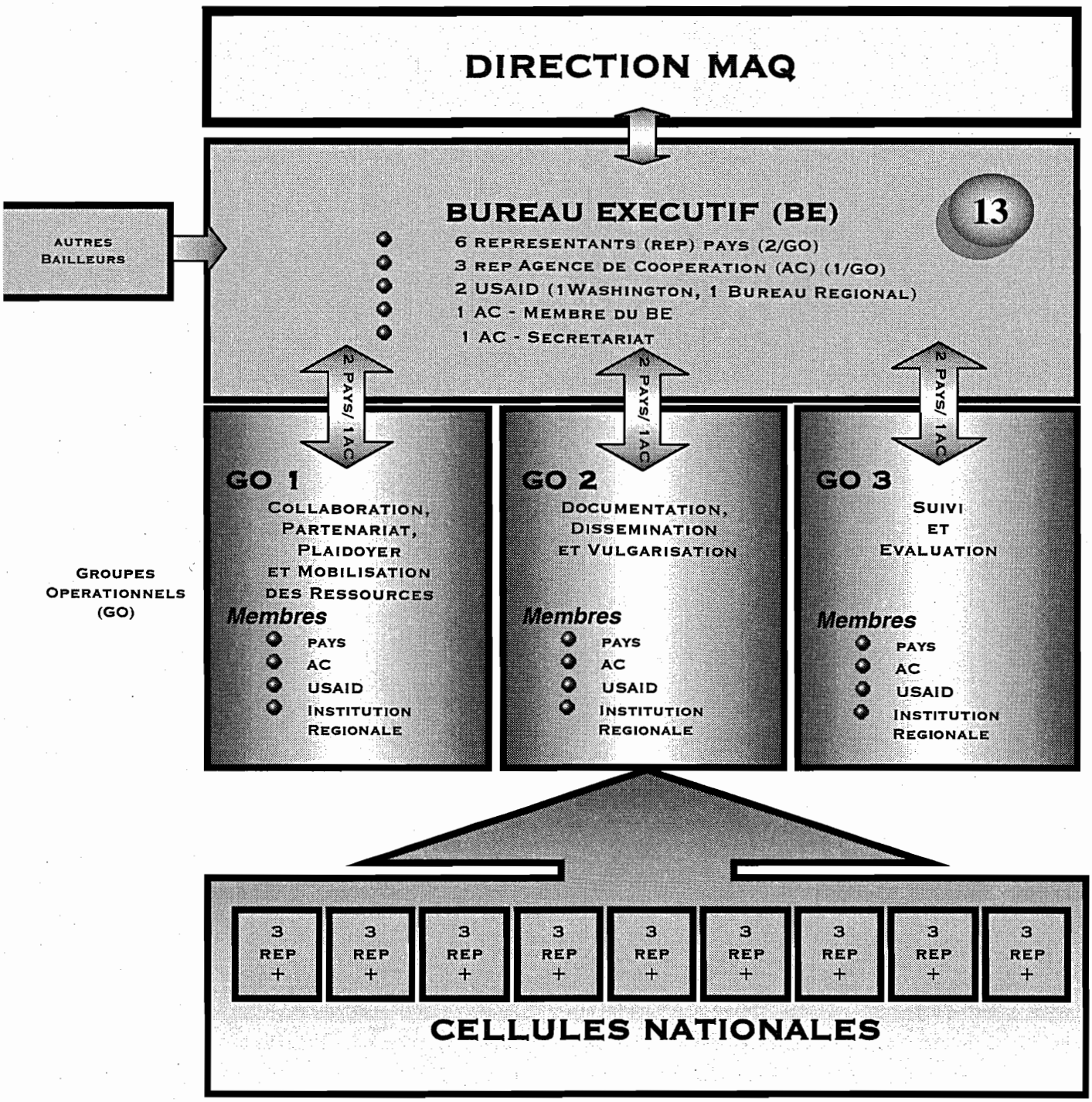
7. Retard de la référence entre services

8. Manque de motivation du personnel de santé

***Stratégies fréquemment proposées par les participants pour surmonter les obstacles***

1. Révision, élaboration et diffusion des PNP (cité 7 fois)
2. Formation du personnel (cité 5 fois)
3. Plaidoyer (cité 4 fois)
4. Supervision formative (cité 4 fois)
5. Finalisation et dissémination des curricula révisés (cité 3 fois)
6. Services à base communautaire (cité 3 fois)

# Figure 1. Sous-comité francophone MAQ



## Sous-comité structure et composition (Voir Figure 1)

### *Termes de référence*

*Sous-comité*

Le sous-comité a la responsabilité de
- Soutenir la politique MAQ dans la zone francophone
- S'investir dans les initiatives MAQ
- Mobiliser les ressources au niveau des pays et agences locales
- Partager les leçons apprises

Le sous-comité est constitué du Bureau exécutif et des Groupes opérationnels.

*Bureau exécutif*

- Les éléments du mandat peuvent servir aux termes de référence
  En plus:
- Définir le programme de travail dans la région Afrique francophone
- Faire un bilan des réalisations
- Coordonner et assurer le suivi des activités des Groupes opérationnels
- Organiser les réunions du sous-comité
- Assurer le Secrétariat du sous-comité
- Assurer le plaidoyer et mobiliser les ressources
- Assurer la liaison avec le Comité directeur MAQ et les autres partenaires

*Groupes opérationnels*

- *Collaboration, partenariat, plaidoyer et mobilisation des ressources*
  - Aider le Bureau exécutif à identifier les partenaires et comprendre leur mandat
  - Développer des outils de plaidoyer
  - Définir les stratégies de marketing
  - Contribuer à la mobilisation des ressources

- *Documentation, dissémination et vulgarisation*
  - Mettre en place un système opérationnel d'information, de communication, de dissémination et d'échange
  - Analyser des données recueillies et faire des recommandations au Bureau exécutif
  - Assurer la mise à jour sur le développement majeur en matière de qualité et d'accès aux services
  - Faire le plaidoyer pour la traduction des documents en français et/ou en anglais
  - Créer une banque de données des expertises disponibles dans chaque pays
  - Documenter les expériences MAQ de la région

- *Suivi et évaluation*
  - Proposer ou concevoir des mécanismes de suivi et d'évaluation
  - Proposer des indicateurs et outils d'évaluation
  - Evaluer les besoins en formation et faire des propositions de formation en suivi et évaluation

***Mécanismes de communication***

*Au niveau des pays*:
- Un *point* focal sera identifié, de préférence une personne qui a accès à l'Internet. Il sera secondé par le deuxième membre de la délégation.
- Il assure le relais entre les membres du sous-comité au niveau national.
- Il utilisera les moyens suivants: téléphone, fax, e-mail, poste, rencontres, site web.

*Au niveau régional*:
- Le Secrétariat du Bureau exécutif est le point focal pour la région.
- Il assure la liaison entre le Bureau exécutif et les membres du sous-comité à travers le point focal de chaque pays.
- Il utilisera les mêmes moyens de communication susmentionnés.

*Types d'informations*
- Expériences des pays
- Travaux de recherches
- Directives MAQ
- Perles MAQ
- Documents techniques MAQ
- Publications (Bulletin MAQ)
- Compte rendu des réunions du sous-comité

*La périodicité sera la suivante*:
- Bulletin MAQ: 2 fois/an
- Pour les autres documents, la périodicité dépend de la disponibilité des informations
- Le point focal et les responsables de GO seront chargés de faire acheminer les articles et autres documents pour la publication.

*Les réunions**
- 1 fois/trimestre au niveau des pays
- 1 fois/an au niveau régional
- 2 fois/an pour le Bureau exécutif

*Mécanismes de dissémination et échanges d'expériences*
- Bulletin MAQ
- Monographies
- Séminaires ateliers
- Voyages d'études
- Site web
- Listserv

NB: Aider les membres du sous comité qui n'ont pas accès à l'Internet à l'avoir (point focal)

*On a proposé que la prochaine réunion du Bureau exécutif se tienne pendant la semaine du 22 au 26 janvier 2001.

## Composition des groupes (Voir Figure 1)

***Bureau exécutif (BE) - 13 Membres***

***6 représentants (rep) pays (2/GO)***
***1. Président: Nestor AZANDEGBE (Bénin, GO 1)***
2. _____, rep pays, GO 1
3. _____, rep pays, GO 2
4. _____, rep pays, GO 2
5. _____, rep pays, GO 3
6. _____, rep pays, GO 3

***2 représentants USAID (1 Washington, 1 Bureau Régional)***
1. _____, Washington
2. _____, Bureau Régional

***1 Agence de coopération (AC) – Membre du BE***
Vice-Président: Penda NDIAYE

***1 AC – Secrétariat BE***
Secrétaire exécutif: Pape GAYE

***3 répresentants AC (1/GO)***
1. Judith COLLINS (FHI)
2. Allé DIOP (POLICY)
3. Chris DAVIS (JHPIEGO)

***Groupes opérationnels (GO) – membres USAID, AC, pays, institution régionale***

***GO1: Collaboration, partenariat, plaidoyer et mobilisation des ressources***

***1. Khadidiatou MAIKIBI: Président* (Togo)***
***2. Morissanda KOUYATE:Vice-Président (Guinée)***
3. Nestor AZANDEGBE: (Bénin)
4. Rosalie MOUSSA (Niger)
5. Louis Philippe TSITSOL (Cameroun)
6. François TALL (Burkina Faso)
7. Eli AGBOBLI (Togo)
8. René PERRIN, RESAR (Bénin)
9. Adama NDOYE (Sénégal)
10. Salif SAMAKE (Mali)
11. _____ (Côte d'Ivoire)

Sara PACQUE-MARGOLIS, USAID
Rep AC: Allé DIOP (POLICY)

*Nestor AZANDEGBE, élu à l'origine comme président du GO1 et du BE, a délégué la présidence du GO1 à Khadidiatou MAIKIBI.

***GO 2: Documentation, dissémination et vulgarisation***

1. ***Sénamé BAETA: Président (Togo)***
2. ***Lucas MBOFUNG: Vice-Président (Cameroun)***
3. Alio SABO (Niger)
4. Madina SANGARE BA (Mali)
5. _____ (Guinée)
6. Ibra NDOYE (Sénégal)
7. Zeïnab DERME (Burkina Faso)
8. _____ (Bénin)
9. _____ (Côte d'Ivoire)

Michelle HEEREY, USAID
Rep AC: Chris DAVIS (JHPIEGO), Scott MCKEOWN (MSH)

***GO 3: Suivi et évaluation***

1. ***Fadel DIADHIOU, CEFOREP: Président (Sénégal)***
2. ***Robert LEKE: Vice-Président (Cameroun)***
3. Bouraïma MAIGA (Mali)
4. Justine TANTCHOU, RESAR (Cameroun)
5. Namory KEITA (Guinée)
6. _____ (Togo)
7. Pascaline SEBGO (Burkina Faso)
8. Youmané FAYE (Sénégal)
9. _____ (Bénin)
10. Gora MBOUP (Niger)
11. Penda NDIAYE (Sénégal)
12. _____ (Côte d'Ivoire)

Nicole BUONO, USAID
Rep AC: Judith COLLINS (FHI)

## Plans d'action pour les Groupes opérationnels

### *GO1*

### *Plan d'action des six (6) premiers mois*

1. Adresser une correspondance aux équipes nationales pour demander des informations en vue:*

   - d'établir une banque de données relatives aux partenaires au développement, notamment ceux œuvrant dans le domaine de l'assurance continue de la qualité
   - d'identifier les faiblesses des programmes de lutte contre le SIDA dans les pays
   - de recenser les opportunités pouvant faciliter l'intégration de la prévention et de la prise en charge des cas de IST/VIH/SIDA dans les programmes de PF/SR
   - d'identifier les éléments de stratégie de marketing social des produits de prévention des IST/VIH/SIDA

   *Le délai de réponse des équipes pays est fixé à 3 mois.

2. Analyser les informations fournies par les équipes pays et acheminer l'ensemble au Bureau exécutif (BE).

3. Développer des outils de plaidoyer à l'usage du BE.

## *GO2*

## *Plan d'action: août – janvier 2000*

| ***Objectif:*** *Mettre en place un système opérationnel d'information, de communication, de dissémination et d'échange.* | | | |
|---|---|---|---|
| **Activités** | **Responsable** | **Echéance** | **Observation** |
| 1. Recenser les moyens de communication de chaque membre du sous-comité | Président du GO et JHPIEGO (Chris DAVIS) | Fin août 2000 | |
| 2. Tester les canaux | JHPIEGO (Chris DAVIS) | Fin août 2000 | |
| 3. Créer une page web sur le site web MAQ | USAID (Michelle HEEREY) | Fin août 2000 | |
| 4. Identifier le type de relation à développer avec FRAC | MSH/Boston (Scott MCKEOWN) | Septembre 2000 | |
| 5. Recenser les sites web et autres sources d'informations possibles en rapport avec le MAQ (VIH/SIDA) | Président du GO et MSH/Boston (Scott MCKEOWN) | Janvier 2001 | |

## *GO3*

## *Plan d'action*

***Objectif:*** *Etablir des critères pour mesurer l'intégration des programmes de VIH/SIDA dans les services de SR.*

***Indicateurs Suggérés***

*Indicateurs de Macro*

- Pourcentage d'établissements pris en charge par des organisations nongouvernementales fournissant des services de IST
- Pourcentage d'établissements fournissant des services d'analyse sur les IST et le VIH pour les malades souffrant d'une IST ou de la tuberculose

*Indicateurs du Comité MAQ*

- Pourcentage d'établissements qui font le screening des femmes enceintes pour le syphilis y compris le VIH/SIDA
- Pourcentage d'établissements qui font le diagnostic syndromique ou les tests de laboratoires pours les IST
- Pourcentage d'établissements qui ont des programmes d'éducation des clients sur la prévention des IST et du SIDA
- Pourcentage d'établissements qui incluent dans leurs counseling normal le risque et la protection contre les IST/SIDA
- Pourcentage d'établissements qui font la promotion de "double protection"
- Pourcentage d'établissements qui fournissent des tests VIH intégrés dans la prise en charge des Sidéens
- Pourcentage de clients du premier niveau référés à l'échelon supérieur pour les IST/SIDA
- Pourcentage d'établissements disposant des protocoles et normes de SR incluant les IST/SIDA

***Prochaine étape***

Dans les mois à venir, le GO3 va développer une matrice d'évaluation.

# Annexe 1: Les discours d'ouverture

***Le changement est rarement provoqué par l'acte grandiose d'un seul individu. Au contraire, il résulte de l'accumulation de nombreux petits actes d'un grand nombre de personnes. — Félix AWANTANG***

***En dépit de ces progrès, il nous faut encore redoubler d'efforts et initier d'autres approches pour maintenir l'élan déjà enclenché afin de garantir des actions durables. — Médicin-Colonel Adama NDOYE***

***De gauche à droite : Penda NDIAYE, Médecin-Colonel Adama NDOYE, Félix AWANTANG***

*Félix AWANTANG*
*Chef d'Equipe objectif stratégique*
USAID Dakar

C'est avec un grand plaisir que je vous souhaite à tous la bienvenue, ici à Dakar, à l'occasion de la rencontre de lancement officiel du Sous-comité francophone MAQ.

Nous avons la chance d'avoir avec nous beaucoup de pionniers dans notre domaine d'activité, qui ont toujours été à l'avant garde des efforts visant à accroître l'accès à des services de qualité en matière de santé de la reproduction.

Aujourd'hui, nous notons la présence à nos travaux de représentants d'institutions diverses de huit[1] pays d'Afrique francophone, notamment du Bénin, du Burkina Faso, du Cameroun, de Guinée, du Mali, du Niger, du Sénégal et du Togo. Nous avons également la chance d'avoir à nos côtés nos partenaires de l'USAID et des agences de coopération américaines.

[1] Note d'éditrice: Bien que neuf pays de l'Afrique de l'Ouest sont membres du Sous-comité francophone MAQ, seulement huit ont participé à cette réunion. Les représentants de la Côte d'Ivoire n'étaient pas en mesure d'y participer.

Dans un contexte de demande accrue de services de santé de la reproduction (SR) de qualité, il est essentiel que nous travaillions tous ensemble. Comme vous le savez, les frontières nationales qui, sur le papier, séparent les communautés que nous servons, ne sont qu'une création de l'histoire. En réalité, nos populations sont un seul et même peuple, soit en raison des liens familiaux et ethniques, ou du fait des échanges commerciaux et des mouvements migratoires.

Autant l'espace communautaire des populations que nous servons fait abstraction des frontières nationales, autant il est important que les directeurs, gestionnaires et les responsables chargés d'exécuter les programmes inscrivent leurs actions au-delà de ces mêmes frontières et conjuguent leurs efforts dans le même cadre. Les bases de cette communauté de prestataires de services ont déjà commencé à être jetées lors de précédentes conférences MAQ, avec notamment la rencontre de Ouagadougou en 1995 et la conférence de Dakar en 1999. Ce nouveau sous-comité aidera à renforcer ces bases et à faciliter une plus grande croissance de cette communauté d'individus dévoués à l'amélioration de la santé des hommes, des femmes et des enfants d'Afrique de l'Ouest.

Le contexte dans lequel nous travaillons présentement est un défi evident. Nous pourrions énumérer les nombreuses barrières qui rendent notre travail difficile. Toute fois, bien qu'il soit important d'être réaliste dans l'élaboration de nos programmes de travail et de reconnaître l'existence de ces barrières, il nous faut rester positives et axer nos efforts sur les opportunités qui s'offrent à nous. En fait, c'est cet esprit même que vous avez incarné dans le passé, et qui dans une large mesure a amené USAID à appuyer à la mise sur pied du Sous-comité francophone MAQ dont le lancement a lieu dans le cadre de la présente rencontre.

