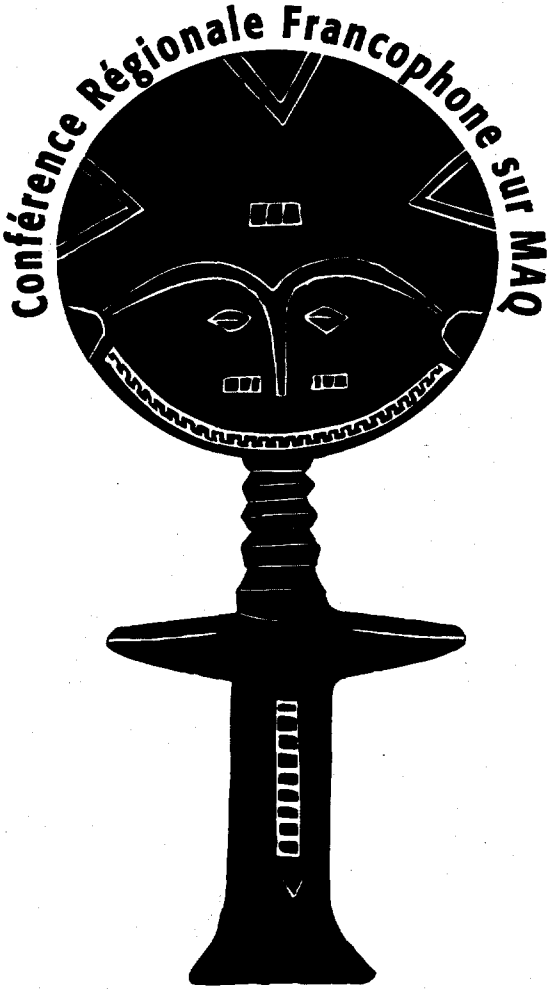
PN-ABY-290
98704

PROCES-VERBAL

Conférence Régionale sur l'Amélioration de l'Accessibilité et de la Qualité des Services de Santé de la Reproduction et la Planification Familiale en Afrique Francophone



Ouagadougou, Burkina Faso
12-17 mars 1995

Family Health International (FHI) est un organisme à but non lucratif acquis à l'amélioration de la santé reproductive dans le monde entier, et en particulier dans les pays en développement. FHI s'emploie à élargir les options en matière de planification familiale ; à prévenir la propagation du sida et des autres maladies sexuellement transmissibles (MST) ; et à améliorer la santé des femmes et des enfants. Depuis plus de 20 ans, FHI apporte une assistance technique et effectue des recherches dans plus d'une centaine de pays en oeuvrant de concert avec les ministères de la Santé, les universités, les dispensaires, les organisations non gouvernementales autochtones, les chercheurs, les médecins et les prestataires de services de planification familiale et de santé reproductive.

Un Programme International d'Education en Santé Reproductive de l'Université Johns Hopkins (JHPIEGO), une corporation à but non lucratif, oeuvre pour institutionnaliser l'enseignement de la santé de la reproduction et de la planification familiale dans des programmes d'éducation médicale et paramédicale et améliorer les capacités pédagogiques des enseignants en matière de santé reproductive. Depuis son début en 1973, JHPIEGO a appuyé la formation de plus de 87.000 professionnels de la santé dans plus de 120 pays et soutient actuellement des programmes dans 23 pays.

INTRAH (le Programme International pour la Formation en Matière de Santé) est un organisme à but non lucratif dont la mission consiste à aider les pays à divers stades de développement à améliorer l'élaboration et la prestation de services essentiels de santé reproductive en rehaussant la préparation et l'utilisation de leur capital humain. Depuis sa création en 1979, INTRAH a ainsi apporté son concours fructueux à des organismes publics et à des organisations non gouvernementales, à des établissements d'enseignement, à des missions de l'USAID et à divers autres groupes dans près d'une quarantaine de pays à travers le monde pour les aider à adopter une approche systématique en matière de développement de leur capital humain, notamment au niveau de la planification et de la gestion du personnel, de la formation, de la supervision et en ce qui concerne d'autres aspects de l'appui organisationnel.

L'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) a accordé des aides financières à la présente publication. Les vues exprimées dans le procès-verbal ne reflètent pas nécessairement les politiques de l'USAID ni celles des organisations concernées.

Cote à la Bibliothèque du Congrès : 95-078536
ISBN 0-939704-26-9

Pour se procurer un exemplaire du procès-verbal, prière de contacter :
Family Health International
P.O. Box 13950
Research Triangle Park, NC
27709 Etats-Unis
Téléphone : (919) 544-7040
Télécopie : (919) 544-7261

Août 1995

Imprimé sur papier recyclé

PN-ABY-270
98704

Procès-Verbal

Conférence Régionale Sur l'Amélioration de l'Accessibilité et de la Qualité des Services de Santé de la Reproduction et Planification Familiale en Afrique Francophone

Ouagadougou, Burkina Faso

12 - 17 mars, 1995

Organisée par :

Family Health International (FHI)
A Johns Hopkins Program for International Education in Reproductive Health (JHPIEGO)
Program for International Training in Health (INTRAH)

En collaboration avec :

Access to Voluntary and Safe Contraception (AVSC International)
Cooperative for American Relief Everywhere (CARE)
Centre for Development and Population Activities (CEDPA)
Futures Group
Institute for Reproductive Health (IRH)
International Planned Parenthood Federation (IPPF)
Johns Hopkins University/Population Communication Services (PCS)
Management Sciences for Health (MSH)
Pathfinder International
Population Council
Population Reference Bureau (PRB)
Population Services International (PSI)
Support for Analysis and Research in Africa (SARA)
United Nations Children's Fund (UNICEF)
United Nations Population Fund (UNFPA)
United States Agency for International Development (USAID)
University Research Corporation (URC)
World Health Organization (WHO)

Remerciements

Les organisateurs de la conférence tiennent à remercier les institutions et les organisations suivantes pour leur participation et leur soutien à la Conférence Régionale sur l'Amélioration de l'Accessibilité et de la Qualité des Services de Santé de la Reproduction et de la Planification Familiale en Afrique Francophone :

- le Ministère de la Santé du Burkina Faso pour avoir accepté que cette conférence se tienne à Ouagadougou et pour son soutien pendant la conférence ;
- le Bureau de Population de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID) à Washington aussi bien que la Mission de l'USAID à Ouagadougou pour leurs contributions et leur soutien financier à la conférence ;
- les vingt membres du Comité Technique basé en Afrique qui ont conçu et élaboré le programme de la Conférence après plusieurs mois de considération particulière sur les thèmes prioritaires se rapportant à la planification familiale. Pendant la conférence, ces membres ont travaillé infatigablement à aider les délégations à préparer les plans d'action ;
- le Comité de Coordination basé aux Etats-Unis qui a coordonné les ressources techniques et financiers nécessaires pour mener à bien la conférence. Les membres du comité, représentant une dizaine d'agences de coopération de l'USAID et d'autres organisations travaillant dans la région, ont fourni des données et des commentaires à leurs homologues basés en Afrique ;
- les agences de coopération de l'USAID et les autres bailleurs de fonds internationaux qui ont sponsorisé plusieurs participants de la conférence et qui ont contribué aux nombreuses présentations faites pendant les séances plénières et facultatives : l'AVSC International, CARE, CEDPA, FNUAP, Futures Group, IRH, IPPF, MSH, OMS, Pathfinder International, PCS, Population Council, PRB, PSI, SARA, UNICEF, et l'URC. Les organisateurs de la conférence voudraient également remercier PCS pour sa création du logo de la conférence ;
- les délégués du Bénin, du Burkina Faso, du Cameroun, de la Côte d'Ivoire, de la Guinée, de Madagascar, du Mali, du Niger, du Sénégal et du Togo, aussi bien que les autres participants, qui ont fonctionné comme présentateurs et personnes ressources. Leur participation au cours de la semaine démontrent l'engagement de la région à la planification familiale et à la santé de la reproduction.

Le personnel suivant de FHI a révisé ce rapport : Mary Bean, Sophie Bobbitt, Jill Gentry, Lucy Harber, JoAnn Lewis, Susan Palmore, Beth Robinson, Marguerite Rogers, John Stanback et Christine Vincent. Le personnel suivant de JHPIEGO a révisé ce rapport : Alain Damiba, Anita Ghosh et Anne Pfitzer. Le personnel suivant d'INTRAH a révisé ce rapport : Maureen Corbett et Pape Gaye.

Les organisateurs de la conférence tiennent à remercier particulièrement Marge Horn et Estelle Quain de l'USAID pour leur excellentes suggestions en tant que conseillères externes à la rédaction.

Crédits :

Gestion du projet : Lynn Krueger Adrian, M.P.H. (FHI)

Coordonnateur/Rédacteur : Jim Spilsbury, M.P.H. (FHI)

Rédactrice adjointe : Sara Davis (FHI)

Mise en Page : Tom Grey (FHI)

Note de l'éditeur :

Le procès-verbal de la Conférence Régionale sur l'Amélioration de l'Accèssibilité et de la Qualité des Services de Santé de la Reproduction et de la Planification Familiale en Afrique Francophone présente le point de vue et les préoccupations des professionnels de la région qui travaillent dans divers secteurs à l'amélioration de la planification familiale. Dans ce recueil de communications et avec d'autre matériel utilisé lors de la conférence, nous nous sommes efforcés de préserver la richesse des propos tenus par les conférenciers et le contexte dans lequel chacun a décrit son sujet. Nombre des idées et des observations exprimées dans leurs communications ont été régulièrement mentionnées tout au long de ce document, ce qui démontre le caractère commun des expériences vécues dans les pays et les liens qui ne cessent de croître entre les questions. Nous espérons que le procès-verbal reflète la richesse de la collaboration préparatoire parmi les membres du Comité technique basé en Afrique, et du Comité de coordination des Etats-Unis ainsi que le haut degré de participation inhérente à la conférence elle-même. Nous avons le plaisir de proposer au lecteur ce recueil de voix qui participent au dialogue engagé dans la région sur les nouvelles questions du jour.

Table des matières

Résumé exécutif 1

Introduction 4

Discours d'ouverture et allocutions principales

Discours d'ouverture de M. le Ministre de la Santé 7
Discours d'ouverture de M. l'Ambassadeur des Etats-Unis 8
Acceuil du Comité Technique et perspective de la Conférence du Caire — D. MAIKIBI 9
Allocution principale sur la PF/SR en Afrique francophone — P. SEBGO 10
Allocution principale sur l'initiative MAQ pour l'Afrique francophone — M. HORN 13

Sommaires des présentations plénières

Maximalisation de l'Accessibilité et de la Qualité

Maximalisation de l'accessibilité et de la qualité — A. DAMIBA, M. PINA 17
Profil régional sur MAQ — D. SANOGO 18
Enquêtes démographiques et de santé — M. SEYE 19
Recensement des besoins — O. BONGWELE 20

Mise à jour sur certaines méthodes et services

Prévention des infections — W. SHASHA 20
MAMA au Burkina Faso — M. KAGONE 21
Méthodes naturelles de PF — C. LANCTOT 22
Méthodes permanentes de contraception — R. LEKE 23
Critères médicaux d'eligibilité selon l'OMS — R. LEKE 23
Méthodes contraceptives hormonales — R. LEKE 24
DIU en milieu urbain à Ouagadougou — B. KONE 25
DIU et contraception du post-partum — F. DIABATE 26
MST/SIDA et méthodes de barrière — W. SHASHA 26
Contraception d'urgence — M. PINA 27
Soins du post-abortum — C. WELFFENS-EKRA 27
Interaction entre cliente et prestataire — J. BELEM 28
Interaction entre cliente et prestataire — C. STEELE VERME 28

Aspects juridiques et réglementaires

Aspects juridiques, réglementaires et autres — A. NANA 29
Contribution du CERPOD en matière de politiques de population — M. GUEYE 30
Cas de Togo — M. KAMPATIBE 31

Pratiques traditionnelles néfastes

L'exposé introductif — P. NITIEMA 31
Pratiques traditionnelles néfastes au Burkina Faso — M. LAMIZANA 32
Intervention de l'ASDAP/CEDPA au Mali — F. TRAORE 32
Pratiques traditionnelles néfastes (CIAF) — C. KOROMA 33
Pratiques néfastes et l'expérience du CONIPRAT — O. DJATAOU 34
Expériences de lutte contre pratiques néfastes au Burkina — F. BASSOLE 35

Considérations de genre

Responsabilité et pouvoir des femmes et des hommes — M. BELLA DOUMBOUYA 35
Responsabilité et pouvoir des femmes et des hommes — M. ILBOUDO 36
Responsabilités et pouvoirs des hommes et des femmes dans la PF/SR — C. BOP 37

Stratégies pour l'amélioration des services

Politiques, standards et protocoles des services — P. GAYE, M. PINA 38
Expériences des cliniques juridiques — A. NANA 39
Rôle des leaders d'opinion — D. SANOGO 40
Perspectives des adolescents de Dakar — C. NARE, P. N'DIAYE 41
Projet "Jeunes pour Jeunes" — O. KOALGA 41
Prévention des maternités précoces — D. MOUNLON 42
Santé reproductive des adolescents — R. LEKE 43
Expérience COPE en Afrique — Y. MUTOMBO 43
Marketing social — C. SQUIRE-DIOMANDE 44
Marketing social au Mali — M. TRAORE 45
Projet DBC au Mali — S. DOUMBIA 46
Collaboration du secteur privé et du secteur public — A. PRINS 47
Intégration des services MST/SIDA et SR/PF — W. SHASHA 48
Services de contraception pour femmes à risque des MST — J. LEWIS 48
Contribution nécessaire des bailleurs de fonds — S. BARRY 49
Problèmes d'intégration — J. OUANGO 49
Services de PF et soins du post-abortum — C. WELFFENS-EKRA 50
Stratégies de communication — C. VONDRASEK 50
Counseling en SR/PF — C. STEELE VERME, J. BELEM 51

Sommaires des présentations de la séance facultative

Techniques de marketing social — C. SQUIRE-DIOMANDE 52
Perspectives de femmes sur les barrières à l'utilisation des services de PF — P. N'DIAYE, C. NARE 53
Comment utiliser les analyses situationnelles — P. TAPSOBA 54
Comment analyser les données des EDS avec EASEVAL — D. DICKERSON 55

Vidéos sur l'allaitement, la PF et la MAMA — K. COONEY 56
Vidéos montrant deux stratégies de communication — C. VONDRASEK 56

Plans d'action

Introduction 59
Bénin 60
Burkina Faso 64
Cameroun 70
Côte d'Ivoire 77
Guinée 84
Madagascar 91
Mali 94
Niger 101
Sénégal 104
Togo 111
Plan d'évaluation 117

Annexes

Annexe 1: Liste des participants 119
Annexe 2: Articles de journaux 130
Annexe 3: Câble de l'USAID sur la Conférence 133
Annexe 4: Glossaire des termes clés 136
Annexe 5: Résultats de l'évaluation de la Conférence 140
Annexe 6: Fiche d'évaluation de la Conférence 142
Annexe 7: Programme final de la Conférence 144

Résumé exécutif

La Conférence Régionale sur l'Amélioration de l'Accessibilité et de la Qualité des Services de Santé de la Reproduction et de la Planification Familiale en Afrique Francophone s'est tenue du 12 au 17 mars 1995, à Ouagadougou, Burkina Faso. La conférence était organisée par Family Health International (FHI), INTRAH (le Programme International pour la Formation en matière de Santé) et un Programme International d'Education en Santé Reproductive de l'Université de Johns Hopkins (JHPIEGO) avec la collaboration du Ministère de la Santé au Burkina Faso et l'apport financier de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID).

La conférence a été planifiée conjointement par un comité technique basé en Afrique et un comité de coordination basé aux Etats-Unis. Le Comité Technique basé en Afrique, a eu la responsabilité d'élaborer tous les aspects techniques de la conférence. Ce comité de 20 membres, y compris des responsables et personnes clés des secteurs publique, privé, ONG, mouvements féminins et représentants locaux des bailleurs de fonds et des agences de coopération, a amené une expertise en PF/SR aussi bien au niveau national que régional. Le Comité Technique basé en Afrique a également établi les critères de sélection pour les délégués et préparé le programme de la conférence dont les travaux ont été encadré par le Bureau Régional d'INTRAH à Lomé au Togo. Le Comité Technique a formulé l'objet de la conférence, identifié les thèmes et negocié le programme en se basant sur les résultats d'un recensement de besoins mené dans la région auprès des responsables, leaders de programmes et prestataires de services de PF/SR.

Le Comité de Coordination basé aux Etats-Unis était composé de représentants du Bureau de la Population de l'USAID et de 14 agences de coopération de l'USAID. Les suggestions des membres du Comité de Coordination basé aux Etats-Unis ont été incorporées pour s'assurer que les expériences et les ressources du Bureau de Population et ses agences de coopération soient appliquées à la planification de la Conférence. Le Comité de Coordination s'était focalisé sur la mobilisation des ressources financières et humaines.

La conférence avait pour but principal d'augmenter l'accessibilité et d'améliorer la qualité des services de santé de la reproduction et de planification familiale en Afrique francophone au sud du Sahara.

Les objectifs généraux de la conférence était les suivants :

Planifier la réduction ou la suppression des barrières à l'accessibilité, la qualité et l'utilisation des services de certains éléments de santé de la reproduction et de planification familiale.

Planifier l'initiation de nouvelles approches pour améliorer l'accessibilité et assurer la qualité des services de certains éléments de santé de la reproduction et de planification familiale.

Déterminer les implications des considérations de genre sur le statut des services de santé de la reproduction et de planification familiale.

Cent vingt-six (126) participants dont des professionnels de santé, juristes, représentants de ministères, démographes, journalistes, religieux, représentantes des mouvements féminins et sociologues ont assisté à la conférence (la liste des participants se trouve en Annexe 1). Le noyau des participants à la conférence était composé de 54 délégués en provenance de dix pays francophones africains : le Benin, le Burkina Faso, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, la Guinée, l'île de Madagascar, le Mali, le Niger, le Sénégal et le Togo.

Au cours des six jours de la conférence, ces délégués et d'autres participants ont assisté aux séances sur la mise à jour des méthodes contraceptives, ont examiné les stratégies pour améliorer la prestation des services, et ont partagé leurs expériences sur les facteurs sociaux et culturels influençant l'état de santé de la reproduction dans la région. En profitant des acquis de ces séances marquées par leur caractère multidisciplinaire, chaque délégation a élaboré un plan d'action pour son pays. Ces plans constituent une série de stratégies pour supprimer les barrières à la planification familiale et pour améliorer certains services de santé de la reproduction.

Tout au long de la conférence, les communications et les discussions ont fait ressortir des expériences communes parmi les pays et des solutions novatrices aux problèmes soulevés. Les conférenciers ont noté l'importance des progrès qui ont déjà été faits dans la voie de l'amélioration des services de santé reproductive et de planification familiale et ils ont cerné plusieurs thèmes communs aux nombreux pays de la région :

- l'amélioration de la qualité des services de santé reproductive et de l'accès à ces prestations est une entreprise multidisciplinaire qui nécessite la participation d'un grand nombre d'acteurs relevant des secteurs tant public que privé. Il convient d'entretenir les liens entre les agences, les institutions, les ministères, les organisations et les principaux acteurs pour tirer le meilleur parti des efforts déployés à cette fin ;
- l'existence de lignes directrices récentes sur la prestation des services constitue une ressource précieuse à l'appui des actions visant à standardiser la qualité des services offerts aux clients. Il faut élaborer ce genre de lignes directrices, là où elles font défaut, et celles qui sont en vigueur doivent être disséminées encore davantage dans la région ;
- les réformes juridiques et de la réglementation destinées à rehausser le statut de la femme et ses droits en matière de santé reproductive doivent être poursuivies dans l'ensemble de la région. Il faudrait notamment réduire l'incidence des mutilations génitales chez la femme ;
- il convient d'élargir les services de santé de la reproduction et de planification familiale de façon à y inclure les jeunes en tenant compte des considérations culturelles. Il faut notamment introduire des réformes juridiques pour renforcer le droit des adolescents à une information et à des services concernant la santé de la reproduction ;
- la formation supplémentaire des prestataires à tous les niveaux est nécessaire si l'on veut que le personnel améliore tous les aspects de la prestation des services de santé de la reproduction et de planification familiale, notamment sur le plan de la gestion. Les séminaires de mise à jour de la technologie contraceptive et de santé de la reproduction doivent mettre en jeu la participation des décideurs et des principaux prestataires de services à l'échelon national ;
- il convient d'accorder une plus grande importance à la formulation, à l'application et à l'évaluation des stratégies nationales d'IEC qui visent à harmoniser les messages disséminés par les programmes et à atteindre de nouveaux groupes-cibles importants, tels les adolescents et les hommes ;
- de nombreux segments de la population, en particulier en milieu rural, n'ont toujours pas accès aux méthodes contraceptives. Le recours accru à la distribution à base communautaire et au marketing social de contraceptifs devrait accroître l'accès aux méthodes d'espacement des naissances parmi ces groupes insuffisamment servis, et il serait bon de tenir compte de ces approches ;
- les soins après un avortement répondent à un besoin urgent dans la région. Les femmes en âge de procréer doivent bénéficier de services de planification familiale, de counseling et de réorientation après un avortement. On planifie déjà l'organisation de recherches multicentriques pour déterminer les moyens les plus efficaces de prodiguer ces services ;
- l'intégration des services de prévention des MST/SIDA aux services de planification familiale est une question à laquelle beaucoup de prestataires de services attachent une grande importance, en particulier dans les endroits où les taux d'infection sont élevés parmi les clients servis par les programmes de planification familiale.

Les participants à la conférence ont cité les points ci-dessus comme étant de nos jours les principales questions d'ordre pratique liées à la prestation des services de santé de la reproduction en Afrique francophone. L'initiative globale MAQ de l'USAID, qui vise à « maximiser l'accès et la qualité », est une approche à la fois conceptuelle et pratique destinée à améliorer les services de santé de la reproduction. Elle fournit aussi le moyen de concentrer les efforts sur la satisfaction de ces besoins. L'initiative MAQ définit quatre domaines essentiels à l'amélioration des services de santé de la reproduction :

- l'interaction client-prestataire : il faut encourager les échanges d'informations exactes et imparties avec clarté, courtoisie et compassion,
- gestion et supervision : il faut renforcer la gestion et la supervision des programmes pour rehausser la qualité des soins en tenant compte des différences entre les sexes,
- PACE (« Policy, Advocacy, Communication and Education ») : il faut encourager les décideurs à adopter et à mettre en oeuvre des politiques propres à améliorer la qualité des services de santé de la reproduction ainsi que l'accès à ces services, et il faut recourir aux activités de communication et d'éducation pour veiller à la mise en exécution des politiques et des normes,
- encadrement et compétence technique : Il faut améliorer la compétence technique des prestataires par le biais de l'élaboration de lignes directrices techniques et d'une formation appropriée.

La conférence qui s'est tenue au Burkina Faso est la première conférence régionale francophone qui a examiné les moyens de maximiser l'accessibilité aux services de santé de la reproduction et de planification familiale et d'en rehausser la qualité en faisant appel à la participation du secteur public, du secteur privé et des ONG. Des conférences et des ateliers analogues liés à l'initiative MAQ ont déjà eu lieu dans diverses régions du monde ; citons par exemple l'atelier régional pour l'Afrique orientale et australe qui s'est déroulé à Harare (Zimbabwe) en janvier et en février 1994, le séminaire qui s'est tenu à Nairobi (Kenya) en juillet 1994, la conférence de Lomé (Togo) sur les guides et lignes directrices concernant la prestation des services, qui a eu lieu en juillet 1994, une séance du Troisième Congrès de la Société des obstétriciens et gynécologues africains (SAGO), qui s'est déroulée à Yaoundé (Cameroun) en décembre 1994, et deux ateliers régionaux organisés en Amérique latine et en Asie en novembre 1993.

La conférence s'est révélée importante dans la mesure où elle a soulevé une fois de plus les questions concernant les lois, les pratiques et les protocoles qui créent des barrières à l'accessibilité et à la qualité des services. Les plans d'action préliminaires qui ont été formulés par les délégations constituent un premier pas important dans la voie de l'élaboration de stratégies concrètes susceptibles d'améliorer des services de santé de la reproduction et de planification familiale dans la région.

En plus, les participants se sont engagés à effectuer des changements d'attitudes, ce qui leur permettront de considérer les problèmes sociaux, sanitaires et culturels de leur pays à travers une nouvelle optique. Avocats efficaces pour les services aux adolescents, l'implication des hommes, le counseling et l'intégration des services (pour ne citer que quelques-uns), les participants sans doute innoveront pour améliorer l'accessibilité, la qualité, et l'utilisation des programmes de PF/SR à travers la région.

Le processus d'organisation de la conférence a entraîné le début d'un processus de coordination au sein de la région. A présent, il existe un réseau de professionnels en Afrique francophone au sud du Sahara prêt à s'organiser pour promouvoir le concept MAQ dans la région. Pour les membres du Comité Technique basé en Afrique qui l'ont organisée, la conférence leur a apporté un acquis sur le plan organisation et coordination qui leur permettront de créer d'autres initiatives pour la PF/SR dans la région. Les membres de ce groupe sont désormais agents dévoués à l'élimination des barrières à la qualité et l'accessibilité des services de santé de la reproduction et de planification familiale dans la région.

— Le Comité Technique basé en Afrique

Introduction

La Conférence Régionale sur l'Amélioration de l'Accessibilité et de la Qualité des Services de Santé de la Reproduction et de la Planification Familiale en Afrique Francophone a débuté par une cérémonie d'ouverture lors de laquelle le Ministre de la Santé, l'Ambassadeur des Etats-Unis et un membre représentant du Comité Technique basé en Afrique ont accueilli les participants et ont souligné l'importance de la maximalisation de l'accessibilité et de la qualité (MAQ) pour l'amélioration des services de PF/SR dans la région. La Représentante de l'USAID/ Washington a également prononcé une allocution dans laquelle elle a révélé les priorités de l'agence et décrit son rôle changeant dans la région.

Après l'ouverture, les travaux de la conférence ont démarré. Les objectives spécifiques de la conférence étaient les suivantes :

1. Définir les éléments et indicateurs de qualité et d'accessibilité aux services de santé de la reproduction et de planification familiale, y compris comment utiliser les indicateurs pour mesurer les réalisations des programmes et l'impact des interventions planifiées.
2. Donner une mise-à-jour sur certains aspects de la santé de la reproduction et de la technologie contraceptive.
3. Identifier les barrières importantes à la qualité et à l'accessibilité des services de santé de la reproduction et planification familiale.
4. Partager des stratégies pour améliorer l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services.
5. Elaborer des plans d'action au niveau de chaque pays pour l'augmentation de l'accessibilité et de la qualité de certains aspects de santé de la reproduction et des services de planification familiale.

Au cours de la conférence, les exposés étaient donnés sous forme de panels, avec les thèmes et les sous-thèmes suivants :

Maximalisation de l'accessibilité et de la qualité (MAQ) des services de santé de la reproduction et la planification familiale ;

- définition du concept MAQ et des barrières à l'accessibilité et à la qualité des services ;
- profil statistique de la région francophone africaine ;

Mise à jour sur certaines méthodes de planification familiale et services de santé de la Reproduction ;

- prévention des infections ;
- méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) ;
- planification familiale naturelle ;
- méthodes permanentes de contraception ;
- critères d'éligibilité : nouvelle approche OMS ;
- méthodes hormonales : pilules, injectables et implants et leurs critères d'éligibilité ;
- DIU et ses critères d'éligibilité et PF dans le post-partum ;
- MST/SIDA et méthodes de barrière ;
- contraception d'urgence ;
- soins du post-abortum ;
- interaction client-prestataire ;

Facteurs influençant l'état de la planification familiale et santé de la reproduction dans la région ;

- aspects juridiques, réglementaires et autres ;
- pratiques traditionnelles néfastes ;
- responsabilité et pouvoir des femmes et des hommes ;

Stratégies de maximalisation de l'accessibilité et de la qualité (MAQ) des services de SR/PF ;

- politiques, standards et protocoles des services de SR/PF et autres guides et leur implication dans la région ;
- cliniques juridiques ;
- motivation des hommes ;
- services pour les adolescents ;
- COPE ;
- distribution à base communautaire ;
- marketing social ;
- partenariat des secteurs public, privé et non gouvernementaux ;
- intégration des services :
  - MST et SR/PF ;
  - SIDA et SR/PF ;
  - services de PF et soins post-partum ;
- stratégies de communication pour maximiser l'accessibilité et la qualité des services de SR/ PF ;
- counseling en SR/PF.

Les grands débats après les panels ont permis aux participants d'avoir des échanges fructueux et de s'informer mutuellement sur les expériences des différents pays. On peut citer dans la liste des sujets qui ont suscité beaucoup d'intérêt et d'enthousiasme de la part des participants les suivants :

- les programmes de distribution à base communautaire des produits contraceptifs surtout l'expérience du Mali ;
- l'engagement des pays à redoubler des efforts pour inclure dans leur programme les services de santé de la reproduction pour les jeunes, les hommes et les groupes marginalisés ;
- la réalisation de la part de plusieurs délégués de l'importance et de l'ampleur du travail qu'il y a à faire dans le domaine de la réforme juridique pour une meilleure accessibilité aux services de santé de la reproduction.

Une séance de préparation du plan d'action s'est tenue tous les jours. Le dernier jour de la conférence a été consacré à la finalisation des plans, à leur présentation en plénière et aux discussions et concertations entre les bailleurs de fonds et les délégations.

La conférence s'est terminée par des allocutions de clôture prononcées par le Ministre de la Santé au Burkina Faso, le représentant des délégués et le représentant du Comité Technique. Ils ont félicité les participants pour leur vive participation et leurs efforts pour élaborer leur plan d'action. De même, ils ont rappelé aux conférenciers que leur travail n'était pas fini, mais qu'il venait à peine de commencer, car leur engagement en faveur du processus d'amélioration de l'accessibilité et la qualité des services se manifesterait dans la mise en oeuvre des activités dès leur retour.

Une fois de retour dans leur pays, les délégués tenteront de sensibiliser les décideurs et les personnes influentes sur leur plan d'action afin de faciliter son acceptation et sa mise en oeuvre. Il est prévu que les agences de coopération de l'USAID et les autres bailleurs de fonds orientent leur assistance technique dans le sens des activités identifiées par les délégués. FHI, INTRAH et JHPIEGO envisagent de se concerter pour mettre en place un mécanisme de partage de l'information MAQ et de coordination des activités d'assistance à ces plans. En plus, le Comité Technique basé en Afrique mènera une évaluation à court et à long terme pour recenser les attitudes des participants envers la conférence et le succès des efforts à exécuter les plans d'action au niveau national. Vu les ressources de plus en plus limitées et la fermeture de l'USAID dans certains pays de la région, des efforts particuliers devront être faits pour s'assurer que ces suivis sont exécutés.

Discours d'ouverture et allocutions principales

Discours d'ouverture de Monsieur le Ministre de la Santé

Son Excellence Christophe DABIRE

Je voudrais, au nom du Gouvernement que j'ai l'honneur de représenter, souhaiter à tous les conférenciers, une cordiale bienvenue au Burkina Faso et marquer toute notre satisfaction pour la proposition faite à notre pays d'abriter cette conférence régionale francophone. Je souhaite que vous trouviez à Ouagadougou, un environnement des plus favorables qui cadre avec toutes vos attentes et qui soit propice au bon déroulement de vos travaux.

Mesdames, Messieurs les conférenciers,

Votre Conférence revêt de toute évidence une importance particulière parce que son thème est d'une actualité brûlante et sa matière fait l'objet de préoccupations reconnues dans les instances internationales et interafricaines.

S'agissant du thème, je voudrais dire que les indicateurs de santé de nos différents pays nous interpellent tous, autorités politiques, scientifiques, chercheurs, agents de santé et population de nos villes et de nos campagnes. L'espérance de la vie à la naissance dans notre région est en effet très faible, la mortalité infantile supérieure à 100 pour mille naissances vivantes et la mortalité maternelle encore trop élevée. Les causes principales de cet état de fait résident principalement dans l'accessibilité insuffisante aux soins prénataux et aux accouchements assistés par du personnel qualifié, dans la faiblesse de la couverture vaccinale, la déficience de l'état nutritionnel, et que sais-je encore.

Devant un tel constat, que peut-on faire dans l'immédiat sinon travailler à améliorer l'accessibilité et la qualité des services de santé de la reproduction et de la planification familiale ?

Je peux vous assurer que les objectifs que vous vous êtes fixés et qui ont fait l'objet de la réunion de Lomé en juillet 1994, sont en parfaite adéquation avec les orientations de la politique de santé maternelle et infantile dans les différents pays.

En ce qui concerne la matière de votre conférence, je voudrais rappeler que la santé de la reproduction et la planification familiale sont les clefs de voûte de la politique de population élaborés par nos Etats. Et au-delà des questions liées à la croissance et au bien-être de la population qui nous préoccupent, c'est toute la problématique du développement qui est posée. En effet, il est bon de souligner que des notions telles que le développement social, le développement humain ou le développement durable n'ont de significations réelles que lorsqu'elles sont mises en rapport avec les questions de population. Depuis trois décennies, les pays développés tout comme les pays en développement ont pris conscience de cette relation étroite, et ceci constitue la justification première de la convocaton de la première Conférence Internationale sur la Population et le Développement à Bucarest en 1974. Depuis lors, il y a eu celle de Mexico en 1984 et celle du Caire en 1994.

Mesdames et Messieurs les conférenciers, c'est pour dire que votre rencontre est réellement importante puisqu'elle se propose d'approfondir vos réflexions de Lomé et de Yaoundé, de favoriser les échanges d'expériences sur différentes stratégies pour améliorer l'accessibilité et la qualité des services de santé, de contribuer à l'élaboration de plans d'action au niveau de chaque pays. Nous attendons donc de vous des propositions concrètes.

Avant de terminer mon propos, permettez-moi de remercier et de féliciter l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID) dont l'engagement aux côtés de nos pays et en matière de Population et Développement est constant et très significatif surtout sur le plan financier et matériel. Au Burkina Faso, l'enquête démographique et de santé (1993), la réalisation d'un grand nombre de projets de programmes de santé maternelle et infantile et de planification familiale ont été rendu possibles par cet engagement. La présente conférence est également à son actif.

Je saisis l'opportunité qui m'est offerte pour remercier également les agences de coopérations américaines et toutes les institutions internationales pour leur importante contribution dans la réalisation de nos nombreux projets de santé.

Previous Page Blank

Je salue respectueusement la présence des représentants des autres pays francophones à cette conférence. Il s'agit d'une marque d'amitié qui honore le Burkina. Nous souhaitons à tous un séjour agréable et utile en terre Burkinabè.

Les objectifs que vous vous êtes fixés j'en suis sûr seront atteints et nous sommes attentifs aux résultats de vos travaux. J'invite déjà, nos partenaires à rester très disponibles pour appuyer nos efforts de chaque jour pour améliorer l'accessibilité à des services de qualité en matière de santé de la reproduction et de planification familiale au profit de nos populations cibles.

Je souhaite plein succès à vos travaux et déclare ouverte, la Conférence Régionale sur l'Amélioration de l'Accessibilité et de la Qualité des Services de Santé de la Reproduction et de la Planification Familiale en Afrique Francophone.

Discours d'ouverture de l'Ambassadeur américain au Burkina Faso

Son Excellence Donald MCCONNELL

C'est pour moi un réel plaisir de participer à la cérémonie d'ouverture de cette Conférence Régionale sur l'Amélioration de l'Accessibilité et de la Qualité des Services de Santé de la Reproduction et Planification Familiale en Afrique Francophone.

Permettez-moi, tout d'abord, au nom de tous ceux qui sont présents aujourd'hui, au nom du gouvernement américain, et en mon nom propre, de présenter mes sincères remerciements au gouvernement du Burkina Faso pour avoir accepté d'accueillir cette très importante conférence. Ceci témoigne, si besoin était, du souci constant du Burkina d'améliorer l'état de santé de sa population, particulièrement les mères et les enfants, et de son engagement. Je voudrais également remercier le gouvernement du Burkina Faso pour la hospitalité offerte aux membres des délégations qui participent à cette conférence. Je salue enfin tous ceux qui ont pris part à la préparation de cette conférence et je les en remercie.