L'environnement socio-politique, le système organisationnel et la bureaucratie sont parfois écrasants, mais nous ne devons jamais oublier qu'ils sont créés par des hommes et des femmes. Et ces mêmes hommes et femmes peuvent les changer.

Le changement est rarement provoqué par l'acte grandiose d'un seul individu. Au contraire, il résulte de l'accumulation de nombreux petits actes d'un grand nombre de personnes. Chacun d'entre vous peut agir dans son domaine de compétence pour influer de manière positive sur la qualité des services du pays où il se trouve. Toutefois, globalement, l'impact potentiel peut être d'autant plus grand. Comme on dit ici au Sénégal, et un peu partout en Afrique, "On ne peut pas applaudir avec une seule main." C'est cela la raison de la constitution de notre groupe. Vous avez été choisi pour participer à ce groupe parce que vous êtes des leaders dans ce domaine.

Mesdames, Messieurs, permettez-moi de conclure, en souhaitant plein succès à vos travaux. Je vous remercie de votre aimable attention.

*Médecin-Colonel Adama NDOYE*
*Chef du Service national de santé de la reproduction (SNSR)*

Permettez-moi avant d'introduire mon propos, de transmettre au nom de Monsieur le Ministre de la Santé empêché et en mon nom personnel, mes souhaits de bienvenue à tous nos hôtes de marque venus prendre part à cette importante rencontre.

Mesdames, Messieurs, c'est en Mars 1999 que nous nous étions retrouvés à Dakar à l'occasion de la deuxième conférence francophone MAQ régionale pour nous concentrer sur l'application et l'emploi des politiques, normes et protocoles en matière de santé de la reproduction.

Cette rencontre de Dakar, au delà de l'engouement qu'elle a suscité, avait permis aux différents délégués nationaux et internationaux de donner des exemples d'application des principes MAQ dans la sous-région notamment la participation des communautés ainsi que l'implication des prestataires aux efforts d'amélioration de la qualité des soins.

L'évaluation faite par le Réseau de recherche en santé de la reproduction quatre mois après, révèle l'effet positif que cet atelier international a eu sur les participants.

Depuis lors, une attention plus soutenue est accordée à la supervision et à l'analyse critique des conditions qui favorisent ou entravent l'accès et la qualité des soins.

En dépit de ces progrès, il nous faut encore redoubler d'efforts et initier d'autres approches pour maintenir l'élan déjà enclenché afin de garantir des actions durables.

Notre réunion d'aujourd'hui a le mérite de s'inscrire dans cette perspective.

En proposant d'institutionnaliser l'engagement et l'enthousiasme pour l'Initiative MAQ par la création d'un sous-comité francophone, le comité special nous invite à consolider nos acquis et à les étendre à la région afin qu'ils aient un effet mesurable sur les services de santé de la reproduction.

Je voudrais m'en réjouir d'autant que ce sous-comité que nous allons porter sur les fonts baptismaux, ambitionne entre autres orientations de:

- Faciliter l'identification et la mise en œuvre d'interventions pratiques régionales et nationales en créant des liens et un dialogue continu entre les partenaires techniques de l'Afrique de l'Ouest francophone et l'Initiative MAQ de l'USAID

- Défendre les besoins et perspectives de l'Afrique francophone au sein de l'Initiative MAQ

- Servir de cadre pour traduire et adapter les conseils techniques et l'orientation provenant du Comité directeur MAQ afin qu'on puisse les appliquer aux programmes régionaux et nationaux

Autant de missions nobles qui assurément peuvent valoir beaucoup de satisfactions à nos programmes de santé de la reproduction si elles sont exécutées au seul bénéfice de nos populations.

Eu égard à l'expertise ici présente, nous sommes en droit de nous attendre à des résultats de hautes factures. Je voudrais avant de conclure, rendre à nouveau un vibrant hommage à nos partenaires au développement, principalement à l'USAID pour l'effort constant qu'il ne cesse de consentir pour la promotion de la santé de la reproduction.

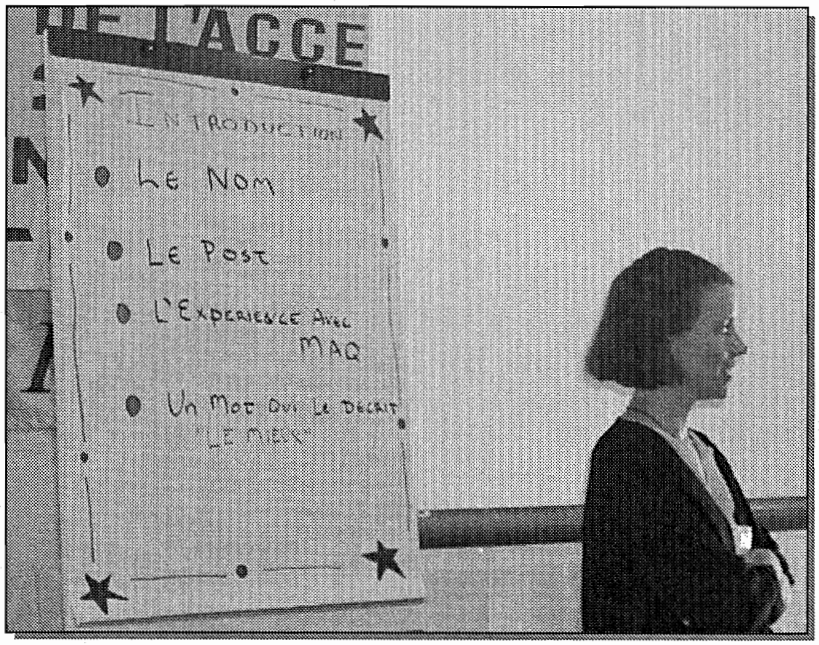
En souhaitant plein succès à vos travaux, je déclare ouverte au nom de Monsieur le Ministre de la Santé la réunion pour la mise en place du comité francophone MAQ.

Je vous remercie de votre attention.

## Annexe 2: Synthèse des travaux de la journée du 24 juillet 2000

Le premier jour de la conférence a démarré après les deux discours d'ouverture prononcés respectivement par Monsieur Félix AWANTANG de l'USAID et le Médecin-Colonel Adama NDOYE du SNSR.

### Activités préliminaires




***Rebecca KOHLER d'INTRAH/PRIME a mené un exercice pour permettre aux participants de se presenter. Parmi les mots choisis par les participants pour se décrire citons les suivants: enthousiaste, expansionniste, pratique, énergique, persévérante, engagée, tolérante, heureuse, déterminée, patient, pratique, assidue, volontaire, efficace, dynamique, curieuse, facilitatrice, sage, gentil, optimiste, laborieux, proactif et rigoureux.***

### *Objectifs de la Réunion*

1. Mettre en place le Sous-comité francophone MAQ
   - Définir le mandat et la structure du sous-comité
   - Déterminer les attentes et les responsabilités des membres du sous-comité

2. Réviser les directives de l'Initiative MAQ en relation avec la région
   - Décrire la structure, le mandat et les travaux actuels de l'Initiative MAQ
   - Présenter les leçons apprises des directives techniques et programmatiques dans des domaines spécifiques de la santé de la reproduction

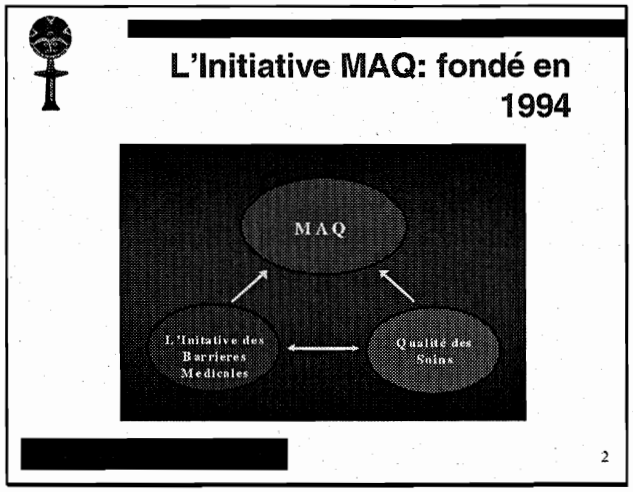
3. Elaborer un programme technique à mettre en œuvre dans les pays participants
   - Réviser les activités MAQ existantes et les priorités de la région
   - Discuter les barrières/contraintes à l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des services, aux niveaux national et régional
   - Développer un programme technique pour le sous-comité précisant les applications possibles au niveaux national et régional

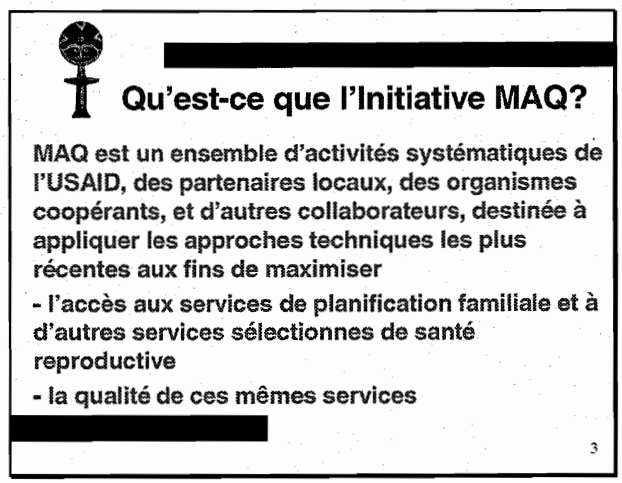
4. Identifier les sources de soutien technique et financier
   - Identifier les opportunités de soutien financier pour les activités et stratégies aux niveaux national et régional
   - Rendre prioritaire une liste de mécanismes possibles de soutien technique et financier aux niveaux national et régional

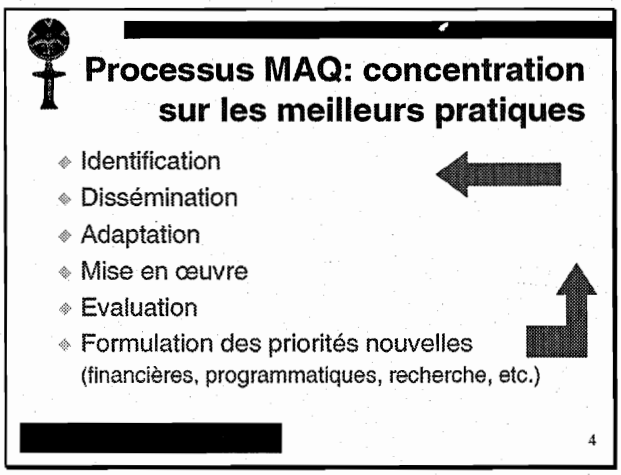
PREVIOUS PAGE BLANK

## Les présentations

Chacune des présentations était suivie de discussions. Les exposés ont porté sur les thèmes prévus. ***Les grandes lignes de l'Initiative MAQ*** par Michelle HEEREY/USAID/Washington a fait un rappel sur l'initiative mondiale, son origine, sa signification, son contenu, son organisation et ses résultats.



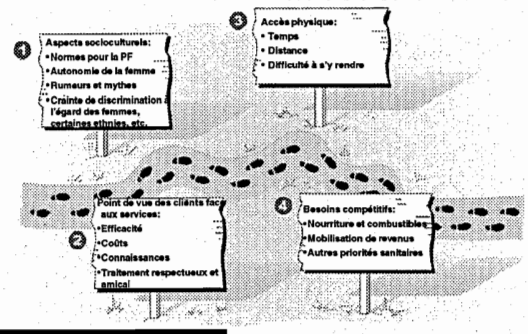



## Les caractéristiques de l'Initiative MAQ

- Pratique et réaliste
- Axée sur les besoins du client
- Reposant sur les faits
- Orientée vers l'impact
- Pertinente sur le terrain
- Reposant sur un consensus international
- Prioritisée ("le plus urgent d'abord")
- En collaboration

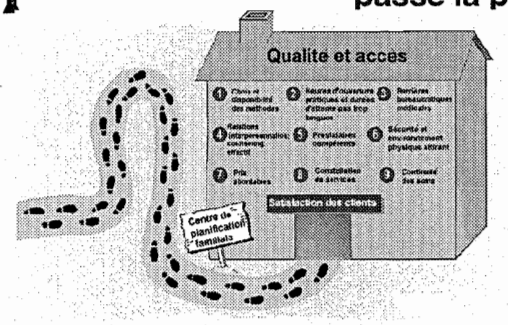
5

## Le point de vue du client: accéder à l'entrée



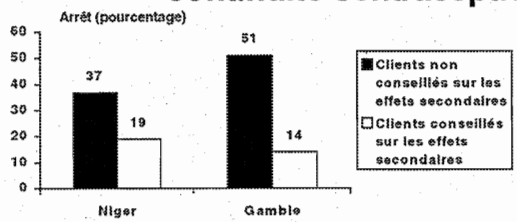

6

## Optique du client: Une fois passé la porte




7

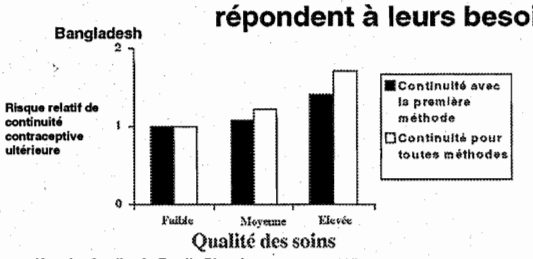
## Le counseling sur les effets secondaires augmente la continuité contraceptive




*Source*: Family Health International, Network, septembre 1991.

8

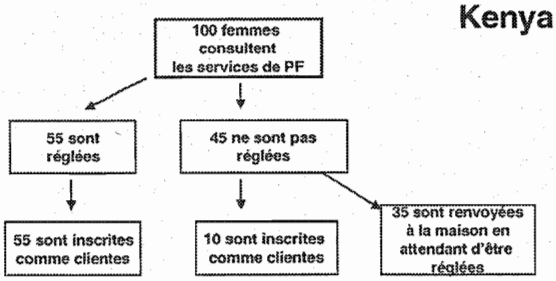
## La continuité contraceptive augmente quand les prestataires respectent les clients et répondent à leurs besoin




*Source*: Koenig, Studies in Family Planning, décembre 1997.

9

## La menstruation est une barrière très importante à l'accès au Kenya

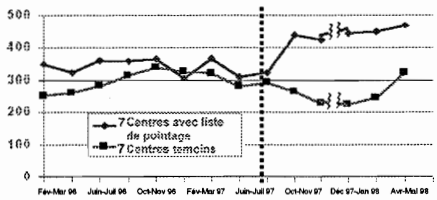



*Source*: Stanback, 1999.

10

## L'utilisation de listes de pointage pour les clientes non réglées peuvent améliorer l'accès

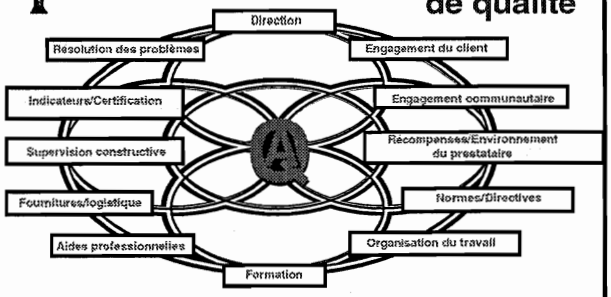
Nombre de nouvelles clientes*




* 12/97 - 1/98 exclus suite à la grève nationale des infirmières au Kenya

11

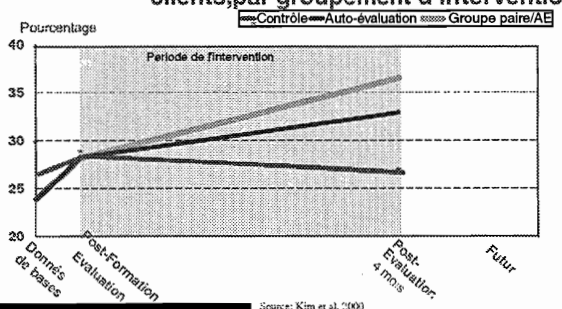
## Créer des normes d'accès et de qualité




SYNERGIE DES INTERVENTIONS

12

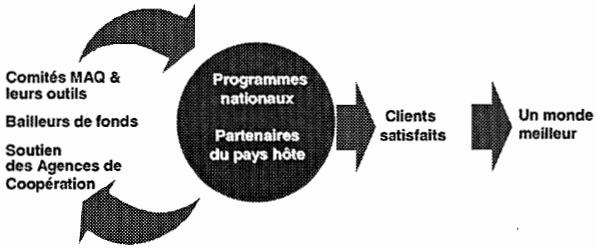
## Pourcentage de l'effort de communication des prestataires qui facilite la participation des clients,par groupement d'intervention




Source: Kim et al, 2000
Prestataires - contrôle (n=61), Prestataires - AE (n=69), Prestataires - AE+GP (n=71)

13

## Collaboration MAQ




14

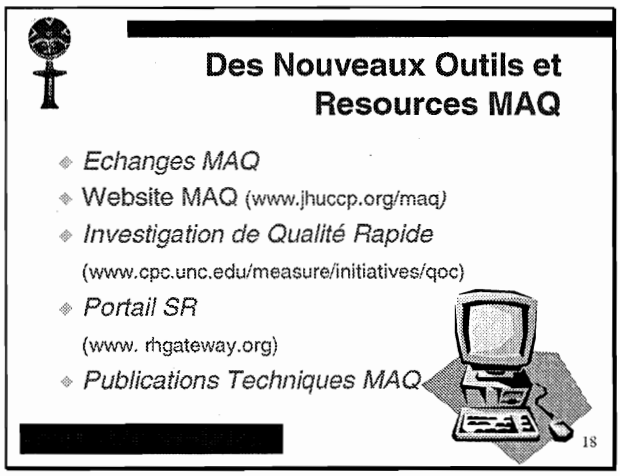
- **L'Initiative MAQ est mise en œuvre en collaboration, par l'USAID, les Agences de coopération, les partenaires des pays hôtes et d'autres organisations. Les groupes de travail sont les suivants:**
  - **Direction Technique et Compétences**
  - **Interaction Client-Prestataire**
  - **Politiques, Plaidoyer, Communication et Education**
  - **Gestion et Supervision**
  - **Suivi et Evaluation**
  - **Région Francophone**

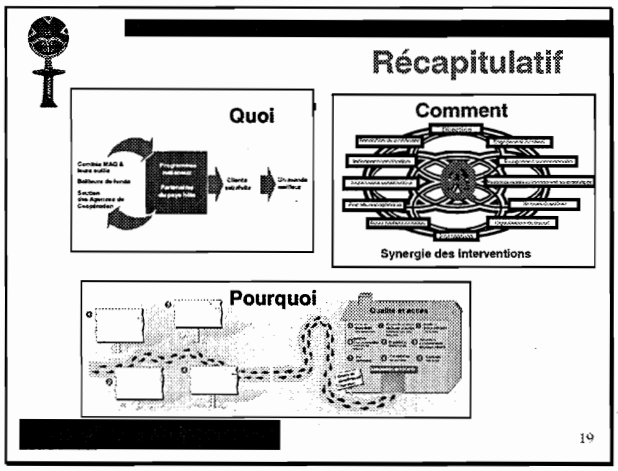
15

## Activités MAQ

- Production des documents de référence
- Facilitation des séminaires => mise á jour technique
- Production des PNP et documents secondaires
- Processus et curriculum de "l'Echange MAQ"
- Stratégies et outils pour la dissémination

16




- L'une des péoccupations exprimeés par les participants était l'origine des fonds assurant le fonctionnement de MAQ. (Ce sujet serait traité le 26 juillet en plus de détail. Voir **Annexe 4: Synthèse des travaux de la journée du 26 juillet 2000.**)

***L'Initiative MAQ en Afrique francophone*** par Pape GAYE/INTRAH a retracé le chemin parcouru par MAQ en Afrique depuis 1994.

## L'Initiative MAQ en Afrique francophone

**Pape Gaye, INTRAH/PRIME**

1

## Statut actuel de la santé

- Taux élevé de mortalité maternelle
- Taux élevé de mortalité infantile
- Taux croissant d'infection au VIH
- Taux élevé de fécondité
- Taux élevé d'accroissement de la population et importante population jeune
- Taux bas de prévalence contraceptive et un taux élevé de besoins non satisfaits

2

## Résaux de prestations de services

- Services de SR sous-utilisés
- La plupart des sites de prestation ne fonctionnent pas selon les standards
- Les hommes ne sont pas visés comme utilisateurs des services de PF/SR
- Les clients ne sont pas toujours bien reçus
- Les communautés ont un rôle actif limité dans l'amélioration de l'état de santé des membres
- La plupart des services sont offerts dans les centres de santé

3

## Historique

- 1993-1995: Conférences régionales: Afrique, Asie et Amerique latine
- 1995: Burkina Faso Conférence régionale francophone
- 1999: Conférence francophone régionale Sénégal

4

## Burkina Faso, 1995

**Conférence régionale MAQ en Afrique francophone au Sud du Sahara,**
**12-17 Mars 1995**
**Ouagadougou, Burkina Faso**

- But: augmenter l'accessibilité et améliorer la qualité des services de PF et des services sélectionnés de SR en Afrique francophone au sud du Sahara

5

## Burkina Faso, 1995 *Objectifs*

- Planifier la réduction/suppression des barrières à l'accessibilité, la qualité, l'utilisation des services de PF/SR
- Planifier l'initiation de nouvelles approches pour améliorer l'accessibilité et la qualité des services de PF/SR
- Déterminer les implications des questions relatives au genres sur les services de PF/SR

6

## Burkina Faso, 1995
### *Planning*

- Comité technique basé en Afrique composé de 20 membres avec représentation du secteur public et des ONG
- Comité de coordination basé aux Etats-Unis (dirigé par USAID, FHI, INTRAH, JHPIEGO)

7

## Burkina Faso, 1995
### *Participants*

- 10 équipes des pays francophones y compris le Madagascar (54 participants)
- 72 représentants: ONG, journalistes, représentants des universités, AC, USAID

8

## Burkina Faso, 1995
### *Résultats*

- Plans d'action nationaux complets
- Participants engagés au plaidoyer pour l'amélioration des services
- Réseau établi de professionnels préparés et prêts à appuyer le concept MAQ

9

## Burkina Faso, 1995
### *Leçons apprises*

- Les efforts MAQ nécessitent une participation de différents acteurs
- Les PNP actualisés sont des outils précieux pour appuyer la standardisation de la qualité
- Il est nécessaire de poursuivre le processus de réforme légale et juridique pour améliorer le statut et les droits des femmes

10

## Burkina Faso, 1995
### *Leçons apprises suite*

- Les services de PF/SR doivent être étendus pour inclure les jeunes (de manière culturellement appropriée)
- Les agents de santé à tous les niveaux ont besoin de formation supplémentaire
- Les méthodes de contraception ne sont toujours pas disponibles à une bonne partie des populations

11

## Burkina Faso, 1995
### *Leçons apprises suite*

- Les soins après avortement constituent un besoin urgent
- L'intégration des sevices de VIH/IST est extrêmement importante

12

## Sénégal, 1999

**Conférence sur la Maximisation de l'Accès et la Qualité des Soins: La mise en œuvre des PNP de SR**

**1-4 March 1999, Dakar, Sénégal**

- But: Les pays participants utiliseront les PNP actualisés comme l'un des pilliers pour l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des services de SR

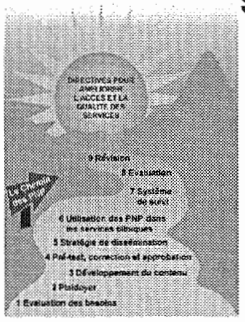
13

## Sénégal, 1999

- Suivi de la Conférence de Washington DC sur le theme "Des PNP.... à l'Action"
- Canevas conceptuel: le chemin des PNP
- Sélection des "perles"

14

## Sénégal, 1999




15

## Sénégal, 1999
### *Planning*

- Comité technique de 12 membres
- Comité de coordination basé aux Etats-Unis

16

## Sénégal, 1999
### *Participants*

- 11 délégations, y compris Haïti, Maroc
- Institutions africaines, USAID, AC
- 150 total

17

## Sénégal, 1999
### *Résultats*

- Prochaines étapes des pays
- Perles de la conférence
- Recommandations et résolutions

18

## Sénégal, 1999
## Quelques *Perles*

- La mise en œuvre des PNP est un élément clé
- Le partenariat entre les secteurs publique/privé de la santé et des communautés facilite la mise en œuvre effective des PNP
- Le processus des PNP nécessite des efforts constants de plaidoyer de la part de toutes les parties prenantes

19

## Sénégal, 1999
## Quelques *Perles*

- L'implication des enseignants des écoles de base dans le processus des PNP assure l'engagement et la motivation à réviser la formation en SR pour satisfaire aux besoins
- Les agents de santé doivent avoir le pouvoir de changer les processus et les systèmes en place

20

## Suivi du Sénégal

- Questionnaires aux délégations nationales 6 mois après la conférence
- Bulletins MAQ
- Plaidoyer auprès des sièges des AC et de l'USAID Washington
- Réunions du Comité de coordination basé aux Etats-Unis

21

**Abréviations/Acronymes**

AC = Agence de coopération

IST = Infections sexuellement transmissibles

PNP = Politiques, normes et protocoles

VIH = Virus d'immunodéficience humaine

Les discussions ont essentiellement porté sur la nécessité d'impliquer d'autres institutions appuyant les programmes de santé de la reproduction (SR) en Afrique telles que l'Organisation mondiale de la santé (OMS)-Afro et le Fonds des Nations Unis pour la population (FNUAP), mais également d'autres pays francophones en dehors des neuf représentés à cette conférence.[1]

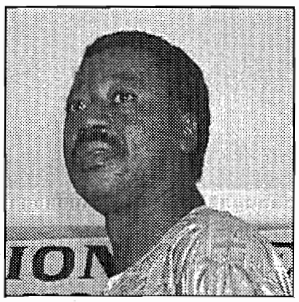
Il a été rappelé, notamment par les membres du Comité d'organisation, que la stratégie consistait à mettre en place une structure légère et fonctionnelle pour prendre en charge les spécificités et besoins des neuf pays ciblés en priorité. Ce sous-comité pourrait avoir dans son agenda la tâche de prendre contact avec tout pays ou institution selon les opportunités.

[1] Note d'éditrice: Bien que neuf pays de l'Afrique de l'Ouest sont membres du Sous-comité francophone MAQ, seulement huit ont participé à cette réunion. Les représentants de la Côte d'Ivoire n'étaient pas en mesure d'y participer.

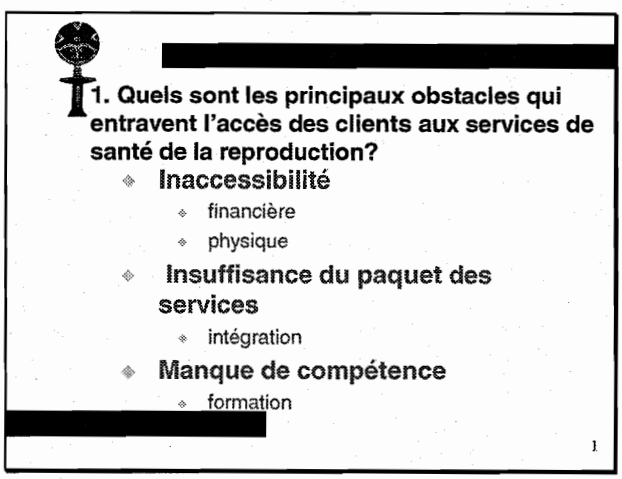
***Les barrières à l'augmentation de l'accessibilité et de la qualité en Afrique francophone:*** Cette présentation, menée par Alio SABO avec la collaboration de Nicole BUONO était axée sur la synthèse et la restitution des réponses contenues dans le questionnaire adressé aux pays participants. L'exploitation des questionnaires n'étaient pas terminée puisque certains pays n'ont remis leurs questionnaires ou ne les ont remplis que tardivement. Néanmoins, il est établi que les réponses contenues dans tous ces questionnaires se recoupaient.

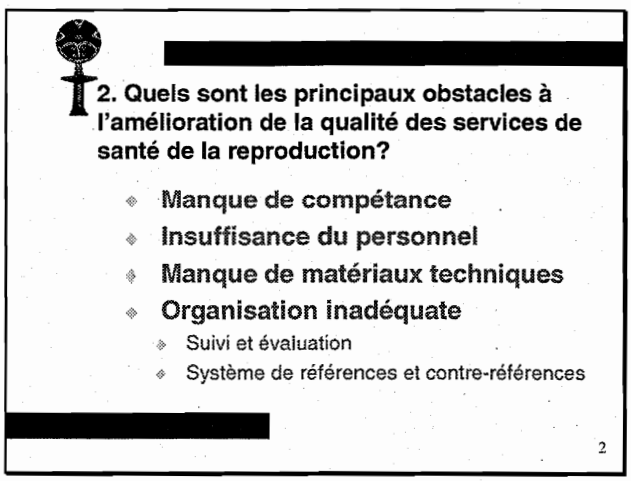
**Le Questionnaire Préliminaire**

1. Quels sont les principaux obstacles qui entravent l'accès des clients aux services de santé de la reproduction?
2. Quels sont les principaux obstacles à l'amélioration de la qualité des services de santé de la reproduction?
3. Veuillez dresser la liste des démarches spécifiques entreprises dans votre pays pour surmonter ces obstacles.
4. Dans quels domaines spécifiques voudriez-vous consentir d'avantage des efforts?




**Alio SABO**



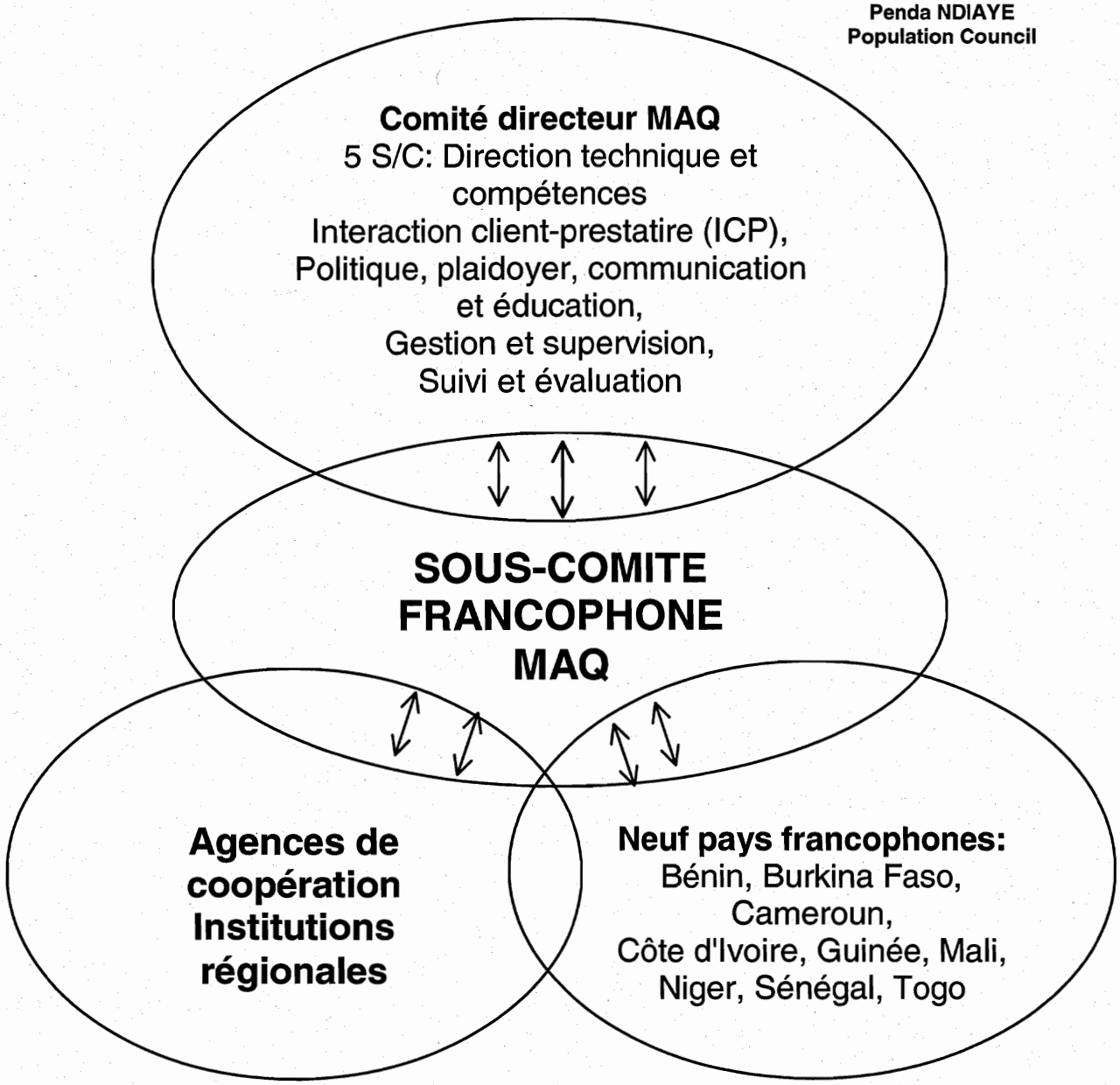




Par la suite, les discussions ont permis (à la séance plénière) aux participants d'ajouter d'autres barrières qui n'auraient pas été évoquées dans les questionnaires remplis, ce qui a permis d'avoir une liste non exhaustive de barrières à l'accès et à la qualité en Afrique francophone.

La synthèse de cette séance a retenu que certaines barrières telles que l'inaccessibilité financière, l'insuffisance (voire le manque) d'informations des populations et l'insuffisance de l'intégration des services de SR constituent des priorités à prendre en compte. (Voir **Synthèse des réponses à l'enquête des participants** dans **Réalisations de la réunion**.)

***Pourquoi un Sous-comité francophone MAQ?*** Dans l'après-midi, la session sur la mise en place du Sous-comité francophone MAQ a été abordée sous forme d'une présentation par le Dr Penda NDIAYE (Population Council) qui s'est focalisée sur l'historique d'une telle initiative et sa justification.

**Penda NDIAYE**
**Population Council**




Les sessions subséquentes visaient à justifier la mise en place du sous-comité et à en expliquer l'utilité. Les membres du comité préparatoire ont clarifié et rassuré les participants que:

- L'option du sous-comité francophone obéit à un souci de prendre en charge prioritairement les problèmes/besoins des pays ciblés, en ayant une structure légère et fonctionnelle et non en créant une nouvelle institution concurrente de celles qui sont déjà en place dans les pays ou dans la région.