Mesdames et Messieurs les participants, cette conférence va aborder la question cruciale de l'accessibilité et de la qualité des services de santé reproductive, question qui fait partie des priorités de ce pays et de la plupart des pays en Afrique. Cette préoccupation s'inscrit bien dans les objectifs du programme d'aide du gouvernement américain. En effet, nous avons apporté un appui substantiel au programme de santé depuis une dizaine d'années et des efforts particuliers ont été faits pour le programme de planification familiale qui est un des programmes les plus dynamiques dans la sous-région. Ce succès revient d'abord au gouvernement du Burkina Faso qui doit être félicité non seulement pour les efforts de coordination entre les intervenants, mais également pour l'excellence de l'assistance apportée par la partie nationale pour la bonne exécution des programmes.

Comme vous le savez, l'USAID va devoir fermer sa représentation au Burkina Faso cette année. Cependant, je puis vous assurer que des dispositions sont prises pour continuer à assurer un soutien au programme national. Ainsi, deux de nos agences de coopérations techniques, le Population Council et le Projet SEATS, disposent de bureaux à Ouagadougou et continueront à assister le Ministère de la Santé dans le domaine de la santé.

Pour revenir à la conférence, je peux dire qu'elle répond à une préoccupation que l'USAID partage avec les pays qui sont représentés ici. Pendant une semaine, les délégués de dix pays africains francophones ici présent aborderont le concept "MAQ" et discuteront des barrières à l'accessibilité, à la qualité et à l'utilisation des services. Ils passeront en revue les différentes stratégies qui peuvent être mise en oeuvre, et enfin, élaboreront des plans d'action pour améliorer l'accessibilité et la qualité des services dans leurs pays respectifs. Ces plans d'action devront être beaucoup plus qu'un simple exercice. Ils devront traduire les réalités du terrain et fournir un cadre opérationnel pour le renforcement des programmes au niveau national.

Je vous souhaite donc à tous des travaux intenses et productifs.

Je vous remercie.

Accueil du Comité Technique basé en Afrique et perspective de la Conférence du Caire

Présentatrice : Dandobi MAIKIBI

Au nom des membres du comité technique chargés de la préparation de la conférence, j'ai l'insigne honneur de vous souhaiter la bienvenue à cette Conférence Régionale Francophone sur l'Amélioration de l'Accessibilité et de la Qualité des Services de Santé de la Reproduction et Planification Familiale (SR/PF).

Après les conférences de Bucarest en 1974 et de Mexico en 1984, c'est au Caire en Egypte en septembre 1994 que s'est tenue la Conférence Internationale sur la Population et le Développement qui a réuni des délégués de 182 pays autour des questions de population et développement. Cette rencontre qui se tient six mois après celle du Caire offre aux pays ici représentés l'occasion de renforcer le processus de mise en oeuvre des programmes d'action de la conférence du Caire.

Suite à de longues et difficiles négociations, la conférence a adopté un programme d'action fondé sur un large consensus international. Le programme d'action du Caire s'est fixé comme objectifs de relever de nombreux défis fondamentaux qui se posent à l'humanité tout entière. Ces objectifs sont notamment :

- la croissance économique soutenue dans le cadre d'un développement durable,
- l'éducation (en particulier celle des filles),
- l'équité et l'égalité entre les sexes,
- le renforcement du pouvoir des femmes,
- la réduction de la mortalité maternelle, infantile et juvénile et l'accès universel aux services de santé de la reproduction y compris la PF et la santé en matière de sexualité.

Le programme d'action souligne, dans son chapitre relatif aux droits et santé en manière de reproduction, les raisons qui empêchent la population de jouir d'une véritable santé en matière de reproduction.

Il s'agit principalement de connaissances insuffisantes en matière de sexualité, de l'inadaptation ou de la mauvaise qualité des services et de l'information dans le domaine de la SR, des pratiques sociales discriminatoires, des attitudes négatives vis à vis des femmes et des filles et du pouvoir restreint qu'exercent les femmes sur leur vie sexuelle et leurs fonctions reproductives.

Le programme d'action du Caire a retenu, parmi les mesures à prendre pour faire face à cette situation, que tous les pays s'efforcent d'améliorer le plus tôt possible et au plus tard en l'an 2015, l'accès pour tous aux services de santé en matière de reproduction par l'intermédiaire de leurs réseaux de soins de santé primaire. Pour ce faire, tous les pays ont été invités à répertorier et à éliminer les principaux obstacles qui s'opposent encore à l'utilisation des services de santé en matière de reproduction et de PF.

Notre conférence dont le contenu et le programme ont été conçus par le Comité Technique basé en Afrique, que j'ai l'honneur de représenter à cette cérémonie d'ouverture, s'inscrit dans la ligne droite des recommandations de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement du Caire.

En effet, ce comité technique composé de responsables de la SR/PF dans notre région, a travaillé en collaboration avec le Comité de Coordination basé aux Etats-Unis pour inventorier les différents obstacles à l'accessibilité et à la qualité des services de SR. Cet inventaire nous a permis de formuler les objectifs suivants que vise notre conférence :

- planifier la réduction ou la suppression des barrières à l'accessibilité, la qualité et l'utilisation des services de SR y compris la PF ;
- planifier l'initiation de nouvelles approches pour améliorer l'accessibilité et assurer la qualité des services de SR y compris la PF ;
- déterminer les implications des considérations de genre sur les services de SR/PF.

Cette conférence réunira cinq jours durant une centaine de délégués et personnes ressources des dix pays suivants : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Guinée, Madagascar, Mali, Niger, Sénégal et Togo. Participent également à la Conférence en tant qu'observateurs une vingtaine d'agences de coopération et des bailleurs de fonds.

La conférence aboutira à l'élaboration d'un plan d'action pour chaque pays et à la mise en place d'un mécanisme de suivi et d'évaluation sur le terrain.

Mesdames et Messieurs, permettez-moi au nom du comité technique de remercier :

- le Gouvernement du Burkina Faso d'avoir accepté que notre conférence se tienne à Ouagadougou sous les hospices du Ministère de la Santé Publique,
- la Mission de l'USAID au Burkina Faso pour son soutien et sa contribution à l'organisation de cette conférence.

Je voudrais aussi saisir l'occasion pour remercier toutes les agences de coopération qui ont eu à parrainer les membres du comité technique qui se sont réunis deux fois à Lomé au Togo et deux fois à Ouagadougou au Burkina Faso. Ces mêmes agences ont contribué en sponsorisant les délégués à la conférence et en offrant des documents de référence.

Je voudrais adresser les remerciements du comité préparatoire de la présente conférence à son Excellence Monsieur le Ministre de la Santé Publique du Burkina Faso, à son Excellence Monsieur l'Ambassadeur des Etats-Unis d'Amérique et à tous nos invités pour avoir bien voulu honorer de leur présence la présente cérémonie. Je souhaite que nos travaux aboutissent à des actions concrètes pour l'amélioration de la santé en matière de reproduction dans la sous-région.

Allocution principale sur la PF/SR en Afrique francophone

Présentatrice : Pascaline SEBGO

C'est un insigne honneur pour moi de prendre la parole à cette importante rencontre. Il m'a été demandée de livrer une communication principale sur la santé de la reproduction en Afrique subsaharienne pour situer le contexte de cette Conférence Régionale sur l'Amélioration de l'Accessibilité et de la Qualité des Services de Santé de la Reproduction et Planification Familiale (SR/PF).

Ma communication de ce matin sera composée de trois parties :

1. Une brève rétrospective de la situation de la planification familiale dans notre sous-région ainsi que des grandes rencontres, aussi bien mondiales que régionales, qui ont été des tournants importants dans nos programmes de santé et de planification familiale.

2. Un aperçu des progrès réalisés dans le domaine de la santé familiale avec comme exemple le cas du programme national du Burkina Faso.

3. Une brève analyse des problèmes et défis qui continuent à se poser aux responsables des programmes de SR/PF et les actions pour une meilleure accessibilité et qualité des services de SR/PF en faveur de nos populations.

1. Rétrospective des quinze dernières années

Le début des années 80 était marqué par une résistance de la plupart de nos gouvernements à s'investir dans des programmes de planification familiale. En effet, environ 60 % des pays au sud du Sahara estimaient que leur taux d'accroissement de la population était satisfaisant. De plus, l'opinion qui prévalait était que c'était les bailleurs de fonds du monde occidental qui poussait à la diminution de la croissance démographique. Le contexte juridique de la planification familiale était ambigüe et la loi de 1920 continuait d'être une entrave à l'évolution des programmes.

On notait que la plupart des services de PF étaient offerts par les associations de planning familial et le terme espacement des naissances était plus acceptable que celui de planning familial. La planification familiale était encore très médicalisée, certains gestes restant encore réservés aux médecins. La prévalence contraceptive était extrêmement faible et dans la plupart des cas avoisinait zéro. Le statut peu favorable de la femme et la non implication des hommes dans le planning familial restaient des facteurs négatifs et contraignants.

Rencontres et réunions importantes

Une série de conférences internationales a contribué à renforcer la prise de conscience des responsables et à faire figurer les questions de population et de santé de la reproduction dans les plans de développement. Ainsi, le début des années 90 a été caractérisé dans notre sous-région par une prise de conscience plus accrue de la nécessité de tenir compte des variables démographiques et sanitaires dans le processus de développement.

La conférence de Bucarest de 1974 avait été marquée par une forte présence de représentants de nos gouvernements. Ce qui, manifestement, traduisait l'intérêt et la préoccupation de nos leaders pour les problèmes de population. Cette conférence avait adopté un plan d'action mondial

sur la population mais avait vu l'émergence de deux courants de pensée ; d'un côté celui préconisant la baisse de fécondité comme préalable nécessaire à tout développement et de l'autre celui exigeant un nouvel ordre économique pour supprimer les inégalités entre les nations.

En 1994, Mexico avait mis l'accent sur :

- les liens entre les questions démographiques et le développement,
- la souveraineté nationale en matière de formulation des politiques et programmes de population,
- la liberté individuelle de choix en ce qui concerne la maîtrise de la fonction reproductrice des ménages.

Au niveau africain, les conférences d'Accra en 1971 et d'Arusha en 1984 ont également abordé les problèmes économiques et démographiques.

La rencontre à Abidjan d'experts en planification familiale tenue en 1987 et parrainée par l'USAID avait établi une plate-forme de discussion des problèmes liés aux examens cliniques comme préalable à la prescription de certaines méthodes hormonales. Une rencontre sponsorisée par FHI en 1990 à Dakar avait porté sur la dissémination de résultats d'études sur les examens biologiques.

La Conférence de Niamey sur la Maternité sans Risques en 1988 ainsi que la Troisième Conférence Africaine sur la Population tenue en 1992 à Dakar ont marqué un tournant décisif dans les programmes de santé familiale pour notre sous-région.

Enfin, comme l'a souligné le Dr. Maikibi dans son allocution de toute à l'heure, la récente Conférence Internationale sur la Population et le développement du Caire a débattu de la santé de la reproduction et des sujets brûlants de l'heure.

2. Progrès et situation actuelle

Ces dix dernières années, la situation a évolué dans notre région sur le plan de la planification familiale. Des études ont montré que nos pays ont en général fait des progrès sur :

- la définition des politiques et programmes de PF,
- la mise en oeuvre de prestations de services et d'activités d'Information, Education et Communication (IEC),
- la mise en place de mécanisme de supervision,
- l'élaboration de guides et standards de services,
- l'amélioration des compétences,
- les politiques et le travail de préparation,
- les prestations et les activités connexes aux prestations,
- les comptes-rendus et activités d'évaluation,
- la disponibilité et l'accessibilité des services.

Cependant, malgré ces améliorations notables, il reste encore beaucoup à faire et nous reviendrons sur les raisons de cet état de fait.

Au cours de la dernière décennie, on a assisté à un net changement dans les attitudes des gouvernements en ce qui concerne la planification familiale. Contrairement au début des années 80, la fin des années 80 et le début des années 90 voient une plus grande poussée de l'engagement politique des gouvernements. Par exemple, on note que 56 % des gouvernements au sud du Sahara considèrent que leur taux d'accroissement de la population était trop élevé. De plus, les populations sont plus sensibilisées grâce à une plus grande disponibilité de données tirées des enquêtes démographiques et de santé (EDS) et des autres enquêtes sur la prévalence et les pratiques en matière de procréation et les connaissances/attitudes en matière de contraception.

Avec le support de l'USAID, du FNUAP, de l'IPPF, de la Banque Mondiale et des organisations non gouvernementales (ONG) internationales on assiste au développement de programmes nationaux de planification familiale. Les associations de PF et autres ONG sont de plus en plus perçues et considérées comme étant des partenaires de l'Etat dans les programmes nationaux de PF. On a assisté à une certaine augmentation des taux de prévalence contraceptive surtout en zone urbaine. Il y a plusieurs tentatives de diversification des approches d'offre de services, d'intégration des prestations de PF dans les activités de santé maternelle et infantile (SMI), de marketing social, de distribution à base communautaire (DBC).

Le cas du Burkina Faso

[En ce moment, un sommaire du progrès atteint en santé familiale au Burkina Faso a été présenté]

3. Problèmes et perspectives d'avenir

L'Afrique sub-saharienne connait le rythme d'accroissement de la population le plus rapide au monde. Actuellement, le taux annuel moyen de l'accroissement naturel de la région se situe aux alentours de 3 %. Depuis trente ans, l'indice synthétique de fécondité n'a diminué que de 5 % passant de 6,7 à 6,4 enfants par femme.

La majorité des pays semblent accorder une plus grande importance aux activités de politiques et de préparation des programmes que sur les activités capitales pour augmenter les ressources du secteur public, faciliter la participation du secteur privé ou abroger des lois restrictives. Par conséquent, la disponibilité et l'accès des services sont encore à des niveaux très faibles et insuffisants par rapport à ce qu'il faudrait pour améliorer la situation en matière de fécondité et diminuer les taux de fécondité et la croissance rapide.

A titre d'exemples des taux pour illustrer la situation sanitaire de la région :

- taux de mortalité maternelle élevé,
- taux de mortalité infantile élevé,
- indice synthétique de fécondité élevé,
- taux de croissance démographique élevé,
- la prévalence contraceptive est encore en dessous de 10 %,
- la recrudescence des maladies sexuellement transmissibles (MST) et l'apparition du SIDA sont des menaces sérieuses pour la santé des populations de nos programmes et doivent être aggressivement combattus.

Le statut de la femme, le faible taux de scolarisation et le faible pouvoir de décision dans le couple limite son accès aux services de SR.

D'après un rapport du comité consultatif pour la Population en Afrique (APAC) :

"La montée en flèche du nombre de jeunes représente l'une des grandes gageures pour la région. Les Nations-Unies estiment qu'en 1960, la région comptait 69 millions de jeunes âgés entre 10 et 24 ans. En 1985, ce nombre avait plus que doublé et avait pratiquement atteint les 141 millions. On prévoit 131 millions de plus d'ici l'an 2000, nous amenant à un total de 272 millions.

Ces chiffres croissants ne représentent pas simplement les parents de demain. Ce sont aussi les parents d'aujourd'hui. De nombreuses jeunes femmes deviennent mères pour la première fois lorsqu'elles sont adolescentes. D'après une étude publiée par PRB (Population Reference Bureau) sur 10 des 11 pays étudiés, au moins une jeune femme sur cinq âgée de 15 à 19 ans avait un ou plusieurs enfants ou était enceinte au moment de l'interview.

En dépit de ce taux élevé de grossesse chez les adolescentes, les données indiquent que l'âge médian au moment du premier mariage, mariage légal ou union consensuelle, est en train d'augmenter en Afrique. Mais l'Afrique subsaharienne a encore l'âge médian le plus bas du monde entier. Les données de l'EDS indiquent que, dans neuf des douze pays enquêtés, la majorité des femmes, âgées de 20 à 24 ans au moment de l'enquête, étaient mariées avant d'avoir 20 ans."

Les problèmes des grossesses précoces, compliquées par les MST/SIDA et autres problèmes, sont aujourd'hui reconnus par tous comme devant occuper des places prioritaires dans nos programmes.

La santé de la reproduction ou "santé en matière de reproduction", comme définit dans le chapitre VII du rapport de la conférence du Caire et adopté par la présente conférence, nous offre l'occasion d'étendre nos futurs programmes pour inclure tous les éléments identifiés et d'en augmenter l'accessibilité et la qualité (cf. définition du Caire).

Les programmes devraient s'atteler à la réduction ou suppression des barrières à l'accessibilité et à la qualité des services de SR/PF. Un recensement des besoins de la présente conférence a fait resortir les principales barrières dans la sous-région. Pour se faire :

- Une meilleure attention devra être prêtée aux besoins des clients ;
- Une plus grande et meilleure motivation et implication des hommes et des communautés est nécessaire ;
- Il faudrait reconnaître et répondre aux besoins des jeunes et des autres groupes spéciaux ;
- Une meilleure coordination des actions pour une utilisation rationnelle des ressources humaines, matérielles et financières est cruciale ;
- Diversification des approches d'offre de services (DBC, Marketing Social) ;
- Intégration des services ;

- IEC ;
- Offre de méthodes de longue durée ;
- La définition des politiques et standards de services.

"L'engagement politique et l'implication des communautés et des ONG sont des éléments essentiels pour améliorer et augmenter l'accessibilité et la qualité des services de planification familiale et de santé de la reproduction. Toutefois, l'engagement politique ne doit pas s'arrêter à un simple plaidoyer de la cause. Il devrait également se traduire par des mesures concrètes qui facilitent l'expansion du programme comme par exemple abroger les lois et les législations qui restreignent l'accès et mettre en place de solides bases institutionnelles avec des rôles et des relations clairement définis."

Allocution principale sur l'Initiative MAQ pour l'Afrique francophone

Présentatrice : Marjorie HORN

C'est un réel plaisir pour moi de participer à cette Conférence de l'Afrique Francophone consacrée à la Maximisation de l'Accès et la Qualité des Services de la Planification Familiale et de la Santé Reproductive. Je suis ravie d'être ici au Burkina Faso, et je vous remercie pour la chaleureuse hospitalité que vous avez réservée au personnel du bureau régional et aux experts internationaux pendant cette semaine. Le Ministère de la Santé, le bureau de l'USAID au Burkina Faso et les organisateurs de la conférence ont fait des efforts particuliers et je les remercie pour ce travail.

L'USAID salue cette occasion pour travailler ensemble avec tous, pour promouvoir un changement dans les politiques, programmes et procédures aux niveaux national et régional en renforçant la capacité régionale, en préconisant des services améliorés de la santé reproductive. Les résultats de l'expérience et des recherches ont montré qu'un des moyens évidents les plus efficaces pour améliorer un service est de fournir aux clients un accès étendu et des services de qualité. Nous sommes, par conséquent, heureux de nous joindre à vous en formant un partenariat pour développer une nouvelle initiative en vue d'améliorer les services : la Maximisation de l'Accès et la Qualité, ou MAQ. MAQ est une initiative conçue pour amener sur le terrain les outils et l'information utiles pour faire avancer l'accès et la qualité des services. Nous espérons qu'au cours de cette conférence des idées émergeront pour une application pratique de la MAQ dans la région.

Le but de cette conférence est de vous fournir une information actualisée et adéquate sur la technologie contraceptive, la qualité des soins et la prestation de services. Plus important encore, vous aurez l'occasion d'appliquer cette information aux spécificités de vos pays quand vous développerez des plans d'actions plus tard cette semaine. A mesure que la conférence continuera, vous écouterez plusieurs exemples de politiques progressives dans la région de l'Afrique francophone visant à donner plus de pouvoir aux prestataires de services en vue d'améliorer l'accès et la qualité des services. En soulignant ces exemples, aussi bien qu'en puisant dans l'information scientifique courante, vous élaborerez des plans d'actions qui serviront également le système sanitaire de votre pays. Nous sommes optimistes que les stratégies et plans de chaque délégation de pays initieront un processus créatif pour vaincre les barrières à la qualité et à l'accès aux services.

Je suis satisfaite de voir devant moi un groupe aussi distingué de prestataires de soins de santé, de défenseurs et de décideurs ; tous engagés à améliorer la santé reproductive chez les femmes et les hommes dans la région. L'USAID est heureuse de collaborer avec vous en relevant les défis à rendre disponibles des services accessibles et de haute qualité dans la région. De plus, nous comptons sur vous pour assimiler ce que vous avez appris au cours de cette conférence et devenir des champions de la qualité et l'accès aux services améliorés dans vos pays respectifs. Vous avez été choisis comme leaders et agents potentiels de changement qui peuvent initier ce processus et le conduire une fois de retour dans vos pays.

Comme beaucoup d'entre vous le savent, l'USAID est en train de fermer ses bureaux dans plusieurs pays dans la région. Cependant, l'agence maintiendra sa présence dans la région et continuera également à apporter son soutien à des activités choisies dans les pays où elle n'a pas de bureaux. Par exemple, l'USAID a de vastes programmes bilatéraux dans les domaines de la population et la santé reproductive au Sénégal et au Mali, et de nouveaux projets sont en train

d'être développés au Niger, au Bénin et au Guinée. De plus, l'USAID est heureuse de participer de façon continue comme bailleur de fonds dans plusieurs organisations actives dans vos pays. Par le biais de son appui au CERPOD (Centre de Recherches sur la Population et le Développement), une attention toute particulière a été placée sur les politiques de population dans un certain nombre de pays en Afrique sub-saharienne, aussi bien que la dissémination de l'information de politiques et les résultats des recherches. Au cours des quelques années à venir, l'attention sera de plus en plus placée sur la mise en oeuvre de ces politiques ; une activité qui doit directement compléter les objectifs de cette conférence. De plus, l'année dernière, l'USAID a été en mesure de reprendre son financement à l'IPPF. Présente dans tous les pays représentés à cette conférence, l'IPPF est une force active dans la provision des services de santé familiale accessibles et de haute qualité.

Un important volet des activités de l'USAID dans le monde en développement est la recherche : recherche à la fois biomédicale et opérationnelle. Dans les pays où l'USAID n'a pas de représentation, la recherche sera autorisée si elle s'avère d'une importance indéniable et concerne un ou plusieurs domaines stratégiques de l'agence (tels que la population et la santé), et que cette recherche aura une retombée ou une application au-delà des frontières du pays bénéficiaire et qu'elle ne pourra pas être conduite avec efficacité ou efficience dans d'autres pays où l'USAID a une représentation.

L'USAID est en train d'étudier la mise en place d'un projet régional de santé familiale et de SIDA par notre bureau régional à Abidjan. Dirigé à l'origine vers les pays affectés par la fermeture des bureaux de l'USAID, ce projet abordera la disponibilité et l'utilisation de la planification familiale, le VIH/SIDA et les services de survie de l'enfant, et ceci de concert avec les autres bailleurs de fonds et les gouvernements des pays hôtes. En effet, le Bureau de la Population à Washington dirigera également son attention pour encourager les autres bailleurs de fonds à accroître leur soutien aux activités de la santé reproductive et du VIH/SIDA dans la région.

Enfin, l'USAID espère être en mesure de continuer son appui aux conférences telle que celle-ci traitant des questions cruciales de la santé et de population qui inclura les participants des pays de la région. Notre intérêt et notre préoccupation pour la région demeurent élevés.

Pour l'assistance des Etats-Unis en matière de population dans le monde, l'administration Clinton a fourni un nouvelle direction stratégique pour étendre notre accent en matière de planification familiale dans un programme plus vaste de la santé reproductive. La nouvelle stratégie de la santé de l'Agence a les objectifs principaux suivants :

- promouvoir les droits des couples et des individus à déterminer librement et en toute responsabilité le nombre et l'espacement de leurs enfants ;
- améliorer la santé individuelle, en mettant un accent spécial sur les besoins de la santé reproductive des femmes et des adolescents et les besoins généraux en santé des nourissons et des enfants ;
- réduire les taux de croissance démographique à des niveaux consistants avec un développement durable et soutenu ;
- faire en sorte que les programmes répondent aux attentes des bénéficiaires réels.

Dans le cadre de cette stratégie, le programme de la santé reproductive de l'USAID a trois priorités :

- planification familiale et services de fécondité connexes ;
- des services de grossesse sans risque, l'allaitement au sein, et l'amélioration de la situation nutritionnelle des femmes en vue de réduire la mortalité et la morbidité maternelles ;
- prévention et gestion des maladies sexuellement transmissibles/VIH.

Comme indiqué dans ces priorités, l'USAID appuie fermement la valeur de l'avancement d'un plan de santé reproductive plus vaste dans ses programmes. Tout en travaillant sur ce plan, nous sommes engagés à maintenir notre très important programme de planification familiale fort et déterminant. Notre premier principe directeur est que la planification familiale restera la pièce centrale et l'accent prédominant du programme du Bureau de la Population.

La planification familiale produit des bénéfices immédiats sur la santé et le bien-être des femmes et des enfants et constitue l'intervention la plus efficiente à moindre coût pour faire baisser la fécondité. Par les 29 ans d'expérience de l'USAID dans la région, notre réseau considérable d'agences de coopération spécialisées, notre expertise technique et notre large présence sur le terrain, nous avons un rôle exceptionnel à jouer et un avantage comparatif certain en planification familiale. La planification familiale est la fondation qui doit être renforcée davantage et sur laquelle nous pouvons construire les activités supplémentaires en santé reproductive.

Le second principe directeur est que nous allons nous concentrer sur la planification familiale et les interventions de la santé familiale qui bénéficient le plus aux femmes et aux hommes à un coût accessible et qui ont l'impact de santé publique le plus élevé.

En mettant en oeuvre notre stratégie, l'Initiative de la Maximisation de l'Accès et de la Qualité émerge comme un véhicule crucial pour atteindre nos objectifs tout en mettant l'accent sur nos priorités.

MAQ bâtit sur les efforts antérieurs du Bureau de la Population, nos agences de coopération et autres organisations internationales au cours des années pour identifier les éléments de la qualité des soins et assurer qu'ils se reflètent dans les programmes de prestation de services. Le but de l'initiative MAQ est d'identifier et de mettre en oeuvre des interventions pratiques, économiques, ciblées et des interventions pilotables visant à améliorer à la fois l'accès, la qualité et les services de planification familiale et de santé reproductive. La justification générale est qu'une grande demande non satisfaite existe pour des services de contraception volontaire et de santé reproductive. En supprimant les entraves de politiques et de pratiques, en promouvant l'accès et l'amélioration de la qualité des prestations, nous pouvons mettre l'accent sur des améliorations pratiques spécifiques qui servent les besoins des clients et par conséquent améliorent notablement les programmes.

Dans le processus du développement de cette initiative d'accès et de qualité, nous avons identifié quatre priorités pour la MAQ qui sont particulièrement pertinentes :

Premièrement, améliorer la compétence technique par le biais de directives techniques et une formation appropriées. Parmi les questions techniques on note : maintenir des conditions aseptiques, observer les protocoles et assurer que des critères appropriés soient utilisés pour déterminer l'éligibilité des clients en améliorant les techniques et les pratiques. Aussi, des directives techniques adéquates aident à éviter des contre-indications inappropriées qui privent certains clients de l'accès aux services. Dans plusieurs pays, par exemple, il est refusé à certains femmes qui peuvent utiliser sans danger la planification familiale à cause des protocoles trop restrictifs des cliniques. Les membres des groupes de travail des directives techniques de MAQ viennent juste de terminer un document appelé "Les Recommandations pour la Mise à Jour de Certaines Pratiques d'Utilisation des Contraceptifs : Volume I." Ce document est conçu pour éliminer les barrières médicales en donnant aux prestataires des directives selon lesquelles les clients sont des candidats appropriés pour telle ou telle méthode contraceptive. Les membres de ce groupe de travail ont également participé à une initiative de l'OMS en vue de réviser la directive mondiale sur les conditions d'éligibilité aux méthodes contraceptives.

Deuxièmement, améliorer les rapports clients-prestataires de services. Cette priorité de maximisation de l'accès et de la qualité des services se réfère à la manière dont le client perçoit le rapport avec les prestataires. Cela implique des questions telles que la qualité du conseil prodigué au client, le degré de sympathie du prestataire et le temps consacré au client. Un entretien de qualité entre le client et le prestataire est important pour plusieurs raisons. Les clients méritent d'être traités avec dignité, courtoisie et attention. Ils sont tout aussi dignes de recevoir des informations de qualité sur les avantages et les inconvénients des différentes méthodes de planification familiale. La compréhension du client de l'utilisation d'une méthode et de ses effets secondaires possibles peut contribuer à améliorer l'utilisation de la contraception. Dans une étude réalisée au Niger, les clients qui estiment n'avoir pas été conseillés étaient deux fois plus susceptibles d'abandonner la contraception par rapport à ceux qui se sont estimés bien conseillés sur les effets secondaires.

Troisièmement, assurer la gestion et la supervision des programmes afin de renforcer la qualité des soins en tenant compte du sexe. Les structures de gestion, dans les grandes bureaucraties surtout, sont si souvent étendues que le personnel peut manquer d'appui solide, de directives et de conseils des superviseurs à intervalles réguliers. Ceci pose un problème de récompense du personnel pour leurs nouveaux comportements qui mettent plus l'accent sur les prestations de services de qualité plutôt que sur le nombre de clients reçus ce jour-là, ou bien le nombre de clients quittant la clinique avec une méthode donnée comme souvent cela est le cas. De plus, bien des problèmes de gestion qui peuvent être résolus au niveau local dépendent encore souvent des décisions des sièges bien éloignés. De nombreuses techniques de gestion telles que COPE (un exercice clinique d'auto-évaluation que vous apprendrez plus en détail cette semaine) ont été efficaces et ont aidé les cliniques à résoudre leurs problèmes particuliers de logistique, de distribution et de rapports avec le client. Des instruments pour faciliter la résolution des problèmes au niveau local restent une priorité pour la gestion efficace des programmes de planification familiale et de santé reproductive.

Quatrièmement, encourager les décideurs à adopter et à mettre en oeuvre les normes de politique qui visent à l'amélioration de la qualité et de l'accès aux services. A ce niveau, une préoccupation majeure reste la définition et la dissémination des messages et les instruments de politique promoteurs de la qualité et de l'accès aux services. Une autre préoccupation sera de plaider en faveur des priorités de MAQ auprès des décideurs et des gestionnaires. Un moyen efficace que l'initiative MAQ utilise pour attirer l'attention des politiciens reste l'organisation de conférences régionales, bien semblables à celle-ci organisée en Afrique francophone, qui mettent l'accent sur les avantages de la maximisation de l'accès et de la qualité du programme. A mesure que vous développerez vos plans de vos pays, nous compterons sur vous pour introduire les méthodes efficaces de communication des messages de MAQ afin d'obtenir le soutien des décideurs.

En Amérique latine, en Afrique de l'Est et en Asie, des conférences régionales ont été organisées. Ces conférences ont eu pour thème principal la maximisation de l'accès et la qualité des services. Ces conférences ont déjà contribué à améliorer de façon concrète l'accès et la qualité. En février 1994, des délégations de décideurs, de professionels de la santé et de défenseurs de la santé reproductive venus de six pays d'Afrique de l'Est se sont réunis au Zimbabwe pour travailler sur l'initiative MAQ aux niveaux régional et national. Suite à cette conférence, d'autres entretiens de suivis approfondis ont été menés dans le but de mesurer le progrès accompli au niveau des objectifs des plans d'action formulés par les pays au cours de la conférence. Au Botswana, deux conférences sur la conduite de la planification familiale ont été organisées à la suite de la rencontre du Zimbabwe. A ces conférences organisées au niveau national, les délégues (dont la plupart ont assisté à la Conférence sur la MAQ) se sont accordés sur une révision en profondeur des Directives de Politique Générale de la Planification Familiale et les Normes de Services adoptées au Botswana. Par exemple, les restrictions d'âge et de parité seront supprimées pour toutes les méthodes réversibles. De plus, les contre-indications inadéquates des méthodes contraceptives spécifiques seront supprimées conformément aux documents techniques d'orientation de l'USAID-MAQ.

Par le biais des activités régionales et autres interventions dans les domaines de l'accès et de la qualité, le programme MAQ promet de doter les spécialistes nationaux, ainsi que le personnel des agences de coopération de l'USAID, d'instruments destinés à l'amélioration des services. De plus, le programme MAQ aidera à aborder d'autres domaines de programmes identifiés comme prioritaires par le Bureau de la Population de l'USAID. Ces domaines, tous complétés par l'accent sur l'accès et la qualité du programme MAQ, sont les suivants :

- réduire les besoins et la demande sans cesse croissante non satisfaits ;
- traiter les besoins des jeunes adolescents ;
- réduire l'avortement à risque par le biais du traitement post-avortement et la contraception ;
- ajouter d'autres interventions choisies de la santé reproductive y compris la prévention des MST/VIH, l'allaitement au sein, l'accroissement des liens avec la maternité

sans risque et la gestion des MST et la réduction des pratiques dangereuses telles que la mutilation des organes génitaux chez la femme et ;

- renforcer les liens avec d'autres domaines connexes, tels que la survie de l'enfant, la situation et l'emploi des femmes, l'environnement et la démocratie.

Nous vous invitons à vous joindre à nous en tant que partenaires qui relèveront ces défis, surtout en matérialisant ces principes d'accès et de qualité dans des programmes plus dynamiques et des améliorations mesurables des services.

Je compte beaucoup sur les résultats positifs de cette conférence et d'autres encore où les délégués auront à jeter un regard critique sur les politiques et les pratiques en cours dans leur pays et par la suite retourneront chez eux avec le ferme engagement d'inciter un changement de politiques et de pratiques. Je reste convaincue qu'un tel examen minutieux suivi d'actions conduira à de meilleurs soins en santé reproductive pour les hommes et les femmes de la région francophone d'Afrique.

Je vous remercie, honorables invités, pour votre aimable attention. A nous tous, je souhaite une semaine bien remplie et fructueuse.

Sommaires des présentations plénières

Maximalisation de l'Accessibilité et de la Qualité

Maximalisation de l'Accessibilité et de la Qualité des Services de Santé de la Reproduction et la Planification Familiale

Présentateurs : Alain DAMIBA et Manuel PINA

En Afrique francophone, comme dans d'autres régions en développement, il existe une différence fondamentale entre la demande de services de planification familiale et l'utilisation réelle et soutenue qui est faite de ces services. La question de l'accessibilité aux prestations de PF/SR et de la qualité des services est l'une des raisons pour lesquelles la planification familiale n'est pas toujours utilisée. L'examen des services de SR/PF dans la région révèle souvent les éléments suivants :

- certaines catégories professionnelles ne sont pas autorisées à offrir certaines méthodes,
- les femmes non-mariées ont des difficultés pour obtenir certaines méthodes,
- les hommes ne sont pas ciblés comme utilisateurs des services PF,
- les clientes sont mal reçues et mal traitées dans les centres d'offres de services,
- les services sont presque exclusivement offerts dans les structures sanitaires.

En se concentrant sur la maximalisation de l'accessibilité et de la qualité (MAQ), les programmes peuvent prendre des mesures importantes pour veiller à ce que les services de PF/SR répondent mieux aux besoins des clientes. L'accessibilité et la qualité doivent être considérées prioritaires pour attirer et satisfaire les clientes et, partant, pour accroître le recours aux services.

Les éléments de la qualité des services sont :

- le choix de services appropriés et acceptables,
- l'information donnée aux clientes sur les méthodes et les services disponibles,
- la compétence technique du personnel,
- les relations interpersonnelles entre le prestataire et la cliente,
- le mécanisme assurant le suivi et la continuité.

Plusieurs facteurs déterminent la qualité de chacun de ces éléments. Par exemple, un choix limité des méthodes contraceptives peut être dû à :

- un biais du prestataire qui favorise certaines méthodes,
- l'absence de prestataires formés à offrir certaines méthodes,
- un système logistique déficient,
- une limitation des méthodes disponibles dans un pays.

L'accessibilité comprend les facteurs qui favorisent ou empêchent le contact entre la cliente et les services de SR. L'accessibilité peut agir sur la distance qui sépare les clients des dispensaires, du niveau des tarifs qui peuvent être trop élevés, des obstacles administratifs, du

manque de connaissances concernant les services ou des questions psycho-sociales. Les efforts visant à l'amélioration de l'accessibilité doivent donc inclure toute une gamme d'approches en matière de gestion et divers niveaux d'intervention (d'ordre politique, socio-culturel, juridique, etc.) pour accroître les chances de réussite. Les prestataires ont besoin d'un soutien politique et social pour améliorer leurs programmes.