- Le sous-comité ne sera pas reproduit dans chaque pays, mais s'appuiera sur les organisations existantes.

**Justificatifs**

En fait, la mise en place de ce comité émane des recommandations de la conférence MAQ 1999 à Dakar.

• Face aux mutations observées dans le secteur de la santé à savoir la décentralisation du système, l'apparition des ONG œuvrant dans ce domaine...etc, on était en droit de se demander quelle qualité de soins faudrait-il garantir?

• Autre constat: les pays de l'Afrique francophone forment une entité qui présente de nombreux défis en matière de santé mais dont les programmes ont beaucoup de difficultés à y faire face

• Il s'est également fait ressentir le besoin:
  - De rendre visible les expériences des pays francophones
  - D'établir des canaux de communication et d'échange entre eux

Mais surtout
  - Arriver à une certaine coordination des actions des agences de coopération afin de créer une certaine *synergie* entre eux.

Ce sous-comité pourrait jouer un rôle de plaidoyer

  - Sur les problèmes de pays francophones
    . Vis à vis du Comité directeur
    . Vis à vis des autres bailleurs de fonds
    . Vis à vis des responsables de l'USAID

Après cette introduction, des discussions ont porté sur:

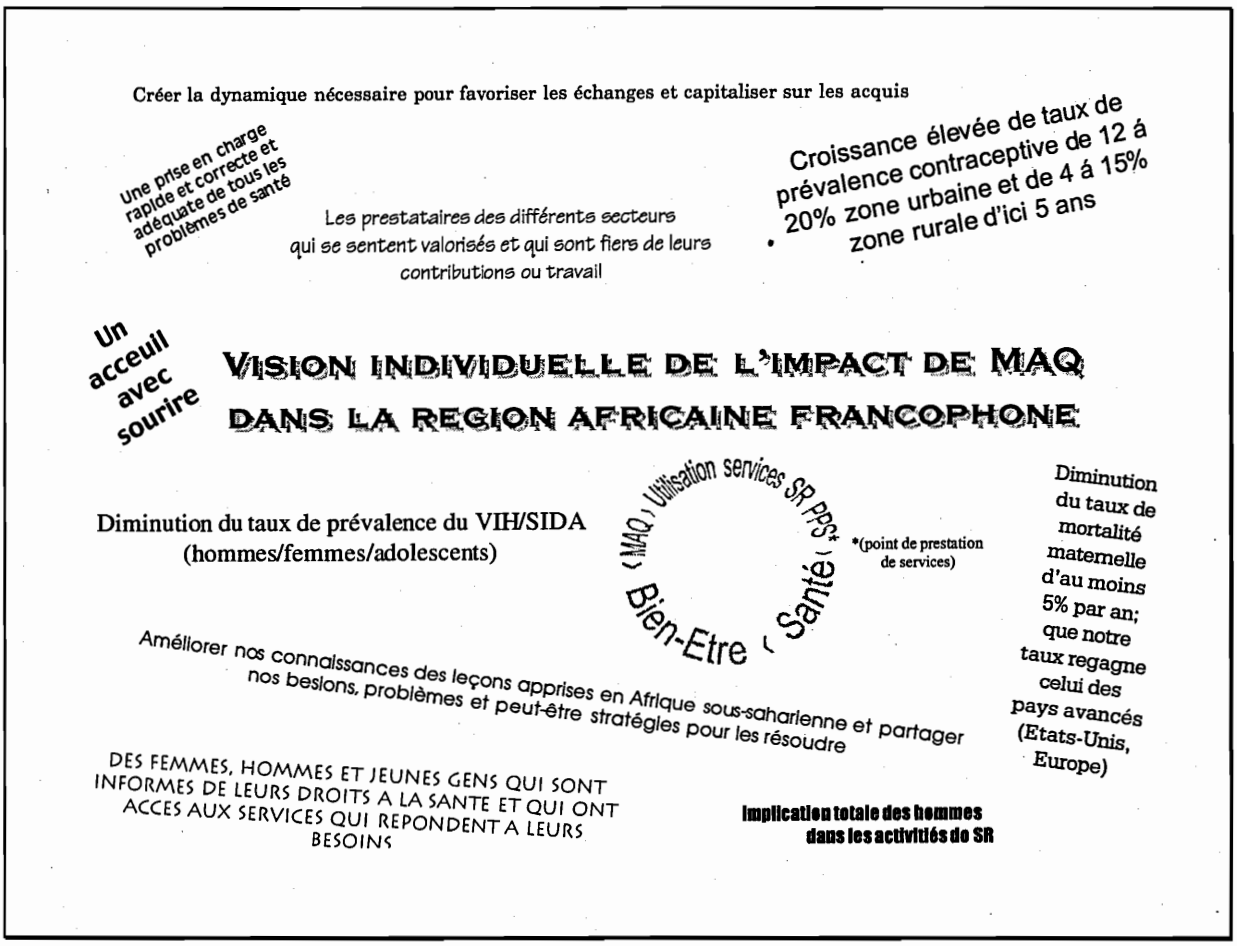
- La nécessité d'ouvrir tout de suite le comité à d'autres partenaires tels que le FNUAP, la Fédération internationale de planification familiale-Région africaine (IPPF-RA), l'OMS, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)...

  Mais il a été retenu que cela ferait l'objet d'une étape ultérieure.

- L'appellation et l'étendue géographique pour le nouveau sous-comité

## La définition du mandat du sous-comité

Le deuxième thème de l'après-midi concernait le développement d'une mission et du mandat du Sous-comité francophone MAQ. Il a été demandé à chacun de commencer par définir sa propre "vision" du MAQ. Des exemples des déclarations de vision individuelles se trouvent dans le collage ci-dessous.




A partir de la vision individuelle de chaque participant, puis d'une discussion deux à deux, des propositions ont été lues dans la plénière et ont permis de constater une certaine convergence au sein de l'assistance quant à la compréhension de la mission qui serait dévolue au sous-comité. Des différentes "visions" partagées par les participants, un consensus s'est dégagé sur une "vision" d'une société où chaque individu pourrait jouir de ses droits à des services de qualité en SR.

Par la suite quatre groupes de travail ont été constitués pour réfléchir sur le contenu du mandat du Sous-comité francophone MAQ en partant de la compréhension convergente sur sa mission. Chaque groupe de travail avait la latitude de réfléchir en partant des propositions du comité préparatoire ou d'en faire fi. Les présentations suivies de discussions en plénière ont permis de constater l'existence de plusieurs similitudes dans les propositions des groupes de travail.

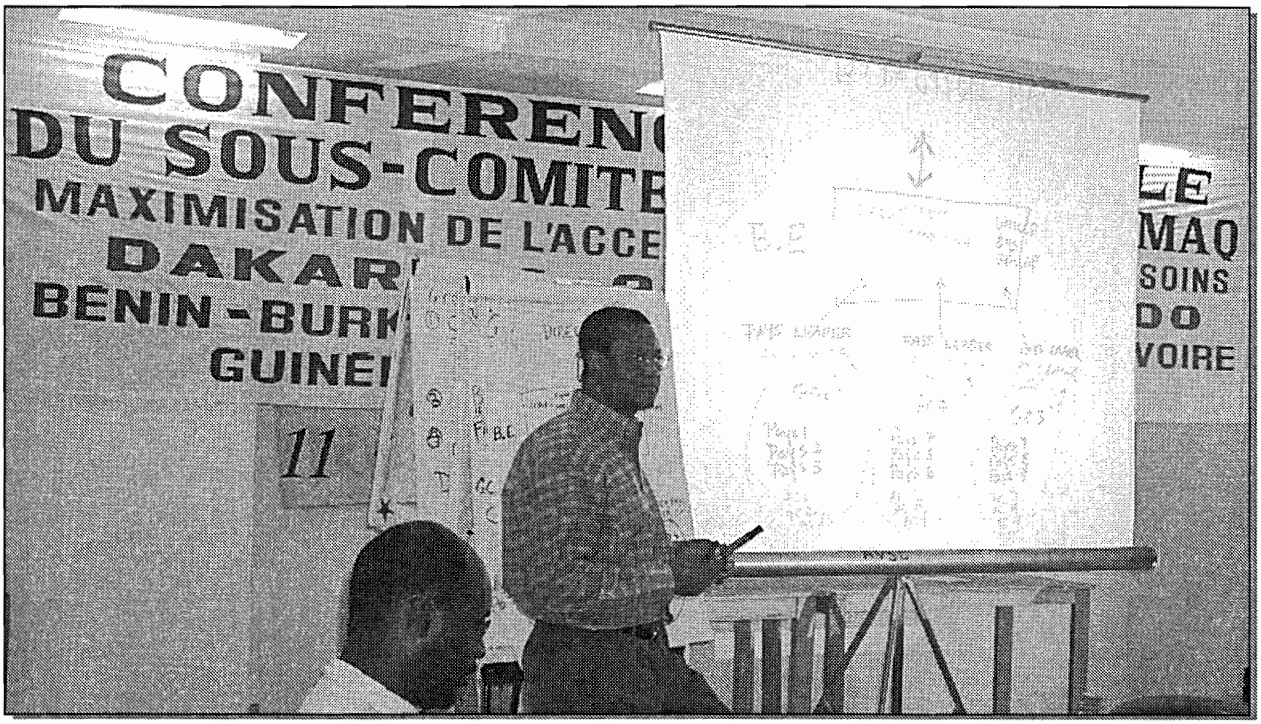
***C'est ainsi que la plénière a chargé un noyau de trois participants volontaires (dans la photo ci-dessous, de gauche à droite: Eli AGBOBLI, Nestor AZANDEGBE et Justine TANTCHOU) de procéder à la synthèse des résultats des travaux des quatre groupes. Cette synthèse serait presentée le deuxième jour de la conférence.***

## Annexe 3: Synthèse des travaux de la journée du 25 juillet 2000

Afin d'assurer l'utilisation la plus efficace possible du temps, le programme de la journée a été révisé. Justine TANTCHOU a presenté les résultats du travail fait lors de la réunion qu'un petit groupe (N. AZANDEGBE, E. AGBOBLI, J. TANTCHOU) a tenu le lundi soir pour faire la synthèse des définitions du mandat du sous-comité rédigées par les quatre groupes de travail. Les discussions se sont penchées sur le besoin de définir l'appellation et l'étendue géographique du sous-comité (c'est à dire, est-ce l'Afrique de l'Ouest francophone, l'Afrique francophone ou l'Afrique sous-Saharienne?); de capter le rôle du sous-comité en tant que liaison avec d'autres bailleurs et d'inclure les responsabilités du sous-comité de contribuer à la surveillance, l'évaluation et la documentation des activités. En plus, on a soulevé la question du besoin d'établir des délais pour engager d'autres bailleurs dans le sous-comité. (Voir le mandat final dans **Réalisations de la réunion.**)

**Justine TANTCHOU, RESAR**

### Structure, rôle et responsabilités du Sous-comité francophone MAQ




***L'une des principales tâches de la journée était d'ébaucher la structure, le rôle et les reponsabilités du sous-comité. (Pape GAYE, Isaiah NDONG)***

***Création de sous-comités***

L'une des principales tâches de la journée était d'ébaucher la structure, le rôle et les reponsabilités du sous-comité. Etant donné le nombre important de membres du sous comité (c'est à dire, tous ceux qui ont assisté à cette réunion), on a décidé de créer un comité de pilotage/coordination appelé Bureau exécutif (BE). En outre, pour s'occuper des tâches techniques ou opérationnelles, on constituerait des petits Groupes opérationnels (GO). Tout le monde aura un rôle à jouer, soit au niveau du BE, soit au niveau de l'un des GO.

***Bureau exécutif***

Afin de faciliter l'opération efficace du programme, le BE sera constitué d'approximativement 13 membres, dont des représentants des neuf pays francophones, des agences de coopération [AC] de l'USAID et des bailleurs). Les critères de sélection pour le BE seront déterminés par un groupe restreint.

*Représentation institutionnelle*

- L'adhésion au BE est institutionnelle et non pas individuelle; chaque institution devrait donc être représentée par une personne qui soit capable d'assurer une présence continue pour son institution. Si un membre individuel quitte son poste, il faudrait trouver une autre personne pour représenter cette institution.

*Représentation nationale*

- La représentation nationale fonctionnera bien si c'est le directeur de santé de la reproduction qui est le représentant auprès du Bureau exécutif MAQ. Bien que tous les pays ne puissent pas être représentés simultanément au sein du BE, la participation—telle qu'elle sera déterminée par le groupe plus nombreux du sous-comité—permettra une rotation éventuelle des membres nationaux.

*Participation des agences de coopération (AC)*

- L'une des AC fonctionnera comme secrétariat du BE et une autre AC sera membre non rattaché auprès du BE.

*Représentation du Comité directeur MAQ de Washington*

Les cinq sous-comités MAQ basés à Washington (c'est à dire les sous-comités Direction technique et compétences; Interaction client-prestataire [ICP]; Politique, plaidoyer, communication et éducation [PPCE]; Gestion et supervision; Suivi et évaluation) sont présidés par des co-présidents qui sont membres du Comité directeur MAQ. De même, le Sous-comité francophone MAQ peut désigner un à deux membres qui seront membres du Comité directeur MAQ de Washington.

### *Groupes opérationnels*

Afin d'assurer la communication entre le Bureau exécutif et les Groupes opérationnels, le chef de chaque GO peut être membre du BE. Le mandat finalisé nous aidera à comprendre et à constituer les GO qui seront probablement définis selon les fonctions du mandat. Suite à des discussions considérables, les trois Groupes opérationnels suivants ont été établis:

- Collaboration, partenariat, plaidoyer et mobilisation des ressources
- Documentation, dissémination et vulgarisation
- Suivi et évaluation

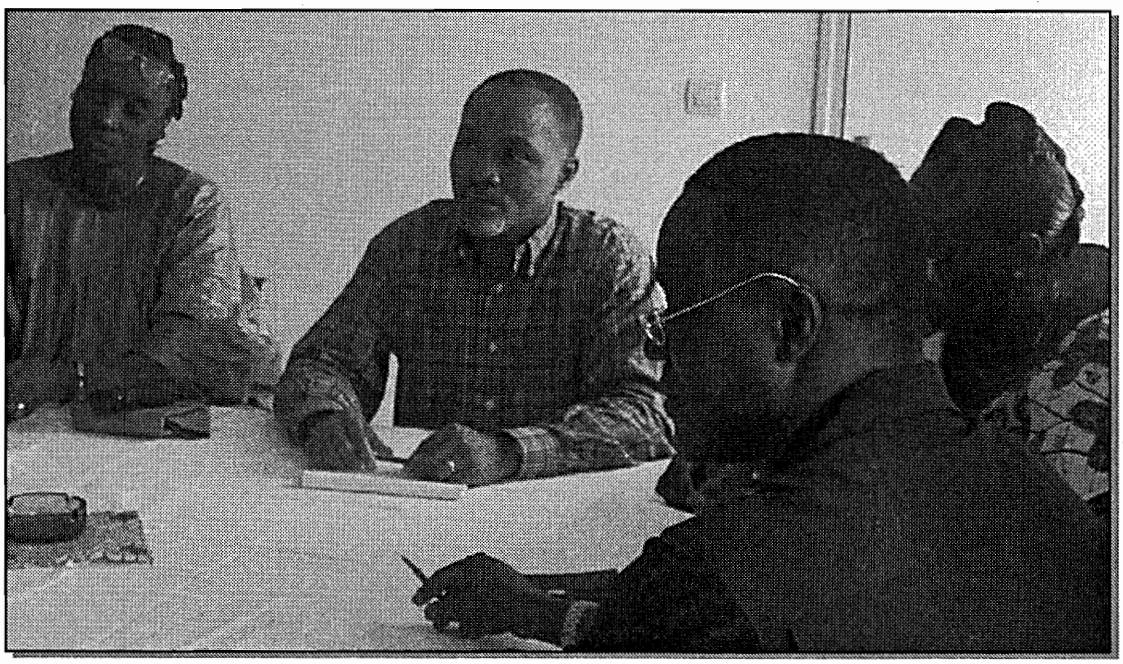
### *Adhésion des bailleurs*

Au fur et à mesure que le sous-comité étend le droit de participation à d'autres bailleurs, il devra considérer combien de bailleurs il faut inclure, quand les inclure et quels critères de sélection utiliser.

(Voir **Réalisations de la réunion** pour la constitution finale du BE et des GO.)

## Travaux de groupes

Les groupes se sont concentrés sur le développement des termes de référence pour le Sous-comité francophone MAQ.

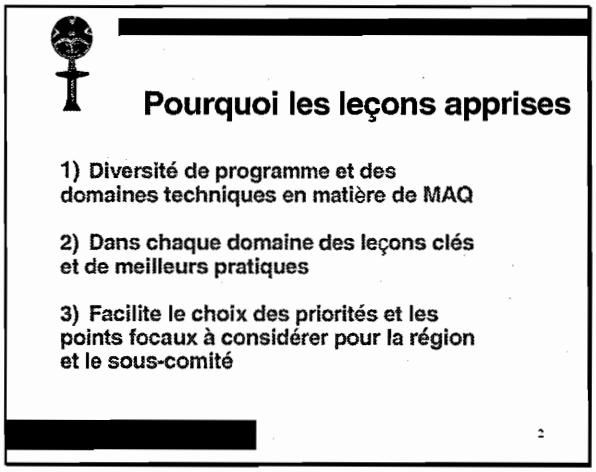


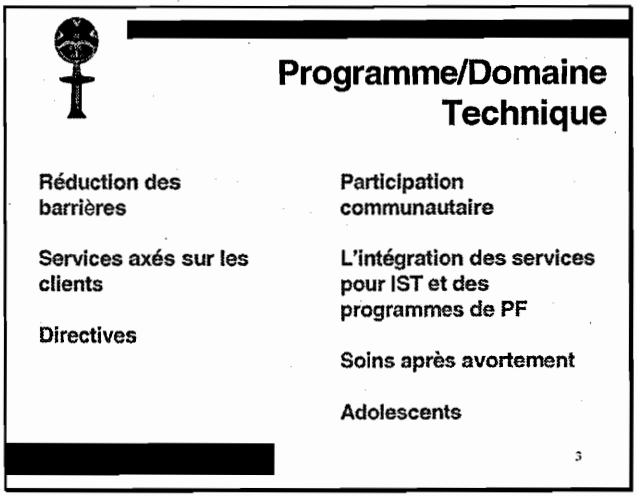
***Les participants se sont divisés en groupes pour travailler sur la définition des questions se rapportant au BE et aux GO. (De gauche à droite: Penda NDIAYE, Nestor AZANDEGBE, Adama NDOYE et Madina SANGARE BA)***

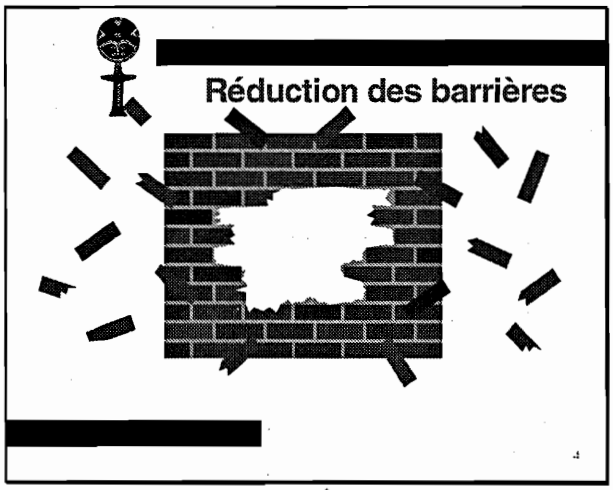
(Voir **Réalisations de la réunion** pour des détails supplémentaires concernant le BE et les GO.)

## Leçons apprises du MAQ

Suite aux travaux de groupe, le Dr Mariama BARRY/AVSC et Mme Pascaline SEBGO ont fait une présentation sur les leçons tirées pendant l'Initiative MAQ.



## Barrières dues à la distance

La distance jusqu'aux structures sanitaires peut avoir un effet décourageant, mais ce n'est pas un obstacle important à l'utilisation de la contraception.

*Source*: Bongaarts et Bruce, Studies in Family Planning, mars/avril 1995.

5

## Barrières dues au coût des services

- Prix des contraceptifs
- Frais indirects
- Coût des transports
- Coûts d'opportunité
- Coûts indirects (temps, faire garder les enfants, etc.)

Un grand nombre de personnes paieront de modestes tarifs pour les services de SR.

6

## Exigences liées à la menstruation: une très importante barrière à l'accès aux CO

| Pays | Résultats |
|---|---|
| Ghana | 46% des prestataires ne donnent des CO qu'aux femmes ayant leurs règles |
| Kenya | 71% des prestataires ne donnent des CO qu'aux femmes ayant leurs règles |
| Jamaïque | 82% des clientes devaient avoir leurs règles ou un test négatif de grossesse (enquête par clientes simulées) |
| Kenya | 78% des clientes n'ayant pas leurs règles (35% de toutes les éventuelles nouvelles clientes) renvoyées chez elles |

*Source*: Stanback, 1999.

7

## La désapprobation du mari affecte l'utilisation de la contraception

"Si ma femme prend la décision d'utiliser la planification familiale sans mon consentement, je divorce."

-- Homme malien

8

## Supprimer les barrières liées à l'écart entre les sexes

- Atteindre les femmes qui ne peuvent pas quitter la maison, qui n'ont pas d'argent ou qui ne peuvent pas être vues par des médecins hommes
- Lier la PF/SR à d'autres activités destinées à améliorer la vie des femmes
- Promouvoir des stratégies d'IEC visant l'égalité entre les sexes
- Maximiser la participation de prestataires femmes
- Proposer un counseling pour couples
- Encourager les hommes (partenaires) à assumer leur rôle au niveau de la PF
- Répondre aux intérêts et préoccupations des hommes

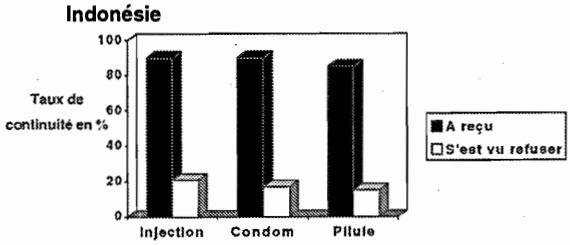
9

## Raisons pour lesquelles les clientes sont renvoyées chez elles (Etude par clientes mystères au Malawi)

- Manque de fournitures et d'équipement
- Personnel absent ou trop occupé
- Erreurs dans les rendez-vous (raisons: mauvais jour, mauvaise date, mauvaise heure, etc.)
- Jugements sur la "Recevabilité": n'a pas ses règles, hypertension, IST, adolescente, enceinte, etc.
- Préjugés du prestataire (exemples: fausse évaluation du besoin, cliente non mariée)
- Besoins du prestataire (exemples: problèmes personnels, fatigue, jardinage)

10

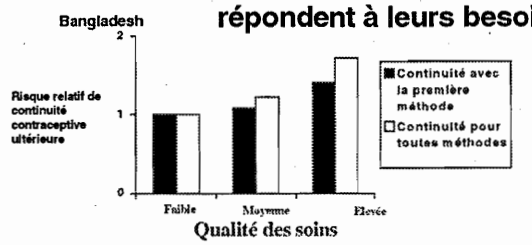
## Les clients qui reçoivent la méthode de leur choix sont plus susceptibles de continuer à l'utiliser




*Source:* Pariani, Studies in Family Planning, nov/déc 1991.

11

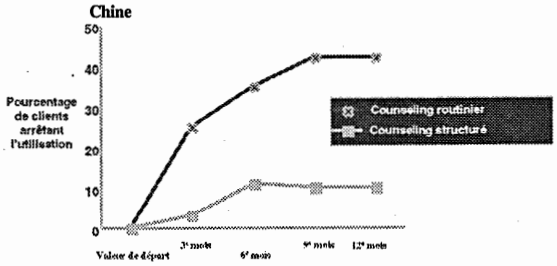
## La continuité contraceptive augmente quand les prestataires respectent les clients et répondent à leurs besoin




*Source:* Koenig, Studies in Family Planning, décembre 1997.

12

## Le counseling à propos des effets secondaires améliore la continuité




*Source:* Zhen-Wu Lei et al, Contraception, Vol 53, 1996.

13

## Barrières à une bonne interaction client-prestataire (ICP)

- Certains prestataires ne réalisent pas la valeur d'une bonne ICP pour la satisfaction et la bonne utilisation
- Certains prestataires ne sont pas courtois, respectueux, ouverts et/ou professionnels
- On n'encourage pas toujours les clients à poser des questions
- Hiérarchisation et technicité de la culture médicale
- Problèmes liés à l'âge, à la race, à la classe sociale, au sexe et/ou à la religion
- La langue et le niveau d'instruction peuvent être des barrières
- Déséquilibre de pouvoir entre le client et le prestataire

14

## Amélioration de la qualité des services

15

## Système de Développement des Ressources Humaines (DRH): *Introduire des normes de Qualité*

- Recruter et valoriser le personnel qualifié
- Garantir l'équité salariale parmi le personnel
- Gérer la performance par le biais de la planification du travail et de la supervision
- Former le personnel à l'observation de normes explicites de qualité, aux niveaux de la gestion et de la prestation de services

16

## La supervision

***Rôle de la supervision: maintenir le souci de la qualité au premier plan***

- Organiser le travail et fixer des normes de Qualité
- Déléguer les tâches et résoudre les problèmes
- Suivre la performance pour maintenir la Qualité
- Valoriser les compétences du personnel
- Forger des liens entre le personnel et l'organisation dans son ensemble

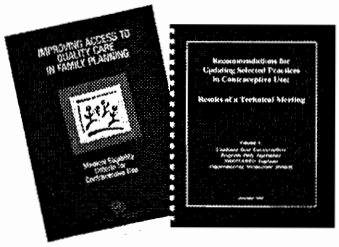
17

## Systèmes d'Information en Gestion (SIG): *Soutenir la qualité par des données*

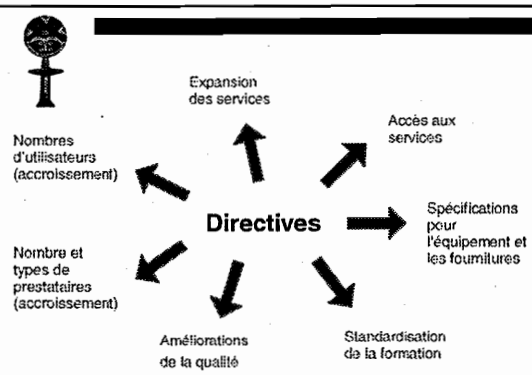
- Collecte de données de base sur des indicateurs définis de Qualité
- Mesurer la Qualité par le biais de l'analyse de données
- Utiliser les données pour soutenir les fonctions de gestion et les décisions sur le plan des politiques

18

## Directives (PNP)




19




20

## Appliquer: Atteindre toutes les cibles

- **Formations sanitaires**
- **Programmes de formation**
- **Programmes d'éducation**
- **Planification de programmes**
- **Liens avec la communauté**

**Source: Population Reports, Série J, Numéro 47, 1998.**

21

## Participation Communautaire

22

## L'accent sur la famille

- Prise de décisions au sein du couple et dans la famille
- Influence de la famille élargie
- Voisins dignes de confiance en tant que soutiens sociaux

23

## L'accent sur la communauté des prestataires de soins

- Changer les pratiques et les comportements des prestataires
- Changer les structures organisationnelles, y compris les priorités au niveau de la prestation des soins
- Changer les environnements politiques et les bases de ressources
- Récompenser les changements positifs

24

## L'accent sur la communauté des médias

- **Responsables des médias:** journalistes, services d'information de l'Etat, présentateurs, rédacteurs, éditeurs, associations
- **Exemples de programmes médiatiques:**
  - Feuilletons diffusés à la télévision et à la radio nationales, annonces dans les services publics, publicité payante
  - Vidéos dans les centres de santé
  - Concours et émissions de variétés radiophoniques et télévisés
  - Journaux et revues

25

## L'intégration des services pour les infections sexuellement transmissibles (IST) et des programmes de planification familiale (PF)

26

## Faiblesses de certaines approches d'intégration IST/PF

- Trop d'importance à la prise en charge clinique des IST
- Inefficacité de la prise en charge syndromique des pertes vaginales (PCSPV) pour la cervicite
- Problèmes au niveau de l'application des protocoles cliniques
- Faibles efforts de prévention primaire
- Attention insuffisante aux personnes à haut risque de transmettre

*Source:* Document de Directives USAID, 23 décembre 1998.

27

## Stratégie à trois axes pour la prévention des IST: intégration de la PF

**Au niveau communautaire**

- Marketing social (condoms, antibiotiques)
- Promotion agressive des condoms
- Sensibilisation et éducation
- Communication pour le changement de comportement
- Politiques et plaidoyer
- Recherche

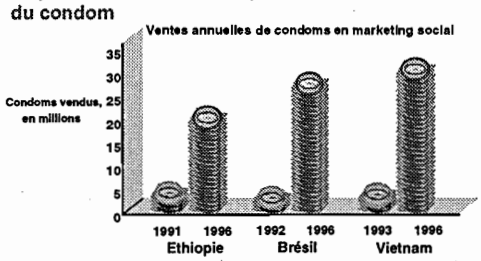
**Au niveau clinique**

- Choix de méthode/protection double
- Counseling et éducation
- Test prénatal de la syphilis
- Traitement très sélectif des IST

28

## Condom: Promotion et accès

La promotion du condom peut accroître l'utilisation du condom




*Source:* DKT International, 1992-1996, dans: Banque mondiale, 1997.

29

## Soins après avortement

- Traitement d'urgence de l'avortement incomplet et d'autres complications pouvant mettre la vie en danger
- Counseling et services de PF post-avortement
- Liens entre les services d'urgence post-avortement et le système de services de santé reproductive

30

## Pourquoi les SAA sont-ils une intervention importante?

- Les soins après avortement (SAA) sauvent la vie des femmes et évitent des avortements répétés.
- Les SAA sont acceptables dans des situations où des restrictions légales pèsent sur l'avortement provoqué.
- Les SAA ne sont pas un service autonome, ils sont intégrés aux soins de santé existants.
- Les SAA aident à conserver les modiques ressources sanitaires.

31

## Leçons apprises

- Adapter les programmes et les services à l'environnement spécifique
- Focaliser l'attention sur les trois éléments des SAA
- Utiliser le plaidoyer pour accroître la participation des parties concernées: le site tout entier, la communauté toute entière
- Faire un changement complet au niveau de la prestation de services
- Former les prestataires locaux comme experts techniques

32

## Adolescents

33

## Comment nous traiter, nous les jeunes

Etre confidentiel avec nous.

Nous fournir les informations et les services dont nous avons besoin.

Nous accepter comme nous sommes, ne pas nous faire la morale et ne pas nous démoraliser.

Utiliser des termes ou des moyens que nous comprenons.

Respecter nos opinions sur les services.

Nous permettre de décider pour nous-mêmes.

Nous faire sentir à l'aise et les bienvenus.

Ne pas nous juger.

Nous fournir des services dans nos moments de libre.

34

## Programmes de SR pour adolescents

- Doivent convenir à l'étape de développement des adolescents
- Traitent ouvertement de la sexualité des adolescents, notamment des questions telles que les changements émotionnels, physiques et mentaux, la pression des camarades, le rôle sexuel, l'orientation, et la capacité
- Se concentrent sur le changement de comportement **(par exemple, remettre à plus tard l'activité sexuelle, limiter le nombre de partenaires, utiliser des condoms pour la prévention des maladies)**
- Font participer les garçons et les filles

35

***Points marquants de la présentation***

- L'exigence liée à la menstruation est une barrière très importante à l'accès aux contraceptifs oraux.
- La continuité contraceptive augmente quand les prestataires sont respectueux et le counseling à propos des effets secondaires contribue à la continuité d'utilisation.
- La prise en charge syndromique des pertes vaginales pour la cervicite est inefficace.
- Le counseling sur la double protection est d'importance capitale.

# Annexe 4: Synthèse des travaux de la journée du 26 juillet 2000

## Sélectionner un thème prioritaire

Afin de maximiser l'impact du Sous-comité francophone MAQ, les participants ont décidé de développer un agenda technique concentré, très focalisé. Pour sélectionner le thème prioritaire ils ont fait des présentations et tenu des discussions. Les trois thèmes suivants ont été pris en considération:

- ***Barrières à l'accès***: Les femmes et les hommes cherchant des services de PF/SR font souvent face à des difficultés pour accéder à des services de qualité (par exemple, la distance au centre de prestation de services, les coûts encourus pour obtenir les services, les conditions fixées se rapportant à la menstruation, le besoin du consentement de l'époux, le manque de fournitures et d'équipement, la communication inadéquate entre la cliente et le prestataire). En tant que part de l'Initiative MAQ, les programmes de PF/SR peuvent faire des démarches pour minimiser les barrières à l'accès et pour assurer la qualité des services.

- ***Services de soins après avortement (SAA):*** Les services de SAA assurent le traitement d'urgence de l'avortement incomplet et d'autres complications mettant la vie en danger, des services de counseling en PF et des liens entre les services de SAA et d'autres services de SR. Les services de SAA peuvent sauver la vie des femmes, éviter des avortements futurs et aider à conserver les ressources des soins de santé. En tant que part de l'Initiative MAQ, les programmes de PF/SR peuvent donner leur appui aux services de SAA.

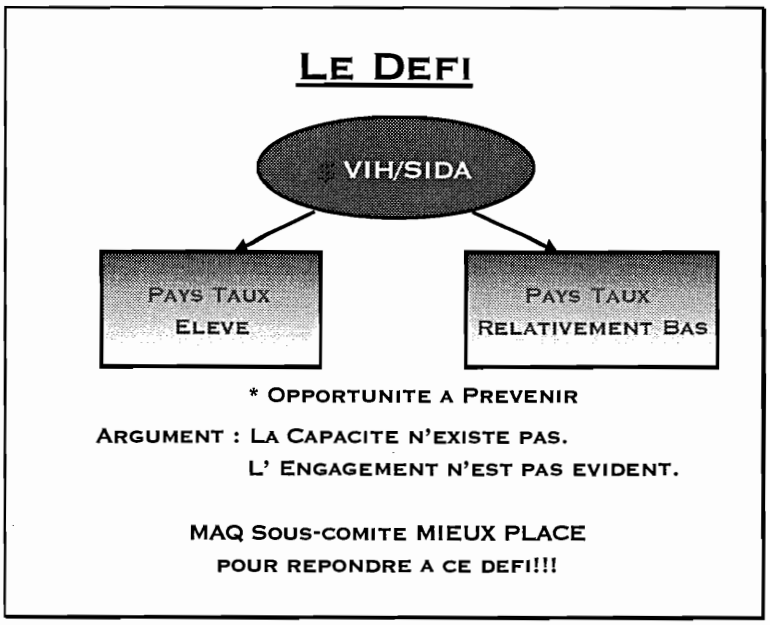
- ***Intégration des interventions pour le VIH/SIDA dans les programmes de PF/SR***: L'épidémie de VIH/SIDA commence à avoir un impact sur le système sanitaire de beaucoup de pays. Pour répondre à l'incidence croissante du VIH/SIDA les programmes de PF/SR font face au problème de savoir comment intégrer ces deux domaines de services sanitaires. Etant donné que l'Afrique de l'Ouest ne reçoit qu'un minimum d'attention au niveau du problème du VIH/SIDA, nous avons ici une bonne occasion de fournir les soins de PF dans un environnement où le VIH évolue et éventuellement de contribuer à atténuer l'épidémie dans la région.