Une diminution de l'accessibilité et de l'utilisation de services de SR est engendrée par les barrières médicales qui sont des pratiques erronnées ou inutiles, sans justification scientifique :

- contre-indications inappropriées,
- critères d'éligibilité inappropriés,
- biais de prestataire,
- gestion inappropriée des effets secondaires,
- facteurs réglementaires.

Toutefois, le souci d'atténuer la médicalisation de la gestion des services de PF/SR doit s'accompagner d'une certaine prudence afin de veiller à ce que les prestations importantes pour la santé des femmes, examens pelviens par exemple, ne soient pas négligées.

Des stratégies proposées pour améliorer l'accessibilité et la qualité des services de PF consistent en intégration des services de SR, en tenant compte du point de vue des clientes, en y incluant les soins du post-partum, du post-abortum, des MST, etc. Il s'agit aussi de mettre à jour les politiques, standards et protocoles de services, améliorer les stratégies de communication, de formation et de supervision des services. De plus, il s'agit d'améliorer les rôles, les responsabilités et le pouvoir des femmes et des hommes et de diversifier les stratégies d'offre des services.

Maximiser la qualité et l'accessibilité, c'est précisément ce à quoi s'emploient, jour après jour, un grand nombre de prestataires et de responsables de programmes concernant la PF/SR. Toutefois, l'initiative MAQ est conçue de manière à faire ressortir les moyens faisables et les plus efficaces d'intégrer l'accessibilité et la qualité aux programmes. Beaucoup de stratégies MAQ ont été mises en oeuvre et elles ont été porteuses de résultats, puisqu'elles ont réussi à accroître la qualité et l'accès :

- distribution à base communautaire de contraceptifs,
- adjonction de nouvelles méthodes pour élargir l'éventail des choix,
- amélioration du counseling dans le cadre des services de PF/SR,
- révision des lignes directrices et des protocoles sur les services.

Dans le cadre de la réorientation des services en vue de maximiser l'accessibilité et la qualité, il est essentiel de toujours se concentrer sur les utilisateurs des services, c'est-à-dire sur la clientèle. En répondant adéquatement aux besoins des clients, l'initiative MAQ offre un potentiel considérable dans le domaine de l'utilisation accrue et soutenue des services de PF/SR.

Profil régional sur l'accessibilité et la qualité des services de SR/PF

Présentateur : Diouratié SANOGO

Cette présentation traite des résultats des études d'analyses situationnelles (AS) au Bénin, au Burkina Faso, à Madagascar et au Sénégal qui ont été faites entre 1991 et 1994. Les résultats sont les suivants :

- infrastructure : le niveau d'infrastructure dans les quatre pays est généralement considéré assez satisfaisant en matière de disponibilité et de fonctionnalité, mais en milieu rural il fait le plus défaut ;
- matériel/équipement : une absence de matériels essentiels pour la fourniture des méthodes a été constatée dans plusieurs points de prestation de services (PPS). Plus de la moitié des PPS ne disposent pas de stérilisateur ;
- disponibilité/gestion des contraceptifs : il existe une gamme variée de contraceptifs dans les PPS, mais tous les PPS n'offrent pas toutes les méthodes. Le condom est la méthode la plus disponible. Les pilules combinées et progestatives ont une forte présence dans les PPS. La disponibilité de l'injectable est la plus variée. Les conditions de stockage des contraceptifs sont appropriées dans plus de la moitié des PPS mais des améliorations sont envisagées partout ;

- personnel : la majorité des prestataires sont des sages-femmes et des infirmières. Les médecins avec toutes les compétences requises interviennent très faiblement (1 % à 12 %). Entre 15 % et 40 % des prestataires n'ont pas reçu de formation. Les prestataires formés ont souvent reçu un seul type de formation au détriment des autres (formation en PF clinique versus formation en counseling ou en technique d'IEC). Le recyclage est rare. La formation en contraception chirurgicale volontaire est quasi inexistante ;
- matériel/activités IEC : l'absence de matériel et d'activités IEC dans la majorité des PPS est une des grandes faiblesses des programmes de PF ;
- gestion : dans la grande majorité des PPS, il n'existe pas de documents écrits concernant la gestion quotidienne des activités PF. La fréquence des visites de supervision est faible ;
- statistiques de service : en générale, il existe une mauvaise qualité des statistiques disponibles qui ne permet pas une estimation fiable du nombre annuel moyen de clientes ;
- qualité des services : souvent, l'information échangée avec la cliente est insuffisante, surtout en ce qui concerne les effets secondaires. Un seul pays possède un document de normes et du protocoles de service. La plupart des clientes viennent au PPS avec une préférence pour une méthode qu'elles reçoivent le plus souvent, et hormis l'information sur cette méthode choisie, près de la moitié des clientes ne reçoivent plus d'information sur les autres méthodes. L'influence du prestataire sur le choix existe dans tous les pays, surtout dans les pays ayant un programme de PF relativement jeune. Cette situation s'explique en partie par les préjugés des prestataires qui se fixent des critères d'éligibilité souvent non justifiés ;
- organisation des services : les services de PF sont d'une manière générale intégrés aux services de SMI dans tous les pays. Les services de PF sont offerts dans la grande majorité des PPS quotidiennement mais très souvent sur une période trop courte. De plus, les services sont souvent affectés par les heures d'ouverture tardives. Dans tous les pays, les services sont offerts en parallèle à d'autres services de santé, mais le degré d'intégration des autres problèmes de santé à la PF est faible. Dans un même pays, l'organisation des services n'est pas partout la même dans chaque PPS ;
- compétence technique du prestataire : la plupart des prestataires ont une bonne connaissance théorique et de la conduite à tenir dans certaines situations particulières, mais la qualité de l'interrogatoire de l'examen clinique n'est pas parfaite chez tous les prestataires. De plus, les conditions d'asepsie ne sont pas remplies pendant les examens pelviens et la prise en charge des clientes ayant un problème avec leur méthode n'est pas toujours systématique ;
- relations interpersonnelles : la majorité des clientes ont reporté avoir reçu un accueil cordial, les informations et les services voulus. Elles ont signalé que le temps d'attente était long mais raisonnable. Il est possible que cette satisfaction reportée reflète un biais de courtoisie culturelle ;
- mécanismes pour encourager la continuité des services : en général, les PPS n'ont pas de système de suivi à domicile des clientes qui nécessiterait un effectif supplémentaire de prestataires. Tous les PPS pratiquent le système de rendez-vous avec la cliente aux PPS. Ce système semble bien marcher dans tous les pays.

Profil de la région : Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS)

Présentateur : Mbaye SEYE

Cet exposé a montré les données EDS collectées dans tous les pays représentés à la conférence (sauf le Bénin). Les données nous révèlent qu'il existe dans la région :

- un faible pourcentage de la population cible touché par la PF alors que les besoins nonsatisfaits restent élevés,
- une manque d'information sur la PF,
- une marginalisation de la population rurale à l'accès aux services de PF,
- une baisse de la mortalité maternelle et infanto-juvenile (quoique les chiffres restent encore élevés).

A partir de ces conclusions, l'EDS en tire les recommandations suivantes :

- urgence de redynamiser les programmes d'IEC,
- amélioration de l'accessibilité et de la qualité des services de PF/SR,
- étendre les services de PF en milieu rural par la mise en place d'approches innovatrices et adaptées,
- réactualiser les EDS et encourager leur réalisation dans les pays non encore touchés.

Profil de la région : recensement des besoins

Présentateur : Onanga BONGWELE

Six mois avant le démarrage de la conférence, un questionnaire de recensement des besoins était envoyé aux personnes clés dans la région, y compris les professionnels de santé, les responsables de formation, les membres du comité technique africain, les membres des associations de femmes, les agents des missions USAID et les représentants des bailleurs de fonds. Cinquante-trois pour cent des destinataires (soit 32 personnes) ont rempli le questionnaire.

Le Comité Technique basé en Afrique a analysé les données par rapport aux orientations et sujets proposés pour la conférence. Les conclusions suivantes ont été tirées des résultats :

- les services actuels n'intégrent pas certains éléments clés de la SR (tels que les services pour les adolescents et la PF post-abortum) ;
- les problèmes liés au genre constituent encore les barrières les plus déterminantes à l'accessibilité et à l'utilisation des services ;
- inadéquation entre la disponibilité des services pour les systèmes actuels de prestations (DBC, marketing social, intégration de PF/MST) et les besoins ;
- il y a une utilisation inadéquate des données pour la prise des décisions (nécessité de renforcer la recherche opérationnelle, l'évaluation et la supervision, le système d'information et de gestion et l'utilisation des résultats) ;
- le contexte politico-administratif et juridique des programmes actuels est inadéquat et constitue un obstacle majeur à l'accessibilité, la qualité et l'utilisation des services (tels que les politiques, les standards et les protocoles) ;
- Certaines valeurs et pratiques traditionnelles ne sont pas suffisamment prises en compte dans l'élaboration des programmes et stratégies.

Mise à jour sur certaines méthodes et services

La prévention des infections

Présentateur : Willibrord SHASHA

Le taux élevé de la mortalité maternelle témoigne le défaut de l'obstétrique dans le tiers monde. L'infection est parmi les trois principales causes de la mortalité maternelle, et dans certaines circonstances elle est la première cause. Surajoutées à des infections postopératoires, post-partum ou post-abortum, sont apparues les infections de l'hépatite B, C, D et du SIDA.

La prévention des infections dans les services de planification familiale et de soins de santé de la reproduction a un double objectif : diminuer les risques d'infections dus aux micro-organismes entraînant de graves infections des plaies, des abcès intra-abdominaux ou scrotaux, des maladies inflammatoires pelviennes, des gangrènes et le tétanos, et prévenir la transmission des maladies graves et mortelles, par exemple l'hépatite B et le SIDA.

Les micro-organismes pathogènes qui entraînent de graves maladies se trouvent dans le sang et les liquides organiques tels que le mucus, les pertes vaginales, le sperme et les liquides amniotiques. Tous ceux qui travaillent avec le sang ou les liquides organiques sont à risque, notamment : les personnes chargées du nettoyage et de l'entretien, les techniciens et les aides-soignants ainsi que les infirmières et les médecins. Les clients risquent l'infection lorsque les instruments ou les équipements sont réutilisés avant que les micro-organismes soient enlevés ou tués. Tout ce qu'il faut pour produire une infection c'est une voie de transmission à une personne qui n'est pas protegée. La pratique de la prévention des infections minimise le risque d'une infection du personnel de santé et des clientes par les micro-organismes.

La prévention des infections est pratiquée facilement, peu coûteuse et consiste à : se laver les mains avant et après chaque procédure aussi bien qu'avant et après l'examen d'un client, et changer des gants avant d'examiner un nouveau client. Mettre des gants jetables chaque fois qu'il y a possibilité de toucher le sang ou les liquides organiques. Avant de pouvoir réutiliser des instruments, il faut les décontaminer, les nettoyer et les stériliser.

L'introduction de la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) dans les services de SMI/PF au Burkina Faso

Présentateur : Meba KAGONE

La méthode de PF appelée Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA) utilise le principe suivant : la femme qui continue d'allaiter de façon complète ou presque et qui demeure aménorrhéique durant les six premiers mois du post-partum se trouve protégée contre une grossesse durant cette période. Si la méthode est correctement appliquée, son efficacité est au moins de 98 %. Au Burkina Faso, l'introduction de la MAMA a été faite par l'Association Burkinabè des Sages-femmes avec l'assistance technique de SEATS et l'Institut de Santé de la Reproduction de l'Université de Georgetown de Washington. A partir de 1993, deux sessions de formation en MAMA de 33 prestataires de services (sages-femmes et infirmières venant de huit formations sanitaires) ont eu lieu à Ouagadougou et à Ouahigouya dans le Nord du pays. Chaque session durait trois jours. Les participants ont développé un plan d'action pour l'introduction de la MAMA dans leur centre respectif. L'introduction vient en appui aux activités d'allaitement maternel déjà en cours dans les centres, sous les directives du Ministère de la Santé (DSF) et de l'UNICEF.

L'introduction de la MAMA a suivi quatre étapes :

- compte-rendu et sensibilisation de la MAMA aux autres prestataires de service,
- finalisation du plan d'action avec les autres prestataires de services,
- sensibilisation des clientes des centres sur la MAMA par les prestataires de services aux centres et dans les communautés,
- recrutement et suivi des femmes sous la MAMA.

Jusqu'en mars 1995, les résultats de l'introduction de la MAMA dans six centres (deux à Ouagadougou et quatre à Ouahigouya) sont :

- nombre total de femmes qui ont bénéficié de la MAMA : 257
- nombre de femmes ayant passé à d'autres méthodes : 62
- perdue de vue : 1
- effets bénéfiques sur la croissance de l'enfant.
- augmentation de l'intérêt des femmes à la contraception.

Les obstacles à l'introduction de la MAMA étaient :

- inquiétude des mères et leurs belles-mères devant l'allaitement exclusif (peur de ne pas donner d'autre liquide), mais la croissance harmonieuse des bébés sous l'allaitement exclusif aussi bien qu'une sensibilisation ciblée auprès des belles-mères ont souvent appaisé les inquiétudes ;
- scepticisme de certains professionnels de santé, mais la présentation des bébés sous l'allaitement exclusif ainsi que le témoignage des femmes sous la MAMA a permis de rallier un certain nombre de sceptiques à la cause de la MAMA ;
- difficulté de suivi des mères dans la communauté.

La qualité des services a été améliorée avec l'introduction de la MAMA aux centres de la manière suivante :

- le personnel des centres discute des différents problèmes du service et essaie de trouver des solutions,
- la communication entre les prestataires de services et les mères qui ont opté pour la MAMA s'intensifie et s'améliore,
- la MAMA accroit l'effort d'intégrer tous les services de SMI/PF parce que les mères sous la MAMA passent par tous ces services pour elles-mêmes et pour leurs bébés,
- la MAMA permet d'améliorer le dialogue entre le mari et la femme pour le choix de la contraception, de même que le dialogue entre les maris et les prestataires de service de PF,

- la MAMA accroit l'attention que les prestataires de services accordent à l'allaitement maternel, ainsi que la résolution des problèmes de santé des mères liés à l'allaitement.

La contribution des méthodes naturelles de planification familiale

Présentateur : Claude LANCTOT

La planification familiale naturelle (PFN) consiste à utiliser des méthodes fondées sur l'observation des indices et des symptômes naturels qui se manifestent au cours du cycle menstruel. Quand ces signes indiquent la période fertile de la femme, le couple s'abstient d'avoir des rapports sexuels s'il désire prévenir une grossesse. Par contre, si le couple désire une grossesse, il planifiera alors de tels rapports dans cette phase ou période fertile.

Les enquêtes démographiques et de santé révèlent qu'en 1993 14 % des femmes mariées qui ont recouru à la PF pratiquent une forme d'abstinence périodique. Bien que l'abstinence périodique ne soit pas analogue avec la PFN (la PFN nécessite une détermination de la fécondité de la femme), ces statistiques indiquent que dans plusieurs pays l'abstinence périodique et la PFN jouent un rôle majeur dans les efforts déployés par des personnes pour maîtriser leur fécondité.

Les raisons sous-jacentes aux choix des couples pour les méthodes naturelles varient selon les milieux et les cultures.

L'auto-observation et la détermination de la période fertile sont la pierre angulaire de la PFN. Cette auto-connaissance implique qu'un homme en bonne santé est fertile en permanence à partir de sa puberté alors que la femme en bonne santé n'est féconde que sur une base cyclique ou par intermittence de la ménarche à la ménopause. La phase fertile chez la femme est habituellement de sept jours et est composée essentiellement des cinq jours maximum avant l'ovulation plus le jour même de l'ovulation plus d'un créneau de 24 heures après l'ovulation.

Les quatre principales méthodes de PFN qui sont couramment reconnues et utilisées sont identifiées par les techniques utilisées pour déterminer la période fertile cyclique chez la femme :

- la méthode du calendrier ou d'Ogino-Knaus ;
- la méthode des températures (décalage thermique immédiatement après l'ovulation) ;
- la méthode de la glaire cervicale, basée sur les modifications des caractéristiques de la glaire cervicale durant le cycle menstruel (l'utilisation fidèle et correcte donne une efficacité estimée à environ 97 %) ;
- la méthode sympto-thermique (MST), qui combine les observations des décallages thermiques et les modifications de la glaire avec d'autres changements ou signes physiques de l'ovulation (l'usage fidèle et correcte donne une efficacité estimée à 98 %).

Au cours des 20 dernières années, plusieurs pays ont entrepris des méthodes de PFN modernes par l'entremise de petites ONG locales ou nationales. En Afrique par exemple, plus d'une vingtaine de jeunes programmes existent, entre autres dans six des 10 pays représentés ici.

Les principaux éléments d'une prestation de services de PFN ont été précisés dans une récente brochure de l'OMS. Comme la PFN est essentiellement une approche pédagogique basée sur la connaissance de la fertilité humaine et les modifications du comportement sexuel, la prestation de services dépend surtout de la formation d'éducateurs et d'éducatrices populaires et leur encadrement par des monitrices ou superviseurs qui assurent à la fois le contrôle de la qualité et la formation continue.

Grâce à des consultations sur le terrain au cours des quatre ou cinq dernières années, des indicateurs opérationnels et de performance, qui sont notés par les éducateurs et superviseurs et qui permettent de vérifier d'une façon assez précise et simple les grandes lignes de la qualité d'un service de PFN opérationnel, ont été identifiés. En 1992 à Yaoundé, des participants cadres de programmes de PFN africains francophones et anglophones ont convenu d'un formulaire simple d'évaluation de services de PFN qui est complété régulièrement. Grâce à un formulaire "Système de Gestion Intégrée," des services de PFN peuvent donc assez facilement suivre, analyser et réaliser une gestion performante de leurs services en inserrant les interventions les plus appropriées pour mieux cibler les efforts de sensibilisation ainsi qu'identifier et corriger les principaux éléments contribuant aux abandons ou grossesses surprises.

Mise à jour sur les méthodes permanentes de la contraception

Présentateur : Robert J. I. LEKE

La présentation porte sur les composantes suivantes :

- l'importance de la contraception permanente volontaire (Selon les "Population Reports," il y a une augmentation de 43 millions de femmes utilisant ces méthodes depuis les 11 dernières années) ;
- une description des méthodes contraceptives permanentes non chirurgicales et chirurgicales pour les femmes et les hommes ;
- les complications, les contre-indications et les conséquences à long terme de ces méthodes ;
- les implications programmatiques pour la contraception permanente.

Afin de vaincre le défi de la stérilisation, il faut :

- assurer une information claire et exacte par tous les moyens de communication,
- assurer le counseling objectif et empathique,
- préférer l'anesthésie locale,
- multiplier les sites d'offres de services de stérilisation,
- former, superviser et évaluer le personnel continuellement.

Afin de rendre les méthodes permanentes plus accessibles, il faut au niveau des décideurs :

- assouplir les restrictions sur l'âge, la parité et le consentement du partenaire,
- rendre ces méthodes financièrement plus accessibles,
- organiser des programmes de formation du personnel sur les méthodes permanentes,

Au niveau des prestataires, il faut :

- inclure des méthodes permanentes comme options de choix en PF,
- étendre l'offre de services des méthodes permanentes,
- assurer un counseling objectif et empathique,
- vulgariser l'emploi d'anesthésie locale,
- superviser et évaluer les prestataires.

Au niveau des formateurs, il faut :

- mettre le même accent sur la maîtrise de la technique comme sur le counseling,
- enseigner la technique de communication interpersonnelle,
- insister sur la maîtrise de la technique plutôt que sur les connaissances théoriques.

Au niveau des communicateurs, il faut :

- participer à vulgariser ces méthodes comme option contraceptive,
- disseminer l'information sur les méthodes permanentes dans les masses médias.

Critères médicaux d'éligibilité de certaines méthodes contraceptives (méthodes hormonales et DIU) selon l'OMS

Présentateur : Robert J. I. LEKE

L'avancement et la pratique de la science des méthodes contraceptives hormonales et le DIU ne sont pas uniformes dans tous les milieux, et la subjectivité prédomine dans la pratique de certaines méthodes contraceptives. Ainsi, l'OMS et les autres partenaires placent une importance dans l'amélioration de l'accessibilité aux services de qualité en PF. Une des stratégies préconisées est la mise à jour des critères médicaux d'éligibilité des méthodes contraceptives.

La mise à jour des critères d'éligibilité des méthodes contraceptives était justifiée par :

- les informations scientifiques dépassées dans les protocoles et les politiques en vigeur,
- la susceptibilité individuelle et préoccupations théoriques sans preuves scientifiques,
- les préjudices et les préférences personnelles des prestataires,
- le manque de standardisation et uniformité des procédures,
- la nécessité de tenir compte des réalités locales du terrain.

Les critères d'éligibilité ont été développés par l'OMS pour les méthodes contraceptives suivantes :

- les contraceptifs oraux combinés à faible dose,
- les contraceptifs oraux aux progestatifs-seuls,
- l'acétate de médroxyprogestérone sous sa forme retard (DMPA),
- les implants (Norplant),
- le DIU au cuivre.

Les conditions ayant un impact sur l'éligibilité pour l'utilisation de chaque méthode contraceptive peuvent être classées sous les catégories suivantes :

1. une condition pour laquelle il n'y a aucune restriction quant à l'utilisation de la méthode contraceptive.

2. une condition pour laquelle les avantages de l'utilisation de la méthode contraceptive dépassent en générale le risque théorique ou réel.

3. une condition pour laquelle les risques théoriques ou réels sont normalement plus importants que les avantages de la méthode contraceptive.

4. une condition qui présente un risque pour la santé inacceptable à l'utilisation de la méthode contraceptive.

Ainsi, pour une distribution à base communautaire, les deux dernières catégories constituent des restrictions à l'utilisation de la méthode contraceptive alors que les catégories une et deux permettent l'utilisation de la méthode.

Les avantages des nouveaux critères médicaux d'éligibilité sont :

- des distinctions entre les restrictions des contraceptifs oraux combinés à forte dose d'oestrogène et les contraceptifs à faible dose d'oestrogène ont été apportées ;
- les critères d'éligibilité des contraceptifs aux progestatifs-seuls diffèrent considérablement des critères d'éligibilité des contraceptifs oraux combinés ;
- le critère d'éligibilité relatif à l'âge a été redéfiné ;
- de meilleures définitions peuvent être utilisées pour certains critères, par exemple, saignement vaginal ;
- les conditions médicales qui ne présentent aucune restriction sur la méthode contraceptive choisie sont précisées ;
- la convenance de l'utilisation du DIU est précisé dans plusieurs conditions, par exemple, il n'y a aucune restriction à l'utilisation du DIU pour les femmes qui allaitent ou qui sont atteintes du diabète.

Les actions futures suivantes sont en considération :

- réviser les critères d'éligibilité pour toutes les autres méthodes contraceptives,
- étudier les implications programmatiques de ces critères,
- disseminer les résultats,
- intégrer d'autres stratégies visant à améliorer l'accessibilité et la qualité des services de PF.

Mise à jour de certaines méthodes contraceptives hormonales (pilules, injectables, implants) et leurs critères médicaux d'éligibilité

Présentateur : Robert J. I. LEKE

1. Les Contraceptifs Oraux Combinés (COC)

Les contraceptifs contenant des oestrogènes ont des effets sur l'ovulation, l'implantation et le transport de l'ovule. Les progestatifs ont des effets sur la muqueuse cervicale, le transport de l'ovule, l'implantation et l'ovulation.

Les éléments cliniques qui constituent des précautions à l'utilisation de la pilule combinée sont :

- grossesse,
- migraines avec signes neurologiques en foyer,
- femmes de plus de 35 ans et grandes fumeuses (plus de 20 cigarettes par jour),
- hépatite virale chronique,
- pendant les six premiers mois de l'allaitement,
- hypertension artérielle modérée ou importante,
- allaitement maternel intensif en cours,
- drépanocytose,
- saignement vaginal non expliqué avant examen.

La pilule peut être distribuée par plusieurs professionnels de santé formés à plusieurs niveaux du système de santé :

- le village : accoucheuses traditionnelles, agents communautaires (distribution communautaire), leaders d'opinion, les éducateurs en santé au service des jeunes ;
- le centre de santé : infirmières, sage-femmes, médecins/spécialistes, chercheurs/ professeurs.

2. La Pilule Progestative (PP)

Les avantages de cette pilule sont :

- méthode sûre et acceptable,
- ne contient pas d'oestrogènes,

- risque réduit de complications cardio-vasculaires,
- effets secondaires minimes,
- retour de la fécondité plus rapide par rapport aux COC,
- n'entrave pas la lactation,
- affecte peu les facteurs hématologiques.

Les inconvénients des PP sont :

- un peu moins efficaces que les COC,
- maladies systémiques maternelles affectent son efficacité,
- moins efficace pour prévenir les grossesses accidentelles,
- plus grand risque de grossesse extra-utérine par rapport aux COC, au Norplant et au DMPA,
- perturbations menstruels plus fréquentes (cycles courts, aménorrhée et petits saignements),
- moins utilisé que les COC,
- incidence de kystes ovariens fonctionnels plus élevée,
- respect stricte de l'heure de la prise.

Les effets non-contraceptifs des contraceptifs oraux sont :

- réduction du flux menstruel,
- prévention du syndrome prémenstruel,
- traitement de la dysménorrhée,
- réduction du risque de cancers de l'endomètre et de l'ovaire et des maladies inflammatoires pelviennes,
- réduction des fibrokystes et fibroadénomes.

3. Les contraceptifs injectables

Il y a plusieurs types :

- Dépo-Provera (DMPA) — Injectable tous les trois mois,
- Noristérat (NET-EN) — Injectable tous les deux mois,
- Cyclofem (DMPA + cypionate d'estradiol) — Injectable tous les mois,
- Mesigyna (NET-EN + valérate d'estradiol) — Injectable tous les mois.

Quelques avantages de cette méthode sont :

- convenance de la périodicité des rappels,
- fiabilité et acceptabilité,
- ne supprime pas la lactation (Dépo-Provera et Noristérat seulement),
- peu de contraintes par rapport aux relations sexuelles,
- l'aménorrhée induite améliore la condition d'une cliente avec anémie.

Les inconvénients possibles sont :

- retour de la fécondité retardé,
- l'aménorrhée, les saignements anormaux ou l'irrégularité des règles,
- besoin de personnel médical pour injections.

Plusieurs améliorations de la contraception hormonale sont à l'étude telles que la réduction de dose et l'utilisation de nouveaux mécanismes (anneaux vaginaux, microsphères, auto-injection). Un nouveau DIU qui libère des progestatifs est déjà sur le marché dans plusieurs pays.

Les critères de l'éligibilité pour les méthodes hormonales établis par l'OMS devraient être appliqués.

Le DIU en milieu urbain à Ouagadougou

Présentateur : Bibiane KONE

Dans le but d'évaluer l'emploi de dispositifs intra-utérins (DIU) dans la ville de Ouagadougou sur une période de cinq années (1987-1991), une étude prospective et rétrospective a été menée dans cinq centres de planification familiale. Parmi toutes les femmes qui utilisaient une méthode contraceptive, 25,6 % utilisaient le DIU, ce qui représentait la deuxième place dans le rang des méthodes.

Sur les 5.379 utilisatrices de DIU de l'étude rétrospective :

- des complications ont été signalées dans 1.183 cas (22 %),
- 1.455 femmes ont abandonné la méthode (27 %),
- 566 ont été perdues de vue (11 %).

D'après l'étude prospective qui comprennait 186 utilisatrices de DIU et 188 non utilisatrices, les obstacles à l'acceptabilité du DIU étaient liés :

- aux rumeurs et à la désinformation sur les complications et les risques du DIU,
- aux considérations morales par rapport à son mécanisme d'action,

- aux considérations psychologiques par rapport au faible niveau d'instruction des utilisatrices.

Le DIU et la contraception du post-partum

Présentatrice : Fatimata DIABATE

La contraception dans la période post-partum a des avantages énormes, notamment :

- l'intégration des consultations pré et post-natales et des soins aux nourissons,
- l'approvisionnement d'information et d'éducation aux couples en matière de PF et puériculture.

Le meilleur moment pour conseiller la cliente est avant l'accouchement. Quelle que soit la méthode choisie elle ne doit pas compromettre l'allaitement. Les différentes méthodes utilisées dans la période du post-partum sont :

- la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée,
- le dispositif intra-utérin,
- la planification familiale naturelle,
- les méthodes permanentes (stérilisation masculine et féminine),
- les contraceptifs progestatifs-seuls,
- les contraceptifs oraux combinés (si la femme n'allaite pas).

Les questions fondamentales des soins post-partum sont liées à la couverture, à la qualité et à la viabilité des services. La satisfaction des besoins contraceptifs des femmes en période du post-partum constitue une composante importante des services de protection maternelle et infantile de grande envergure.

En ce qui concerne le DIU, la recherche scientifique actuelle démontre que le DIU agit en :

- empêchant la progression des spermatozoïdes de façon à ce qu'ils n'atteignent pas les trompes de Fallope,
- diminant leur capacité à féconder l'ovule.

Il peut être utilisé efficacement pendant 10 ans. La durée de péremption dans un emballage stérile est de sept ans. Il peut être inséré n'importe quand dans le cycle, dans le post-partum immédiat et dans le post-abortum en l'absence de toute infection utérine.

Les MST/SIDA et les méthodes de barrière

Présentateur : Willibrord SHASHA

Partout dans le monde les MST posent des problèmes. Les pays du tiers monde manquent cruellement de ressources pour prendre en charge les victimes des MST. L'OMS a développé l'approche syndromique en vue de maximiser l'accessibilité et la qualité des soins. Par cette approche toutes les MST susceptibles de provoquer le syndrome sont traitées.

Les principaux syndromes sont l'écoulement vaginal, l'écoulement urétral, l'ulcération génitale, la douleur au bas ventre et syndromes dermato-vénérien ano-génitaux. L'approche syndromique améliore le diagnostic clinique, est facile à apprendre par les prestataires de la santé de la reproduction et permet le traitement des clients à la toute première visite. Malheureusement, les clients asymptomatiques ne sont pas pris en charge. Aussi, les clients sains sont traités avec les médicaments qui peuvent provoquer des effets secondaires. De plus, ceci entraîne un gaspillage des médicaments, déjà rares.

Le traitement dépend de l'antibiogramme et des médicaments essentiels de chaque pays. La prise en charge des MST implique impérativement le traitement du ou des partenaires sexuels.

Certaines méthodes de barrière sont efficaces pour la prévention des MST. L'important, c'est de les utiliser systématiquement et correctement, d'avoir la collaboration de leur partenaire et de disposer d'un approvisionnement régulier. Les méthodes de barrière qui sont très efficaces contre les MST sont moins efficaces contre la grossesse et vice versa. Les clients à risque d'infection pourraient bénéficier d'une double protection.

Le préservatif masculin en latex protège contre les MST et le VIH. Le spermicide (nonoxynol-9) et l'éponge avec N-9 protègent contre les MST bactériennes et leur effet sur le VIH est à l'étude. Le diaphragme avec spermicide (N-9) et cape cervicale avec spermicide (N-9) sont les méthodes de barrière qui offrent une protection possible contre les MST bactériennes mais l'effet sur le VIH et les autres MST virales est inconnu.

La contraception d'urgence

Présentateur : Manuel PINA

La contraception d'urgence (CU) est une méthode de contraception "ponctuelle" utilisée par une femme dans les premières heures qui suivent un rapport sexuel non protégé en période ovulatoire et peut-être fécondant. Selon l'OMS, 450.000 grossesses non désirées par jour conduisent à 150.000 avortements provoqués par jour dont plus d'un tiers se fait dans des conditions précaires. Plus de 60.000 femmes meurent chaque année des suites d'avortements provoqués.

Les avantages de la CU sont :

- diminution du nombre des grossesses non désirées de 50 %,
- diminution du nombre des avortements provoqués de 30 %,
- accessibilité aux services de PF pour un nouveau groupe cible à risque : les femmes ne désirant pas de grossesse mais pas encore utilisatrices d'une méthode contraceptive.

Les méthodes utilisées en CU sont :

- les contraceptifs oraux combinés (pilules oestroprogestatives),
- le DIU au cuivre,
- le RU 486 (antiprogestérone),
- autres : eg., fortes doses d'oestrogènes (pas recommandées).

La CU empêche la fécondation ou l'implantation de l'ovule féconde (nidation).

L'utilisation correcte de la CU (pilules) diminue le risque de grossesse de 75 %.

Les personnes éligibles pour la CU sont toutes les femmes (avec rares exceptions) ayant eu un rapport sexuel non protégé en période ovulatoire, dans les 72 heures (pilules) ou dans les 5 jours précédents (DIU au cuivre). Les clientes potentielles sont :

- victimes de viol ou qui sont exposées à un agent tératogène,
- femmes devant un échec à l'utilisation d'une méthode,
- femmes n'utilisant pas de méthode de contraception de façon régulière.

Le dosage des méthodes hormonales et la protocol pour l'insertion d'un DIU au cuivre sont bien établis. Le DIU est non recommandé si la cliente est à risque pour les MST ou a des antécédents d'infection pelvienne ou de grossesse ectopique. Les méthodes de CU ne sont pas à prescrire chez les femmes ayant des antécédents médicaux rendant leur utilisation à risque. Pour les pilules utilisées en CU :

- les doses sont trop faibles pour avoir des conséquences à long terme,
- il n'y a ni preuves de troubles de la coagulation sanguine ni d'effets démontrés sur le foetus (en cas d'échec de la CU),
- les effets secondaires immédiats (nausées, vomissement, tension mammaire) sont les plus communs,
- le cycle menstruel est perturbé par l'apparition à l'avance ou tardive des règles (délai de 3 semaines).

La cliente potentielle doit savoir que :

- l'efficacité de la CU avec les contraceptifs oraux combinés est de 75 % si elle est utilisée dans les 72 premières heures,
- la protection contraceptive n'est pas prolongée (sauf pour le DIU),
- la CU est sûre pour presque toutes les femmes,
- les principaux effets secondaires, nausées, vomissements (pilules) ont été observés chez un tiers des clientes.

Les implications dans les programmes sont :

- informer et former des prestataires et des clientes sur les méthodes de CU et leur utilisation,
- intégrer la CU dans les services actuels de PF, MST et autres services de santé génésique,
- initier ou apporter les changements nécessaires dans les politiques, standards et protocoles des services, les programmes d'IEC et la supervision et la gestion des services.

Les soins du post-abortum

Présentatrice : Christiane WELFFENS-EKRA

Dans le monde entier, environ deux avortements sur cinq sont à risque de complications. Le post-abortum est un moment particulier et privilégié à prendre en compte pour accroître l'accessibilité et la qualité des services de planification familiale.

Les éléments clés des soins dans cette période se situent à trois niveaux ; ce sont :

- les soins d'urgence concernant l'avortement incomplet et les complications,
- le counseling et les services de planification familiale adaptés,
- l'intégration des services d'urgence avec les autres services de santé de la reproduction.

C'est surtout la qualité de l'écoute (counseling) à ce moment particulier qui conditionnera au plus le suivi de la contraception et permettra d'éviter la récidive qui n'est pas sans conséquence sur la santé des femmes.

L'interaction entre la cliente et le prestataire

Présentatrice : Justine BELEM

Une bonne interaction entre la cliente et le prestataire est un élément essentiel de la qualité de service, mais il y a plusieurs facteurs qui rendent cette interaction difficile. Les clientes des services de PF/SR ont de multiples préoccupations quotidiennes. Elles ont des tâches et des besoins fondamentaux difficiles à combler (l'eau, l'alimentation, etc.), surtout en Afrique. Typiquement, la cliente va devant un inconnu. Le chemin à suivre peut être long et difficile.

Au niveau du personnel, les prestataires de services sont souvent peu motivés. Il y a une longue file de clientes. Les prestataires sont donc surchargés et ils ont peu de temps à consacrer à chaque cliente. Il y a souvent un manque de matériels essentiels. Et, il faut se rappeler que les prestataires ont leurs propres besoins fondamentaux à combler.

Afin d'améliorer cette situation, les prestataires de services doivent faire attention à ses barrières et essayer de les éviter. Les prestataires doivent traiter les clientes avec respect, et non pas comme des enfants. Ils doivent respecter la confidentialité et les choix des clientes. Les prestataires ne doivent pas juger les clientes. Si ces actions sont rompues, le rapport entre la cliente et le prestataire sera probablement rompu.

Interaction entre la cliente et le prestataire

Présentatrice : Cynthia STEELE VERME

L'interaction positive n'est pas seulement éthique, mais elle est capitale pour améliorer la santé reproductive d'une cliente. Un exemple concret provient d'une étude faite dans 10 sites au Nigéria, au Ghana et au Sierra Leone. L'attitude du prestataire comme obstacle au traitement des complications obstétricales représentait une des principales raisons pour lesquelles les complications n'étaient pas traitées. Cette raison était aussi importante que le manque de sang, de médicaments et d'approvisionnement.

Mes recommandations pour améliorer l'interaction entre la cliente et le prestataire s'addressent à deux niveaux : aux décideurs, aux bailleurs de fonds et aux prestataires.

En ce qui concerne les décideurs, n'attendons pas l'impossible des prestataires qui font un travail très important et souvent courageux dans des conditions difficiles. Les prestataires ont eux aussi des besoins et des droits.

Les décideurs doivent définir des attentes ou des normes à propos de l'interaction entre la cliente et le prestataire qui serviront de base pour les services, la formation et la supervision. Afin de déterminer les normes appropriées, il faut savoir ce que les clients pensent et veulent de nos services et utiliser leurs opinions.

Il faut penser aux objectifs à moyen et à long-terme au lieu de se concentrer seulement sur l'impact. Afin d'évaluer les programmes, les bailleurs de fonds devraient inclure des indicateurs qualitatifs et non pas seulement des résultats tels que les années-couples de protection ou le nombre de méthodes distribuées.

Bien que cette tâche sera plus difficile si les fonds diminue, les décideurs doivent résister à la tendance à ne financer que les éléments pouvant être vus et comptés, tels que l'équipement et les fournitures. Nous ne verrons pas d'améliorations qualitatives dans les programmes s'il n'y a pas d'investissements dans la formation, la supervision et l'évaluation qui sont capitales mais intangibles.

Les formations pour cliniciens devraient inclure des modules sur les rapports avec la cliente, en plus des informations techniques et de l'acquisition de compétences. Il faut chercher et

développer des alternatives aux formations traditionnelles. La formation doit être un modèle d'un bon traitement des clientes au lieu de l'antithèse.

Il faut inclure d'autres membres du personnel qui sont en contact avec les clientes, surtout les superviseurs. Les rapports interpersonnels incluent le counseling, mais ne devraient pas être limités aux conseillers seuls. Même si le travail des conseillers est excellent, cela ne vaut rien si on se moque des clientes à la réception ou si le clinicien est impoli. Créer un climat d'interaction positif est le travail de tout le personnel d'un établissement. Les superviseurs devraient soutenir les mesures qui encouragent une bonne interaction et reconnaître les prestataires qui travaillent efficacement.

En ce qui concerne les prestataires, on ne doit pas juger les clientes qui viennent avec des problèmes de santé de la reproduction ou penser que certaines personnes ne doivent pas recevoir des services, comme des adolescents. Il faut être honnête et franc avec les clientes et ne pas souligner seulement les informations positives.

Et même si la situation de fonds pour les services ne s'améliore pas, de nombreux changements non honéreux peuvent améliorer l'interaction : les prestataires peuvent se présenter aux clientes, veiller au caractère privé de la consultation, recouvrir une cliente d'un drap pendant l'examen, sourire, tenir la main d'une cliente nerveuse.

Comme conclusions générales pour les prestataires, il faut reconnaître et respecter deux principes importants mais apparemment contradictoires : le caractère unique de chaque cliente et le caractère universel de l'expérience humaine. Chaque cliente a un passé différent, un tempérament différent, un état de santé différent et des aspirations différentes ; tous qui jouent sur les besoins et préférences. Les prestataires ne doivent pas généraliser à propos des clientes sans apprendre d'abord des clientes elles-mêmes qui elles sont, ce qu'elles veulent et ce dont elles ont besoin.

Mais bien que les clientes soient différentes, c'est le souhait de tous d'être traité avec respect, courtoisie et gentillesse. Comprendre l'universalité de l'expérience humaine est fondamentale pour avoir de la compassion, qui est la base même de bons rapports.

Ce poème, écrit par une jeune fille de 16 ans (Amy Maddox du lycée Franklin à Bargersville, Indiana, USA), décrit mieux que je ne le pourrais comment les clientes, les prestataires et nous tous pouvons reéxaminer et combler la distance sociale qui nous sépare. Le poème a pour titre "Au fond nous sommes tous pareils"* :

Il a prié — et ce n'était pas ma religion.
Il a mangé — et ce n'était pas ce que je mangeais.
Il a parlé — et ce n'était pas ma langue.
Il s'est habillé — et ce n'était pas le genre d'habits que je portais.
Il m'a pris la main — et ce n'était pas la couleur de la mienne.
Mais quand il a ri — c'était la manière dont je riais, et quand il a pleuré — c'était la manière dont je pleurais.

* *Teaching Tolerance*. Printemps 1995. Réd. Sara Bullard. Southern Poverty Law Center, Montgomery, Alabama.

Aspects juridiques et réglementaires

Aspects juridiques, réglementaires et autres

Présentatrice : Awa NANA

Les années 80 sont marquées par la mise en oeuvre de programmes nationaux, appuyés ou soutenus par des organismes privés, pour la plupart, ou para-publics de prestations de services de PF. Il en a découlé une utilisation accrue de la contraception et l'on a pu penser, faute de ne plus en faire cas, à la suppression de certains obstacles notamment institutionels et juridiques.

Aujourd'hui et après analyse, nous sommes en mesure de dire qu'au plan légal il n'en est pas grande chose. Sur les 10 pays, six au moins pour ce qui est des réponses données sur la question, qui sont le Burkina Faso, le Niger, le Mali, le Sénégal, le Cameroun et le Togo auraient des dispositions réglementaires contenues dans des documents dits de "politiques et standards de services de PF." Nous disons que ces documents sont de pure technique et de travail et sont loin de revêtir la force de lois, voire même de règlements comme des arrêtés. Si l'on prend le document du Togo, par exemple, il est simplement signé par le responsable du

département ministériel de la santé, après avis du conseil des Ministres, mais pourquoi n'en a-t-on pas fait une ordonnance adoptée sous forme légale ? Qu'attend-on pour intégrer ces documents de politique à l'arsenal existant ?

C'est la preuve que des obstacles réels subsistent. Ils sont d'ordre socioculturel, mais aussi institutionnel, structurel, organisationnel et programmatique et doivent nous interpeller au cours de la présente conférence. En effet, il est nécessaire de combler un vide laissé dans nos programmes et plans d'action élaborés et mis en oeuvre jusqu'ici.

Aujourd'hui, nous avons atteint la définition évoluée de SR qui comprend la liberté individuelle à adopter la contraception et à avoir une vie sexuelle, par exemple. On a fait pas mal de progrès sur le plan des politiques de population, des prestations de services et d'élaboration des protocoles, mais il faut plus. Si on prend le cas du Burkina Faso ou du Niger, une ordonnance a été adoptée qui abroge en partie la loi de 1920 sur le contenu qui concerne les contraceptifs ; mais l'ordonnance autorise-t-elle la PF/SR telle qu'elle est décrite dans la définition actuelle ? Nos textes de lois n'inscrivent nullement ce principe universel du droit des personnes à procréer ou à refuser à procréer. Par contre, la plupart de nos textes juridiques et réglementaires en vigeur dans notre région contiennent des barrières à la SR/PF.

Des aspects juridiques constituant des barrières à la SR/PF : la plupart de nos textes juridiques consacrent la reconnaissance de pratiques coutumières qui sont elles-mêmes de nature à entraver l'accessibilité à la SR/PF. Beaucoup de nos pays ont des textes de lois qui maintiennent des dispositions pronatalistes relatives à la polygamie, aux successions, à l'âge du mariage, à la stérilité comme cause de divorce, à l'affirmation de prérogatives propres à l'homme, etc.

Quels sont les facteurs qui peuvent contribuer à la révision des cadres juridiques et institutionnels ?

- l'élaboration ou la mise à jour des documents de politiques, de guides et de standards de services ;
- les actions et activités des mouvements associatifs et ONG qui peuvent informer, éduquer sur les droits et libertés et influer les décideurs à faire émerger des réformes, des lois pour améliorer l'accessibilité à la SR/PF. Il faut retenir que nos lois à promouvoir ne doivent pas être contraignantes ni trop répressives, mais dissuasives et persuasives.

En conclusion, quelles stratégies d'actions pour la MAQ ?

- informer les individus sur leurs droits, ceux existants et ceux à promouvoir,
- intégrer dans les plans d'action des volets juridiques,
- évaluer les lois et règlements qui influencent de manière négative la prestation des services et le statut des femmes,
- mener des études sur les dispositions légales envers la SR/PF,
- promouvoir l'émergence de nouveaux cadres institutionnels visant à changer les pratiques sociales et légales (telles que l'âge du mariage, traitement de l'infertilité).

Contribution du CERPOD dans le domaine des textes législatifs et réglementaires en matière de politiques de population

Présentateur : Mouhamadou GUEYE

Le CERPOD depuis sa création en 1988 contribue à la formation et à la mise en oeuvre des politiques de population dans le Sahel. C'est ainsi qu'en 1988 le CERPOD a organisé la première conférence sur les politiques de population au Sahel qui s'est tenue à N'djamena du 5 au 9 décembre 1988. Cette conférence a élaboré le Programme d'Action de N'djamena (PAN) concernant la population et le développement au Sahel adopté par les neuf Etats membres du CILSS à Praia en janvier 1989.

Le PAN invite les neuf Etats à adopter des politiques nationales de population. Il les invite également à développer un cadre législatif et juridique en conformité avec les objectifs de leur politique de population.

Si au moment de l'adoption de ce programme d'action seul le Sénégal avait adopté une déclaration de politique de population, aujourd'hui six pays sur neuf en ont adopté une, et le reste des pays a engagé le processus de formulation et d'adoption. Il est à noter que tous les pays francophones membres du CILSS ont formulé et adopté leur politique nationale de population.

L'importance des textes législatifs, réglementaires et organiques n'a pas échappé au PAN. C'est pourquoi certaines recommandations ont traité ces aspects.

Dans le domaine de la fécondité et de la planification familiale le PAN invite les Etats sahéliens à veiller à ce que tout individu ait le droit de décider librement et sans coercition de l'espacement des naissances et du nombre d'enfants.

Reconnaissant le rôle central de la femme dans le domaine de la SR/PF, le PAN prie les Etats d'adopter des codes de la famille qui reconnaissent et protègent les droits de la femme et l'égalité juridique entre femme et homme et de veiller à leur application effective.

Le PAN recommande les Etats de prendre des mesures visant à élever l'âge au premier mariage en raison des risques liés aux grossesses précoces.

Afin d'appuyer les Etats membres du Sahel dans leurs efforts de formulation et de mise en oeuvre de politique de population le CERPOD a conduit des études portant sur l'analyse des textes législatifs, organiques et réglementaires en matière de population et développement. Ces études ont été présentées à la deuxième Conférence sur les politiques de population au Sahel tenue à Dakar en juillet 1992. L'appréciation de ces études a conduit la conférence à faire figurer dans la Déclaration de Dakar la nécessité de réactualiser les textes organiques, législatifs et réglementaires en matière de politiques de population dans le respect des constitutions et des conventions internationales et de développer des stratégies appropriées pour l'application de ces textes.

Ainsi, le CERPOD a initié un projet de recherche pour identifier les contraintes socioculturelles à la mise en oeuvre des politiques de population dans le Sahel.

Aspects juridiques, réglementaires et autres : le cas du Togo

Présentateur : Nagbandja KAMPATIBE

Au Togo, le processus d'implantation de la PF a été enclanché par l'ATBEF et soutenu par les associations de femmes dès 1974. C'est ainsi que dès 1975 a été ouvert les premiers centres de PF de l'ATBEF à Lomé. De 1984 à 1987, des centres de PF ont été ouverts dans tous les chefs-lieux des préfectures et on en comptait 27 à la fin de 1987. En fin 1994, on comptait 190 centres répartis tant dans les zones rurales qu'urbaines. Ainsi, une vraie volonté politique de soutien à la PF existe au Togo marquée par un engagement écrit auprès des institutions internationales (Banque Mondiale, UNICEF, OMS, FNUAP, etc.). Cet engagement a même valu au Togo le prix annuel du FNUAP pour les activités de Population en 1989. A ce jour il existe un document national de Politique de Santé et Population, des documents de Politiques et Standards de PF reconnus officiellement par le gouvernement. En fait, bien que la loi de 1920 ne soit pas abolie et qu'il n'existe pas de loi autorisant la PF, ces documents mettent en confiance les prestataires et contribuent au développement de la PF.

Pour l'avenir, il est important que dans les approches vers une législation conforme à la réalité désormais incontournable de la PF que l'on soit très prudent, car nos parlements en Afrique sub-saharienne sont jeunes et pourraient faire consciemment ou inconsciemment le jeu des groupes de pression opposés à la planification familiale. A vouloir coûte que coûte aller très vite en besogne, on pourrait ainsi aboutir à l'inverse des résultats attendus c'est-à-dire au vote de lois très contraignantes qui seraient un frein à la planification familiale. Il faut passer par une étape de sensibilisation accrue des parlementaires avant d'introduire des projets de lois.

Pratiques traditionnelles néfastes

Exposé introductif sur les pratiques traditionnelles néfastes à la santé de la reproduction

Présentateur : Pagomdzanga A. NITIEMA

Partant du fait qu'il ne saurait y avoir de développement sans santé et que la santé reproductive est au "coeur" de la santé, il importe alors d'encourager toutes les pratiques quelles qu'elles soient (modernes, traditionnelles) allant dans le sens de l'amélioration de la santé en général et surtout de la santé de la mère et de l'enfant (allaitement maternel, port de bébé au dos, etc.).

A l'opposé, toutes celles qui sont néfastes pour la santé reproductive doivent être combattues avec tout le sérieux qu'il faut. Mais quelles sont ces pratiques néfastes pour la SR ? Pour l'essentiel, ce sont :

- les mutilations : les mutilations génitales féminines ou excisions (en 1986, 75.000.000 de femmes auraient été "excisées" et plus de 30 pays africains ont été concernés) et les autres mutilations (scarification, ablation de la luette),
- les tabous nutritionnels : interdits alimentaires portant sur des aliments (aux valeurs nutritives certaines) d'importance capitale au cours de périodes clés (grossesse, allaitement, enfance),
- le gavage des femmes,
- les pratiques traditionnelles d'accouchement (Gishiri, Zur-Zur, usage abusif de substances ocytociques, expressions manuelles),
- le mariage forcé, dot très élevée,
- les grossesses précoces, mariages précoces,
- le veuvage, le lévirat, la sorcellerie.

Le thème a été traité avec le soucis d'apporter des éléments de réponse aux questions suivantes :

- quelles sont l'ampleur et les conséquences de ces pratiques sur la SR ?
- quelles sont les expériences, les enseignements à tirer des mesures de lutte déjà utilisées jusque là ?
- et quelles sont ou pourraient être les mesures juridiques et sociales en matière de lutte contre ces pratiques ?

En conclusion, il faut promouvoir les pratiques traditionnelles bénéfiques. Par contre, toutes celles qui sont néfastes pour la SR doivent être combattues. Mais compte tenu du fait que ce sont des phénomènes d'ordre social et culturel, toute éradication de ces pratiques doit nécessairement passer par une transformation des mentalités. Les mesures juridiques devront être appliquées certes! mais en tenant compte de cela. C'est pourquoi, un travail d'information, d'éducation et de communication plus large devrait être réalisé au préalable.

Les pratiques traditionnelles néfastes

Présentatrice : Miriame LAMIZANA

Au Burkina Faso, l'excision est très répandue et persistante. Entre 70 % à 90 % des femmes burkinabès sont excisées. Face à ce fléau, le Comité national de lutte contre la pratique de l'excision a été crée. Sur la base d'une structure décentralisée, il y a 30 comités provinciaux qui mènent des activités d'éducation et de sensibilisation telles que la formation, les causeries et les ciné-débats. Il vise ce public cible : les femmes, les hommes, les jeunes et les vieux, ainsi que les agents de santé tels que les sages-femmes. Le comité essaie d'intégrer le thème sur les pratiques néfastes dans les curriculums nationaux et dans les programmes d'alphabétisation. Le comité essaie également d'introduire des documents juridiques qui peuvent criminaliser ces pratiques.

Résumé de l'intervention de l'ASDAP/ CEDPA au Mali

Présentateur : Fatoumata TRAORE

Le Mali a mené et continue à mener une large campagne de sensibilisation sur les pratiques néfastes à la santé de la mère et de l'enfant : les mutilations sexuelles et les mariages précoces.

Cette sensibilisation a ciblé les leaders d'opinions notamment : les chefs religieux, les chefs de villages, les administrateurs, les agents socio-sanitaires, les exciseuses traditionnelles, les correspondants de presse, les responsables de jeunes et les responsables de femmes.

Les stratégies proposées sont :

- trouver des activités générant des revenus pour les exciseuses afin de les impliquer de manière positive au programme de sensibilisation des commerçants ;
- impliquer les accoucheuses traditionnelles et les belles-mères au programme (car elles sont influentes) ;
- sensibiliser les hommes à ne pas accepter les mariages précoces afin qu'ils adhèrent à la lutte contre les pratiques néfastes telle que la mutilation sexuelle ;
- trouver des lois pour défendre l'intégrité physique de la femme et l'abolition de ces pratiques ;

- impliquer les centres de formation (mener une large campagne de sensibilisation au niveau des écoles pour préparer les jeunes) ;
- mener une large campagne sous forme de mini-atelier pour atteindre toutes les couches.

Une enquête menée au Mali a prouvé que 40 % de la population enquêtée demande à abolir la pratique et plus de 77 % des enquêtés ont signalé l'hémorragie et l'infection comme étant la raison de mortalité aux suites des pratiques.

Les pratiques traditionnelles néfastes et leur impact sur la santé reproductive

Présentatrice : Caroline KOROMA

En acceptant l'invitation à cette conférence, le Comité inter-africain sur les pratiques traditionnelles (CIAF) a visé plus loin qu'une grande rencontre sur l'amélioration de la qualité et l'accessibilité des services de la planification familiale (PF) et de la santé de la reproduction (SR).

Durant deux jours, j'ai entendu dire inter-alia que :

- la planification familiale réduit la mortalité maternelle,
- la réduction du nombre et de la fréquence des grossesses favorise la santé maternelle et infantile,
- la prévalence du SIDA en Afrique augmente d'un taux alarmant chez les femmes et les adolescentes,
- les complications majeures, y compris l'hémorragie, l'infection, les maladies d'hypertension, etc. peuvent être évitées ou traitées ; mais elles ne le sont pas en raison des divers obstacles, ce qui fait que des millions de femmes meurent à cause des interventions tardives.

La liste est longue mais je me contente de traiter quelques points saillants.

Selon le journal *Network en français* qui fait partie des documents qui ont été distribués "on ne peut pas parler de planification familiale à une femme qui a faim". Le même raisonnement s'applique à une femme et à une fille qui sont victimes des conséquences des pratiques traditionnelles néfastes.

Je m'explique :

1. Il s'agit de la fille âgée de 12 ou 13 ans qui est forcée d'être une épouse et mère. Son mari a très souvent 30, 40 ou même 50 ans.

2. Il s'agit de la femme fistulée qui est une rejetée sociale à vie à cause de sa condition.

3. Il s'agit de la femme infibulée depuis l'âge de 4 ou 8 ans. Comment peut-on parler de l'introduction d'un stérilet étant donné qu'elle sera reinfibulée peu après chaque accouchement. Comment peut-on effectuer des examens vaginaux chez une infibulée afin de détecter et traiter une infection ?

4. Comment parler de la PF et de la SR à une femme qui a perdu deux ou trois enfants à cause de l'infanticide culturel ?

Voici donc le tableau qui décrit les préoccupations de CIAF et les possibilités de collaboration avec les agents de PF.

Le CIAF a dix ans de lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes à travers ses comités nationaux. Les objectifs généraux sont : réduire les taux de morbidité et mortalité chez les femmes et les enfants par l'éradication des pratiques néfastes et encourager les pratiques bénéfiques.

Ces objectifs peuvent être atteints par :

- des programmes de formation, des campagnes d'information et de sensibilisation aux niveaux national, régional et international,
- des recherches, des films entre autres.

Le CIAF mène ses activités grâce à l'aide de certains gouvernements, certains organismes de l'ONU, des organisations humanitaires non gouvernementales, des sources privées ainsi que des contributions locales. Le CIAF a obtenu un statut d'observateur auprès de l'OUA et aussi d'ONG auprès de l'UNESCO. L'OMS a également accordé un statut officiel au CIAF qui continue de plaider en soulevant l'importance d'actions contre les pratiques traditionnelles néfastes au niveau international.

Le temps limité ne me permet pas de vous parler de toutes nos activités mais je voudrais terminer en vous disant qu'à présent, les gens osent parler ouvertement de l'excision et d'autres pratiques néfastes alors qu'il y a quelque temps, c'était des sujets tabous.

Enfin, je me réjouis de l'importance accordée par les organisateurs de cette conférence aux pratiques traditionnelles néfastes sous le thème "Facteurs influençant l'état de la PF et de la SR

dans la région". L'exposé du Dr. NIKIEMA, le film et les discussions du panel composé des représentants de trois comités nationaux à savoir le Burkina Faso, le Mali et le Niger serviront à compléter l'information sur l'action du CIAF.

Facteurs influençant l'état de la PF et de la SR dans la région : pratiques traditionnelles néfastes

Présentatrice : Ouassa DJATAOU

Cette présentation traite de l'état des pratiques traditionnelles au Niger et des activités du Comité Nigérien sur les Pratiques Traditionnelles ayant effet sur la Santé des Femmes et des Enfants (CONIPRAT).

Les conséquences négatives sur la santé maternelle et infantile de ces pratiques ne sont plus à démontrer aujourd'hui. Si l'on se réfère à deux thèses de Doctorat en médecine réalisées à Niamey, l'une sur l'excision en 1986 et l'autre sur l'ablation de la luette en 1992, il ressort ce qui suit :

- sur 540 cas de femmes excisées identifiées lors des accouchements dans les maternités de référence de Niamey, 388 femmes soit 71.85 % sont de nationalité nigérienne. Cela est un constat important, car les autorités avaient tendance à nier l'existence de la pratique de l'excision au Niger ;
- selon l'enquête effectuée en 1992 sur la luettectomie, on dénombre 50 à 70 cas d'hospitalisation par an d'enfants de moins de 5 ans à l'hôpital National de Niamey. Près de 1/5 de décès ont été constatés au cours de l'hospitalisation.

La même enquête estime à 20 % le taux de prévalence de la luettectomie chez les enfants de 0 à 5 ans à Niamey.

Un recensement des pratiques traditionnelles fréquentes au Niger (enquête primaire menée en 1992 par le CONIPRAT) a été fait et souligne les pratiques qu'il faut éradiquer et celles à encourager. Les pratiques néfastes sont :

- ablation de la luette,
- excision,
- mariage et grossesse précoces,
- tabous nutritionnels et interdits alimentaires,
- gavage,
- scarifications et tatouages,
- attouchements au feu,
- saignées.

Par contre, il existe des pratiques traditionnelles ayant des effets positifs qu'il faut promouvoir :

- allaitement au sein,
- pratique de 40 jours de repos après l'accouchement,
- port au dos de nourrisson,
- pratique par les femmes de cultures de contre saison,
- espacements des naissances par des méthodes de PF traditionnelles et efficaces,
- non consommation du mariage jusqu'à ce que la jeune mariée atteigne une certaine maturité (pratique ancienne à revaloriser).

Le CONIPRAT est membre affilié au CIAF (Comité Inter-Africain). Dans l'immédiat le comité s'est assigné comme objectifs de :

- amener les décideurs (politiques, administratifs, coutumiers et religieux) et la population (ménages, leaders d'opinions, matrones, secouristes, femmes relais) à prendre conscience des conséquences négatives des pratiques traditionnelles retenues comme prioritaires afin de les combattre ;
- sensibiliser l'opinion publique sur les conséquences de certaines pratiques traditionnelles sur la santé des femmes et des enfants ;
- participer à la recherche des voies et moyens pour promouvoir la santé des femmes et des enfants ;
- diffuser toutes les informations, documentations ou travaux de recherche relatifs aux pratiques traditionnelles ayant des effets sur la santé des femmes et des enfants.

Pour atteindre ces objectifs, le CONIPRAT a retenu comme stratégies :

La sensibilisation, la formation, l'éducation, la recherche et la mobilisation de ressources financières.

Communication du Burkina Faso sur les expériences de lutte contre les pratiques néfastes pour la santé des femmes et des enfants

Présentatrice : Félicité BASSOLE

Vue l'ampleur des conséquences néfastes de certaines pratiques sur la santé des femmes et des enfants, le gouvernement Burkinabè en collaboration avec certaines ONG a mis en place un cadre institutionnel de lutte dénommé "Comité national de lutte contre la pratique de l'excision."

Son mandat consiste à :

- élaborer des programmes de lutte et coordonner, évaluer et superviser les actions,
- mettre en place un programme d'IEC efficace,
- mener des recherches sur le phénomène.

Le comité est composé d'agents d'autres ministères, de représentants d'ONG, de coutumiers, de religieux avec la Première Dame du Burkina Faso comme présidente d'honneur.

Le comité collabore avec les personnes relais (sages-femmes, femmes des groupements, leaders des accoucheuses villageoises) chargées de répercuter l'information au niveau des différentes groupes cibles.

Il y a une concentration avec l'éducation primaire et secondaire en vue d'introduire le thème sur les pratiques traditionnelles néfastes dans les programmes de formation.

Sur le plan juridique, il existe des lois qui répriment les pratiques néfastes en ce qui concerne l'excision ; c'est la loi datant de l'ex-Afrique Occidentale Française qui réprime l'excision sur le chef de blessures et coups involontaires.

Le comité, par l'intermédiaire du ministère de l'Action Sociale, a pu insérer des dispositions claires en ce qui concerne l'excision dans le nouveau code pénal qui est présentement en élaboration.

Le problème des pratiques néfastes est lié aux conceptions socioculturelles. Toute approche en vue de son abolition doit tenir compte de ce contexte, être menée avec tact et tenir compte des différences ethno-géographiques.

Considérations de genre

La responsabilité et le pouvoir des femmes et des hommes

Présentateur : El Hadj Mamadou BELLA DOUMBOUYA

Pour chaque peuple, sa culture détermine la responsabilité et les pouvoirs des éléments qui le composent. Cette culture évolue en empruntant aux autres les éléments de progrès susceptibles de modifier positivement ses habitudes. La société africaine n'échappe pas cette règle. Et c'est pourquoi j'ai été très heureux d'entendre le Professeur Leke, après son exposé magistral sur les découvertes scientifiques en matière de SR/PF, recommandées pour leur application, tenir compte des réalités locales et socioculturelles.

Cette recommandation me paraît si importante que nos échecs dans d'autres domaines me paraissent provenir du fait qu'on a voulu nous appliquer des principes justes, tels que l'ajustement structurel qui vise l'adéquation du train de vie de l'Etat aux capacités contributives des acteurs économiques du pays, sans tenir compte des réalités locales. On connaît les résultats.

Il faut donc insister pour que les réalités socioculturelles soient prises en compte dans l'application des découvertes scientifiques relatives à la SR/PF. En considérant la SR/PF comme visant à réduire la taille de la famille à la capacité économique des parents, on trouve dans les principes socioculturelles des communautés musulmanes des responsabilités et des devoirs qui, s'ils étaient correctement assumés par les parents, pourraient servir de base à l'application des découvertes scientifiques en la matière avec l'accord des populations à tous les niveaux. La responsabilité et les devoirs des femmes : elles s'acquittent de tous leurs devoirs envers le mari et les enfants. Elle se lève la première et se couche la dernière.

Les activités des hommes : ils sont ignorants eux-mêmes des principes fondamentaux de l'Islam. Ils exploitent l'ignorance des femmes et négligent l'essentiel de leurs devoirs envers leurs épouses et leurs enfants.

Leurs devoirs envers les épouses : assurer logement, habillement, soins et nourriture dans des conditions décentes.

Leurs devoirs envers les enfants : assurer logement, habillement, soins et nourriture, et éducation jusqu'à la majorité.

Mais dans la réalité, c'est la femme qui, en plus de ses devoirs, assume une bonne partie de ceux de l'homme. Chaque femme s'occupe de ses enfants. En congé de maternité, elle emporte tous ses enfants en bas âge chez ses parents. Dans ces conditions, l'homme n'a aucun intérêt au PF. Par contre, si ces devoirs lui étaient imposés, l'homme qui a une femme et trois enfants qu'il doit loger, nourrir, habiller, soigner, n'aurait aucune envie de prendre une deuxième femme qui lui ferait d'autres enfants.

Mesures de redressement : Informations à tous les acteurs. L'alphabétisation est une nécessité impérieuse qui permettra d'informer les masses paysannes par écrit dans leur langue sur les droits et devoirs des uns et des autres, la nécessité de limiter le nombre d'enfants aux capacités économiques des parents et, dans ce cadre, d'utiliser les résultats des nouvelles découvertes scientifiques.

L'organisation des Volontaires pour le Développement Economique et Culturel (OVODEC), a lancé en 1990 une action d'alphabétisation, dans le Foutah Djallon. Elle a utilisé les caractères arabes mis au point par l'UNESCO et l'ISESCO parce qu'au Foutah 60 à 70 % des adultes savent lire le Coran et donc connaissent l'alphabet arabe. Il leur suffit donc d'apprendre les lettres créées pour transcrire les sons pulaar n'existant pas en arabe pour écrire correctement leur langue. Cette campagne a donné des résultats si bons que nous avons édité un bulletin mensuel servant de matériel de post-alphabétisation et d'information. Ce bulletin a commencé à s'attaquer aux problèmes sociaux en publiant un poème que j'ai écrit pour encourager les parents à mettre leurs filles à l'école et à ne pas les donner en mariage avant l'âge de 18 ans, fixé par la loi guinéenne.

Responsabilité et pouvoir des femmes et des hommes

Présentatrice : Monique ILBOUDO

Rien dans le fait que les femmes portent les enfants n'implique qu'elles doivent à elles seules s'en occuper durant l'enfance. La maternité a été pendant longtemps la marque de la soumission féminine à la nature et à l'homme et source de malheurs et même d'esclavage pour les femmes ; elle l'est encore pour de nombreuses femmes.

Le contrôle des naissances ainsi que toutes les découvertes concernant la santé génésique constituent des facteurs ayant considérablement amélioré les conditions de vie des femmes. Malheureusement, beaucoup de femmes n'ont toujours pas accès, ou difficilement, aux services de PF. Cette inaccessibilité n'est pas seulement matérielle (éloignement ou coût des services PF/SR), mais elle est aussi liée à des obstacles socioculturels, politiques, historiques :

- l'identification de la femme avant tout comme reproductrice,
- la déification de la mère dans la société ; on ne devient femme qu'en enfantant,
- la procréation comme devoir social ; pour mériter sa place d'épouse, la jeune mariée s'empressera de démontrer sa fécondité,
- le plaisir dans la vie sexuelle n'est pas une exigence des relations conjugales ; l'homme est donc permis d'aller chercher le sien ailleurs,
- le système patriarcal, à qui est donné le pouvoir de décision, le pouvoir financier, et les enfants eux-mêmes, souffre le moins de la procréation. Si c'était les hommes qui enduraient les douleurs et qui mouraient en couches, ils auraient vite planifier les naissances et limiter les risques de mortalité maternelle,
- la vue de l'enfant comme force de production le plus le mieux,
- le hiatus entre droits et pratiques ; malgré la loi, les pratiques traditionnelles continuent,
- le droit comme frein à une meilleure prise en compte de la SR ; les positions radicales des textes juridiques sur l'avortement, liées aux tabous, empêchent une prévention rationnelle de celui-ci ainsi qu'une prise en compte de la santé des femmes ayant avorté.

S'agissant des obstacles liés à la responsabilité et au pouvoir des hommes et des femmes, ils ne pourront être levés que dans une perspective globale de redéfinition des rapports hommes-femmes dans la société et par une prise en compte réelle des revendications des femmes. Il faut notamment :

- reconnaître le droit à l'intégrité corporelle de la femme et admettre qu'elle puisse avoir une opinion prédominante sur les questions concernant sa santé, la procréation, les relations sexuelles. Il faut criminaliser le viol entre époux ;
- donner priorité à l'éducation des filles afin de l'enlever de son statut de simple reproductrice de l'espèce ;
- sensibiliser les populations sur les droits de l'enfant, qui n'est pas une assurance-vieillesse. On n'a le droit de faire que les enfants dont on peut vraiment s'occuper ;
- faire comprendre aux hommes qu'ils ont une part importante de responsabilité à assumer dans la procréation et les soins des enfants ;
- ajouter les textes juridiques spécifiques à la PF/SR ; par exemple, le projet de Code Pénal du Burkina Faso prévoit de sanctionner les mutilations sexuelles ;
- recenser et répertorier les textes et les articles de lois se rapportant à la PF/SR pour informer les femmes et les prestataires de ces services compte tenu du fait que les textes sont trop épars ;
- travailler à faire appliquer les textes ;
- admettre que la femme et l'enfant sont des êtres humains à part entière dont les droits doivent être respectés.

Responsabilités et pouvoirs des hommes et des femmes dans la PF/SR

Présentatrice : Codou BOP

Parmi les défis que l'Afrique doit relever pour le 21ème siècle, l'un des plus importants concerne l'égalité entre les hommes et les femmes, un processus qui passe nécessairement par le renforcement du pouvoir de celles-ci. Le même défi interpelle ceux qui interviennent dans le domaine de la PF/SR, qui doivent, de plus, trouver impérativement les voies et moyens pour accroître la prise de conscience des hommes sur leurs responsabilités en tant que partenaires sexuels et reproducteurs.

Il faut souligner que les agences, les pouvoirs publics, les prestataires de services, les scientifiques portent une grande part de responsabilité dans la faible implication des hommes dans ce domaine parce qu'ils ont focalisé leurs activités sur les femmes, faisant d'elles les principaux instruments de contrôle de la fecondité et même les seules responsables du péril démographique.

Cependant, les résultats de la recherche montre que :

- les hommes veulent plus d'enfants que les femmes et font, en moyenne, plus d'enfants que les femmes ;
- les hommes devraient être considérés davantage comme les individus dont les pratiques sexuelles et reproductives ont lieu dans et hors de la famille ;
- les crises économiques et sociales, les migrations, les bouleversements familiaux (divorces, veuvage, maternité hors union) se sont traduits par un désengagement graduel des hommes du maintien des familles et par un accroissement des responsabilités économiques des femmes, quelque soit le type de famille considerée.

L'implication des hommes doit devenir une question centrale dans les stratégies MAQ. Il ne s'agit pas seulement de les persuader "d'autoriser" leur femme et leurs filles à pratiquer le PF ou à se rendre aux services pour leurs soins de santé. Il s'agit de les voir comme des reproducteurs et de mettre en oeuvre des stratégies efficaces pour accroître leur prise de conscience sur leurs responsabilités en tant que partenaire sexuel reproducteur et père de la famille.

Les scientifiques devraient orienter plus sérieusement l'effort vers la promotion des techniques contraceptives pour les hommes. Les chargés de programmes d'IEC doivent directement cibler dans les messages, en commençant par la traduction des termes médicaux dans les langues nationales. Pour obtenir des résultats irréversibles, la responsabilisation des hommes devra aboutir à la redéfinition de la masculinité, de la virilité et de la sexualité qui se traduira par un plus grand

respect pour leur partenaire sexuel, des responsabilités partagées dans l'entretien et les soins aux enfants, en un mot pour plus d'égalité entre les hommes et les femmes.

En même temps, il faut centrer la perspective sur les femmes comme point de départ de l'action par deux approches :

- satisfaire les besoins pratiques des femmes comme fourniture de contraceptifs, matériel médical et médicaments, etc.,
- aider les femmes à devenir les actrices principales de leur sexualité et de leur fécondité.

La prise en charge de ces approches peut se faire à plusieurs niveaux et impliquer une variété de décideurs. Au niveau de l'Etat, une politique volontariste et affirmative dans l'éducation, l'accès au marché du travail et aux ressources, l'abrogation des lois limitant l'autonomie des femmes ou leur accès aux ressources, le respect et la mise en oeuvre de conventions visant la promotion des femmes (eg., le droit du libre choix reproductif).