Mme Sara PACQUE-MARGOLIS a présenté une courte description des diverses sources de financement dont l'USAID dispose et elle a expliqué comment les fonds circulent au sein de l'USAID. Puisque le Conseil de Sécurité Nationale (National Security Council) des Etats-Unis a déterminé que le VIH/SIDA pose un danger à la sécurité nationale, l'USAID a reçu des ressources financières accrues pour développer une réponse à l'épidémie qui soit prioritaire et engagée. Si le Sous-comité francophone MAQ veut bénéficier de ces fonds accrus, il faut qu'il commence un processus de planification stratégique et de plaidoyer et qu'il détermine les mécanismes pour y accéder. Etant donné que l'Initiative MAQ en soi n'est pas en mesure de recevoir des fonds directement de l'USAID, il faudrait tout d'abord qu'un financement de l'USAID lui parvienne par le biais d'agences de coopération, mais que cette structure francophone MAQ considère en même temps les possibilitiés de sources de financement diversifiées.

## Les sources de financement et les mécanismes de mobilisation des ressources de l'USAID

Mme Sara PACQUE-MARGOLIS a présenté les sources de financement et les mécanismes de mobilisation des ressources de l'USAID.

**Sara PACQUES-MARGOLIS, USAID**




### VIH/SIDA

**POLITIQUE:** MENACE A LA SECURITE NATIONALE

**PRATIQUE:** PRIORITE SUR LE TERRAIN

(CONFERENCE KENYA JUIN '00)

- AUGMENTATION DES FONDS BUDGETISES POUR LE VIH/SIDA
- $ SUPPLEMENTAIRE (LIFE)
  COOPERATION AVEC D'AUTRES AGENCES GOUVERNMENTALES AMERICAINES (CDC, DOD)
- VIH/SIDA: CRITERE D'EVALUATION
  STRATEGIES/RESULTATS MISSIONS
- DEVELOPPEMENT/MISE EN ŒUVRE:
  STRATEGIE MULTI-SECTORIELLE
- MODIFICATION/ADAPTATION PROJETS "GLOBAL"
- "CENTERING"} POP $/VIH/SIDA $/SE $} ⇒IMPACT VIH/SIDA
  [EXEMPLE: INTEGRATION DU SIDA DANS LES PROGRAMMES DE PF]
- DEVELOPPEMENT DE NOUVEAUX PROJETS/NOUVELLES ACTIVITIES
- COORDINATION AVEC LES AUTRES PARTENAIRES – GATES, PACKARD, ETC.
- WARP + BI- LATERAL: PLAN D'INTERVENTION PRIORITAIRE

## Abréviations/Acronymes

VIH/SIDA = Virus d'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquis

LIFE = Leadership and Investment in Fighting an Epidemic

CDC = Centers for Disease Control and Prevention (Centres pour le contrôle et la prévention de maladies transmisibles)

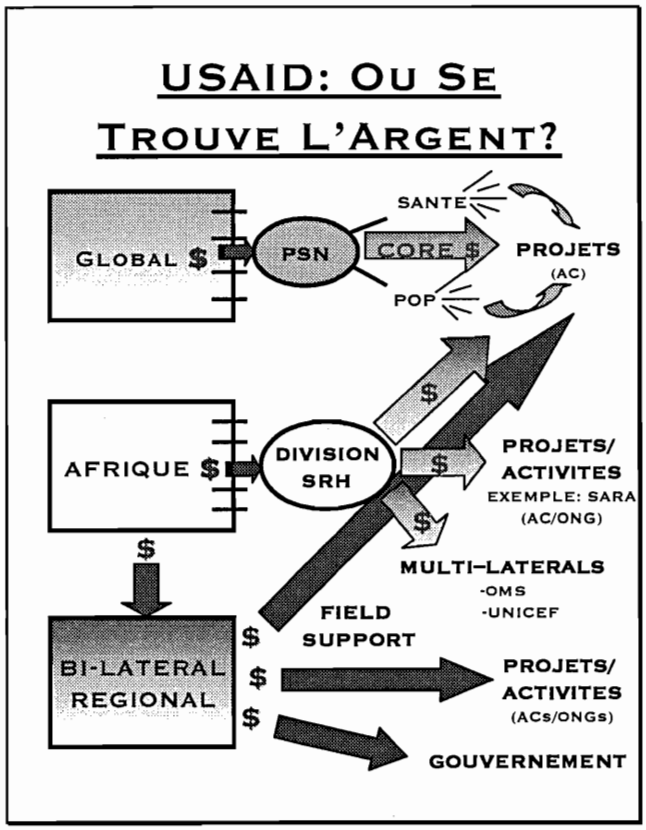
DOD = Department of Defense

POP = Population

SE = Survie de l'enfant

PF = Planification familiale

WARP = West Africa Regional Program




## Abréviations/Acronymes

PSN = Population, santé et nutrition

AC = Agence de coopération

SRH = Santé et ressources humaines

SARA = Support for Analysis and Research in Africa*

ONG = Organisation nongouvernmentale

OMS = Organisation mondiale de la santé

UNICEF = United Nations Children's Emergency Fund (Fonds des Nations Unies pour l'enfance)

*Le Projet SARA œuvre pour indentifier les problèmes occasionnant des préoccupations pour les Africains concernant le secteur social et participe aux activitiés de recherche, d'analyse, de dissémination et de plaidoyer liées à ces problèmes. SARA est geré par l'Academie pour le développement pédagogique (Academy for Educational Development). SARA est financé par le Bureau pour l'Afrique de l'USAID.

Il existe trois niveaux opérationnels tout à fait indépendants par rapport à l'utlisation des ressources allouées par l'USAID:

- Le Bureau Technique (Global)
- Le Bureau Afrique
- Le Bureau régional ou Bureau Pays

Selon Sara, l'Afrique de l'Ouest occupe une place de choix dans les réalisations du Bureau Afrique.

## La finalisation de la structure, le fonctionnement et les mécanismes de communication

Après cette présentation, les travaux ont continué par la finalisation de la structure, le fonctionnement et les mécanismes de communication. Tout ceci a suscité de longues discussions qui ont finalement abouti à un consensus. (Voir **Réalisations de la réunion**.)

## Une alternative pour accroître l'accès des femmes aux services de PF

***L'utilisation de checklists pour les clientes non réglées a été présenté par Judith COLLINS de FHI comme étant une alternative pour accroître l'accès des femmes aux services de PF.***

**Judith COLLINS, FHI**

### *Liste de Vérification de grossesse: Une initiative pour réduire les barrières aux services*

Dans la présentation d'hier, sur les *Leçons apprises* nous avons constaté que selon une étude conduite par FHI au Kenya, plus de 70% des femmes à qui les services de planning familial ont été refusés, furent renvoyées parce qu'elles n'avaient pas leurs règles au moment de leur demande de services. Ce problème est également cité comme l'une des barrières médicales les plus sérieuses du planning familial en Afrique de l'Ouest.

L'étude du Kenya aboutit au développement de ce qu'on appelle une liste de vérification ou listes de pointage, c'est-à-dire une série de questions qui élimineront la possibilité qu'une femme soit enceinte. Il y a seulement 6 questions et si la réponse est affirmative, le prestataire sera certain qu'une femme n'est pas enceinte, et pourra ainsi l'aider à choisir une méthode de contraception immédiatement.

***Liste de vérification de grossesse***

1. Avez-vous accouché il y a moins de 6 mois et est-ce que vous allaitez exclusivement et est-ce que vous n'avez pas eu vos saignements menstruels depuis la naissance de votre enfant?

2. Vous êtes-vous abstenue d'avoir des rapports sexuels depuis vos dernières règles?

3. Avez-vous donné naissance durant ces 4 dernières semaines?

4. Est-ce que vos dernières règles ont commencé au cours des 7 derniers jours?

5. Est-ce que vous avez eu une fausse-couche ou un avortement au cours des 7 derniers jours?

6. Utilisez-vous une méthode contraceptive efficace régulièrement et correctement?

**********

Si la cliente répond **NON** à toutes les questions, on ne peut pas exclure la possibilité d'une grossesse. Il faut que la cliente attende d'avoir ses règles ou qu'elle utilise un test de grossesse.

Si la cliente a répondu **OUI** à quelconque des questions et qu'elle n'a pas de signes ou de symptômes de grossesse, lui fournir la méthode qu'elle désire utiliser.

La façon d'aborder le problème est simple et efficace. Kenya l'a mise à l'essai et nous espérons pouvoir déterminer très prochainement la façon d'adopter le questionnaire dans le cadre culturel de chaque pays. La première question notamment, qui traite des besoins exclusifs de l'allaitement, devra être formulée de façon à obtenir des informations complètes et exactes. FHI espère mettre à l'essai la liste de vérification et l'adopter dans d'autres pays très prochainement. Mali fut suggéré comme l'un des pays d'essai en Afrique de l'Ouest.

La liste de vérification de grossesse aidera aussi les prestataires des soins de santé qui offrent le traitement du syndrome pour les Infections sexuellement transmissibles (IST) car au moins une des médicaments est contre-indiqué pour les femmes enceintes. Il faudra donc que les prestataires des soins contre les IST vérifient le plus soigneusement que possible qu'une femme soit ou ne soit pas enceinte.

*Remarques pertinentes*

- Plus de 70% des femmes suivies lors de l'étude au Kenya furent refusées des services parce qu'elles n'avaient pas leurs règles.
- Une partie des femmes refuseés des services ne retourneront pas.
- Une simple liste de vérification pourrait éliminer le doute qu'une femme pourrait être enceinte.
- Une fois que les prestataires utiliseront cette liste et se rendront compte qu'elle est efficace, ils l'adopteront rapidement.
- Il sera alors rare, que les services soient refusés à une femme qui fréquentera la clinique.

## Le programme technique

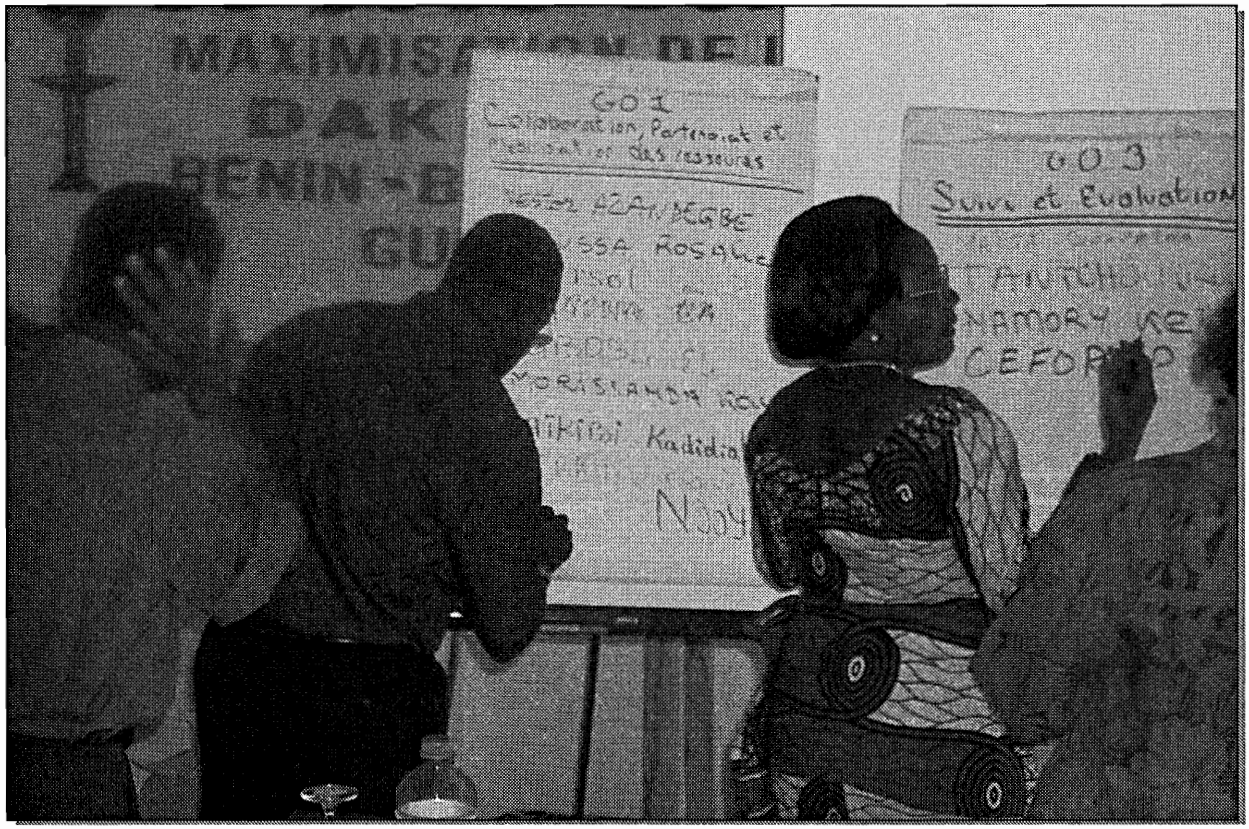
A la suite de ces présentations et après les discussions, c'est l'intégration VIH/SIDA et SR qui a finalement été retenu en plénière comme thème du programme technique du Sous-comité francophone MAQ à une écrasante majorité (l'unanimité) au regard des ravages que ce fléau est en train de faire dans notre continent.

Malgré le fait d'avoir choisi un domaine de focalisation, tous étaient d'accord que cette nouvelle structure devrait servir de moyen pour disséminer des informations sur d'autres thèmes pertinents et, qu'au niveau national, les cellules peuvent opter d'agir sur ces thèmes. (Par exemple: la liste de vérification pour la grossesse peut toujours être intégrée avec des activités de planification familiale, même si ceci n'est pas le thème "principal" sélectionné.)

Les propositions sur les instances et le mandat du Sous-comité francophone MAQ ont été examinées en plénière. Des amendements pertinents ont été apportés sur le mandat proposé. (Voir le mandat final dans **Réalisations de la réunion**.)

Les instances retenues lors de la deuxième journée de la conférence sont: le Bureau éxécutif et les Groupes opérationnels (GO) au nombre de trois. Des critères ont été dégagés pour identifier les représentants MAQ des pays et des présidents de GO.

Ensuite il a été demandé aux participants représentant les pays et les institutions nationales de s'inscrire sur les listes des 3 GO retenus. (Voir la photo ci-dessous.)




***De gauche à droite: Bouraïma MAIGA, Adama NDOYE et Eli AGBOBLI***

Les représentants des AC devront se réunir pour déterminer leur répartition dans les 3 GO. Pendant ce temps, les membres de chacun des 3 GO se réunissaient pour élire leurs président et vice-président.

## La pérennisation

Une table ronde sur la pérennisation a enregistré deux communications suivies de discussions.

### *Forum régional d'analyse et de concertation (FRAC)*

Les travaux de l'après-midi ont débuté par l'exposé de M. Alpha DIENG, Président du Forum régional d'analyse et de concertation (FRAC). Cette présentation a porté sur l'expérience de cette organisation en matière de santé de la reproduction: sa création (1987), les pays membres, les différents thèmes dévéloppés chaque année, les moyens de communication (FRACNET), les programmes articulés sur trois objectifs: exploitation des connaissances, plus grande opérationnalisation des activitiés de recherche, assistance technique Sud-Sud mutuelle...enfin ses résultats positifs et négatifs. Le FRAC reste très dynamique malgré le retrait de Management Sciences for Health (MSH) qui est l'institution fondatrice. Le prochain FRAC (XIIIè) se tiendra au Cameroun. L'intégration du FRAC dans les instances internationales francophones constitue l'une des ambitions des ses responsables.

Une leçon tirée de la réunion est l'importance de documenter les progrès et l'impact des efforts de groupes régionaux. Tenir de grandes réunions annuelles ne devrait pas être un but en soi.