Au niveau des agences/prestataires de service :

- accepter que le corps des femmes soit à elles et les aider à se l'approprier,
- fournir l'information nécessaire et les services concernant tous les aspects de la santé de la reproduction quelque soit leur âge ou leur condition économique,
- respecter la cliente et son choix,
- établir un partenariat avec les groupes et les ONG de femmes.

Au niveau des bailleurs de fonds :

- renforcer leur collaboration avec les groupes et les ONG de femmes, pour qu'elles puissent s'interposer quand des décisions concernant leur santé, leur fécondité, et leur sexualité sont prises, mais également pour les aider à consolider leur autorité aux niveaux national et international. Des financements et des formations seront nécessaires.

Les politiques, standards et les protocoles de services de SR/PF

Présentateurs : Pape GAYE et Manuel PINA

Les politiques, les normes et les protocoles revêtent une importance essentielle pour tout programme de planification familiale et de santé reproductive (PF/SR) qui vise à maximiser l'accès aux services et leur qualité. En l'absence de lignes directrices visant à spécifier et à normaliser les services proposés par un programme, ni les prestataires ni les administrateurs n'ont la vision commune et le modus operandi indispensables à la prestation de soins de haute qualité. Par exemple, lorsqu'ils sont élaborés et appliqués conformément au principe de la participation, les protocoles cliniques nationaux améliorent les services en garantissant les éléments suivants :

- l'enseignement concorde avec les pratiques suivies,
- les prestataires se mettent d'accord sur des approches communes pour proposer leurs services,
- les connaissances techniques les plus récentes et le respect des réalités locales sous-tendent les services,
- les prestataires sont mieux supervisés et évalués.

Quelle différence y a-t-il entre la politique relative aux services, les protocoles et les normes ? La politique relative aux services brosse dans ses grandes lignes la conception générale des programmes et elle définit les raisons qui sous-tendent les services, les types de services proposés, les bénéficiaires des services, les prestataires des services ainsi que les points de prestation de services, l'organisation des services et les ressources à utiliser. Les normes s'appliquent au niveau acceptable de performance du programme, du prestataire ou des services. Par exemple, les normes pourraient décrire les services qui doivent être prodigués et les améliorations qui doivent être apportées pour satisfaire aux normes minimales requises de qualité. Les normes peuvent également spécifier les qualifications nécessaires pour chaque poste de prestataire. Davantage axés sur les questions de procédure, les protocoles traitent des ques-

tions telles que les mesures cliniques nécessaires à la prestation de services spécifiques qui sont proposés. De même, les protocoles servent de cadre à la coordination des tâches (réorientation, supervision, suivi, etc.) qui sont exécutées dans les points de prestation de services.

La préparation de politiques, de protocoles et de normes qui seront bien acceptés exige beaucoup de temps et doit reposer sur le principe de la participation. En premier lieu, pour s'assurer que les personnes qui travailleront à l'élaboration et à l'approbation des documents ont accès aux informations scientifiques les plus récentes, il convient de faire une mise à jour technologique à leur intention. Tous les secteurs concernés par la formulation, l'acceptation ou la mise en exécution du document doivent intervenir aussi bien dans les mises à jour techniques que dans les phases de planification. Dès les premiers temps du processus, les principaux acteurs doivent être identifiés, et leur participation recherchée. Ceux-ci varieront selon les pays, mais le fait demeure que le secteur public, les organisations non gouvernementales, le secteur privé et les organismes de formation de base sont des secteurs dont la participation revêt une grande importance.

La mise en exécution de nouveaux protocoles ou de nouvelles normes nécessite non seulement un changement d'attitude de la part des décideurs, mais aussi un changement de comportement de la part des prestataires et des superviseurs. La simple dissémination d'un nouvel ensemble de protocoles n'entraînera pas la modification des pratiques. Les protocoles doivent être étroitement intégrés aux programmes de formation, qu'il s'agisse de la formation en pré-service ou service. Prestataires et superviseurs doivent être orientés vers les nouvelles normes et formés à leur application.

Enfin, il faut se rendre compte qu'une politique, un protocole ou une norme n'existe jamais « à l'état final ». Les lignes directrices relatives aux pratiques doivent être constamment mises à jour pour refléter l'évolution des connaissances sur le plan médical ou de la prestation des services aussi bien que les changements survenus dans la population servie.

L'expérience récente de l'Ouganda met en relief les avantages qui découlent de la révision des normes et des protocoles en matière de services de PF. Par exemple, les nouveaux documents sur les pratiques et les protocoles ont élargi le rôle des aides soignants, ce qui a entraîné l'utilisation plus rationnelle de ces postes : à la suite de l'examen et de la révision des protocoles relatifs aux services, les aides soignants ont été autorisés à donner des contraceptifs oraux aux clientes. Satisfait des résultats de ce changement de politique, le ministre de la Santé publique a autorisé cette catégorie de personnel à administrer également le DMPA. On attribue le succès du processus de révision mis en oeuvre en Ouganda à la détermination de se doter des protocoles et des normes les plus récents possible, à un haut degré de participation et à la grande envergure de l'approche suivie en matière de dissémination et de formation.

Expériences des cliniques juridiques

Présentatrice : Awa NANA

Des expériences sont tentées ou à l'essai dans des pays comme le Sénégal, le Mali, le Cameroun, le Bénin et le Togo. Ce sont des centres d'informations où les femmes apprennent en général leurs droits, comment les défendre ou les protéger. Les centres sont nés sous l'impulsion d'agences de financements canadiens en général, est actuellement l'ACCT et l'USAID sont intéressés. Au Togo, trois centres sont connus mais deux fonctionnent effectivement. Ce sont :

- le CRIFF (Centre de Recherche d'Information et de Formation des Femmes) à Lomé,
- l'ATEFF (Association Togolaise pour l'Education de la Femme et de la jeune Fille) à Sokodé.

Les "cliniques juridiques" comprennent ou regroupent des hommes et des femmes professionnels du droit et de l'éducation, mais dont l'action est centrée sur la recherche, l'information aux individus (les femmes) et l'assistance juridique.

Ces professionels, qui sont pour la plupart des magistrats, des avocats et des professeurs d'universités, se libèrent tous les jours de lundi à vendredi de 17 heures à 19 heures pour se rendre au "centre" où les attendent des personnes "victimes" dans leur corps et dans leur vie quotidienne, confrontées aux problèmes de droit et de loi et qui ignorent ou ont peur mais ont besoin de solutions.

Ce peut être pour des questions d'identité, de pensions (alimentaires ou de sécurité, de veuvage), de successions (question d'héritage), de vente ou perte de leur biens, de cession, de contrats commerciaux et sécurité sociale, de travail, de licenciement, de harcèlement, d'expulsion du foyer conjugal, de relations avec la belle famille, de reconnaissance d'enfant, de recherche de paternité, d'abandon de famille, etc.

Le centre donne son assistance juridique gratuitement et offre des services de conseils, guide, contact, discussion avec le partenaire, conciliation, rapprochement des couples, etc.

Les cliniques juridiques sur le plan de droit public se veulent des groupes de pression et jouent un rôle électoral, d'information et de formation des femmes pour leur rôle électoral, leur enseignant comment voter, pourquoi voter, les convaincre à se présenter aux élections et, à tous les échelons, apprendre aux femmes à avoir confiance en elles-mêmes. Rencontres avec les décideurs (gouvernement, parlement, responsables locaux, classes politiques) pour plaidoyer des questions de genre et pouvoir aux femmes. Les cliniques, en matière de formation, entendent former des "para-juristes" pour les zones rurales. En terme de stratégies d'action, les cliniques souhaitent leur extension ou intégration aux services de SR/PF et être reconnues et intégrées dans les USP (cases de santé villageoises) de même que participer aux activités de DBC pour convaincre les hommes et les femmes, de marketing social etc.

Enfin les cliniques, par leurs activités de recherches, peuvent contribuer à l'action de lutte contre les pratiques néfastes et les MST/SIDA, à l'abolition des lois et règlements rétrogrades et à la révision des textes juridiques pour une meilleure intégration de toutes les composantes de la SR/PF.

Rôle des leaders d'opinion (LO) dans la promotion et la prestation des services de santé et de PF en milieu rural au Cameroun

Présentateur : Diouratié SANOGO

Comme les autres pays de l'Afrique subsaharienne, le Cameroun connaît un faible taux de prévalence contraceptive aussi bien qu'un manque de connaissance de la PF particulièrement fort chez les hommes. C'est ainsi que le Ministère de la Santé à travers la Direction de la Santé Familiale et Mentale a décidé de développer et de tester (avec l'assistance technique du Population Council) en 1991 une stratégie d'IEC qui s'adresse directement aux hommes.

Cette présentation a montré les résultats d'une étude de recherches opérationnelles qui combine à la fois l'IEC à la prestation des services de PF intégrés dans un programme de soins de santé primaires en cours d'exécution en milieu rural. Cette approche a permis aux hommes influents dans leur communauté d'avoir une meilleure connaissance de la PF et de devenir agents de distribution à base communautaire de méthodes contraceptives dans leur village respectif. L'étude avait les objectifs suivants :

- montrer la faisabilité et l'acceptabilité de l'utilisation des LO masculins de la communauté comme un réseau de communication pour atteindre la population ciblée ;
- évaluer l'effet des activités d'IEC de ces LO sur les connaissances, attitudes et pratiques de PF des populations cibles ;
- déterminer le niveau de satisfaction de la population cible de l'implication des LO dans les activités de PF.

La méthodologie utilisée est une méthode d'étude quasi-expérimental : pré-test et test final sans groupe témoin, combinée à l'approche de séries chronologiques. L'intervention a commencé par la séléction des LO qui s'est faite sur la base des critères subjectifs de leur image de marque au sein de leur propre communauté. Les LO étaient séléctionnés par un processus démocratique impliquant à la fois le personnel de santé et les membres du comité de santé villageoise. Les LO ont mené des activités d'information, d'éduction et de communication (IEC) sur les thèmes de santé et PF, et ont assuré la distribution des condoms, spermicides et SRO. Les activités ont été réalisées sous forme de visites à domicile auprès des ménages, de réunions éducatives de villages, et de références vers les centres de santé du site de l'étude pour les méthodes contraceptibles prescriptives. Les LO, aussi bien que les professionels de santé, ont reçu une formation pour les préparer à exécuter l'étude.

L'intervention a eu un impact remarquable sur la connaissance, les attitudes et la pratique en matière de planification familiale de la population ciblée. La proportion des femmes et des hommes

capable de citer au moins une méthode contraceptive moderne a augmenté de 46% (pré-test) à 62% (post-test) chez les femmes et de 56% à 86% chez les hommes. Cependant, les changements d'attitudes observés étaient faibles. Toutefois, il apparaît qu'il y a eu une importante augmentation du niveau de la communication parmi des couples. La proportion d'hommes et de femmes affirmant qu'ils avaient déjà discuté de méthodes contraceptives modernes avec leurs partenaires a presque doublé pour les deux sexes.

Cette étude a révélé la possibilité d'utiliser les LO comme agents DBC et la capacité des LO à prodiguer des conseils aux femmes sur une méthode appropriée à utiliser. Ces résultats suscitent bien quelques espoirs pour la promotion de la PF dans les zones rurales.

Perspectives des adolescents de Dakar sur les barrières et contraintes à l'utilisation des services de PF

Présentatrices : Christine NARE et Penda N'DIAYE

Cette étude a été menée en 1994 avec des adolescents des quartiers Medina et Rebeuss de Dakar. Des discussions de groupe ont permis de collecter les données auprès de 73 jeunes âgés de 15 à 20 ans (50 filles et 23 garçons).

En ce qui concerne les résultats, les jeunes, pour la plupart, ont exprimé un fort besoin d'informations sur la sexualité, la santé reproductive et les méthodes contraceptives. En effet, ils reconnaissent que beaucoup de facteurs contribuent à la pratique des rapports sexuels par les adolescents. Cependant, ils ont des problèmes pour gérer cette sexualité car ils ne peuvent pas communiquer avec les parents, ils sont rejetés par les services de PF à cause de leur âge; au niveau de l'école, les cours d'éducation à la vie familiale ne leur donnent pas suffisament d'informations. Ils connaissent très mal les méthodes contraceptives. Ils sont sensibilisés à la prévention des MST/SIDA mais à cause des barrières fore-citées et des coûts des préservatifs, les jeunes ont des comportements à risque (multiples usages).

Les grossesses non désirées sont mal vécues par les familles et les adolescents. Et le premier réflexe est l'avortement. Avortement qui est provoqué avec beaucoup de risques compte tenu des faibles moyens économiques des jeunes.

Face à ces barrières et aux risques courus par les jeunes, il est nécessaire que des stratégies novatrices soient identifiées et mises en oeuvre pour préserver la vie et la santé reproductive des jeunes.

Résumé de l'expérience de l'ABBEF en matière de fourniture des services-conseils aux adolescents (Projet jeunes pour jeunes)

Présentateur : Oscar KOALGA

L'approche "Jeunes pour jeunes" de l'ABBEF a permis d'expérimenter un modèle de fourniture d'informations et de services de la SR aux jeunes. Il a permis au gouvernement de reconnaître la faisabilité dans la prise en charge de la SR des jeunes.

Les objectifs du projet :

- développer un modèle d'expansion systématique des activités d'informations et d'éducation en Education à la vie familiale/ PF,
- fournir des prestations de services de SR aux adolescents.

Les stratégies utilisées :

- sensibilisation et implication des parents, éducateurs, professionnels, autorités coutumières, religieuses et politiques,
- formation de jeunes animateurs (scolaires et non scolaires),
- mise en place de centres pour les services SR,
- réalisation des activités d'animation pour les jeunes animateurs,
- références de jeunes par les jeunes animateurs vers les centres,
- production de supports didactiques par les jeunes eux-mêmes,
- utilisation des canaux d'informations et de communications des jeunes eux-mêmes,
- mise en place d'un systême d'informations adéquat en vue de documenter les résultats du projet.

Résultats opérationnels :

- 2 centres fonctionnels pour jeunes,
- 1.877 résultats d'étude CAP collectés,

- 77.304 jeunes de 14 à 25 ans touchés par les jeunes animateurs,
- 126 jeunes animateurs de secteurs et 77 jeunes animateurs de clubs scolaires recrutés, formés et fonctionnels sur le terrain,
- fourniture de services de counseling sur les problèmes spécifiques de jeunes motivés,
- fourniture de services de contraception et de consultations en gynécologie pour les jeunes,
- dépistage et traitement des cas de MST des jeunes,
- traitement des affections gynécologiques.

Leçons apprises du projet :

- l'implication effective des jeunes eux-mêmes, dans l'ensemble des activités à réaliser, a suscité une motivation au bénévolat d'un grand nombre de jeunes animateurs. Ils offrent des services réguliers sans en attendre une remunération quelconque ;
- les jeunes animateurs sont de plus en plus considérés dans leur famille qui les associe maintenant à certaines prises de décisions aux seins des familles.

Améliorations de l'accessibilité et de la qualité des services-conseils à apporter au programme :

- accroître la distribution de contraceptifs non distribuables par les jeunes animateurs sur le terrain ;
- prendre en charge le traitement des MST des jeunes aux centres ;
- élaborer une stratégie globale d'IEC du projet y compris l'utilisation d'autres canaux de mobilisation et de diffusion des messages ;
- augmenter la quantité et la qualité des équipements et support IEC ;
- standardiser la formation/recyclage continu des jeunes animateurs et élaborer le matériel de support pour la formation/recyclage ;
- mettre en place une documentation adaptée aux besoins des jeunes ;
- mettre en oeuvre des activités de recherches approfondies sur les besoins des jeunes ;
- améliorer le système de collecte, de traitement et d'analyse des données sur le projet ;
- renforcer le suivi et fournir les moyens nécessaires ;
- égaler le nombre des jeunes animateurs et animatrices par secteur ;
- intensifier et continuer la sensibilisation des parents et éducateurs sur les besoins d'informations des jeunes de plus de 17 ans ;
- améliorer le système de motivation ;
- mettre en place un système d'approvisionnement plus efficace.

Résumé de la présentation sur la prévention des maternités précoces au Cameroun

Présentatrice : Damaris MOUNLON

Dans le cadre de son objectif fondamental, à savoir l'amélioration de la santé des femmes afin de leur permettre de mieux faire face à la complexité des problèmes du développement, l'organisation Femmes, Santé, Développement (FESADE) s'est penchée sur le phénomène des maternités précoces chez les jeunes de 12 à 19 ans. Une étude nationale réalisée par FESADE en 1993 révèle que 14,72 % des grossesses sont portées par les jeunes filles avant l'age de 18 ans. Il s'ensuit des conséquences telles que : les déperditions scolaires, les avortements provoqués, les décès.

La participation des femmes au processus de développement en est affectée. FESADE, qui travaille sur la prévention des maternités précoces, s'est fixé un objectif double :

- enrayer ou du moins réduire l'ampleur et les conséquences des maternités précoces,
- armer les adolescentes contre les méfaits d'une sexualité non assurée (grossesses précoces, MST/SIDA).

A cet effet, elle a élaboré un livret pédagogique sur la prévention des maternités précoces et animé des ateliers avec ses publics-cibles basés sur cet outil.

FESADE appui son action par les émissions radio faites par des journalistes formées aux objectifs et approches de FESADE.

FESADE a entrepris l'élaboration d'un programme d'éducation sexuelle des adolescents à deux volets :

- l'un pour le système formel de l'éducation,
- l'autre pour les tout-petits, les familles, la communauté.

Ce travail, qui est en cours, associe les différents acteurs de l'éducation des adolescents : les services officiels du gouvernement camerounais, les ONG, les services privés.

FESADE envisage dans un avenir immédiat si les moyens sont trouvés :

- la finalisation, l'impression des livrets et la diffusion du programme,
- la formation des formateurs, des enseignants, des parents, des groupes d'adolescents.

Ce projet a fait l'objet d'une proposition de plan d'action élaboré au cours de la présente conférence.

La santé reproductive des adolescents

Présentateur : Robert J. I. LEKE

Afin d'éclairer l'état de la sexualité des adolescents en Afrique quelques statistiques sont présentées :

Bien que moins de 30 % des adolescentes connaissent la période féconde, plus de 20 % de la natalité annuelle en Afrique provient des adolescents. En ce qui concerne les modalités sexuelles chez les jeunes, l'hétérosexualité par voie vaginale est l'acte le plus fréquent chez les jeunes (78 %), l'hétérosexualité par voie orale a été rapportée par 1,5 % des jeunes et la masturbation par 4,8 % des jeunes. Une étude menée au Cameroun en 1992 a montré que 74 % des adolescents ont rapporté le refus des parents de communiquer, invoquant la raison qu'il y a trop de sexualité chez les adolescents, 69 % ont indiqué une mauvaise compagnie, 60% ont indiqué une ignorance des conséquences et 45 % des faveurs et argent.

En ce qui concerne la PF, il semble qu'il y ait une bonne connaissance des méthodes et une bonne attitude envers les principes de PF, mais une faible pratique (moins de 34 %). Les enseignants d'étude représentent une source d'information importante chez les adolescents (34 %), suivis par le personnel médical (19 %) et les partenaires (20 %).

L'information sur la PF destinée aux adolescents doit atteindre la cible avant le début de l'activité sexuelle car 50 % des grossesses surviennent dans les 6 premiers mois de l'activité sexuelle, mais seulement 6 % des adolescents désirent une grossesse pendant cette période.

Environ 30 à 40 % des adolescents indiquent qu'il y a des besoins non satisfaits pour la PF.

En ce qui concerne les méthodes contraceptives appropriées pour les adolescents, les méthodes naturelles, sauf la méthode MAMA, ne sont pas très adaptées. Par contre, les condoms sont très utilisés. Les pilules COC et les spermicides sont acceptés et utilisés. Le DIU est peu adapté, et il y a un taux de complication plus élevé chez les adolescentes. Les injectables et les implants Norplants sont efficaces mais ne sont pas toujours de premier choix pour les adolescentes. Les méthodes permanentes sont peu indiquées.

Les stratégies pour améliorer la santé des adolescents devraient avoir les objectifs suivants :

- correspondre aux aspirations et priorités des jeunes,
- impliquer les jeunes,
- offrir des services acceptables et accessibles aux jeunes,
- intéresser les deux sexes,
- avoir des possibilités de multi-service.

Les stratégies/programmes suivants sont suggérés :

- éducation générale et éducation pour la vie sexuelle,
- formation du personnel (prestataires),
- lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes,
- promotion des bonnes pratiques traditionnelles,
- lutte contre les comportements à risque chez les jeunes (alcool, drogue, tabac),
- création de structures sociales,
- extension de la PF aux adolescents,
- rendre les services accessibles aux jeunes,
- faire participer les jeunes comme partenaires,
- faire passer des messages clairs et non contradictoires.

L'expérience COPE en Afrique

Présentateur : Yatshita MUTOMBO

L'AVSC a évalué l'impact de la technique "Client-Oriented and Provider-Efficient" (COPE) sur la qualité des services de PF. Cette technique est axée sur le client ainsi que sur l'efficacité du personnel soignant. L'AVSC, qui avait introduit COPE dans plus de 11 pays

africains aussi bien que dans plusieurs autres pays du monde, est retourné 3 à 15 mois après afin d'évaluer la technique. COPE est basé sur les principes "clés" que les clientes ont droit aux services de haute qualité et les prestataires ont des besoins pour offrir ces services. Parce que COPE est effectué par le personnel des services, il a l'avantage d'être pratiqué par ceux qui sont le plus familiarisés aux problèmes et à leurs résolutions. COPE inclut tout le personnel impliqué dans la prestation des services, de l'employé de bureau au médecin, et donne à chacun une opportunité égale pour participer, contribuer et prendre des responsabilités.

La technique est un outil pour évaluer et améliorer la qualité des services au niveau du site de service. COPE comprend les trois grands volets suivants :

- une auto-évaluation qui se fait à l'aide d'une fiche de vérification et des formulaires pour les interviews avec les clients ; le personnel évalue les thèmes tels que la qualité des services médicaux et des soins infirmiers, l'administration, la participation communautaire, les locaux, les fournitures, les séances de counseling, d'information et d'éducation ;
- une analyse de la circulation des clientes qui permet de suivre les clientes à partir du moment où elles entrent dans le service jusqu'à leur départ et donc permet de voir combien de temps les clientes attendent et/où se trouvent les délais ;
- un plan d'action qui récapitule les résultats des analyses décrites ci-dessus et qui précise les actions devant être prises pour résoudre les problèmes identifiés, les personnes responsables et les dates limites pour les accomplir.

L'évaluation a montré qu'à peu près 75 % des "problèmes qui pouvaient être résolus" identifiés par COPE ont été résolus sans ressources externes du site. Dans la plupart des cas, le personnel a trouvé des solutions simples et créatives. Dans cinq cliniques où un temps d'attente relativement long pour les clientes a été identifié comme l'un des problèmes, le personnel a réduit le temps moyen de 42 %. L'évaluation a révélé de nombreuses améliorations dans la qualité des services aussi bien qu'une plus grande participation du personnel à la résolution des problèmes. Les problèmes identifiés comme ne pouvant pas être résolus sont le manque de financement : le manque d'équipment, de fournitures, de personnel, de fonds pour la formation.

L'AVSC a retenu plusieurs leçons de l'utilisation de COPE :

- COPE réussit là où le personnel est enthousiaste et prêt à faire une auto-évaluation franche,
- COPE réussit plus souvent dans les établissements non gouvernementaux que dans les services publics,
- COPE est facilement transférable et ne nécessite pas un personnel spécialisé après son introduction.

Des changements dans la satisfaction des clientes après l'introduction de COPE n'ont pas été examinés, mais une étude est prévue.

COPE a ses limites : il est difficile de mesurer l'impact global de COPE ou de comparer l'impact d'un endroit à l'autre. Cependant, la technique est efficace, simple et peu chère. Elle a été bien reçue par les personnels des services qui ont pleins pouvoirs pour résoudre des problèmes eux-mêmes et, en soi, bien aidé à améliorer la qualité des services PF.

Le marketing social

Présentatrice : Carol SQUIRE-DIOMANDE

L'objectif de la présentation était de montrer que le marketing social est un outil qui doit et peut être utilisé dans tout programme qui vise à changer les attitudes ou le comportement d'une population donnée. Les définitions du marketing social sont trop souvent limitées à la notion de la commercialisation des produits de santé à des prix bas aux mêmes points de vente que les produits de grande diffusion. Une meilleure définition serait : "La technologie de la gestion du changement social avec l'objectif d'accroître l'acceptabilité d'une nouvelle attitude et/ou pratique".

Le marketing social est un outil précis qui exige qu'on applique les techniques de marketing du secteur privé pour mieux cibler notre population, positionner le "Produit" (lire : idée, comportement à adopter) et développer les stratégies de communication, de distribution et de promotion.

Les caractéristiques essentielles de tout programme de marketing social sont les suivantes :

1. On "vend" un "produit social." On vend un changement de comportement. On cherche à modifier les croyances, les attitudes et même les valeurs pour que la population change de pratique. Pour le rendre plus tangible, nous offrons des services ou des produits.

2. Le produit (qu'on vend) doit être la meilleure solution au problème tel que perçu par la population cible. Si la population cible ne perçoit pas le problème, elle n'adoptera pas de nouveaux comportements. Il faut créer la demande, et pour cela il faut écouter la population. De plus, "le produit" doit satisfaire le besoin exprimé mieux que "la concurrence" qui n'est pas d'autres produits concrets, mais d'autres approches ou la non-adoption du comportement souhaité.

3. Chaque étape et élément du programme doivent renforcer le message de la solution qui est l'image du "produit." Le marketing social nous permet de coordonner tous les aspects d'un programme national pour que la population reçoive des messages constants de tous les acteurs et éléments du programme.

4. Le marketing social exige une gestion très active. Il nous faut non seulement les données de base sur la population, mais surtout une évaluation continue des activités. Si les attitudes changent, nos objectifs, stratégies et activités doivent être modifiés en conséquence.

En conclusion, j'aimerais souligner que les programmes de santé publique nécessite une attaque concertée. Il faut une réelle intégration des programmes publiques avec des associations et des ONG et avec le secteur privé. Le marketing social, bien géré et bien exécuté, est la colle qui unifie nos programmes.

L'expérience du marketing social au Mali

Présentateur : Mamadou Moussa TRAORE

Face à une prévalence contraceptive très faible (1,3 % en 1987) et en vue du désir de 49 % des femmes d'espacer les naissances, le marketing social des contraceptifs (MSC) s'inscrit comme maillon du volet santé du projet de Population Santé Hydrologique Rural (PSPHR). Il est également un des deux volets des projets marketing social et distribution à base communautaire des contraceptifs MSC/DBC. Le MSC est exécuté par la Pharmacie Populaire du Mali, avec l'assistance technique du SOMARC. La DBC est exécutée par la DSF sous l'assistance technique du Population Council. Ces deux structures sont tous des services rattachés au Ministère de la Santé publique. Le MSC/DBC fonctionne en collaboration avec le Programme National de Lutte Contre le SIDA et plusieurs ONG.

L'implantation du projet (faire signer des protocoles, définir des rôles et des zones d'action, établir des rapports public/privé-ONG) a pris six mois. De plus, deux comités ont été établis : le Comité Consultatif, qui suit administrativement le programme, qui aplanit les difficultés administratives surtout au cordon douanier, et qui réorganise ses activités conformément à la politique du pays en la matière. Le Comité de Soutien, qui comprend les leaders tels que des chefs de quartier, des imans, des prêcheurs et d'autres personnalités influentes, qui éclairent l'opinion public en cas d'opposition pour des raisons socio-culturelles ou religieuses.

La vente des condoms Protector a commencé en avril 1992 et la vente de la pilule Pilplan en mars 1993. Le système de distribution comprend trois réseaux : pharmaceutique, DBC (pour la première année) et privé (boutiques, alimentations, bars, hotels).

Comme stratégie, le projet utilise les équipes mobiles (six jeunes à moto pour Bamako; trois équipes de deux promoteurs et un médecin en voiture en zone rurale) qui fait la promotion/vente des condoms dans les zones hebdomadaires et les visites médicales dans les structures socio-sanitaires mensuellement. Les équipes mobiles pour le Pilplan sont consistées de sages-femmes et de médecins. Les équipes utilisent les véhicules décorés, le matériel sonorisé et vidéos. En plus d'un forfait déplacement, les équipes reçoivent des primes basées sur la réalisation des objectifs du programme.

Afin de faire la publicité, le projet utilise les masses médias (télévision, radio nationale et régionale, libres et privées). La publicité est traduite dans les deux langues les plus parlées de chaque région. Les activités de promotion consiste en jeux concours, en sponsorings, en journaux naissants, en conférences d'étudiants, en panneaux dans les stades, en décoration de quelques bus, en débats TV/radio sur le thème Islam et Pratique des condoms.

Les résultats sont : 3.350.000 condoms vendus de 1992 à 1994 et 300.605 cycles de Pilplan vendus de 1993 à 1994.

Le projet a rencontré quelques problèmes : le réticence des pharmacies par rapport à la publicité de Pilplan, la cohabitation du marketing social et une distribution gratuite des condoms, une inquiétude des musulmans par rapport à la distribution à grande échelle adoptée. Pour résoudre ces problèmes, le projet a achevé une dérogation à certaines dispositions en vigeur contraires à l'application des programmes de MSC par les autorités aussi bien qu'une diminuation de la distribution gratuite des condoms. De plus, le projet fait une sensibilisation continue des religieux au fur et à mesure que le MSC se développe.

Les leçons apprises par le projet sont :

- l'implication de plus en plus grande du secteur privé pour garantir la pérennité du MS/DBC,
- la remise en cause perpetuelle des besoins et des exigences des utilisateurs de service.

Afin d'étendre le projet à l'avenir, il faut renforcer la distribution mobile des sites DBC, impliquer le secteur privé, développer de nouvelles stratégies de communication mieux adaptées, multiplier le nombre d'équipes.

Résumé du projet DBC au Mali

Présentateur : Seydou DOUMBIA

Au terme de trois années d'activités préparatoires et d'intervention sur le terrain, l'étude a montré que l'approche DBC était culturellement acceptable et techniquement faisable dans le contexte social Malien. Une bonne phase de sensibilisation permet de préparer la population à recevoir les activités d'intervention du programme. L'étude a également montré la compétence technique des agents de distribution selectionnés par les membres de leur communauté. Ces agents, s'ils reçoivent une formation de base appropriée et sont régulièrement supervisés par un personnel médical compétent, sont capables de fournir une information de qualité sur les services de PF, d'assurer la vente des condoms, des spermicides et de pilules et de faire des références vers les centres de santé pour d'autres services de PF.

Les résultats des enquêtes CAP ont révélé particulièrement que ce type d'intervention contribue de façon significative à l'augmentation du niveau des connaissances de méthodes modernes de PF de la population cible. Toutefois, ce niveau élevé de connaissances de PF contraste avec les pratiques faibles de méthodes contraceptives modernes. Les changements positifs d'attitude observés pendant la période des activités d'expérimentation ne se sont pas traduits en changements de comportement de la population peut-être à cause de la durée assez courte de l'intervention.

Malgré ce constat, les principaux résultats obtenus lors de cette phase d'expérimentation ont de loin dépassé toutes les attentes :

- la création de plus de 120 points de distributions communautaire dans la zone du projet,
- le renforcement des prestations de SMI/PF dans la zone du projet,
- l'augmentation du niveau de connaissance des méthodes modernes de PF,
- l'augmentation de la prévalence contraceptive de 1 % à 31 %,
- le changement d'attitudes favorables à la PF.

Ceci permet d'affirmer que la DBC constitue au stade actuel de la couverture sanitaire du Mali, l'une des voies sûres pour aboutir à une augmentation rapide et significative de la prévalence contraceptive au niveau national.

Compte tenu de ces résultats positifs observés, le Gouvernement de la République du Mali, avec l'assistance technique du Population Council, a décidé en juillet 1994 d'entreprendre une phase d'expansion de la DBC sur l'ensemble du territoire. Le financement de cette phase d'expansion de cinq ans est assuré par l'USAID.

Au delà des services par l'ouverture de 3000 sites de distribution, ce projet d'expansion explorera des voies nouvelles qui permettront d'accroître la mobilité des agents, de renforcer l'image de bien être familial des agents DBC en ajoutant des médicaments essentiels aux contraceptifs distribués et identifier des stratégies permettant de sensibiliser davantage les hommes sur les questions de la santé de la reproduction.

Renforcer la collaboration du secteur privé et du secteur public par la planification stratégique et le développement organisationnel

Présentatrice : Agma PRINS

Dans le cas où l'accès aux services est encore très limité et localisé, comme dans la grande majorité de nos pays africains, l'harmonisation et la coordination des efforts et des intérêts de ces multiples intervenants peut contribuer de façon positive à l'extension rapide de l'accès aux services de qualité. Le renforcement des efforts du secteur privé et du secteur public peut se faire de sorte que les forces uniques de chaque secteur soient exploitées en se complétant et se renforçant mutuellement.

Le secteur privé a des forces bien particulières par rapport au secteur public, surtout par rapport au Ministère de la Santé :

- il peut atteindre plus facilement certaines sous-populations, surtout : les populations plus aisées, les populations les plus reculées et les populations ayant besoin d'approches spéciales,
- il peut se permettre de prendre les risques associés aux efforts d'introduction de nouvelles initiatives,
- il peut servir de laboratoire (par exemple, introduction de la PF dans les projets d'environnement),
- il est souvent plus expérimenté que le secteur public avec les approches de mobilisation communautaire.

MSH travaille depuis plusieurs années et dans plusieurs pays pour renforcer les activités PF du secteur privé et pour améliorer la complémentarité des ces activités aux activités du secteur public. D'une parte, MSH a travaillé avec des ONG en renforçant leur capacité de planification et gestion des activités afin de leur permettre de mieux définir leur place dans le secteur et mieux répondre aux exigences de cette place. D'autre part, MSH a assisté les ONG à mieux coordonner leurs efforts entre eux afin de maximiser les capacités uniques de chaque organisation. Enfin, MSH a oeuvré pour faciliter la coordination des efforts entre le secteur public et le secteur privé afin de favoriser une expansion logique et efficace des services de qualité.

Le Projet APPROPOP/PF, financé par l'USAID, a débuté ses activités en septembre 1993. Les objectifs de ce projet visent la réduction du taux de fécondité et la croissance du taux de prévalence contraceptive. Depuis sa conception, le projet visait un développement harmonieux des activités PF du secteur public et du secteur privé. De plus, les efforts du projet sont complémentaires aux contributions des autres donateurs tels que FNUAP et GTZ et les organismes de financement tels que la Banque Mondiale, IDA et l'OMS dans le secteur public et FISA(IPPF) et d'autres ONG dans le secteur privé.

Le Projet APPROPOP/PF a deux composantes principales :

- le renforcement des institutions locales capables de fournir de l'assistance technique et de matérielle aux organisations PF du pays,
- les "Activités d'appui aux prestations de services" (AAPS) : un mécanisme de transfert de ressources aux organisations locales afin de leur permettre de mieux développer leurs services de PF.

Depuis un an, le projet a mis l'accent sur trois approches pour favoriser un développement efficace et complémentaire des activités PF de ces deux secteurs :

- le renforcement des capacités en planification et en gestion des programmes de chaque organisation potentiellement bénéficiaire d'une AAPS,
- un processus de planification stratégique au niveau de chaque région (les deux provinces, la capitale) géographique principale du projet. Après la définition du plan stratégique de la région, celui-ci a été transformé en divers plans d'action pour chacune des organisations concernées,
- la constitution des "groupes de travail" au niveau national pour développer des stratégies et des plans de travail nationaux dans de domaines techniques spécifiques.

Nous pensons que la combinaison des approches est une stratégie puissante pour assurer une meilleure utilisation des forces organisationnelles des divers organismes du secteur public et du secteur privé. Ces approches sont également utiles pour améliorer la coordination entre plusieurs bailleurs ou plusieurs directions ou ministères du secteur public. Cette valorisation

des capacités uniques des organismes peut mener à une extension rapide de l'accessibilité aux services de PF de qualité. Néanmoins, dans les contextes caractérisés par l'instabilité ou l'incertitude, ces approches sont plus difficiles à appliquer et moins puissantes.

L'intégration des services MST/SIDA et la SR/PF

Présentateur : Willibrord SHASHA

La forte prévalence des maladies sexuellement transmissibles (MST) et le taux galopant de l'infection du VIH/SIDA n'épargnent pas les clients fréquentant les services de PF. Par exemple, la prévalence des MST chez les clientes vues en consultations prénatales gynécologiques et de PF sont reportées comme suit : le trichomonas 30 %, la gonorrhée 18 % et la syphilis 17 %. Malheureusement, les taux de prévalence réels risquent d'être plus élevés parce que certains malades sont asymptomatiques.

Les prestataires de PF peuvent offrir les soins variés des MST selon la capacité de la clinique : dépistage des MST, le counseling et l'orientation, la distribution des préservatifs, la recherche de(s) partenaire(s), l'intervention communautaire chez les groupes à haut risque.

L'intérêt d'intégrer les services de MST avec les services de PF est de satisfaire la demande de plusieurs clientes de PF, combattre les taux élevés des MST, éviter les déplacements inutiles des clientes aux différentes cliniques, réduire la transmission du VIH, etc.

Toutefois, cette intégration peut poser des problèmes. Elle peut réduire les activités de PF parce que les prestataires de PF sont souvent débordés par le travail. Ceci peut aussi augmenter les dépenses sans assurer le diagnostic à 100 %.

Certains programmes ont réussi à réduire la prévalence et l'incidence des MST. L'expérience de JHPIEGO montre que la réussite de tels programmes dépend du rapport des prestataires par clientes, du nombre des acceptrices de DIU, du soutien administratif, de la supervision et du recyclage.

Services de contraception appropriés pour les femmes à risque des MST/VIH

Présentatrice : JoAnn LEWIS

Jusqu'à présent, il existe peu d'expérience sur l'intégration des services MST dans les services de PF, mais de plus en plus les clientes des ces services posent des questions concernant les MST et quelques-unes même cherchent un diagnostic ou un traitement. Bien qu'il y ait souvent un manque de ressources qui permettraient un service clinique MST, il faudrait que les services de PF répondent à ce besoin de manière efficace particulièrement pour la cliente typique : une femme en âge de procréer qui pourrait être exposée au risque d'une infection mais qui n'a pas la possibilité d'aller ailleurs que dans un service de SMI/PF pour ces inquiétudes concernant la santé de la reproduction.

Je propose comme première stratégie de l'intégration d'améliorer le counseling donné aux clientes. Cette action n'est pas honéreuse et peut être poursuivi par tous les services PF. Un but de ce counseling est d'estimer le risque d'attraper une MST pour la cliente. Si elle est déjà infectée d'une MST, elle a un risque élevé de VIH et d'autres MST. Malheureusement, la nature non-symptomatique des MST chez les femmes rend l'évaluation du risque plus difficile. Afin de l'estimer, une procédure doit être établie par laquelle certaines questions clés sont posées à la cliente au cours du counseling. Ses réponses à ces questions indiquent son risque. L'habilité à faire une évaluation valable du risque nécessite un personnel de service qui peut au minimum reconnaître les symptômes des MST et en référer au service approprié. Cela peut nécessiter une formation plus forte en matière de MST.

Basé sur cette évaluation du risque, le personnel devra suggérer une méthode ou des méthodes contraceptives les plus appropriées pour la cliente. Il faut noter que les méthodes les plus efficaces pour prévenir la grossesse sont les moins efficaces pour protéger contre les MST/VIH. Les méthodes de barrière (préservatifs masculins et féminins, spermicides et diaphragmes) sont les plus efficaces pour prévenir une infection mais elles ont une efficacité d'emploi contraceptive de 75 à 95%. Ces méthodes doivent être utilisées correctement pendant chaque acte sexuel à risque

et donc nécessite une motivation très forte de la part de la cliente aussi bien que de son partenaire. Ce point doit être bien discuté pendant le counseling.

Actuellement, FHI et nos collègues camerounais évaluent l'efficacité prophylactique du film contraceptif vaginal, un produit bien moins cher qui peut être utilisé sous le contrôle de la femme même sans que son partenaire en ait connaissance.

Les méthodes hormonales, le DIU, et la stérilisation chirugicale sont très efficaces comme méthodes contraceptives, ayant une efficacité de 97% à 100%, mais ne protègent pas contre les MST. Quelques études suggèrent que les méthodes pourraient prédisposer à l'infection du VIH, et FHI et d'autres organisations essayent de répondre à plusieurs questions concernant l'utilisation de ces méthodes et les MST/VIH. Les méthodes de planification familiale naturelle, sauf l'abstention de rapports sexuels, ne protège pas contre les MST/VIH.

Cela implique donc que les clientes qui utilisent, soit la stérilisation, soit une méthode hormonale, soit une méthode naturelle, et qui sont exposées au risque d'une MST doivent utiliser simultanément une méthode de barrière pour prévenir l'infection. Cette double méthode nécessite une motivation très forte de la part de la cliente et de son partenaire et donc nécessite un bon counseling. Toutefois, l'approche d'une double méthode représente une augmentation du coût, ce qui est difficile pour beaucoup de services de PF et de clientes. Il y a aussi des repercussions possibles pour les clientes qui tout d'un coup demande à leur époux ou partenaire d'utiliser un préservatif. Le counseling du couple, soit ensemble soit séparement, doit être encouragé dans les situations ou il existe un risque de MST/VIH.

La contribution nécessaire des bailleurs de fonds à l'intégration des services de santé et de planification familiale

Présentateur : Souleymane BARRY

Il y a de réelles possibilités d'intégrer les actions de (1) survie de l'enfant et prévention MST/SIDA et (2) planification familiale et prévention MST/SIDA. Cependant, les bailleurs de fonds ont aussi un rôle important à jouer. La première urgence consiste à établir une véritable communication entre eux et les différents programmes de santé. Les bailleurs ont des défis à relever dans le cadre des efforts d'intégration. Cependant, l'expérience du Ghana signale les efforts et l'intérêt de l'USAID, par exemple, à faciliter l'intégration des programmes par l'appui budgétaire direct à la promotion de la PF et la lutte contre le SIDA. En effet, au niveau des pays, et au Ghana en particulière, l'USAID a décidé de supprimer les mécanismes parallèles de financement des programmes, tout en exigeant du gouvernement des résultats attendus. Selon l'opinion personnelle du présentateur, il est nécessaire que l'USAID re-définisse les mécanismes centraux d'assistance des agences de coopération technique afin d'éliminer les efforts duplicatifs et faciliter l'intégration des programmes et services dans la mesure du possible.

Programmes SIDA/MST et SR/PF : problèmes d'intégration

Présentateur : Jean Gabriel OUANGO

L'expansion galopante du SIDA dans le monde et particulièrement en Afrique a suscité des réactions d'urgence parmi lesquelles la création de GPA, la mise en place de comités nationaux de lutte contre le SIDA et l'élaboration de programmes verticaux. L'objectifs de ces programmes étaient d'agir vite pour stopper la propagation du virus. Des moyens financiers, matériels et humains ont été mis à la disposition des pays. Priorité de la santé publique dans la majorité des pays africains, la lutte contre le SIDA a été organisée de façon particulière dans chaque pays et les structures responsables ont été intégrées dans l'organigramme des ministères chargés de la santé comme unités specifiquement appelées à remplir des tâches spécifiques.

Dans les pays africains, la spécificité et la spécialisation des directions des ministères de la santé posent des problèmes d'intégration de leurs activités. C'est ainsi que les programmes SIDA/MST et ceux de la SR/PF sont mis en oeuvre de façon parallèle créant très souvent des problèmes de compréhension et d'intégration des messages par les populations cibles qui sont les mêmes. Les bailleurs de fonds favorisent cette verticalité par leurs tendances à financer des axes spécifiques

pour des résultats spécifiques. Pour résoudre ce problème, il serait souhaitable que des comités de coordination et de suivi soient mis en place au sein des départements de la santé afin de :

- identifier les stratégies des deux programmes dont la mise en oeuvre pourrait se faire de manière intégrée (ex. promotion du condom, IEC, formation du personnel sur la base de module intégré),
- maximiser l'impact des messages éducatifs dans le cadre des efforts pour le changement de comportement en éliminant les compétitions et les messages contradictoires
- gérer les ressources humaines, matérielles et financières mises à la disposition de ces projets intégrés.

Intégration des services de planification familiale et les soins post-abortum

Présentatrice : Christiane WELFFENS-EKRA

Le post-abortum est une période "sensible" pour la femme et traduit en général un besoin de services de planification familiale non-satisfait. Mais intégrer ces services n'est pas si aisé et demande aux prestataires d'être à l'écoute attentive des clientes, qui se sentent souvent méprisées et gênées. L'intégration des services doit être une adaptation des soins en fonction des besoins que présentent les femmes. Cela nécessite :

- une identification des besoins des groupes particuliers (ex. les femmes séropositives au VIH),
- une amélioration de l'attitude des prestataires envers les clientes et une mise à jour des connaissances sur les méthodes de contraception dans le post-abortum et les besoins des clientes dans le post-abortum,
- une suppression des barrières institutionnelles et administratives,
- une amélioration de la qualité des services dans les suites de la période post-abortum afin de combler les lacunes importantes et inadéquates dans les liens entre services de PF et avortement et éviter les risques de récidive ainsi que les complications.

Les stratégies de communication afin de maximiser l'accès et la qualité de services

Présentatrice : Claudia VONDRASEK

On reconnaît de plus en plus l'importance de la communication dans le succès des programmes de la SR. Les stratégies de communication sont importantes parce que la communication sert à améliorer la qualité des services aussi bien que d'augmenter l'acceptabilité et l'adoption de PF et d'autres services de la SR. Elle peut informer, motiver, et persuader la population à agir en faveur d'une meilleure SR.

Quand on veut préciser où agir pour améliorer l'accès et la qualité des services, qu'il s'agisse du "chemin de la clinique" aussi bien qu'à la clinique, et on peut ajouter chez soi, sur son fauteuil ou sur son tabouret, il faut choisir les groupes que l'on veut cibler par les activités. Tout ceci se décide quant aux résultats des études de base.

La première des stratégies est des masses médias. Cela comprend la télé, la radio, le cinéma, et les journaux. Les masses médias ont une influence sur l'accès aux services : selon le glossaire donné aux conférenciers, l'accès cognitif, l'accès psycho-sociale, même l'accès culturel sont tous composants de l'accessibilité des services. Les masses médias réussissent à informer un très grand nombre de personnes et même motiver une action.

Une deuxième stratégie est la participation communautaire par laquelle les clientes satisfaites et les prestataires vont dans les communautés où il n'existe pas de centres de santé ou de PF afin de promouvoir la SR/PF. Dans une province en Egypte, un projet de la participation communautaire, y compris une sensibilisation des institutions provinciales (FPAs, les églises, Minsanté, etc), la formation des leaders religieux pour tenir des réunions pour discuter du soutien de l'Islam pour la PF, et la formation des prestataires en communication inter-personnel, a augmenté de 8 % le taux provincial de prévalence de contraception.

La troisième stratégie est un plaidoyer. Cette stratégie demande à des leaders de s'impliquer dans la promotion d'un programme. Dès qu'on réussit à engager l'aide des chefs du village, les marabouts, ou même la femme du Président du pays, il devient bien plus facile de toucher la population.

La stratégie de communication suivante est l'approche Promotion des prestataires de services (PRO). Il y a six étapes dans cet approche : identifier les prestataires principaux, améliorer leurs techniques cliniques par la formation, améliorer leur communication interpersonnelle et leur counseling, utiliser les matériels IEC (dépliants, affiches, vidéos, cassettes), promouvoir et améliorer l'image des prestataires par les masses médias, faire des défenseurs du programme. Au Ghana, cette stratégie a augmenté les années-couples de protection par 90% dans trois provinces.

La cinquième stratégie est l'interaction client-prestataire, l'échange verbal et non-verbal entre le client et le prestataire, qui est la clé de la qualité des services que l'on veut améliorer. Les matériels IEC pourront offrir aux prestataires et aux clientes une qualité assurée d'information, qui aide la cliente (et son partenaire) à comprendre l'information même après son retour à la maison. Ils aident le prestataire à compléter toutes les informations nécessaires à partager avec la cliente.

La dernière stratégie de communication est le counseling. Les formations en counseling sont faites avec la technique BERCER. Plusieurs études ont montré l'importance d'une formation en counseling basée sur les résultats au niveau des clientes : meilleur taux de continuation, meilleur taux de retour aux cliniques, etc.

Il y a une synergie de toutes ces stratégies de communication. La combinaison de toutes ou plusieurs de ces stratégies assurent que la population cible aura l'information et la motivation adéquates pour adopter et continuer à utiliser des comportements ou des services qui promettent une meilleure santé reproductive.

Le counseling en SR/PF

Présentatrices : Cynthia STEELE VERME et Justine BELEM

Le counseling et un terme difficile à définir. Nous pouvons le définir à l'aide de quatre éléments clés :

- une communication à deux sens (la cliente et le prestataire parlent),
- sensibilité aux besoins et aux valeurs de chaque individu,
- permet aux clientes de faire des choix en ce qui concerne la santé de la reproduction (SR),
- permet aux clientes d'utiliser les méthodes/ services en sûreté.

Il y a des différences entre le counseling pour la santé reproductive et les conseils médicaux. La médecine est spécialisée tandis que la SR demande une vue compréhensive de la cliente. La médecine concerne des problèmes physiologiques, par contre, la SR touche au sentiment que nous avons de nous-mêmes, notre identité. Presque tout ce qui est en relation avec la SR a des conséquences non seulement médicales mais aussi personnelles et sociales. Le counseling non seulement permet un échange des faits mais aussi traite des soucis et des sentiments des clientes car ils rentrent pour une part importante dans les décisions que prendra une cliente.

Etant donné que le counseling et les conseils médicaux ne sont pas la même chose, il faut que les prestataires utilisent des compétences différentes. Notamment, il ne faut pas utiliser une terminologie médicale que la cliente ne comprend pas. Le prestataire devra peut-être "désapprendre" certaines des manières qui lui ont été enseignées. Par exemple, les médecins ont reçu une formation curative où ils diagnostiquent et traitent des pathologies et où il existe un traitement recommandé. Mais la plupart des clientes des services de SR sont en bonne santé et il n'y a pas d'indications médicales qui recommandent tel ou tel contraceptif à une cliente. Le choix et la préférence appartiennent aux clientes et non au médecin.

[En ce moment, les présentatrices ont fait un jeu de rôle montrant la différence entre de bon counseling et de mauvais counseling.]

Comme clés pour améliorer le counseling, mes remarques se concentrent sur quatre points principaux :

1. Parler avec la cliente des effets secondaires ; cela permettra aux clientes de choisir des méthodes acceptables, gérer les effets secondaires, reconnaître les signes des complications et savoir ce qu'il faut faire. Changer de méthodes est une option parfaitement acceptable pour une cliente qui ne peut pas tolérer les effets secondaires d'une méthode temporairement donnée.

2. Améliorer la communication à double sens. Le dialogue est l'un des grands principes du counseling mais dans la pratique on n'entend que la voix du prestataire. Un des principes généraux pour améliorer la communication interpersonnelle est de parler moins et d'écouter plus.

3. Reconnaître les préférences et les besoins individuels avant de donner beaucoup d'information à la cliente.

4. Incorporer la sexualité dans le counseling d'une manière appropriée et sensible. La sexualité est au coeur de la SR et elle est centrale aux décisions et à la satisfaction des clientes. Elle est même plus importante quand on parle aux hommes et aux jeunes.

Les recommandations pour la formation en counseling sont :

- former plusieurs prestataires et inclure des superviseurs,
- accorder suffisament de temps,
- veiller à améliorer les domaines faibles (mentionnés auparavant).

Pour le soutien du programme il faut :

- encourager les politiques qui garantissent un choix informé,
- veiller à ce qu'il y ait une gamme d'options de contraceptifs et de services,
- soutenir les activités éducatives supplémentaires.

En particulier, soutenir des innovations pour que le counseling réponde aux besoins locaux :

- élaborer un glossaire d'expressions pour les termes médicaux,
- répondre aux perspectives des femmes et des hommes,
- utiliser des approches appropriées lorsque vous discutez de la sexualité.

Sommaires de présentations de la séance facultative

Les techniques de marketing social

Présentatrice : Carol SQUIRE-DIOMANDE

Population Services International (PSI) est une organisation internationale à but non lucratif. PSI est la plus grande organisation de marketing social dans le monde, installée actuellement dans 28 pays en Afrique, en Asie et en Amérique Latine, et spécialisée dans les domaines de la PF, de la prévention du SIDA et de la survie de l'enfant.

Le marketing social utilise les techniques du marketing commercial pour inciter la population à adopter les changements de comportement bénéfiques à leur santé : l'utilisation d'une méthode moderne de contraception, l'emploi des préservatifs ou une réduction des partenaires sexuels, l'administration des sels de réhydratation orale aux enfants avec la diarrhée.

Ces techniques sont résumés par les "Sept P" d'un plan de marketing social. Il est important de noter que chacun de ces sept éléments doit être étudié, testé, et évalué pour chaque pays. De plus, chaque étape et élément doit renforcer le message et l'image du "produit" qui est le nouveau comportement souhaité par la campagne de sensibilisation.

1. Produit : la solution au problème de la population cible. Quel est l'image que l'on veut donner à la PF? Ici, nous avons à choisir les méthodes et les services à offrir, la marque, l'emballage, le logo, etc.

2. Prix : le prix d'aquisition par le consommateur n'est pas seulement financier. Il faut également tenir compte du temps, de l'effort et du stress psychologique potentiel et les réduire au maximum.

3. Place : le produit doit être accessible à tout le monde. Quel système de distribution pourrait assurer une grande couverture à moindre frais ? S'il s'agit des lieux des services, ceux-ci doivent répondre aux besoins des clients et non des fournisseurs.

4. Promotion : il faut créer la demande chez le consommateur mais aussi motiver les décideurs et les intermédiaires (qui sont les distributeurs et les détaillants du produit), les journalistes et le

personnel de santé. Quelle combinaison de communication par les voies des masses médias, communication sélective, communication interpersonnelle ?

5. Personnel : tous ceux qui sont associés au produit ou aux services doivent renforcer l'image de la campagne.

6. Présentation : la présentation physique des lieux de distribution du produit doit surtout renforcer l'image de la campagne.

7. Processus : le processus d'acquisition du produit ou des services doit être le moins compliqué possible.

Perspective de femmes de la région de Dakar sur les barrières et les contraintes à l'utilisation des services de PF

Présentatrices : Penda N'DIAYE et Christine NARE

Les résultats de l'EDS (1993) du Sénégal a révélé l'existence de barrières à la PF et nécessite que des études soient faites pour apporter des données sur la non-utilisation des méthodes contraceptives et les nombreux contacts que certaines femmes sont obligées de faire avant d'obtenir une méthode. Le programme "Expanding Contraceptive Choice" a donc entrepris cette étude qualitative qui avait pour objectif d'identifier les contraintes et les barrières qui empêchent les femmes d'être de fidèles clientes des services de PF.

Les données ont été collectées à travers des entretiens approfondis semi-structurés à l'aide d'un questionnaire contenant un nombre de questions ouvertes. La collecte s'est fait dans deux structures de santé et à domicile auprès de trois groupes cibles : les non-utilisatrices de méthodes contraceptives, les utilisatrices et les utilisatrices potentielles (femmes qui ont eu un certain nombre de contacts pour l'utilisation d'une méthode mais n'ont pas encore commencé).

Les résultats ont montré que quatre types de barrières existent empêchant les femmes de commencer ou de continuer l'utilisation de méthodes contraceptives :

- les barrières socioculturelles : le pouvoir de décision en matière de procréation est conféré au mari et près d'un quart des non-utilisatrices expliquent la non-utilisation de méthodes à cause de l'interdiction faite par leur époux.

L'image de la contraception véhiculée dans la société montre qu'elle s'inscrit dans une dynamique de lutte à la fois contre l'idéologie pronataliste et contre celle des relations sexuelles autorisées socialement. Cette conception est restrictive (la contraception est acceptée seulement dans le cadre du mariage) et encourage un début de pratique contraceptive tardif, lorsqu'on a fini de faire le nombre d'enfants qu'on desire ou lorsque ce nombre est presque atteint. Ainsi, environ 31 % des utilisatrices ont commencé à utiliser une méthode de contraception pour la première fois entre 25-29 ans et 20 % entre 30-34 ans. En plus, cette conception ignore les risques constitués par les grossesses précoces car "l'âge n'a pas d'importance." Les critères qu'il faut remplir avant l'utilisation d'une méthode sont la parité et le statut matrimonial.

- les barrières dans les centres : près de la moitié des clientes pensent qu'elles ne peuvent pas poser des questions au prestataire de services.
- les barrières médicales : le nombre moyen de contacts avant l'obtention d'une méthode est de quatre parce que le personnel demande à 60 % des femmes de subir des examens de laboratoire (analyse de sang, frottis) et de ramener les résultats pour obtenir une méthode. Les femmes ont des problèmes financiers (31 %) pour exécuter les demandes du personnel qui retarde souvent l'utilisation de méthodes et débouchent sur des abandons ou des grossesses non désirées (7 %). Les méthodes d'attente ne sont pas systématiquement données ou elles ne sont pas en quantité suffisante tenant compte du délai que la femme peut mettre avant de faire les examens demandés.
- barrières liées à l'information : d'une manière générale les femmes peuvent citer les noms de méthodes mais pas les avantages, inconvénients, effets secondaires. Leurs connaissances sont limitées mais surtout erronées et consituées principalement des rumeurs parce que ces informations proviennent de la ville (principale source d'informations) et des centres de PF (causeries entre les clientes).

Ces résultats montrent que les époux jouent un rôle important dans l'utilisation des méthodes par les femmes. Des activités de recherche et des stratégies devraient être développées en direction

de ce groupe cible. Dans les centres, les femmes font plusieurs visites avant d'obtenir une méthode de contraception et les examens de laboratoire sont encore prescrits à une grande majorité des femmes. La contraception est surtout perçue dans le cadre de la limitation des naissances, les autres avantages sont ignorés ou méconnus. Une information plus complète pourrait contribuer à une meilleure image de la contraception et à une pratique contraceptive chez les jeunes mères.

Comment utiliser les résultats d'analyse situationnelle ?

Presentateur : Placide TAPSOBA

Une étude d'analyse situationnelle (AS) diagnostique les forces et les faiblesses d'un programme de PF/SR. Elle englobe une révision de la promptitude des composantes du programme à fournir des services de qualité et la qualité même des soins reçus par les clientes à travers un échantillon représentatif des points de prestation de services.

Contexte de quatre études d'AS : ce résumé fait le point de la démarche suivie dans quatre pays qui ont adopté la même approche efficace pour maximiser l'utilisation des résultats de l'AS : Burkina Faso (1991), Madagascar (1993), Bénin (1994) et Sénégal (1994).

Qu'entend-on par utilisation des résultats : l'utilisation des résultats constitue l'objectif de toute étude de recherche opérationnelle. Il s'agit pour l'AS d'exploiter les résultats en vue d'entreprendre des actions directes ou indirectes visant à une amélioration du programme.

Domaine d'application de l'utilisation des résultats de l'AS dans les programmes de PF : elle porte sur la logistique de la provision en contraceptifs, les facilités et équipment, la dotation en personnel, leur formation et leur expérience, la supervision, la gestion, IEC, la tenue des registres et archives ainsi que d'autres aspects de la qualité des services.

Utilisation des résultats de l'AS, processus préparatoire pour favoriser une bonne utilisation des résultats avant et pendant la recherche : le chercheur doit penser à la planification pour la diffusion et l'utilisation des résultats au cours des différentes étapes du projet. Il doit collaborer avec les premiers utilisateurs pour l'élaboration du protocole de recherche et la mise en oeuvre. Les instruments de collecte des données font l'objet d'un amendement par les utilisateurs qui intègrent leur observations en fonction de leurs attentes de l'étude. Pour une bonne coordination, un comité scientifique et de suivi de l'AS est créé, des rapports et compte rendu des activités sont institués et régulièrement produits à l'intention des utilisateurs.

Et après la recherche : un atelier sur les résultats préliminaires est organisé. Les objectifs opérationels de l'atelier favorables à l'utilisation des résultats sont la discussion des résultats préliminaires, la formulation des recommandations, l'élaboration du plan d'action et de mise en oeuvre des recommandations, la mise en place d'un comité de suivi, l'établissement d'un chronogramme et la finalisation du plan de diffusion des résultats. Un exemple du profil des participants est celui du Burkina Faso, étant présent les directions centrales du Ministère de la Santé, les services de santé aux niveaux central et provincial, les institutions et organisations nationales et internationales (USAID, FNUAP, GTZ), l'Université de Ouagadougou (facultés des sciences de la santé et de sociologie), des institutions de recherche (ORSTOM, CNRST, INSD).

Que faire après la rencontre ? Il faut initier le personnel de l'institution commanditaire de la recherche à l'utilisation de la base de données de l'AS et les assister à exploiter des recommandations. De plus, il faut orienter les utilisateurs et les assister dans la formulation de leur programmes d'intervention. Il est aussi indispensable d'entretenir l'enthousiasme des utilisateurs et de faire une diffusion dans toutes les directions des résultats.

Diffusion des résultats de l'AS : le chercheur doit penser à la diffusion des résultats dès le début de l'étude. Elle se fait par l'organisation de tables rondes, séminaires, sessions de travail et d'information avec les utilisateurs et de publications.

Pourquoi les résultats de recherche ne sont pas toujours utilisés ? Les personnes qui mettent au point et réalisent l'étude ne sont pas celles qui utilisent les résultats. De plus, les chercheurs estiment avoir terminé leur étude une fois que le rapport final est rédigé et diffusé. On constate que les utilisateurs ne savent pas exploiter les rapports de recherche et ne sont pas toujours associés avec les différentes phases critiques du projet.

Comment utiliser le programme EASEVAL pour analyser les données tirées des enquêtes démographiques et de santé

Présentateur : Don DICKERSON

Les enquêtes démographiques et de santé (EDS) nous livrent une foule de renseignements sur la population et la planification familiale concernant un grand nombre de pays en développement. La plupart des personnes qui travaillent dans le domaine de la population lisent les rapports qui sont établis à la suite de chaque enquête et elles s'en servent. Toutefois, chaque enquête contient beaucoup plus d'informations que celles qui sont consignées dans le rapport final. Les enquêtes regroupent en effet beaucoup de questions supplémentaires. Les diverses façons d'examiner les données tirées des EDS qui présentent un intérêt potentiel sont beaucoup trop nombreuses pour être toutes incluses dans le rapport final. Heureusement, la plupart des enquêtes peuvent être consultées par ceux qui veulent les étudier de plus près. Mais pour accéder aux données, le chercheur doit utiliser un programme hautement spécialisé d'analyse statistique, en général l'ISSA ou le SPSS. La tâche peut être ardue, même pour quelqu'un qui connaît bien les programmes statistiques. Dès lors, un grand nombre de gens à qui l'examen complémentaire des données pourrait être utile n'ont pas l'occasion de faire ces recherches.

Le système EASEVAL – « Easy Analysis of Survey data for Evaluation », (Analyse aisée des données tirées d'enquêtes aux fins d'évaluation) est un programme informatique conçu de manière à permettre à toute personne équipée d'un ordinateur d'avoir accès aux ensembles de données des EDS. Ce programme fait appel à un menu d'options facile à utiliser et qui permet à l'utilisateur de faire des recherches dans les bases de données des EDS dont les résultats ne sont pas cités au rapport final. Par exemple, pour dégager les données sur les fréquences ou les recoupements, l'utilisateur n'a qu'à choisir l'un ou l'autre de ces mots proposés au menu d'options EASEVAL. Il lui reste ensuite à sélectionner les variables souhaitées à partir d'une liste présentée sur l'écran. Le programme exécute les manoeuvres nécessaires et affiche les résultats sur l'écran, ou sur l'imprimante, sous forme de tableaux ou de graphiques. De surcroît, EASEVAL intègre les procédures qui permettent de calculer des indicateurs spéciaux en les choisissant d'après le menu d'options proposé sur l'écran. Les indicateurs en question concernent notamment les taux de fécondité, les besoins non satisfaits, les taux de natalité en fonction de la parité, etc. EASEVAL peut aussi être utilisé pour sélectionner des sous-ensembles de données, par exemple tout ce qui a rapport aux adolescents, aux fins d'analyse détaillée. De nouvelles variables peuvent être définies par l'utilisateur et intégrées aux analyses.

EASEVAL est compatible avec tous les fichiers typiques de recodage relatifs aux données des EDS. C'est essentiellement une interface d'emploi facile qui guide l'utilisateur tout au long de la sélection des analyses et des variables et qui affiche les résultats. La manipulation des données est en fait réalisée par un sous-ensemble de l'ISSA – « Integrated System for Survey Analysis » (Système intégré d'analyse des enquêtes), programme mis au point par Macro International dans le cadre du projet des EDS.

Le programme EASEVAL a été élaboré dans le cadre du projet EVALUATION (Evaluation de l'impact des programmes de planification famililiale). Ce projet bénéficie du financement du bureau Population de l'USAID. Il est exécuté par le Carolina Population Center de l'Université de Caroline du Nord et ses sous-traitants, The Futures Group International et l'Université Tulane.

Pour de plus amples renseignements sur le projet EVALUATION, veuillez contacter :

Project Director
EVALUATION Project
Carolina Population Center
University Square, CB# 8120
Chapel Hill, NC 27514-3997 Etats-Unis
Téléphone : 919-966-1737
Télécopie : 919-966-2391

Pour se procurer le programme EASEVAL, prière de contacter :

EASEVAL Program
EVALUATION Project
The Futures Group International
80 Glastonbury Blvd.
Glastonbury, CT 06033 Etats-Unis
Téléphone : 203-633-3501
Télécopie : 203-657-9701

Pour recevoir un appui technique, contacter la permanence EASEVAL par télécopieur, au (203) 657-9701, par INTERNET :

RMCKINNON-TFGI@CGNET.COM, ou par téléphone, au (203) 633-3501.

Présentation des vidéos sur l'allaitement maternel, la PF, et la méthode MAMA

Présentatrice : Kristin COONEY

Dans cette présentation, trois vidéo-cassettes ont été montrées :

"Allaitement maternel : Préserver une ressource naturelle"

Cette vidéo de 15 minutes montre que l'allaitement maternel est une ressource naturelle qui peut être d'un secours pour atteindre les objectifs visés dans le domaine de la santé et la PF. La cassette décrit les nombreux avantages de l'allaitement maternel aussi bien que les bienfaits des programmes de promotion.

"Lignes directrices : Allaitement maternel, planification familiale et Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée"

Cette cassette de 15 minutes désignée pour aider à la formation des prestataires de services PF/SR, enseigne comment offrir et soutenir l'allaitement, la planification familiale, et la Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA). La MAMA offre, à la mère qui allaite, une méthode de contraception sans danger, fiable et abordable durant six mois après l'accouchement. Les avantages de la MAMA et les critères d'éligibilité pour cette méthode sont bien expliqués.

"L'allaitement maternel et la planification familiale : buts communs, décisions vitales"

Cette vidéo de huit minutes traite comment l'allaitement maternel et la PF oeuvrent de concert pour mieux gérer le capital santé de la famille. Les bienfaits de l'allaitement au sein et des services PF, soit à l'échelle globale soit à l'individuelle, sont décrits. La complémentarité de l'allaitement et la PF est discutée. L'utilisation de l'intervention MAMA est aussi discutée.

Chaque vidéo-cassette et le livret qui l'accompagne est disponsible auprès de : Institute for Reproductive Health, Georgetown University Medical Center, 2115 Wisconsin Ave NW, Suite 602, Washington, DC, 20007, Etats-Unis.

L'Institut de santé reproductive, créé en 1985 au centre médical de l'Université de Georgetown, est rattaché au Service d'obstétrique et de gynécologie. L'Institut est financé principalement par l'USAID et est une organisation sans but lucratif, non-sectaire et non-gouvernementale. L'Institut comprend deux divisions séparées : Allaitement maternel et Santé materno-infantile (SMI) et Connaissance de fertilité (CF) et Planification familiale naturelle (PFN).

La Division Allaitement maternel et SMI s'efforce de faciliter la pratique de l'allaitement maternel optimal dans le souci de préserver la santé de la mère et de l'enfant et de s'assurer que des méthodes de planification familiale, non-préjudiciables à l'allaitement, sont introduites en temps opportun. Un important outil contribue à cet effort : la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorhée (MAMA), une méthode qui sert d'introduction aux autres méthodes de planification familiale et qui confort les programmes de planification familiale et de survie de l'enfant. En collaboration avec les programmes de la SMI, la PF et la survie de l'enfant et les groupes de soutien communautaire, la Division a pour objectif d'améliorer les techniques d'allaitement et le soutien aux femmes qui ont choisi d'allaiter. La Division appuie les programmes et projets sur l'allaitement maternel et la fécondité : l'allaitement maternel et la santé de la mère et de l'enfant et autres questions analogues, dans le cadre de travaux spécifiques de recherches, restructuration de politiques, formation, développement de matérieux et assistance technique. La Division s'est vue décerner l'honneur en 1991 d'être le premier centre collaborateur de l'OMS en matière d'allaitement.

Deux vidéos montrant deux stratégies de communication pour adresser le principe MAQ

Présentatrice : Claudia VONDRASEK

Deux vidéos s'adressant à deux stratégies différentes pour améliorer l'accessibilité et la qualité des services PF/SR ont été présentées :

"Femmes compétentes, hommes attentionnés : des images qui inspirent"

Les objectifs de cette vidéo sont :

- promouvoir un changement de conception des rôles et qualités traditionnellement assignés aux femmes et hommes,
- avancer les médias visuels pour la promotion de PF/SR.

Cette vidéo développée pour la CIPD décrit le rôle des médias dans la promotion des images des femmes capables, compétentes, éduquées, qualifiées, etc., et des hommes qui soutiennent ces femmes, qui se responsabilisent à l'importance de la SR. La durée de la vidéo est de 17 minutes.

"BERCER : Vidéo sur le counseling en PF"

L'objectif de cette vidéo est de fournir un outil de formation pour les prestataires de services de PF en matière de counseling.

La vidéo a été développée par le Conseil National de Planification Familiale au Zimbabwe avec l'assistance de JHU/PCS, qui présente les six étapes suggérées pour offrir un meilleur counseling aux clientes de PF. Ces étapes sont représentées par l'acronyme BERCER qui veut dire Bienvenue, questions lors de l'Entretien, Renseignement sur la PF, Choix de méthode de PF, Expliquer la méthode choisie et planifier le Retour de la cliente. La durée de la vidéo est de 19 minutes.

Les deux vidéos sont disponibles auprès de Population Communication Services, Johns Hopkins University, Baltimore, MD, Etats-Unis.

Les Services de communication en matière de population apportent une assistance technique et financière aux projets d'IEC afin de promouvoir le planning familial et la santé de la reproduction dans plus de 60 pays en développement. Mis sur pied en 1982 grâce au soutien de l'USAID, PCS attache une grande importance aux études des publics, prétests, utilisation de professionnels de la communication créatifs, et suivi et évaluations régulières pour relier les activités de communication aux prestations de services. Pionnier qui a su combiner divertissement et éducation pour promouvoir les messages sanitaires et sociaux, le personnel de PCS évalue les besoins en communication, planifie les stratégies nationales de communication, élabore des émissions radiophoniques et télévisées, du matériel imprimé et traditionnel et réalise des ateliers. PCS peut également offrir une formation en planification de projets, élaboration de matériels, communication interpersonnelle et administration de programmes. PCS a mis sur pied une médiatique de plus de 10.000 articles et prépare des pochettes d'information pour les professionels de la santé du monde entier.

Introduction aux plans d'action

La préparation, par les délégations des pays, de plans d'action visant à accroître l'accès à la planification familiale et à rehausser la qualité des services a été l'un des éléments principaux de la conférence. Au cours de la phase de préparation de cette conférence, le Comité Technique basé en Afrique, le Comité de Coordination des Etats-Unis et l'USAID/Washington sont convenus que les plans d'action serviraient à l'application des recommandations et à l'évaluation de l'impact de la conférence sur les programmes de santé reproductive et de planification familiale à l'échelle nationale.

Pour faciliter la préparation des plans d'action, le Comité Technique basé en Afrique a élaboré un format particulier et élaboré un questionnaire visant à obtenir des informations sur le statut de la planification familiale et de la santé reproductive dans chaque pays participant. Ces deux documents ont été envoyés à tous les délégués avant l'ouverture de la conférence. Les membres du Comité Technique ont prêté leur appui aux délégations des pays pour les aider à remplir le questionnaire et, dans certains cas, pour préparer la première version des plans d'actions avant leur arrivée à Ouagadougou. Les réponses au questionnaire ont fourni des données de base sur le statut de la santé reproductive et de la planification familiale. Dans la mesure du possible, la préparation des délégués et des plans d'action avant la conférence a été coordonnée avec les autorités locales pour garantir leur adhésion aux activités proposées.