**Le Forum Regional d'Analyse et de Concertation (FRAC)**

***Alpha DIENG***

***Président du FRAC***

***(diapositives sélectionées)***

1

**Définition**

- Réseau francophone composé de 18 pays membres et d'autres partenaires internationaux coopérant en matière de gestion des programmes nationaux de SR

2

## Historique

- Créé en 1987 sous la dénomination de Francophone Regional Advisory Committee
- De 1988 à 1999, sessions annuelles portant sur des thèmes spécifiques relatifs à la SR tenues dans différents pays membres
- 1996: création d'un réseau électronique, le FRACNET
- 1998: Institutionnalisation du FRAC

3

## Le Programme du FRAC

S'articule autour des 3 objectifs suivants:

- Une meilleure exploitation des connaissances acquises à l'occasion des sessions annuelles tenues depuis 1988
- Une plus grande opérationnalisation des activités de recherche
- Une assistance technique Sud-Sud mutuelle plus soutenue

7

## Les stratégies adoptées pour réaliser ces objectifs

**SO 1**

- Améliorer et rendre plus accessible la base des données dont dispose le FRAC
- Faciliter les échanges d'idées et d'expériences à travers les fora électroniques et d'autres rencontres
- Développer les capacités et compétences des professionnels de la santé des pays membres

8

## Les stratégies adoptées pour réaliser ces objectifs *suite*

**SO 2**

- Constituer une banque de données interactive sur la recherche opérationnelle
- Organiser des conférences électroniques et d'autres rencontres entre institutions et entre responsables chargés de la recherche aux fins de rendre leurs activités complémentaires

9

## Les stratégies adoptées pour réaliser ces objectifs *suite*

**SO3**

- Créer une banque de données des ressources humaines dans les pays membres
- Promouvoir l'assistance technique mutuelle
- Aider à l'organisation de voyages d'étude et de stages de formation à l'intention des responsables et d'autres prestataires ressortissants des pays membres

10

## Résultats

**Résultats positifs**

- Malgré le retrait de l'USAID qui assurait au niveau de MSH/Boston le financement des programmes et des activités de coordination du FRAC, ce dernier a survécu et poursuit la tenue de ses sessions annuelles
- Le FRAC a acquis un renom international: il est de plus en plus sollicité par les pays membres, les partenaires au développement et les agences de coopération internationale

11

## Résultats *suite*

**Résultats positifs *suite***

- La banque de données constituée au sein du FRACNET est consultée réguliérement par environ 200 personnes en moyenne tous les mois
- Le FRACNET est devenu lui-même le continuateur virtuel et permanent des échanges d'idées et d'expérience effectués durant les sessions annuelles du FRAC (cf.: http://www.erc.msh.org/frac)

12

## Résultats *suite*

**Résultats positifs *suite***

- Il existe de très bonnes possibilités pour le FRAC de coopérer avec d'autres réseaux internationaux (PPPD), d'autres agences de coopération sous régionale (SFPS, l'UNICEF) et d'autres communautés d'Etats (par exemple l'UE)

13

## Résultats *suite*

**Résultats négatifs**

- Le retrait de l'USAID des activités d'encadrement du FRAC lui a porté un coup très dur!
- Bien que l'engouement pour le FRAC subsiste (14 pays représentés à la dernière session!) les participants ne sont presque jamais les mêmes d'une session à l'autre

14

## Résultats *suite*

**Résultats négatifs *suite***

- Le FRAC a manqué de visibilité auprés des autorités politiques des pays membres et ressent cruellement leur manque de soutien
- Le suivi des plans d'action et des autres recommandations issus des sessions du FRAC s'effectue de manière très insuffisante, d'où une absence de complémentarité FRAC/Programmes Nationaux SR

15

## Perspectives

- Prochaine session: FRAC XIII se tiendra vraisemblablement au Cameroun avec comme thème principal le rôle du Parlement dans les programmes nationaux de SR
- Africanisation du FRACNET: transfert probable du serveur au CEFA/CAFS

16

## Abréviations/Acronymes

CAFS = Center for African Family Studies

CEFA = Centres d'études sur la famille Africaine

PPPD = Promoting Population Policy Development Project

SFPS = Santé familiale et prévention du SIDA

UE = Union européenne

Des différentes discussions qui en ont résulté il est ressorti:

- La necessité de voir le FRAC et le MAQ s'engager dans une complémentarité logique
- La possibilité d'etablir un partenariat entre le FRAC et le MAQ

### *Stratégie du Programme Régional de l'Afrique de l'Ouest (WARP)*

La deuxième présentation de l'après midi a été faite par M. Félix AWANTANG de l'USAID sur les initiatives du West African Regional Program (WARP). Pour accéder ou être éligible à cet important programme dont le budget annuel est de 28 millions de dollars, il faudra proposer soit un projet à vocation régionale ou sous-régionale, soit un projet de réplication de stratégie réussie par une institution d'obédience régionale ou sous-régionale.

**Stratégie du Programme Régional de l'Afrique de l'Ouest (WARP)**

***Félix AWANTANG***
***Bureau Afrique, USAID***

1

**Historique**

- A trouvé son origine dans la décision du Bureau Afrique de clôturer le programme REDSO/WA
- Fonctions de REDSO: Assistance technique, services d'appui, projets régionaux
- Services d'appui localisés dans les missions bilatérales (jumelage)
- Petite équipe localisée à Bamako (RST) pour préparer la stratégie WARP
- Nomination d'un conseil gouvernant de 7 directeurs de missions bilaterales et d'un officiel clé du Bureau Afrique pour guider le processus

2

**Documents de diagnostic**

Le RST a élaboré cinq documents de diagnostic sur les thèmes suivants:

- L'énergie et l'intégration économique régionale
- Santé, Population et Nutrition
- Sécurité de l'alimentation
- Développement de l'environnement et des ressources naturelles
- Démocratie et gouvernement

3

**Plan stratégique pour les années fiscales 2000-2008 en fonction des constatations et recommandations des cinq documents**

**Contraintes fondamentales constatées:**

- Gouvernement déficient
- Institutions faibles (40 institutions régionales identifiées dans les secteurs passés en revue)
- Besoin d'un échange d'informations et de connaissances accru et efficace
- Efforts des bailleurs mal coordonnés

4

## Plan stratégique pour les années fiscales 2000-2008 en fonction des constatations et recommandations des cinq documents

**Contraintes fondamentales constatées:** (suite)

- Séparation entre les Anglophones et les Francophones
- Le Conseil gouvernant s'est réuni à 5 reprises pour passer en revue les recommandations du RST et les approuver

5

## Défis

**Défis techniques:** provenant de la réunion et des recommandations des responsables Santé/Population/Nutrition de l'Afrique de l'Ouest:

- Renforcer les indicateurs des Objectifs stratégiques et des Résultats intermédiaires de WARP
- Plans d'action régionaux (immédiats) concernant le VIH/SIDA, PEV, PCIME
- Plans d'action régionaux (dans les 12 mois) en matière de santé maternelle et d'épidémies
- Problèmes: sécurité des biens, SRO, vaccins, produits contraceptifs

6

## Défis (Suite)

**Défis programmatiques:** Quelle matrice? Quels résultats utiliser?

Ceux:

- des missions bilatérales
- de WARP
- de l'AFR/SD
- BG

Il faut créer une matrice opérationnelle commune à partager entre toutes les missions de l'USAID, de WARP, d'AFR/SD et Bureau Global.

7

## Financement

**Obligation annuelle moyenne – 28 millions de dollars EU**

- 7 millions de $ EU pour le Projet Régional du Sahel
- 17 millons de $ EU pour le Projet Santé familiale et prévention du SIDA (SFPS)
- 2 millions de $ EU pour le Programme ARTIP (African Trade and Investment Program — Programme de Commerce et d'Investissements)
- 2 millions de $ EU pour le programme de fonds d'autres DA ou ESF

8

## 16 Pays de la Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (ECOWAS d'après le sigle anglais)

| | | |
|---|---|---|
| Bénin | Guinée | Niger |
| Burkina Faso | Guinée-Bissau | Nigéria |
| Cap-Vert | Libéria | Sénégal |
| Côte d'Ivoire | Mali | Sierra Léone |
| Gambie | Mauritanie | Togo |
| Ghana | | |

(9 pays francophones, 5 anglophones, 2 lusophones)

9

## Autres pays (Activités sélectionnées)

- Tchad
- Cameroun
- République Centrafricaine
- Gabon
- Guinée Equatoriale
- Congo Brazzaville

(FHA travaille au Cameroun)

10

**Abréviations/Acronymes**

ECOWAS = Countries of the Economic Community of West African States

PCIME – Prise en charge integrée des maladies de l'enfant

PEV = Programme élargi de vaccination

REDSO = Regional Economic Development Support Office

SRO = Sels de réhydration orale

EU = Etats-Unis

# WARP: BUT

## Une Afrique de L'Ouest Politiquement Stable et Economiquement Prospere

### OS1
L'integration economique regionale en Afrique de l'ouest accrue par le biais d'assistance aux institutions des secteurs public et prive

- RI 1.1: Aider les institutions et associations regionales a reduire les barrieres au commerce intra-regionales
- RI 1.2: Promouvoir des forums pour discuter des politiques de commerce et d'investissement internationales, regionales et sous-regionales
- RI 1.3: Appuyer l'effort pour atteindre une compatibilite regionale accrue sur le plan des priorites monetaires et fiscales
- RI 1.4: Aider au developpement des capacites institutionnelles nationales et regionales ameliorees pour fournir une source durable d'energie Fiable a des prix competitifs dans la region

### OS2
Utilisation accrue, durable de services et/ou de produits selectionnes pour la sante reproductive, le VIH/SIDA-IST et la survie de l'enfant en Afrique Centrale et de l'ouest

- RI 2.1: Acces accru aux services et aux produits de qualite pour la sante reproductive, le VIH/SIDA-IST et la survie de l'enfant
- RI 2.2: Plaidoyer efficace accru pour l'action en matiere de VIH/SIDA, sante maternelle et survie de l'enfant
- RI 2.3: Capacites accrues des secteurs public, prive et a but non lucratif pour le developpement de programmes en matiere de politique de sante et leur mise en œuvre dans la region
- RI 2.4: Collaboration des partenaires accrue pour l'utilisation transparente et efficace des ressources pour developper et mettre en œuvre les politiques et les programmes de sante

### OS3
Developpement et mise en œuvre de politiques promouvant la securite durable de l'alimentation et des ressources naturelles/ l'environnement Ameliores parmi les Gouvernements nationaux, institutions regionales et organisations et associations privees et a but non lucratif en Afrique de l'ouest

- RI 3.1: Capacites accrues pour le maintien et l'amelioration des systemes regionaux de surveillance de la securite de l'alimentation et de la Mitigation des desastres
- RI 3.2: Capacite accrue pour le maintien et l'amelioration des systemes regionaux de gestion et de supervision de l'environnement et des ressources naturelles et de rendre compte de leur impact
- RI 3.3: Elargir et faciliter les capacites des organisations et reseaux agriculturels et environnementaux de l'afrique de l'ouest, tel que necessaire, pour partager les informations et plaidoyer en collaboration pour des politiques et programmes durables, Transparents et responsables pour la securite de l'alimentation et de l'environnement

### Objectifs Particuliers
Detection precoce et mecanisme de reponse pour eviter les conflits regionaux en place et fonctionnant

- RI 1: Amelioration des capacites operationnelles du mecanisme ECOWAS pour la prevention des conflits
- RI 2: Capacites accrues des organisations de societe civile regionales pour participer a la detection des conflits et a la reponse appropriee les concernant
- RI 3: Coordination accrue des bailleurs au niveau du renforcement des capacites regionales pour detecter les conflits regionaux et y repondre

# WARP: OS2 pour la sante de la reproduction le VIH/SIDA/IST et la survie de l'enfant

**OS2**
Utilisation accrue, durable de services et/ou de produits Selectionnes pour la sante reproductive, le VIH/SIDA-IST et la survie de l'enfant en Afrique centrale et de l'ouest

1. Accroissement de 1% du taux de prevalence de la contraception parmi toutes les femmes en age de procreer
2. Accroissement de 1% par an de l'utilisation de condoms parmi le dernier partenaire sexuel non-regulier
3. Accroissement de 2.5% par an de l'utilisation de sels de rehydration orale (SRO) parmi les enfants atteints de diarrhee
4. Le nombre de pays participant aux interventions VIH/SIDA a travers les frontieres
5. Indicateur composite pour le developpement organisationnel des institutions regionales africaines partenaires
6. Niveaux accrus du financement mobilise de sources autres que l'USAID pour elargir l'acces aux services de qualite dans la region

**IR 2.1: Acces accru aux services et aux produits de qualite pour la sante reproductive, le VIH/SIDA-IST et la survie de l'enfant**

1. Annees de protection contraceptive dans quatre pays cibles sans presence de l'USAID
2. Vente de condoms et de SRO dans quatre pays cibles sans presence de l'USAID
3. Expansion de la gamme de methodes contraceptives
4. Nombre d'institutions de formation adoptant le programme d'etudes revise a travers la region
5. Nouvelles approches et produits testes et adoptes dans la region

**IR 2.2: Plaidoyer efficace accru pour l'action en matiere de VIH/SIDA, de sante maternelle et de survie de l'enfant**

1. Adoption d'une strategie regionale pour la prevention et la mitigation du VIH/SIDA
2. Adoption d'une strategie regionale pour la sante maternelle
3. Adoption d'une strategie regionale pour ameliorer les indicateurs de la survie de l'enfant
4. Nombre d'institutions africaines mettant en œuvre des strategies efficaces de plaidoyer
5. Nombre de postes de radio emettant des messages concernant le VIH/SIDA a travers la region

**IR 2.3: Capacites publiques, privees et a but non lucratif accrues pour le developpement de programmes de politique de sante et de leur mise en œuvre dans la region**

1. Nombre de consultations effectuees par des institutions africaines
2. Nombre de partenariats d'orientation professionnelle etablis entre des institutions africaines et americaines
3. Nombre de centres d'excellence etablis dans les domaines techniques cles
4. Nombre de programmes d'education a distance developpes

**IR 2.4: Collaboration accrue des partenaires pour l'utilisation transparente et efficace des ressources pour developper et mettre en œuvre les politiques et programmes de sante**

1. Nombre de matrices regionales developpees pour l'action conjointe
2. Nombre de missions de l'USAID participant a la planification et la programmation des activites regionales
3. Nombre de consultations regionales concernant les problemes regionaux prioritaires
4. Nombre de memorandums d'entente de partenariats multiples developpes pour une action conjointe
5. Nombre de forums d'autres secteurs (par exemple, travail et agriculture) incluant le VIH/SIDA dans leur programme

## Des actions concrètes et prioritaires

Après la table ronde, les travaux de groupes spécifiques à chacun des 3 GO ont été menés pour proposer des actions concrètes et prioritaires pour les six premiers mois de fonctionnement du sous-comité MAQ. Les résultats ont été présentés et adoptés après les amendements nécessaires. (Voir **Réalisations de la réunion.**)

### *Les critères de selection*

Les critères de selection des membres des Groupes opérationnels (GO) ont ensuite été arrêtés en plenière:

- Etre membre du sous-comité
- Etre en mesure de mobiliser les ressources pour démarrer les activités
- Avoir la volonté
- Disposer d'un minimum de ressources
- Etre disponible

### *L'élection*

Cette étape a conduit à l'élection d'un Président et d'un Vice-Président dans chaque GO. (Voir **Réalisations de la réunion, Composition des groupes**).

### *Plans d'action*

Les trois GOs se sont répartis en travaux de groupe pour l'élaboration de leur plan d'action sur les six mois à venir. (Voir **Réalisations de la réunion.**)

### *Prochaines étapes*

Ensuite les prochaines étapes ont été définies et des recommandations formulées parmi lesquelles:

- Finaliser des documents des instances et des structures du sous-comité MAQ
  - Faire le rapport de la réunion (Chris DAVIS)
  - Faire une "brochure" (co-présidents)
- Echanger les informations sur le fonctionnement des GO
- Déterminer les periodicités des réunions (AC) (**Voir Réalisations de la réunion** pour la périodicité des réunions au niveau des pays, au niveau régional and pour le BE)
- Fixer la date de la prochaine réunion (BE) (Voir **Réalisations de la réunion** pour la date.)
- Mettre les présentations sur le Web (Michelle HEEREY)
- Envoyer les lettres de suivi aux pays pour la selection du 3$^{ième}$ représentant (co-présidents)
- Etablir le Secretariat (INTRAH/PRIME)
- Créer un listserv informel pour les membres du sous-comité (Chris DAVIS)

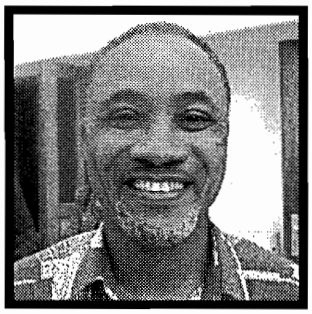
Après la clôture officielle de la Réunion pour la mise en place du Sous-comité francophone MAQ, qui a été présidée par le Médecin-Colonel Adama NDOYE, Chef du Service national de la santé de la reproduction (SNSR) du Sénégal, une réunion devait se tenir en présence des facilitateurs, pour l'élection du premier président du Bureau éxécutif du Sous-comité francophone MAQ. (Voir **Réalisations de la réunion.**)

## Annexe 5: Liste des participants

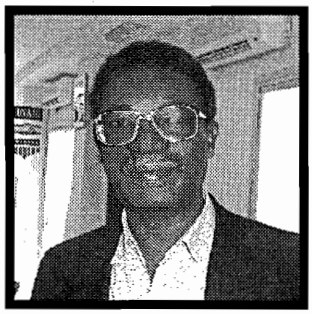
**Eli AGBOBLI-APETSIANY**
Pédiatre
Maître de Santé Publique
Ministère de la Santé
Directrice Division Santé Familiale (DSF)
BP 77 Lomé, TOGO
Tél: Bur: 228 21 20 14/ Dom: 228 25 17 48
Fax: 228 22 02 74/ 228 22 20 73

**Khady ANNE**
ECC Assistant
Population Council, 128 Sotrac Mermoz
BP 21027 Dakar, SENEGAL
Tél: 221 824 19 93/94
Fax: 221 824 19 98
Email: kanne@pcdakar.org

**Félix AWANTANG**
Chef d'Equipe Objectif Stratégique
USAID Dakar
BP 49 Dakar, SENEGAL
Tél: 823 58 80/16 02
Email: fawantang@usaid.gov