Au cours de la conférence, un membre du Comité Technique basé en Afrique a aidé chaque délégation à faire la synthèse des communications qui seraient présentées lors de la conférence, à faciliter les discussions au cours de la période d'élaboration du plan et l'utilisation du format du plan d'action remis aux délégations. Les délégations ont siégé tous les jours pour discuter les éléments saillants des séances plénières de la journée et, lorsqu'elles le désiraient, pour les intégrer aux plans.

En règle générale, les plans d'action qui ont été formulés reflètent l'engagement des délégations aux objectifs MAQ. Ils reflètent aussi la composition multidisciplinaire et multisectorielle des délégations. A la fin de la conférence, un grand nombre de délégués ont déclaré que la préparation des plans leur avait permis d'apprécier l'importance qu'il y a de faire intervenir tous les secteurs des programmes de santé reproductive et de planification familiale.

Les délégations ont recommandé que les plans d'action élaborés lors de la conférence soient considérés comme des ébauches, et les version définitives seront rédigées une fois qu'elles auraient regagné leur pays et que leurs collègues et partenaires auraient eu l'occasion de donner leur avis sur la question.

Les plans d'action provisoires présentés dans cette section ont également servi de point de départ à des discussions entre les délégations, les bailleurs de fonds internationaux, les missions de l'USAID et les organismes collaborateurs, qui ont tous cherché à cerner les domaines potentiels de future collaboration.

Previous Page Blank

PLAN D'ACTION DU BENIN
(Aperçu non-soumis)

PROBLEME I : Insuffisance de performance des prestataires.

FACTEURS/ CAUSES PRIORITAIRES	OBJECTIFS	INDICATEURS	STRATEGIES/ ACTIONS	RESPONSABLES	PARTENAIRES POSSIBLES
1. % prestataires non formés en PF	Elaborer un curriculum de PF de base pour les aides-soignants	Existence d'un curriculum pour les auxiliaires	Dans le pays avec formateurs nationaux et assistance technique	Direction de la santé familiale	USAID FNUAP UNICEF B.M. OMS
2. % important de prestataires non formés en IEC	Former et recycler le personnel qualifié (2,3,4,5)	Nombre de personnel formé	"		
3. % important de prestataires non formés en pratique	Assurer la formation pédagogique des formateurs et encadreurs	Nombre de personnel recyclé	Décentraliser avec assistance technique		
4. Terrains de stage inappropriés dans les départements	Améliorer l'équipement des terrains de stage (4,9)	Existence d'au moins un terrain de stage pour chaque département	"		

SUITE PROBLEME I

FACTEURS/ CAUSES PRIORITAIRES	OBJECTIFS	INDICATEURS	STRATEGIES/ ACTIONS	RESPONSABLES	PARTENAIRES POSSIBLES
5. Performance insuffisante des formateurs et encadreurs	Assurer la formation pédagogique des formateurs et encadreurs	% des sites équipés selon les standards	Selon les objectifs et priorités	Direction de la santé familiale	USAID FNUAP UNICEF B.M. OMS
6. Manque de formation pédagogique des formateurs et encadreurs		"	Avec formateurs nationaux et assistance technique		
7. Supervision insuffisante au plan qualitatif et quantitatif	Elaborer un guide et un instrument de supervision technique	Existence d'un guide de supervision à disséminer	Avec formateurs nationaux et assistance technique		
8. Absences de protocoles de services	Elaborer et disséminer les protocoles	Protocoles SR/PF à élaborer et disséminer	Atelier formateur/ prestataires		
9. Insuffisance d'équipement	Déterminer les besoins : inventaire détaillé d'équipement	Inventaire établi, identification des besoins en équipement dans tous les sites	Utilisation de circulaires de recencement d'équipement		

PROBLEME II : Insuffisance de Personnel qualifié.

FACTEURS	OBJECTIFS	INDICATEURS	STRATEGIE	RESPONSABLE
1. Gel du recrutement	Déterminer les besoins en ressources humaines selon les standards	Besoins recencés A	Implication assemblée nationale	DSF et DSAF
2. Départ volontaire			- Bailleurs de fonds - Ministère du plan - Ministère des finances	"
3. Départ à la retraite et décès	Rechercher les sources de financement pour les postes déterminés 1)2)3)	Poste budgétaire identifié et pourvu B	- Comité de suivi du PAS 1)2)3)	"
4. Structuration de la formation en SR/PF à la faculté et dans les écoles de formation	Intégration des modules de SR/PF aux curricula	Curriculum complète FAC INMES INIIAB	Concertation Ministère de la santé et Ministère de l'éducation nationale - Responsables des écoles, facultés et DSF	
	Assurer une étude pilote de marketing social/DBC	Projet Marketing Social/DBC élaboré. B Projet mis en exécution	Elaboration du projet MS/DBC avec intervenants secteur privé/public	"

PROBLEME III : Inadéquation entre l'offre et la demande en IEC ==> SR/PF.

FACTEURS/ CAUSES PRIORITAIRES	OBJECTIFS	INDICATEUR	STRATEGIE	RESPONSABILITE	BAILLEURS DE FONDS
Implication des décideurs encore insuffisante	Dynamiser la cellule nationale	- Comité technique fonctionnel IEC SR/SF (A) - Calendrier du programme IEC SR/SF (A) - Amendement de la loi de 1920 introduit (B)	Mise en place d'un comité technique IEC SR/SF 9 membres	DSF	FNUAP
Niveau d'information de la population cible encore limitée					
Intervention en IEC inefficace	Mettre en oeuvre le programme d'IEC SR/SF				
Persistance de facteurs socio-culturels limitant					
Loi législative inadaptée	Assurer le suivi du dépôt du projet d'amendement de la loi				

PLAN D'ACTION DU BURKINA FASO
APERCU

BUT

Elaborer des stratégies d'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des services de santé de la reproduction/planification familiale au Burkina Faso.

Proposer un cadre d'activités pouvant servir de guide à des actions communes visant à améliorer la qualité et l'accessibilité des services de santé de la reproduction/planification familiale.

DEFINITION DU CONTEXTE DU BURKINA

1. Profil Socio-Sanitaire du Burkina Faso

A - Données démographiques :

- Population totale : 10.465.823 (INSD projection 1995).
- Taux annuel d'accroissement de la population : 2,68 % (INSD 1992).
- Femmes en âge de reproduction : 2.302.308 (INSD projection 1995).

B - Données socio-sanitaires :

- Taux de mortalité maternelle : 592 pour 100.000 naissances vivantes (INSD 1991).
- Taux de prévalence contraceptive (totale) : 23 % INSD (ED 1991).
- Indice synthétique de fécondité : 6,9 enfants/femme.
- Nombre de formations sanitaires existant dans le pays : 931 (DEP 1994).
- Nombre de formations sanitaires offrant des services de PF : plus de 300 en 1994 (DSF).

2. Problèmatique de la SR/PF

- Aspect politique : grande opportunité au BF.
- Aspect institutionnel : lourdeur administrative (contrainte).
- Aspect socioculturel et économique : obstacles socioculturels et faible niveau économique des ménages.
- Aspect coordination : il faudrait revoir les mécanismes de coordination des projets de SR/PF.
- Aspect opérationnel : tenir compte des besoins des communautés surtout en zone rurale.
- Autres...: Il y a des aspects juridiques à revoir en matière de SR/PF.

CANEVAS DU PLAN D'ACTION

1. PROBLEMES PRIORITAIRES

2. OBJECTIFS

3. INDICATEURS

4. STRATEGIES/ACTIONS

IDENTIFICATION DE PROBLEMES (en vue de solutions de changements)

1. SUR LE PLAN LEGISLATIF

La loi ne permet pas l'accès des mineurs (moins de 17 ans) aux services de santé de la reproduction; ce qui ne correspond pas à la réalité.

Changement souhaité : modifier la législation (création de juridictions spécialisées pour enfants et mesures d'accompagnement).

2. TECHNOLOGIE CONTRACEPTIVE

MAMA/PFN : méthodes à promouvoir davantage.

- Critères d'éligibilité de l'OMS : notions encore mal comprises dans leurs applications pratiques, attendre d'autres exposés pour meilleure compréhension.
- Méthodes hormonales, DIU, méthodes permanentes, méthodes de barrière : améliorer le suivi, la supervision, la gestion des effets secondaires.
- La contraception d'urgence
- Gestion des contraceptifs
- Méconnaissance et non application des standards nationaux.

3. LES SOINS DE POST-ABORTUM

Problème : services non intégrés comme activités de PF dans notre programme.

- Soins et prises en charge insuffisants
- Counseling
- Insuffisance de la formation
- Solution : élargissement des activités de la santé de la reproduction selon le plan d'action du Caire: organisation et équipement de services de soins d'urgences post-abortum et de PF.

4. MST/SIDA

- Principal problème : Intégration avec la PF et intégration dans le système de redynamisation des soins de santé primaires (I.B.).
- Fonctionnement des banques de sang et contrôle de qualité des laboratoires de CMA.
- Harmonisation/coordination des messages et canaux de communication.
- Insuffisance de prise en charge psycho-sociale et d'équipements.

5. PRATIQUES NEFASTES A LA SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT

- Stratégie d'IEC.

6. ROLE ET RESPONSABILITE DES HOMMES ET DES FEMMES DANS LA SR/PF

- Faible pouvoir de prise de décision de la femme.
- Difficultés d'implication des hommes.
- Insuffisance d'application des résultats de recherches socio-anthropologiques à la SR/PF.

7. NOUVEAUX CONCEPTS SR/PF

- Nécessité de ressources supplémentaires.
- Concept à préciser sur le plan opérationnel

PROBLEMES PRIORITAIRES

PROBLEME 1 : Méconnaissance et/ou non application des politiques, standards et protocoles de services de SR/PF aux différents niveaux.

PROBLEME 2 : Prise en charge inapproprié des avortements compliqués.

PROBLEME 3 : Méconnaissance des fondements socioculturels des pratiques néfastes pour la santé de la mère et de l'enfant.

PLAN D'ACTION DU BURKINA FASO

PROBLEME : Méconnaissance et/ou non application des politiques, standards et protocoles de services de SR/PF aux différents niveaux.

FACTEURS/ CAUSES	OBJECTIFS (court, moyen et long terme)	INDICATEURS	STRATEGIES/ ACTIONS	RESPONSABLES	PARTENAIRES POSSIBLES	CALENDRIER (y compris les activités d'évaluation)
1. Non application du plan de diffusion: - leaders - formation - ventilation des documents 2. Non mise à jour des documents	COURT TERME : Créer un comité technique de suivi Assurer la dissémination des documents MOYEN ET LONG TERME : Mettre à jour périodiquement les documents Evaluer la mise en application de ces documents	Existence d'un texte de création du comité technique de suivi Existence d'au moins un agent formé à l'application des documents dans chaque point de prestation Les documents sont revisés au moins une fois pendant la durée du plan Existence d'un rapport d'évaluation	Identification des membres du comité technique Propositions d'un texte de création du comité Organisation de séminaires de sensibilisation des leaders Formation des prestataires à l'utilisation des documents Organisation d'un atelier de révision des documents Evaluation à mi-parcours et à terme de l'application des documents	DSF DSF MS, ONG, Privé DSF DSF/INTRAH	INTRAH, ONG MS INTRAH, PCS Districts sanitaires FNUAP GTZ INTRAH INTRAH, Districts sanitaires	Juillet 1995 Août 1995 Septembre 1995 Octobre 1995 - Mars 1996 Juillet 1997 Décembre 1996 Juillet 1998

PROBLEME : Prise en charge inappropriée des avortements compliqués.

FACTEURS/ CAUSES	OBJECTIFS (court, moyen et long terme)	INDICATEURS	STRATEGIES/ ACTIONS	RESPONSABLES	PARTENAIRES POSSIBLES	CALENDRIER (y compris les activités d'évaluation)
1. Insuffisance de formation en counseling et techniques de soins des professionnels de santé 2. Insuffisance de structures et d'équipements appropriés 3. Méconnaissance des risques liés à l'avortement	Intensifier l'IEC sur l'avortement à tous les niveaux Equiper les formations sanitaires en matériel approprié Former le personnel de santé en counseling	Au moins un agent de santé est formé en counseling dans chaque centre de prestation de services de post-abortum Pourcentage de personnes interrogées connaissants les risques de l'avortement Pourcentage de personnes qui fréquentent les services post-abortum Nombre de cas de décès par avortement	Formation en IEC/counseling des professionnels de la santé Sensibilisation/ mobilisation sociale sur l'avortement Equipement en matériel approprié des structures de prises en charge Traitement d'urgence et prestation de services conseils et de PF	DSF/CHN DSF CHN CHN	CN IEC/santé CN IEC/santé CNLS PCS Pop Council FHI ROCKFOUND FNUAP GTZ DSF FHI/ ROCKFOUND	Septembre - Décembre 1995 Juillet 95 à Juillet 98 Janvier à Juin 1996 continu

PROBLEME : Persistance des pratiques néfastes à la santé de la femme et de l'enfant.

FACTEURS/ CAUSES	OBJECTIFS (court, moyen et long terme)	INDICATEURS	STRATEGIES/ ACTIONS	RESPONSABLES	PARTENAIRES POSSIBLES	CALENDRIER (y compris les activités d'évaluation)
1. Méconnaissance des fondements socioculturels des pratiques néfastes - Insuffisance d'exploitation des données socio-culturelles existantes - Insuffisance/ manque de coordination des recherches 3. Inadaptation des stratégies de lutte (IEC)	COURT/ MOYEN TERME Améliorer le niveau de connaissance sur les fondements socioculturels des pratiques néfastes MOYEN/LONG TERME Réduire l'importance des pratiques néfastes	Les fondements socioculturels des pratiques néfastes sont connus des acteurs Existence de messages culturellement acceptés Pourcentage de femmes victimes des pratiques néfastes	Adapter le contenu de l'IEC au contexte socioculturel Mener/exploiter les recherches socio-anthropologiques sur les pratiques néfastes Adapter les stratégies de lutte contre les pratiques néfastes			

PLAN D'ACTION DU CAMEROUN
(Aperçu non-soumis)

PROBLEMES : Les hommes sont peu impliqués dans les activités de PF.

OBJECTIF PRINCIPAL : Amener les hommes à s'impliquer davantage dans les activités de PF

FACTEURS/SOUS-PROBLEMES	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS	ACTIONS	RESPONSABLE	PARTENAIRE	CALENDRIER
1. Exclusion des hommes comme cibles de PF dès le début du programme	Amener les hommes à se sentir concernés par les services de PF	Nombre/ pourcentage de prestataires qui ont maîtrisé les connaissances pertinentes	Formation des prestataires à la prise en charge des hommes dans les services de PF	Gouvernement ONG : - FESAGE - CAMNAFAW - AD LUCEN	GTZ OMS PCS INTRAH SEATS USAID AVSC Int.	Pendant les 3 premiers mois du plan
	Amener les prestataires à s'occuper des hommes dans leurs activités de PF	Nombre/ pourcentage des stagiaires compétents pour assurer les prestations de la PF chez les hommes	Formation des équipes villageoises de sensibilisation à la PF (leaders d'opinion)			Du 4ème au 7ème mois du plan
2. Influence négative des parents et amis (attitude pronataliste)	Faire comprendre à la communauté les avantages évidents de la PF	Nombre d'hommes qui fréquentent les services de PF comme bénéficiaires ou accompagnateurs de leur épouse	Formation des agents des masses médias			Du 3ème au 4ème mois du plan
3. Choix limité des méthodes contraceptives pour les hommes	Promouvoir les méthodes de barrière et naturelles		Sensibilisation des hommes aux activités de PF grâce aux médias et méthodes de communication interpersonnelle			A partir du 4ème mois du début du programme
	Promouvoir la vasectomie		Conférence-débat			

FACTEURS/SOUS-PROBLEMES	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS	ACTIONS	RESPONSABLE	PARTENAIRE	CALENDRIER
		Pourcentage de l'audience cible exposée à un message spécifique qui indique que le message leur a plu	Réunion des équipes villageoises avec les comités de développement IEC			
4. Services actuels de PF non attrayants pour les hommes	Réorganiser les services de PF pour les rendre plus attrayants pour les hommes	Nombre de méthodes contraceptives connues	Réaménagement des services de PF pour les rendre plus accessibles aux hommes			Dès le 4ème mois du plan
	Garantir la confidentialité des actes	Pourcentage de l'audience cible qui recommande la pratique de la PF	Acquisition du matériel pour la CCV (vasectomie)			
5. Non perception par l'homme du bénéfice de la PF sur sa santé directe	Amener les hommes à saisir l'importance de la PF pour la survie et l'éducation de leurs enfants	Nombre de méthodes disponibles	Formation des prestataires pour la vasectomie			
		Centres de prestations adéquats	Tournée de suivi d'exécution du plan dans les 4 mois			6 mois après le début du plan
	Amener les hommes à mieux comprendre les effets positifs de la PF sur la santé de leur épouse et sur la gestion des ressources familiales	Qualité de l'accueil	Introduction de la méthode de COPE dans les services			
		Temps de circulation des clients	Rapports d'activités trimestriels			
		Pourcentage des hommes qui ont une opinion favorable de la PF	Evaluation de l'impact			15 mois après le début du plan 3 ans (terme du plan)

PROBLEMES : Taux élevé des maternités précoces (15 à 22 %) au Cameroun.

OBJECTIF GENERAL : Réduire de 30 % et en 3 ans le taux actuel des maternités précoces.

FACTEURS/ SOUS-PROBLEMES	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS	ACTIONS	RESPONSABLE	PARTENAIRE	CALENDRIER
6. Absence d'éducation sexuelle au niveau des : - adolescents - parents - enseignants	Elaborer le programme d'éducation à l'intention des : - adolescents - parents - enseignants	Existence d'un programme d'éducation sexuelle à l'intention des : - adolescents - parents - enseignants Liste des établissements scolaires et communautés choisies Législation en faveur de la contraception chez l'adolescente	Atelier d'élaboration et révision du programme Impression du programme Choix des zones d'expérimentation - 5 lycées - 10 écoles primaires - 5 communautés environnantes Revue de la législation en vigueur dans le domaine de la contraception		USAID SEATS FHI FNUAP PCS OMS UNICEF GTZ PSI	- Les 2 premiers mois - 19ème mois Le 3ème mois Les 2 premiers mois

FACTEURS/SOUS-PROBLEMES	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS	ACTIONS	RESPONSABLE	PARTENAIRE	CALENDRIER
		Nombre ou % de personnes formées qui ont maîtrisé les objectifs, le contenu du programme, la méthodologie et l'utilisation des outils	Formation de 3 équipes composées de 25 formateurs chacune			4ème et 5ème mois
		Nombre ou % des journalistes ayant maîtrisé les objectifs à atteindre à travers les émissions radio et le nombre des messages diffusés	Formation de : - 75 enseignants du secondaire - 100 enseignants du primaire - 600 parents des deux sexes - 30 journalistes de la radio (langues nationales + français + anglais)			-5è et 6è mois -5è, 6è et 7è mois -Du 5è au 15è mois -6è mois
	Introduire le programme de PF dans le système formel et non formel de l'éducation	Décision interministérielle pour l'intégration du programme dans le système éducatif formel et non formel	Réunion interministérielle pour l'adoption du programme			Début 4ème mois
		Nombre ou % des personnes touchées par la formation qui comprennent correctement les informations et messages donnés	Application du programme aux différents niveaux décidés : - dans les écoles - dans la communauté			Du 5ème au 36ème mois

FACTEURS/SOUS-PROBLEMES	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS	ACTIONS	RESPONSABLE	PARTENAIRE	CALENDRIER
		Nombre de messages émis par type de support	Atelier de conception, impression et diffusion des supports d'information			3ème et 4ème mois
		Pourcentage des auditeurs cibles exposés aux messages d'après les personnes sondées				
		Nombre de clubs santé	Création des clubs santé dans les écoles			Du 5ème au 36ème mois
		Nombre de clubs de femmes dans la communauté	Organisation des clubs de femmes dans la communauté			Du 5ème au 36ème mois
7. Utilisation inadéquate des méthodes contraceptives par les jeunes	Améliorer les connaissances des jeunes dans l'utilisation des méthodes contraceptives	Nombre ou % des jeunes qui utilisent correctement au moins une méthode de contraception	Organiser des séances de formation pour jeunes sur la contraception : - naturelle - artificielle			Du 5ème au 36ème mois
		Nombre de % des jeunes qui discutent avec les autres de l'utilisation correcte des méthodes contraceptives	Organiser des séances d'information/ formation pour les parents sur : - contraception par méthodes naturelles et artificielles			

FACTEURS/SOUS-PROBLEMES	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS	ACTIONS	RESPONSABLE	PARTENAIRE	CALENDRIER
8. Le mauvais encadrement familial des enfants	Accroître/améliorer les connaissances des familles dans le domaine de l'encadrement des jeunes	Harmonie familiale Comportements responsables des enfants Relations de confiance entre parents et enfants	Causerie éducative avec les parents sur : - les besoins éducatifs de l'enfant en milieu familial - les loisirs sains pour les enfants - le développement de la personnalité de l'enfant et ses exigences - les besoins biologiques de l'enfant à différents âges			Du 5ème au 36ème mois
	Assurer l'évaluation d'impact des activités menées dans le cadre du présent plan d'action	Nombre ou % des jeunes des deux sexes non encore sexuellement actifs Nombre ou % des jeunes qui utilisent la contraception Pourcentage de réduction des grossesses précoces dans les zones d'intervention	Mission d'évaluation d'efficience et d'impact : -Nombre ou % de personnes touchées dans l'année -Degré d'atteinte des objectifs du plan d'action -Identification des points forts et des points faibles Prise de décision pour améliorer la situation			18ème mois et 36ème mois

FACTEURS/ SOUS-PROBLEMES	OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS	ACTIONS	RESPONSABLE	PARTENAIRE	CALENDRIER
	Assurer le suivi des activités menées dans le cadre du présent plan d'action	Prestation satisfaisante des personnes suivies Nombre de jeunes qui discutent de la contraception Offre des services aux adolescents	Mission de suivi tous les 4 mois pour voir : - comment les cibles touchées appliquent le programme ? - quelles sont les difficultés rencontrées ? - comment les auditeurs cibles reçoivent les messages ? - Les acceptent-ils ou non ? - quelles difficultés rencontrent-ils ? - quels sont les besoins des formateurs en recyclage ?			Tous les 4 mois

PLAN D'ACTION DE LA COTE D'IVOIRE
APERCU

I. PROFIL DU PAYS

La République de Côte d'Ivoire, qui est située à l'Ouest de l'Afrique, couvre une superficie de 322.500 km². Selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitat, la Côte d'Ivoire abritait en 1988 10.815.694 personnes et avait un taux d'accroissement de 3,8 %. Actuellement, la population est estimée à 13,2 millions d'habitants avec 2,9 millions de femmes en âge de reproduction, un taux de fécondité globale de 209 pour mille, un indice synthétique de fécondité de 6,3 enfants, alors que le taux de mortalité est d'environ 594 pour 100.000.

Le pays comprend 1284 formations sanitaires dont 72 services de planification familiale (43 services pour le privé et 28 pour le public). L'Association Ivoirienne pour le Bien-Etre Familial (AIBEF) a démarré les activités cliniques de planification familiale en 1986 et les premiers services du public ont vu le jour en 1992.

Le taux de prévalence contraceptive (totale) est estimé à 3,3 %. La proportion d'utilisation de chaque méthode se répartit comme suit :

- Pilule 50 %
- Injectables 30 %
- DIU 10 %
- Condom 5 %
- Spermicide 5 %

Le Norplant n'est pas encore introduit dans le programme ainsi que la CCV (interdite par la loi). La promotion de la méthode naturelle est faite par l'ONG "PROVIFA".

Un document de Politiques et Standards des Services vient d'être adopté mais n'est pas encore disséminé.

II. PROBLEMATIQUE DE LA SR/PF

De nombreux problèmes influencent la maximalisation de l'accessibilité et de la qualité de nos services. Entre autres :

- <u>Facteurs géographiques</u>

  La couverture nationale en services de PF est insuffisante et inégalement répartie.

- <u>Facteurs politiques et législatifs</u>

  L'Article 342-343 du Code Pénal interdit encore la castration ou la stérilisation.
  Il n'existe pas de politique de population clairement définie.

- Facteurs psycho-socioculturels

Les pratiques traditionnelles néfastes pour la santé reproductive.
La tendance naturelle pronataliste de la société ivoirienne est renforcée par les positions des confessions religieuses.

- Facteurs économiques

L'Etat a alloué 2.000.000 FCFA à la planification familiale en 1994 et 690.000 FCFA en 1995.
Le pouvoir d'achat des ménages a diminué de 20 % de 1986 à 1990 (PIB) et la situation s'est encore aggravée depuis la dévaluation.

- Facteurs liés aux prestations de services

Temps d'attente des clients assez long dans les centres.
Insuffisance des informations données sur les méthodes aux clients.
Ruptures de stock des contraceptifs.

- Facteurs institutionnels

Instabilité du cadre institutionnel.
Mauvaise coordination entre les différents programmes du Ministère (MST/SIDA).

III. PROBLEMES PRIORITAIRES

Nous avons accordé la priorité aux problèmes relatifs aux thèmes de la conférence et compte tenu du temps du plan d'action de 3 ans.

Ce sont :

1. Insuffisance de services de prestation de la planification familiale.

2. Insuffisance de l'IEC.

3. Discordance entre les prestations de services et les dispositions des textes existants.

PLAN D'ACTION DE LA COTE D'IVOIRE

PROBLEME 1: INSUFFISANCE DE SITES DE PRESTATIONS DE SERVICES SR/PF

Facteurs	Objectifs	Indicateurs	Actions	Calendrier	Responsable	Partenaire
1. Répartition inadéquate du personnel formé en PF 2. Insuffisance de personnel formé 3. Insuffisance de sites de prestations en SR/PF 4. Insuffisance d'approvision-nement en contraceptifs	D'ici fin 1997, avoir intégré la PF dans 110 centres dans le pays C'est-à-dire 11 sites par chaque Région sanitaire: 1 centre de référence + 10 services	Nombe de nouveaux centres SR/PF fonctionnels Existence d'au moins 1 agent formé dans chaque site de prestations Disponibilité de produit dans chaque centre	1. Recenser les besoins en PF dans les formations sanitaires 2. Rénover les sites si nécessaire 3. Redéployer de facon adéquate le personnel déja formé 4. Organiser des sessions de formation en technologie contraceptive 5. Approvision-ner les centres en équipement, matériel et contraceptifs	D'ici fin 1995 D'ici fin 1997 De début 1996 à fin 1997 D'ici fin 1995 D'ici fin 1997	DPDS OU AIBEF DPDS OU AIBEF DPDS MSPAS + AIBEF PSP + PSI + AIBEF+	Min. de Constr. Min. de Constr. Dir. du Pers. du MSPAS MSPAS + AIBEF + INFAS

PROBLEME 2: ABSENCE DE PROGRAMME NATIONAL D'IEC EN SR/PF

Facteurs	Objectifs	Indicateurs	Actions	Calendrier	Responsable	Partenaire
1. Manque de collaboration entre les différents intervenants.	Avoir créé d'ici fin 1995 un comité national d'IEC	Existence d'un comité national	1. Identifier les intervenants		S/D IEC	S/D PF
			2. Organiser une réunion avec les intervenants	D'ici fin 1995	S/D IEC	MSPAS+ AIBEF+ PSI+ ONG+ autres Min. + Secteur Privé
			3. Mettre sur pied un comité national d'IEC en SR/PF			
2. Manque de stratégie nationale d'IEC en SR/PF	Avoir renforcé d'ici Mars 1997 les capacités d'IEC de la DPDS	Existence des données d'enquêtes en IEC	1. Collecter les informations des différents programmes d'IEC	D'ici fin Mai 1995	S/D IEC	"
		Présence du matériel IEC en SR/PF	2. Organiser un atelier de développement d'une stratégie nationale d'IEC en SR/PF	Juin 95 à Sept. 95	S/D IEC	"
			3. Organiser un séminaire national de diffusion de la stratégie	Mars 1996	S/D IEC	"

PROBLEME 2 - SUITE

			Actions (Suite)	Calendrier	Responsable	Partenaire
			4. Mener une enquête CAP	D'ici Mars 1996	ENSEA+ S/D IEC	Min. Intér.
			5. Organiser un séminaire d'élaboration de messages en SR/PF	D'ici Mars 1996	Comité IEC	MSPAS+ AIBEF+ PSI+ ONG+ autres Min. + Secteur Privé
			6. Produire du matériel IEC en SR/PF	D'ici Juin 1996	"	
			7. Diffuser le matériel IEC auprès des utilisateurs potentiels	D'ici Décembre 96	"	"

PROBLEME 3: DISCORDANCE ENTRE LES PRESTATIONS DE SERVICES ET LES DISPOSITIONS DES TEXTES EXISTENTS

Facteurs	Objectifs	Indicateurs	Actions	Calendrier	Responsable	Partenaire
1. Manque de dissémination du document de politiques, standards des services 2. Manque de protocoles des services de SR/PF 3. Pas de mise à jour des prestataires	D'ici Mars 1997, amener tous les prestataires des 72 centres de PF existants à offrir des services tels que décrit dans les politiques, standards et protocoles	1. Nombre de personnel recyclé dans les 72 centres existants 2. Existence de Protocoles des services SR/PF 3. Taux d'abandon 4. Taux de prévalence contraceptive	1. Organiser un atelier de développement de protocoles en SR/PF 2. Organiser des séminaires de dissemination nationaux et régionaux sur les directives et guides nationaux	D'ici Juin 1996 D'ici Juin 1996	S/D PF S/D PF	MSPAS+ ONG+ Ecoles de Formation + CNLS MSPAS + AIBEF

PROBLEME 3 - SUITE

			Actions	Calendrier	Respons.	Parten.
			3. Organiser des sessions de mise à jour en technologie contraceptive	D'ici Mars 1997	S/D PF + AIBEF	MSPAS+ AIBEF
			4. Mener des supervisions regulières sur le terrain	A partir de Juin 1996	S/D PF	MSPAS + AIBEF
			Mener les activités de suivi du plan d'action	4 mois et 10 mois après le début des activités	DPDS	Organisme des bailleurs de fonds
			Mener une évaluation de l'impact du plan d'action	Dernier trimestre 1997		"

PLAN D'ACTION DE LA GUINEE
APERCU

PROFIL DU PAYS

Population totale :	6.500.000
- Femmes :	51,8 %
- Population urbaine :	26,0 %
- Taux d'accroissement :	2,8 %
- Temps de doublement/population :	25 ans
- Taux de mortalité infantile :	136 pour 1.000
- Taux de mortalité maternelle :	660/100.000 NV
- Espérance de vie à la naissance :	47 ans
- Total des centres de soins de santé primaires :	445
- Dont centres de santé SR/PF :	134 dont 57,0 % en zone rurale
- Naissances survenant dans un établissement sanitaire :	25 %
- Accouchements assistés par :	
* un professionnel de santé :	31 %
* une accoucheuse villageoise :	29 %
- Femmes en union qui ne veulent plus d'enfants :	14 %
- Hommes en union qui ne veulent plus d'enfants :	7 %

CONNAISSANCE ET USAGE DE LA CONTRACEPTION

- Femmes/hommes connaissant au moins une méthode moderne (%) :	27/53
- Femmes/hommes qui utilisent actuellement une méthode moderne (%) :	1/3

PROBLEMES/FACTEURS PRIORITAIRES

I. <u>Insuffisance de l'offre de service en santé de la reproduction</u>

1.1 Insuffisance des points de prestations en SR/PF
1.2 Insuffisance en personnel formé
1.3 Insuffisance de la formation
1.4 Gamme incomplète des méthodes contraceptives
1.5 Mauvais fonctionnement du système d'approvisionnement en contraceptifs
1.6 Défaillance dans l'application des normes, standards de consultation et de prestations.

II. Insuffisance de l'information de la population en SR/PF

2.1 Manque d'harmonisation des messages en SR/PF
2.2 Absence de stratégie nationale IEC en SR/PF
2.3 Manque de personnel formé en élaboration de matériel et de support IEC en SR/PF
2.4 Insuffisance des activités d'IEC en SR/PF orienté vers les adolescents et les hommes.

PLAN D'ACTION DE LA GUINEE

Problèmes/Facteurs	Objectifs	Indicateurs	Stratégies/Actions	Responsables	Partenaires possibles	Calendrier
1. Insuffisance de l'offre de services en SR/PF 1.1 Insuffisance de points de prestations	Intégrer les prestations de SR/PF dans 300 CS du PEV/CSP/ME et dans 50 formations sanitaires privées	Nombre de formations sanitaires offrant des services de SR/PF de qualité	Intégration des services SR/PF aux services de soins de santé primaires et dans le secteur privé <u>Actions</u> Amélioration des prestations Formation du personnel Fourniture de matériel et d'équipement Renforcement du système de suivi et de supervision Recherche opérationelle	MS MS MS	USAID FNUAP ONG AGBEF INTRAH FNUAP USAID IPPF FNUAP UNICEF USAID IPPF KFW	1996-2000

Problèmes/Facteurs	Objectifs	Indicateurs	Stratégies/Actions	Responsables	Partenaires possibles	Calendrier
	1.2 Introduire la DBC dans 50 districts du pays d'ici fin 1996	Nombre de districts bénéficiant de la DBC	1. Elaboration/ approbation d'un plan d'introduction de la DBC 2. Sélection des villages/districts devant bénéficier de la DBC 3. Sensibilisation des populations sur l'importance de la DBC 4. Sélection des agents DBC 5. Formation des agents DBC 6. Mise en place et démarrage des activités 7. Suivi/supervision	MS MI MI/MS Gestion MS MS MS	USAID AGBEF AGBEF PSI DPS ONG AGBEF FNUAP USAID IPPF AGBEF AGBEF	Fin 1996

Problèmes/Facteurs	Objectifs	Indicateurs	Stratégies/Actions	Responsables	Partenaires possibles	Calendrier
2. Insuffisance qualitative et quantitative de la formation	2.1 Assurer la formation/ recyclage d'au moins 3 agents prestataires par centre	Nombre d'agents formés offrant des prestations de qualité dans les CSI	Assurer une formation en cascade du personnel et des agents		USAID AGBEF	Fin 1996
			Revue des politiques et standards de services en SR/PF	MS	AGBEF PSI INTRAH	
			Elaboration plan de formation	MS	FNUAP USAID INTRAH, AVSC	
			Formation des formateurs	MS	AGBEF, INTRAH	
			Formation des agents prestataires	MS	FNUAP, USAID UNICEF JHPIEGO	
			Formation des A.V.	MS	" "	
			Formation des agents distributeurs	MS/MI	AGBEF	
			Suivi/super-vision	MS	AGBEF PSI	

Problèmes/Facteurs	Objectifs	Indicateurs	Stratégies/Actions	Responsables	Partenaires possibles	Calendrier
3. Gamme incomplète de méthodes contraceptives	3. Offrir la gamme complète des services de SR/PF dans les CS et formations hospitalières	Nombre de méthodes disponibles par formation sanitaire intégrée	Introduction du NORPLANT	MS	AVSC, USAID FNUAP, IPPF, BM	Fin 1996
			Introduction de la MAMA au programme	MS	UNICEF, USAID	
			Extension de la CCV dans les formations sanitaires de référence	MS	AVSC, USAID FNUAP	
			Introduction des services en post-abortum	MS	JHPIEGO, FHI IPAS	
			Création de services spécialisés pour les adolescents	MS	MJS IPPF FNUAP USAID	

Problèmes/Facteurs	Objectifs	Indicateurs	Stratégies/Actions	Responsables	Partenaires possibles	Calendrier
4. Faiblesses du système d'information et de gestion des services de SR/PF	4.1 Améliorer le système d'approvision-nement des contraceptifs dans le CSI	Disponibilité des contraceptifs dans les CSI	Former des gestionnaires de pharmacies régionales	MS	AGBEF PSI	Fin 1996
			Former des agents en gestion de stock	MS	AGBEF PSI FNUAP USAID	
	4.2 Améliorer la collecte et l'analyse des données	Disponibilité de données de bases à tous les niveaux du système sanitaire	Supervision régulière de la gestion de stock des M.E.	MS	"	
			Réaliser une analyse situationnelle	MS	"	
	4.3 Améliorer le système de santé, de supervision et d'évaluation des données	Qualité des services améliorés.	Harmoniser des méthodes de collecte de données de bases et d'analyses	MS	"	
			Former des agents à l'analyse des données récoltées	MS	"	
			Suivi/Supervision		"	
			Actualiser un guide de supervision		"	

PLAN D'ACTION DE MADAGASCAR
(Aperçu non-soumis)

PROBLEME : Le défi pour Madagascar est d'étendre les services de PF dans tout le pays et rendre ces services accessibles surtout aux jeunes (adolescents).