**Nestor AZANDEGBE**
Directeur de la Santé Familiale
Ministère de la Santé Publique
03 BP 0728 Cotonou, BENIN
Tél: 229 33 20 21/33 21 82/ 32 00 49
Fax: 229 33 00 63/ 32 32 34
Email: abpf@nakayo.leland.bj



**Sénamé BAETA**
Medecin-chef du Département de Gynécologie Obstétrique
Faculté de Medicine
BP 3110 Lomé, TOGO
Tél: Bur: 228 21 78 18/ Dom: 228 25 40 71
Fax: 228 21 36 75
Email: sbaeta@syfed.tg.refer.org

PREVIOUS PAGE BLANK

**Mariama BARRY**
Chargée de Programme
AVSC Sénégal
Point E
BP 16494 Dakar/Fann
SENEGAL
Tél : 221 824 50 24
Email: mbarry@avsc.org

**Elisabeth BENGA DE**
USAID Dakar
BP 49 Dakar, SENEGAL
Tél: 221 823 58 80
Email: ebengade@usaid.gov

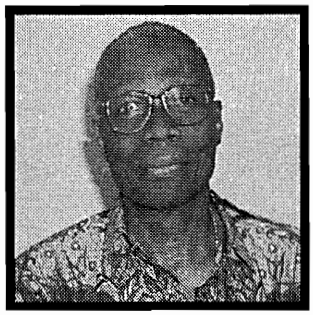
**Nicole BUONO**
Operations Research Fellow
G/PHN/R 3.6 157
USAID
Research Division, PHN Center
1300 Pennsylvania Ave. NW
Washington DC 20523-3600
USA
Tél: 202 712 4556
Fax: 202 216 3404
Email: nbuono@usaid.gov

**Judith COLLINS**
Associate Director FHI
Field Operations and Evaluation
PO Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709
USA
Tél: 919 544 70 40 Ext. 415
Fax: 919 544 72 61
Email: jcollins@fhi.org

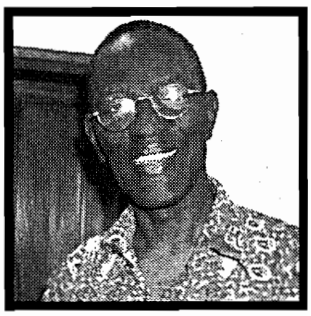
**Chris DAVIS**
Writer/Editor
JHPIEGO 1615 Thames Street
Baltimore, MD 21231-3492
USA
Tél: 410 614 3515
Fax: 410 614 0586
Email: cdavis@jhpiego.org

**Zeïnab DERME**
Direction de la Santé de la Famille
03 BP 7247
Ouagadougou 03, BURKINA FASO
Tél: 226 30 77 78
Fax: 226 30 77 68
Email: dsf@fasonet.bf

**Fadel DIADHIOU**
Clinique Gynécologique et Obstétrique CHU le Dantec
CEFOREP
BP 22340 Dakar/Ponty
SENEGAL
Tél: 221 821 83 70/823 37 64 Dom: 221 823 38 15
Fax: 221 823 81 13/822 41 72
Email: ceforep@telecomplus.sn



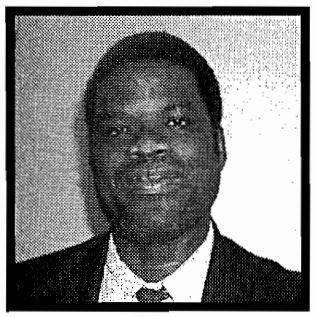
**Allé DIOP**
Coordonnateur projet POLICY/DPRH
70, rue de Thèze
Dakar, SENEGAL
Tél: 221 823 97 48
Fax: 221 823 97 47
Email: alediop@telecomplus.sn
alediop@refer.sn



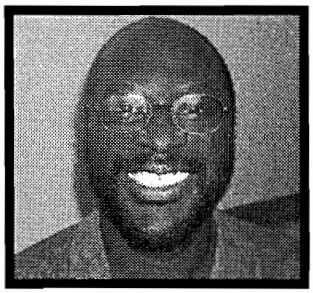
**Ousmane FAYE**
AVSC DAKAR
BP 16235
Dakar, SENEGAL
Tél: 824 50 24
Fax: 824 50 30
Email: ofaye@avsc.org

**Youmané FAYE**
Coordonnatrice Clinique
ASBEF
BP 6084
Dakar, SENEGAL
Tél: 221 824 52 61/62
Fax: 221 824 52 72
Email: asbef@telecomplus.sn

**Timothée GANDAHO**
Directeur Régional
Population Council
BP 21027
Dakar, SENEGAL
Tél: 221 824 19 93/94
Fax: 221 824 19 98
Email: tgandaho@pcdakar.org



**Pape GAYE**
INTRAH/PRIME
Regional Director for West, Central and North Africa
BP 5328 Dakar – Fann
SENEGAL
Tél: 643 19 26
Email: pgaye@intrah.org



**Michelle HEEREY**
Johns Hopkins University
Center for Communication Programs
School of Hygiene and Public Health
111 Market Place, Suite 310
Baltimore, MD 21202-4012
USA
Tél: 410 659-6300
Email: mheerey@jhuccp.org

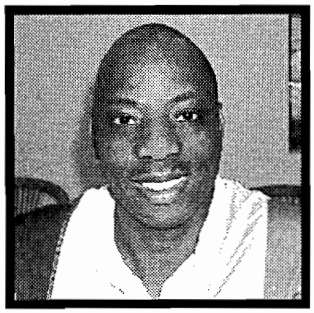
**Barbara JONES**
Director West Africa Office
JHPIEGO 1615 Thames Street
Baltimore, MD 21231-3492
USA
Tél: 410 614 7888
Email: bjones@jhpiego.org

**Namory KEITA**
Service de Gynécologie et Obstétrique
CHU DONKA
BP 921 Conakry, GUINEE
Tél: 224 46 31 52/22 95 12/25 24 72

**Rebecca KOHLER**
Program Manager for West, Central and North Africa
INTRAH/PRIME
1700 Airport Road
Chapel Hill, NC 27514
USA
Tél: 919 843 9615
Fax: 919 966 6816
Email: rkohler@intrah.org

**Valérie KOSCELNIK**
Conseillère en Santé Reproductive
USAID/FHA-WCA
C/O American Embassy Abidjan
01 BP 1712 Abidjan 01 - COTE D'IVOIRE
Tél: 225 22 41 45 28
Mobile: 225 02 02 37 25
Fax : 225 22 41 34 60
Email: vkoscelnik@usaid.gov

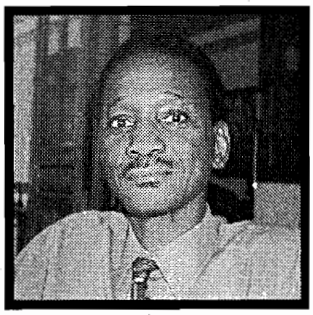
**Morissanda KOUYATE**
Chef de la Division SR
Ministère de la Santé Publique Guinée
BP 585
GUINEE
Tél: 224 45 23 18
Cellular: 224 11 21 34 44
Email: dsr@leland-gn.org



**Robert LEKE**
Professeur Titulaire
Gynécologue/Obstétricien
Faculté de Medicine et Sciences Biomedicales
BP 1935 Yaoundé
CAMEROUN
Tél: 237 22 36 17
robert.leke@camnet.cm

*Robert LEKE n'a pas assisté à la réunion; sa photo n'est donc pas disponible.*

**Bouraïma MAIGA**
Ministère de la Santé
Centre de Santé de Référence de la Commune V
District de Bamako, MALI
Tél: 223 22 41 80
Email: centrereferencecv@cefib.com



**Khadidiatou MAIKIBI**
IPPF Africa Regional Office
Madison Insurance House
PO Box 30 234 Nairobi
KENYA
Tél (254 2) 720 280/81/82
Fax: (254 2) 726596, 712853
Email: kmaikibi@ippfaro.org

**Lucas MBOFUNG**
Maître de Santé Publique
Chef de Bureau de la Santé Maternelle
Ministère de la Santé Publique
BP 10054 Yaoundé, CAMEROUN
Tél: 237 23 93 50
Fax 237 22 02 33/237 22 44 19
Email: mbofunglucas@yahoo.com
sfps@camnet.cm

**Gora MBOUP**
Project Director
MACRO
Measure - DHS
Niamey, NIGER
Tél/fax: 227 75 40 64
Dom: 227 72 45 47
Email: mboup@intnet.ne
mboup@macroint.com

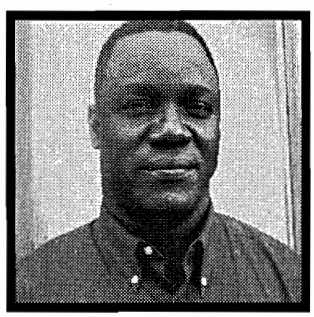
**Scott MCKEOWN**
MSH
891 Centre Street
Boston, MA 02130
USA
Tél: 617 524 7766, ext 318
Fax: 617 524 1363
Email: smckeown@msh.org

**Rosalie MOUSSA**
Directrice de la Santé de la Reproduction
Ministère de la Santé Publique
BP 623 Niamey, NIGER
Tél: 227 72 36 00/72 37 00 Poste 3309

**Penda NDIAYE**
Chargée de Programme
ECC Population Council
BP 21027
Dakar, SENEGAL
Tél: 221 824 19 93/94
Fax: 221 824 19 98
Email: pndiaye@pcdakar.org

**Isaiah NDONG**
AVSC International
440 Ninth Ave, New York
NY 10001
USA
Tél: 212 561-8012
Email: indong@avsc.org

**Adama NDOYE**
Chef du Service National
de la Santé de la Reproduction (SNSR)
PMI Médina, BP 7816
Dakar, SENEGAL
Tél: 221 821 36 46

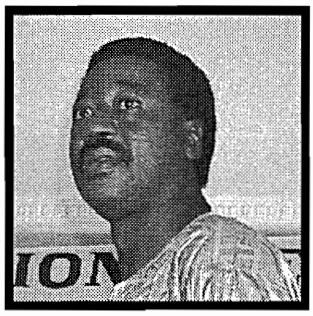


**Ibra NDOYE**
Coordonnateur Programme National
de Lutte contre le SIDA
BP 3435
Dakar, SENEGAL
Tél: 221 822 90 45

*Ibra NDOYE n'a pas pu assister à la réunion; sa photo n'est donc pas disponible.*

**Sara PACQUE-MARGOLIS**
Africa Regional Coordinator
USAID Washington
G/PHN/OFPS
1300 Pennsylvania Ave. NW
Washington DC 20523-3600
USA
Tél: 202 712 1292
Fax: 202 216 3485
Email: spacque-margolis@usaid.gov

**Alio SABO**
Directeur de l'ENSP
BP 290 Niamey, NIGER
Tél: 227 72 30 01
Dom: 227 72 30 83
Fax: 227 72 30 83



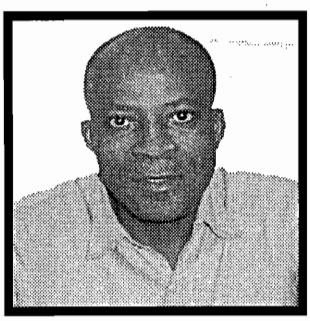
**Madina SANGARE BA**
Directrice Division Santé Familiale et Communautaire (DSFC)
Ministère de la Santé
Direction Nationale de la Santé Publique
BP E1149
Bamako, MALI
Tél: 223 22 45 26
Fax : 223 23 31 01
Email: dsf@datatech.toolnet.org

**Pascaline SEBGO**
03 BP 70 51 Ouagadougou 03
BURKINA FASO
Tél: 226 30 61 34/226 30 61 36
Email: psebgo@cenatrin.bf

**Willibrord SHASHA**
SFPS 22 BP 1356
Abidjan 22
Villa 1112, Riviera III
COTE D'IVOIRE
Tél: 225 47 10 18
Fax: 225 47 10 28/22
Email: wil@sfps.or.ci

**Justine TANTCHOU**
Vice Président RESAR
Chargée da la Recherche et de la Formation
BP 8176 Yaoundé, CAMEROUN
Tél: 237 20 37 06/70 27 16
Email: tantchou@cenadi.cm
jtantchou@hotmail.com

**Louis Philippe TSITSOL**
Responsable de la Fondation Médicale ad Lucem
Ministère de la Santé Publique
BP 7378
Yaoundé CAMEROUN
Tél: 237 21 75 44/91 46 42
Fax: 237 21 48 48



# Annexe 6: Programme[1]
# Réunion pour la mise en place du sous-comité francophone MAQ

[1] *Le programme ci-dessous est l'agenda originel. Au fur et à mesure que la réunion s'est déroulée il a été modifié pour utiliser le temps de façon plus efficace. Certaines des modifications principales sont notées.*

## Dimanche, 23 juillet 2000

16:00 Enregistrement des participants

## Lundi, 24 juillet 2000

| | |
|---|---|
| Facilitateur | *Penda NDIAYE* |
| **Introduction** | |
| 8:30 Mot de bienvenue et introduction | *Penda NDIAYE, Population Council* |
| • USAID Senegal | *Félix AWANTANG, USAID* |
| • Ministère de la Santé | *Colonel Adama NDOYE, SNSR* |
| • Introduction/Exercice Ice-Breaker | *Rebecca KOHLER, INTRAH* |
| • Programme et Objectifs de la Réunion | |
| 9:15 Initiative MAQ | *Michelle Heerey, USAID/Washington* |
| • Comment et pourquoi l'initiative MAQ a-t-elle démarré | |
| • Introduction des concepts de base de MAQ | |
| • Structure, activités, réalisations, produits MAQ | |
| 9:45 L'intiative MAQ francophone | *Pape GAYE, INTRAH* |
| 10:30 Pause | |
| 11:00 Les barrières à l'augmentation de l'accessibilité et de la qualité en Afrique francophone | *Alio SABO* |
| 13:00 Déjeuner | |
| **Mise en place du Sous-comité francophone MAQ** | |
| Facilitateur | *Pape GAYE* |
| 14:00 Sous-comité francophone MAQ | *Penda NDIAYE* |
| • Historique | |
| • Justification | |
| 14:30 Dévelopier une mission and un mandat | *Pape GAYE* |
| 15:30 Pause | |
| 16:00 Suite | |
| 17:00 Fin de la journée | |

PREVIOUS PAGE BLANK

## Mardi, 25 juillet 2000

| | | |
|---|---|---|
| Facilitateurs | | *Pape GAYE*<br>*Isaiah NDONG, AVSC* |
| 8:30 | Rapporteur | *Participant,* [2] |

9:00 Structure, rôle et responsabilités du Sous-comité francophone MAQ
- Structure et fonctionnement
- Communication (entre la région, entre l'US et la région)
- Les attentes/responsabilitiés des membres
- Composition du sous-comité

10:30 Pause

11:00 Suite des travaux de groupes

12:00 Rapport des groupes et synthèse des recommandations

13:00 Déjeuner

**Développement du programme technique**

| | | |
|---|---|---|
| Facilitateurs | | *Barbara Jones, JHPIEGO*<br>*Penda NDIAYE* |
| 14:00 | Présentation et discussion de l'enquête des participants | *Youmané Faye*[3] |
| 15:00 | Leçons clés apprises dans la région | *Pascaline SEBGO*<br>*Mariama BARRY, AVSC* |

16:00 Travaux de groupes sur le programme technique

17:00 Fin de la journée

[2] *Justine TANTCHOU a donné le compte rendu sur les résultats d'un groupe qui avait travaillé lundi soir pour rassembler les notes d'un exercice fait en petit groupe pour définir le mandat du sous-comité.*

[3] *A la place d'une présentation, on a distribué un sommaire de l'enquête que les participants ont réalisée.*

## Mercredi 26 juillet 2000[4]

| | | |
|---|---|---|
| Facilitateurs | | *Rebecca KOHLER, Pape GAYE* |
| 8:30 | Rapporteur | *Participant* |
| 9:00 | Suite des travaux de groupes | |
| 10:30 | Pause | |
| 11:00 | Rapport des travaux des groupes sur le programme technique | |
| 13:00 | Déjeuner | |
| 14:00 | Sous-comité francophone:<br>Table ronde sur le pérennisation | *Judith COLLINS, FHI*[5] |
| | • L'expérience de FRAC | *Alpha DIENG, Pdt FRAC* |
| | • Le succès de SFPS en développement des ressources | *Willi SHASHA, SFPS*[6] |
| | • Expérience du Niger | *Alio SABO*[7] |
| | • Les initiatives de l'USAID | *Félix AWANTANG*<br>*Sara PACQUE-MARGOLIS, USAID/Washington* |
| 15:30 | Pause | |

**Futur Plan d'action**

| | | |
|---|---|---|
| Facilitateurs | | *Allé DIOP, POLICY*<br>*Khadidiatou MAIKIBI, IPPF* |
| 16:00 | Prochaines étapes et recommandations<br>• Rôles<br>• Prochaine rencontre<br>• Suivi | |
| 17:00 | Clôture | |

[4] *Les présentations pour la journée ont été revues et réorganisées à cause des limites de temps.*

[5] *Judith COLLINS a présenté un exposé appelé* ***Liste de vérification de grossesse: Une initiative pour réduire les barrières aux services.***

[6] *Au lieu d'une présentation sur SFPS, Willy SHASHA a distribué des copies de son discours. Sa présentation va figurer dans le prochain Bulletin MAQ.*

[7] *Au lieu de la présentation d'Alio SABO sur l'expérience du Niger, Pape GAYE et Barbara JONES ont parlé des soins après avortement.*