Facteurs/Sous-Problèmes	Objectifs Opérationnels	Indicateurs	Actions	Responsable	Calendrier	Partenaire
Manque d'appui politique	Constituer un groupe de parlementaires acquis à la cause de PF.	1. Existence de groupes de parlementaires	1. Constituer le groupe de travail	Manitra	2è moitié d'Avril 95	APPROPOP FNUAP GTZ ASSONG Min. Pop.
Microdiversité de population sur le plan socioculturel.		2. Engagement des parlementaires	2. Identifier les membres de la commission sociale et d'autres personnes influentes	Gilbart Chantal	Avril 95 - Mai 95	Min. Cult. Min. Santé Ass. Nat.
			3. Identifier une liste de documents essentiels et nécessaires	Zoé APPROPOP	Avril 95 - Mai 95	
			4. Prise de contact informel avec certaines personnes clées	Le groupe	Avril 95 - Mai 95	
			5. Contacts formels	Le groupe	Mai 95	

Facteurs/Sous-Problèmes	Objectifs Opérationnels	Indicateurs	Actions	Responsable	Calendrier	Partenaire
			6. Journées de réflexion à l'intention des membres de la commission sociable du parlement. 7. Constituer le groupe parlementaire. 8. Médiatiser les campagnes d'information.	Le groupe	Fin session ordinaire A partir de Juillet 95 A partir de Mai 95	RNM - RTM Centre d'excellence IEC. Radios Régionales
	D'ici la fin de l'année, élaborer une approche de prise en charge des jeunes sur la santé génésique.	1. Existence et utilisation du plan d'action 2. Actions innovatrices dans le domaine de la santé reproductive/PF en faveur des jeunes.	1. Identifier les ressources, personnes ou organisations qui prendront en charge le processus d'élaboration de l'approche de prise en charge des jeunes sur la santé génésique. 2. Organiser des séances d'orientation.	Manitra Gil Groupes	Juillet 95 Octobre 95	

Facteurs/Sous-Problèmes	Objectifs Opérationnels	Indicateurs	Actions	Responsable	Calendrier	Partenaire
			3. Organiser un voyage d'étude au Burkina (Etudes sur le terrain) pour s'informer du projet "Jeunes pour Jeunes.	APPROPOP Manitra	Novembre 95	
			4. Elaborer le plan d'action à la lumière des données	Groupe	A partir de Décembre	
			5. Suivi et évaluation finale.			

PLAN D'ACTION DU MALI
(Aperçu non-soumis)

Problèmes Prioritaires	Objectifs	Indicateurs	Stratégies/ Actions	Responsabilité	Partenaires	Calendrier
Absence de stratégie nationale IEC	Sensibiliser les populations à la SR/PF	Augmentation taux de fréquentation des centres de SR/PF	Recrutement consultant national Production matériel IEC Identification des techniques et canaux appropriés Large diffusion des messages	C.M.I.E.C.S.	P.S.P.H.R.	Fin 1996

Problèmes Prioritaires	Objectifs	Indicateurs	Stratégies/ Actions	Responsabilité	Partenaires	Calendrier
Faible utilisation de la PF par les adolescents	Augmenter l'utilisation de la PF par les adolescents	Accroissement de la prévalence contraceptive chez les adolescents	Etude CAP adolescents Etude CAP parents Diffusion des résultats des différentes études Elaboration et mise en oeuvre des activités d'un projet de santé adolescents (information, mobilisation, prise en charge)	DSFC DNAS ENMP CERPOD ONG Ministère Education	USAID FNUAP	1995-1998

Problèmes Prioritaires	Objectifs	Indicateurs	Stratégies/ Actions	Responsabilité	Partenaires	Calendrier
Non intégration des MST au programme SR/PF	Intégrer les MST au programme de SR/PF	Nombre de centres ayant intégré les MST	Elaboration des projets MST Organisation du counselling du diagnostic du traitement des MST dans les centres	DSFC ONG	FNUAP USAID	1995-1997
Insuffisance des sites de DBC	Aumenter le nombre de sites de DBC	Nombre de sites de DBC créés	Enquête CAP Sensibilisation Exécution activités DBC et SOMARC Approvision-nement en contraceptifs Evaluation de la prévalence dans différents sites Coordination des ONG	DSFC ONG Pop. Council PPM/SOMARC	USAID IPPF	1995-1998

Problèmes Prioritaires	Objectifs	Indicateurs	Stratégies/ Actions	Responsabilité	Partenaires	Calendrier
Insuffisance de la performance des prestataires	Améliorer les conditions de travail et le niveau de performance des prestataires	Nombre de normes revisées Nombre de centres ayant adoptés le COPE Nombre d'agents formés en prév. de l'infection Nombre de superv. effectuées	Révision des normes et procédures Introduction du COPE dans les centres Formation des agents en prév. des infections Supervision continue	DSFC	INTRAH AVSC JHPIEGO PSPHR/USAID	1995-1996
Absence de contraceptifs à effet prolongé et de méthodes permanentes dans tous les centres de PF	Elargir la gamme des méthodes disponibles	Nombre de nouvelles méthodes introduites Nombre de centres offrant les méthodes introduites	Formation des prestataires Equipement approprié des centres Approvision-nement en contraceptifs	DSFC	AVSC JHPIEGO USAID	1995-1997

Problèmes Prioritaires	Objectifs	Indicateurs	Stratégies/ Actions	Responsabilité	Partenaires	Calendrier
Existence de pratiques traditionnelles dont les mutiliations sexuelles et les mariages précoces	Abolir les mutilations sexuelles Elever l'âge au 1er mariage	Taux de femmes non excisées Age au 1er mariage	Accélérer l'introduction de l'EVF et l'EMP dans les écoles Sensibiliser les décideurs et leaders d'opinions	CMIECS DSF ONG - Association de femmes - Commissariat à la promotion des femmes	USAID	Moyen terme
Certaines dispositions du code de mariage limitent l'accès des femmes aux services de SR/PF	Améliorer l'accès des femmes aux services de la SR/PF	Taux de fréquentation Taux de connaissance des dispositions juridiques par les femmes	Révision du code malien Elaborer des textes juridiques Vulgariser le code et les autres textes	Commissariat à la promotion des femmes Association et ONG féminines Cabinets juridiques Ministère de la justice DSFC	USAID ACDI FNUAP Néerlandais	Fin 1997

Problèmes Prioritaires	Objectifs	Indicateurs	Stratégies/ Actions	Responsabilité	Partenaires	Calendrier
Insuffisance de qualification des prestataires	Améliorer les compétences du personnel sous-sanitaires en formation dans les écoles de santé et ceux déjà en activité	Nombre d'agents formés Nombre d'agents recyclés Nombre d'écoles ayant introduit la SR dans leur programme	Introduction de la santé de la reproduction dans les curricula Organisation de sessions de recyclage Organisation de formations du personnel (counselling, technologie contraceptive, gestion des contraceptifs DBC et minilap) Suivi et évaluation des agents	ENMP ESS EPIC CMDC CSTC DSFC CEFA/CAFS J.S.I.	JHPIEGO FNUAP AVSC USAID/PSPHR	1995-1997

Problèmes Prioritaires	Objectifs	Indicateurs	Stratégies/ Actions	Responsabilité	Partenaires	Calendrier
Insuffisance de recherche sur : Excision Méthodes traditionnelles de PF	Améliorer le niveau de connaissance des populations sur les conséquences de l'excision et sur les méthodes traditionnelles de PF	Nombre de travaux de recherches effectués	Exécution des travaux de recherches Diffusion Sensibilisation des populations Application des méthodes retenues	DSFC ENMP Institut Médecine traditionnelle	FNUAP OMS	1995-1996
Inadéquation des indicateurs de SR/PF	Définir les indicateurs appropriés	Liste d'indicateurs retenus	Analyse situation Atelier d'élaboration Diffusion de la liste Evaluation de l'utilisat.	DSFC CERPOD Division Epidémique PSPHRE	SARA USAID	1995-1996

PLAN D'ACTION DU NIGER
(Aperçu non-soumis)

PROBLEME : TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE ET INFANTO-JUVÉNILE TRÈS ÉLEVÉS 7 POUR 1.000, 318 POUR 1.000

Problèmes Prioritaires	Objectifs (court, moyen, long terme)	Indicateurs	Stratégies/Actions	Responsables	Partenaires possibles	Calendrier (y compris les activités d'évaluation)
1. Faible accessibilité des services de SR/PF	Accroître l'accès aux services de SR/PF. Augmenter la prévalence de la contraception de 3,2 à 7 %	Nombre de centres de distribution ouverts. Nombre d'agents de DBC formés Nombre de leaders formés Séances de sensibilisation Nombre de contraceptifs par méthode Nombre de couples protégés par an Prévalence contraceptive et par méthode, par sexe et groupe socio-ethnique...	Distribution à base communautaire DBC Subvention des méthodes contraceptives Marketing social adapté au contexte social Implication des leaders politiques, religieux dans la prise de décision Education, information, et communication des groupes cibles (adoles-cents,hommes, femmes...) Création de sites adaptés de prestation des services de SR/PF Consultations foraines	MSF MDS/PF	ACs ONG Communautés	D'ici fin avril Création d'un comité chargé de la finalisation de la mise en oeuvre du plan d'action issu de la conférence. Début Mai Démarrage des activités. Mi 96 1ère évaluation à mi-parcours. Fin 97 évaluation finale

Problèmes Prioritaires	Objectifs (court, moyen, long terme)	Indicateurs	Stratégies/Actions	Responsables	Partenaires possibles	Calendrier (y compris les activités d'évaluation)
2. Mauvaise qualité des soins en SR/PF dans les SF et centres de distribution	2.1 Améliorer la qualité des soins dans les FS publiques et privées 2.2 Augmenter l'effectif des agents des FS 2.3 Equiper les FS de matériels et produits appropriés	Nombre d'agents formés Nombre de séances d'IEC, counseling menées Nombre de contraceptifs distribués par méthode Rythme et quantité de produits servis Guides Nombre de femmes avec bonne connaissance en SR/PF Nombre d'agents capables de bien mener un counseling % d'agents avec bonne connaissance en SR/PF	Elaboration de normes et standards de SR/PF Formation des agents Réorganisation des services par des approches genre COPE Suivi, supervision et évaluation des activités de façon régulière Approvisionnement régulier des FS en produits I.E.C. aux groupes cibles Counseling	MDS/PF MSP (Autres institutions publiques d'échelon immédiat)	ACs Collectivités Communauté ONG	

Problèmes Prioritaires	Objectifs (court, moyen, long terme)	Indicateurs	Stratégies/Actions	Responsables	Partenaires possibles	Calendrier (y compris les activités d'évaluation)
3. Intégration des activités SR/PF et MST/SIDA	Amener tous les CIS à appliquer le paquet minimum des activités Amener les communautés (représentant) à participer aux activités de prestation et de gestion Dépister et soigner toutes affections associées ou isolées chez un(e) client(e) avec besoin PF Former tous les agents de CSI à l'application du paquet minimum d'activité.	Score de PMA/centre Nombre d'agent maîtrisant le PMA Nombre de cas avec autres besoins en plus de SR/PF Nombre de cas référés Nombre de cas de MST/SIDA dépistés, traités, guéris Nombre de séances IEC Nombre de préservatifs distribués.	Application de la politique nationale de santé notamment le PMA Prise en charge de tous les cas et causes de consultation dans la FS Référence des cas complexes à un niveau plus compétent Dépistage des MST/SIDA par l'approche syndromique I.E.C. Distribution de préservatifs.	MDS/PF MSP M.I/RT	ACs ONG Associations Communauté Collectivités	D'ici fin avril Création d'un comité chargé de la finalisation de la mise en oeuvre du plan d'action issu de la conférence. Début Mai Démarrage des activités. Mi 96 1ère évaluation à mi-parcours. Fin 97 évaluation finale.

PLAN D'ACTION DU SENEGAL
(Aperçu non-soumis)

SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DU POST-PARTUM

PROBLEMES PRIORITAIRES	OBJECTIFS (Court, moyen, long terme)	INDICATEURS	STRATEGIES/ ACTIONS	RESPONSABLES	PARTENAIRES	CALENDRIER (y compris les activités d'évaluation)
Insuffisance de services compétents en zone rurale	Améliorer la couverture en services en zone rurale	% cible à moins de 5 km d'un centre offrant des services et doté d'un personnel compétent	Intégration de ces activités aux activités des PS et adoption d'une stratégie avancée	MCD et MCR	USAID UNICEF B.M.	déjà en cours dans certaines régions. A renforcer
Taux d'achèvement CPN/CPN1 très faible	Porter de 2 à 80 % le taux d'achèvement CPN3/CPN1	Taux d'achèvement des CPN	Renforcement des capacités du personnel en communication interpersonnelle. - Intégrer les CPN dans l'IB au niveau PS - Développer l'IEC	MCD et MCR	UNICEF USAID	
Insuffisance en suivi de post-partum	Assurer le suivi de 80 % des accouchements assistés	% de femmes assistées revues en post-partum	- Intégration du suivi du post-partum dans la SMI/PF et le PEV - Développer l'IEC pour prestataires et clientes	MCD et MCR	B.M. UNICEF FNUAP USAID	1995-1998

PROBLEMES PRIORITAIRES	OBJECTIFS (court, moyen, long terme)	INDICATEURS	STRATEGIES/ ACTIONS	RESPONSABLES	PARTENAIRES	CALENDRIER (y compris les activités d'évaluation)
Mauvais dépistage et prise en charge des facteurs de risque des grossesses	- Dépister et traiter 50 % des femmes enceintes à risque - Couvrir 3 % des besoins en césariennes	- % de femmes enceintes à risque dépistées et traitées correctement - % de couverture de césariennes	Former le personnel à la conduite pratique de la surveillance de la grossesse de l'accouchement (partogramme) et le post-partum Dépistage et traitement des FR les plus fréquents Intégration du module de santé reproductive dans les écoles de base (ENDSS)	MCD MR DSMI Directeur ENDSS DHSP	JHPIEGO Projet SE/PF	1995-1998
Faible taux d'accouchements assistés	Porter à 60 % le taux d'accouchements assistés d'ici 1998	Taux d'accouchements assistés	IEC Amélioration et renforcement de la formation et des équipements des matrones Relèvement du plateau technique des maternités de districts	MDC et MCR	UNICEF USAID FNUAP ONG	1995-1998

PROBLEMES PRIORITAIRES	OBJECTIFS (court, moyen, long terme)	INDICATEURS	STRATEGIES/ ACTION	RESPONSABLES	PARTENAIRES	CALENDRIER (y compris les activités d'évaluation)
Manque de suivi du personnel prestataire de service	Assurer une supervision mensuelle de toutes les structures de soins	Nombre de supervisions réalisées durant l'année par structure	- Impliquer toute l'équipe cadre du district et de la région. - Elaborer des fiches de supervision - Rendre la supervision plus opérationnelle axée sur la formation continue et la résolution effective des problèmes	MCD MCR SDMI	USAID FNUAP UNICEF B.M.	1995-1998
Taux élevé de malnutrition nourrissons et faible poids à la naissance	Diminuer de 50% la malnutrition chez les 0-5 ans Diminuer de 50% le faible poids à la naissance	Taux malnutrition Taux faible poids à la naissance	Suivi et éducation nutritionnelle Lutte contre les MLD (SRO traitement IEC) Supplément en CPN aux femmes IEC	SANAS MCD/MCR	USAID UNICEF ONG	1995-1998

PROBLEMES PRIORITAIRES	OBJECTIFS (court, moyen, long terme)	INDICATEURS	STRATEGIES/ ACTIONS	RESPONSABLES	PARTENAIRES	CALENDRIER (y compris les activités d'évalutation)
PLANIFICATION FAMILIALE Faible couverture en centres de PF en milieu rural	Augmenter l'accessibilité aux contraceptifs Augmenter de 50 % le nombre de centres PF fonctionnels en milieu rural	Nombre de points de distribution Nombre de centres de PF réalisés en milieu rural	Mise en place du marketing social et de la DBC Intégration des activités de PF aux activités de postes de santé (IB)	MCD et MCR PNPF ASBEF SANFAM	FNUAP USAID SOMARC UNICEF	1995-1998
Toutes les méthodes de PF prévues par niveau ne sont pas disponibles	90 % des méthodes de PF prévues par niveau sont disponibles	% des méthodes disponibles par niveau	Création de centres de références Amélioration du système logistique des contraceptifs Intégration dans IB	DSMI PNPF SANFAM ASBEF Autres ONG	USAID UNICEF FNUAP B.M	1995-1998
Mauvaise qualité de la prise en charge des clientes	Recyclage de 50 % des personnels en : - technique PF - counselling - IEC - gestion des centres de PF	% de prestataires formés ou recyclés % des prestataires qui assurent une prise en charge correcte	Formation recyclage du personnel Elaboration de documents de guide Supervision	DSMI/PNPF ASBEF SANFAM	USAID ENDESS CCFA/CAFS INTRAH JHPIEGO PATH FINDER	

PROBLEMES PRIORITAIRES	OBJECTIFS (court, moyen, long terme)	INDICATEURS	STRATEGIES/ ACTIONS	RESPONSABLES	PARTENAIRES	CALENDRIER (y compris les activités d'évaluation)
Inadéquation et insuffisance d'activités IEC	Identifier et assurer la disponibilité du matériel IEC approprié dans 100% des structures Augmenter de 6 à 60% les structures qui organisent des activités IEC ciblées	% des structures ayant un matériel IEC approprié % de structures qui tiennent des activités IEC ciblées	R.O sur messages et supports adaptés Elaborer une liste de matériel IEC/niveau Doter toutes les structures en matériel IEC Harmoniser les messages IEC Implication des relais (femmes, jeunes, leaders...) Intégration de l'IEC dans toutes les activités de services Améliorer l'accueil et renforcer la communication inter-personnelle	SANFAM ASBEF EPS/Comité santé DSMI/PNPF	USAID FNUAP PPF	1995-1998
Insuffisance dans le système d'information à des fins de gestion (SIG)	Former tout le personnel à l'utilisation du SIG	% de personnel formé en SIG % de rapports d'activités exploités	Tenir un atelier national à l'intention des coord/SMI - atelier rég. à l'intention des prestataires Inclure le SIG dans les formations de base	Statistique MCD/MCR ENDSS ASBEF SANFAM	Bailleurs de fonds	

PROBLEMES PRIORITAIRES	OBJECTIFS (court, moyen, long terme)	INDICATEURS	STRATEGIES/ ACTIONS	RESPONSABLES	PARTENAIRES	CALENDRIER (y compris les activités d'évaluation)
Supervision insuffisante	Assurer une supervision bimestrielle de tous les centres PF	% de visites réalisées sur les visites programmées par centre	Recyclage des superviseurs Elaborer des guides de supervision	DSMI/PNPF DSSP MCD/MRD ASBEF SANFAM	USAID UNICEF FNUAP B.M	1995-1998
Faible taux de continuité des clientes PF	Augmenter de 50 % le taux de continuité	% de femmes qui pratiquent une méthode appropriée à leur profil pour au moins 2 ans	Pratiquer le BERCER Intégrer des activités pour fournir un paquet de services SR/PF Le suivi à domicile Améliorer la gestion des services	MCD MCR DSMI/PNPF SANFAM ASBEF Autres	USAID UNICEF FNUAP B.M	1995-1998

PROBLEMES PRIORITAIRES	OBJECTIFS (court, moyen, long terme)	INDICATEURS	STRATEGIES/ ACTIONS	RESPONSABLES	PARTENAIRES	CALENDRIER (y compris les activités d'évaluation)
Barrières liées aux prestations de service	Offrir à toutes les femmes les méthodes de leur choix selon les critères définis par les normes	% de femmes qui obtiennent la méthode de leur choix	Finaliser les documents de normes et protocoles de services Former les prestataires Appliquer les normes et protocoles	DSMI/PNPF	ISED ENDSS	1995
Vide juridique sur la SR/PF	Adopter des mesures législatives et réglementaires sur la SR/PF	Textes adoptés	Révision des textes Sensibiliser les décideurs Recherche documentaire Voyage d'étude Groupe réflexion/ élaboration	MSAS-MJ-MJS MEFP-MFEF	Conseil/Econom ONG/Assoc. Leaders relig.	1995-1998
Intégration insuffisante de la prise en charge de l'infécondité et des MST/SIDA	Offrir un paquet minimum SR/PF incluant MST/SIDA et stérilité	% de centres offrant le paquet minimum	Définition du paquet minimum Application des normes et protocoles Formation des prestataires IEC public	PNLS PNPF/DSMI ASBEF SANFAM	USAID B.M OMS FNUAP	1995-1998

PLAN D'ACTION DU TOGO

(Aperçu non-soumis)

Facteurs/Sous-Problèmes	Objectifs Opérationnels	Indicateurs	Actions	Responsable	Partenaire	Calendrier
Documents de référence en SR/PF incomplets.	Inclure dans les documents de Politique, Standards et Protocoles les autres composantes de la SR/PF.	Nombre de réunions du comité SR/PF	Actualisation du comité national SMI/PF (SR/PF)	DGS/DSF	INTRAH UNICEF OMS CARE SEATS	Mars - Décembre 1995
			Rédaction des projets des autres composantes de SR/PF.	Comité SR/PF		
		Nouveaux documents disponibles.	Adoption des nouveaux documents	DGS/DSF		
			Dissémination des nouveaux documents SR/PF.	DSF		
	Produire un document de stratégie nationale d'IEC en SR/PF	Commission nationale nommée.	Mise sur pied d'une commission nationale IEC/SR.	DGS/DSF	INTRAH OMS FNUAP SEATS CARE GTZ	1995 - 1997
		Données collectées	Collecte de toutes les données existantes sur IEC/SR.	Commission nationale		
		Résultats des recherches disponibles.	Complément des données par 3 recherches opérationnelles sur les adolescents, les hommes et les pratiques traditionnelles néfastes.	DSF ATBEF Faculté de Médecine		

Facteurs/Sous-Problèmes	Objectifs Opérationnels	Indicateurs	Actions	Responsable	Partenaire	Calendrier
		Projet de document rédigé Document adopté.	Rédaction de projet du document IEC/SR/PF.	Commission nationale		
			Séminaire d'adoption du document IEC.	DGS/DSF		
	Mettre à jour le document de Politique nationale de Population.	Document révisé.	Révision du document existant en collaboration avec l'unité de population du Ministère du plan.	MSPSN MPAT	FNUAP INTRAH GTZ SEATS OMS	1995 - 1997
		Document finalisé	Finalisation du projet pendant un séminaire national	MSPSN MPAT		
		Politique adoptée	Adoption du document par le gouvernement.	MSPSN MPAT		
Réticence des hommes à la PF.	Intensifier le programme IEC envers les hommes déja commencé par l'ATBEF.	Résultats des enquêtes CAP disponibles	Enquête CAP des hommes face à la PF.	ATBEF Faculté de Médecine	FNUAP IPPF CARE	Mai-Décembre 1995
		Matériel IEC disponible	Production de Matériel IEC adapté aux hommes.	ATBEF		Janvier-Mars 1996
		Nombre ou % des hommes touchés.	Sensibilisation des hommes par catégorie socio-professionnelle à travers des canaux appropriés.	ATBEF		1995 - 1998

MSPSN: Ministère de la Santé et de la Solidarité Nationale
MPAT: Ministère du Plan et de l'Aménagement du Territoire.

Facteurs/Sous-Problèmes	Objectifs Opérationnels	Indicateurs	Actions	Responsable	Partenaire	Calendrier
			Enquête CAP pour évaluer l'impact.			Janvier 1996
Insuffisance de la prise en charge des adolescents et jeunes en matière SR/PF.	Poursuivre la mise en oeuvre des stratégies IEC pour les jeunes, initiées par l'ATBEF et les Associations des Jeunes.	Nombre ou % de jeunes touchés par le programme.	Sensibilisation des jeunes par les jeunes.	ATBEF Associations des jeunes	INTRAH FNUAP	1995 - 1998
			Relance de la direction EMP/EVF	DSF	INTRAH FNUAP	Mai 1995
	Introduire l'EMP et l'EVF dans l'enseignement formel	Nombre d'heures d'EVF dans les écoles.	Finalisation des modules EMP/EVF.	DSF Direction EMP/EVF	INTRAH FNUAP	Juin - Sept. 1995
			Séminaire avec les inspecteurs pour adopter des modules.	"		Octobre 1995
	Impliquer les parents dans l'EVF de leurs enfants.	Nombre ou % de parents informés sur l'EVF.	Définition d'une stratégie d'information des parents	DSF/ATBEF Direction EMP/EVF	INTRAH FNUAP	Oct. - Déc.
			Mise en oeuvre de la stratégie.	"	INTRAH FNUAP SEATS	1996 - 1998
	Offrir des services SR/PF adaptés aux jeunes.	Résultats de la RO disponible.	Recherche opérationnelle sur les besoins en SR/PF des jeunes du Togo.	Faculté de Médecine DSF	INTRAH FNUAP OMS	Juin - Déc.

Facteurs/Sous-Problèmes	Objectifs Opérationnels	Indicateurs	Actions	Responsable	Partenaire	Calendrier
		Nombre de centres spécialisés fonctionnels.	Ouvrir 6 centres spécialisés en SR/PF pour jeunes (1 par région sanitaire).	ATBEF/DSF	FNUAP SEATS GTZ	1996 - 1998
		Nombre de centres accueillants les jeunes. Nombre de jeunes acceptants.	Réaménager l'emploi du temps des autres centres pour l'accueil des jeunes.	DSF	FNAUP SEATS GTZ	
Insuffisance qualitative et quantitative de l'offre des services SR/PF	Améliorer la qualité des services dans les 190 centres de SR/PF existants.	Nombre de centres utilisant le COPE	Extension du COPE dans la gestion de tous les centres PF	DSF/ATBEF	SEATS FNUAP CARE	Juil. 1995 - Juil. 1998
		Nombre de centres donnant des services SR/PF répondant aux *normes*.	Elargissement de la gamme des services dans tous les centres selon les *Standards* du pays.		SEATS FNUAP Pop Council CARE	1995 - 1998
		Nombre de prestataires formés ou recyclés.	Formation et recyclage du personnel en compétence clinique complémentaire.	DSF/ATBEF Ecole de Formation de Base	INTRAH FNUAP SEATS CARE Pop Council	1995 - 1998
		Nombre de cliniques juridiques fonctionnelles.	Assistance juridique expérimentale dans 3 centres SR/PF.	DSF/GF2D		

GF2D: Groupe de Femmes pour la Démocratie et le Développement

Facteurs/Sous-Problèmes	Objectifs Opérationnels	Indicateurs	Actions	Responsable	Partenaire	Calendrier
	Porter de 47 % à 100 % la couverture des USP de l'état en SR/PF.	Résultat des besoins disponibles.	Recensement annuel des besoins.	DSF	SEATS FNUAP CARE INTRAH	1995 - 1998
		Nombre d'USP offrant des services SR/PF.	Introduction progressive des services SR/PF dans les 211 USP restants selon les Standards	DSF/ATBEF	IPPF	
		Nombre de prestataires formés.	Formation du personnel en compétences cliniques	DSF Ecoles de Formation		
	Ouvrir une clinique SR/PF de l'ATBEF dans 6 grandes agglomérations du Togo.	Nombre de cliniques ATBEF ouvertes.	Recensement des besoins	ATBEF	IPPF	
			Ouverture des cliniques	ATBEF	IPPF	
	Introduire la DBC des contraceptifs dans les 3 autres régions du TOGO.	Taux de couverture géographique en DBC des contraceptifs.	Recrutement des VSR	ATBEF/DSF	CARE SOMARC FNUAP	1995 - 1998
			Formation des VSR	"	GTZ	
			Organisation de la DBC des contraceptifs.	"		

VSR: Volontaire en Santé de la Reproduction

Facteurs/Sous-Problèmes	Objectifs Opérationnels	Indicateurs	Actions	Responsable	Partenaire	Calendrier
Faiblesse du système de suivi-supervision-évaluation.	Poursuivre le processus de mise en place d'un système intégré SSP/SR PF de suivi-supervision-évaluation déjà en cours.	Nombre et régularité du suivi des superviseurs et des évaluateurs.	Mise-à-jour et production des instruments	DSSP/DSF	INTRAH UNICEF CARE GTZ	1995 - 1998
			Formation des équipes de supervision-suivi-évaluation.	DSSP/DSF		
			Mise en oeuvre du système.	DSSP/DSF	"	
	Intégrer la DBC et le marketing social au SIG	Elément de DBC et MS dans le SIG/SR	Révision du SIG/SR	DSSF/DSF	FNUAP GTZ SEATS	

DSS: Division de la Statistique Sanitaire

Evaluation de l'exécution des plans d'action

Les effets véritables de la conférence s'observeront au niveau des résultats sur le terrain et au degré auquel les activités MAQ définies dans les plans d'action seront appliqués dans les pays. JHPIEGO, INTRAH et FHI préparent actuellement, dans la foulée de la conférence, un plan d'évaluation des résultats au niveau des pays, lequel regroupera plusieurs composantes. L'une d'elle sera un questionnaire de suivi proposé quatre mois et dix mois après la conférence aux délégués, aux représentants des missions de l'USAID et aux membres du Comité Technique basé en Afrique (CTA), et ce dans le but de répondre aux questions suivantes :

- Avec qui et avec quels organismes les délégués ont-ils partagé et discuté les plans d'action à l'échelon national ?
- Dans quelle mesure les actions des délégations des pays ont-elles reçu l'approbation officielle des institutions nationales responsables de l'élaboration, de l'exécution et de la gestion du programme national de PF/SR ?
- Quelles sont les actions incluses/intégrées dans les plans nationaux ?
- Dans quelle mesure le plan d'action MAQ a-t-il contribué au renforcement des plans nationaux de PMI/SR/PF ? Quels exemples concrets peuvent illustrer cette contribution ?
- Quelles sont les actions qui bénéficient d'un financement confirmé ?
- Quelles sont les actions qui ont déjà été exécutées ?
- Quels sont les facteurs qui ont contribué aux succès enregistrés ou qui les ont entravé ?
- Dans quelle mesure les différents secteurs/groupes représentés dans les délégations travaillent-ils plus efficacement ensemble, ou plus fréquemment, qu'avant la conférence ? Dans quelle mesure les délégations des pays sont-elles devenues de vrais groupes capables de promouvoir le changement des politiques et des pratiques concernant la PF/SR ?
- Où sont les matériels de référence ? Qui les a utilisé et à quelles fins ?

Les informations obtenues au moyen de ces questionnaires seront complétées par d'autres qui auront été recueillies lors des interviews approfondies avec des délégués, des membres du CTA et des représentants des missions de l'USAID. Les délégués, les missions de l'USAID, les membres du CTA, le Bureau de Population, les organismes collaborateurs et les bailleurs de fonds internationaux qui travaillent dans la région seront informés des résultats de ces questionnaires et interviews, et ils recevront d'autres informations sur les réalisations des plans d'action, leur application au niveau des pays, les enseignements tirés, les priorités naissantes – toutes liées à la conférence MAQ – par le truchement d'un bulletin d'information placé sous la responsabilité de JHPIEGO.

Annexe 1

Participants à la Conférence Régionale Francophone MAQ

Délégations

Bénin

Mr. Auguste KPOGNON
Population Services International
Directeur de Projets
B.P. 08-0876
Cotonou, Bénin
Tél : (229) 31.15.00
Fax : (229) 31.11.75

Professeur José de SOUZA
Centre Régionale pour le Développement et la Santé/Soins de Santé Primaires (CREDSA)
B.P. 1822
Cotonou, Bénin
Tél : (229) 30.01.55 ou 30.06.56
Fax : (229) 30.12.88

Dr. Adissatou YAKOUBOU
Chef Service Vaccination
Ministère de la Santé Publique
B.P. 298
Cotonou, Bénin
Tél : (229) 31.23.29

Dr. Suzanne ZOMAHOUN
Directrice de la Santé Familiale
Direction de la Santé Familiale (DSF)
B.P. 882
Cotonou, Bénin
Tél : (229) 30.12.51 or s/c USAID 30.05.00

Burkina Faso

Dr. Azara BAMBA
Directrice de la Santé de la Famille
Ministère de la Santé
03 B.P. 7013
Ouagadougou, Burkina Faso
Tél : (226) 30.68.64
Fax : (226) 31.08.65

Dr. Zeïnab DERME
Directrice de la Santé Familiale
s/c Ministère de la Santé
03 B.P. 7247
Ouagadougou 03, Burkina Faso
Tél : (226) 30.68.64
Fax : (226) 31.08.65

Dr. Issouf IBRANGO
Médecin de Santé Publique
Ministère de la Santé
Direction des Etudes et de la Planification
B.P. 7009
Ouagadougou, Burkina Faso
Tél : (226) 30.72.97
Fax : (226) 30.66.54

M. Oscar KOALGA
Chargé de Programmes
Association Burkinabè de Bien-Etre Familiale (ABBEF)
01 B.P. 535
Ouagadougou, Burkina Faso
Tél : (226) 31.05.98

Dr. Bibiane KONE
Professeur Agrégé de Gynécologie-Obstétrique
Faculté des Sciences de la Santé
03 B.P. 7022
Ouagadougou, Burkina Faso
Tél : (226) 30.75.43

Mme Mariam LAMIZANA
Présidente
Comité National de Lutte Contre l'Excision
B.P. 515
Ouagadougou, Burkina Faso
Tél : (226) 30.79.15

Mme Fatimata LEGMA
Députée
Assemblée des Députés du Peuple
01 B.P. 6295
Ouagadougou, Burkina Faso
Tél : (226) 31.44.49 ou 30.68.67
Fax : (226) 31.45.90

Previous Page Blank

Dr. Jean-Gabriel OUANGO
Coordinateur
Comité National de Lutte contre le SIDA
B.P. 7009
Ouagadougou, Burkina Faso
Tél : (226) 31.32.18
Fax : (226) 31.40.01

M. Gaston SORGHO
Chargé de Projet
Plan de Parrainnage International
PPI/BF
01 B.P. 1184
Ouagadougou, Burkina Faso
Tél : (226) 36.33.03
Fax : (226) 30.00.80

M. Jean-Roger TAMINI
Directeur Général
Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP)/
Alfred A. Ouénum
03 B.P. 7002
Ouagadougou 03, Burkina Faso
Tél : (226) 30.66.51
Fax : (226) 30.66.51 ou 30.66.53

Mme Brigitte THIOMBIANO
Présidente de l'Association Burkinabè des
Sages-Femmes
01 B.P. 4686
Ouagadougou 01, Burkina Faso
Tél : (226) 30.72.59 ou 30.75.96
Fax : (226) 30.72.59

Dr. Germain TRAORE
Gynécolo Obstétricien
Chargé de Programme de PF
DSF
03 B.P. 7247
Ouagadougou 03, Burkina Faso
Tél : (226) 30.68.64
Fax : (226) 31.08.65

Cameroun

Mme Damaris MOUNLON
Coordinatrice du Projet
Femmes, Santé, Développement (FESADE)
B.P. 724
Yaoundé, Cameroun
Tél : (237) 23.50.44
Fax : (237) 23.42.32

Dr. B. Mpoze SINDA
Directeur Technique
Fondation Médical AD LUCEM
B.P. 1478
Douala, Cameroun
Tél : (237) 47.24.73
Fax : (237) 47.24.73

Mme Grace WALLA
Directrice Exécutive
Association Camerounaise pour le
Bien-Etre de la Famille (CAMNAFAW)
B.P. 11994
Yaoundé, Cameroun
Tél : (237) 23.79.84
Fax : (237) 23.79.84

Côte d'Ivoire

M. Paul AGODIO
Directeur Exécutif
AIBEF
01 B.P. 5315
Abidjan, Côte d'Ivoire
Tél : (225) 25.18.11 ou 25.18.12
Fax : (225) 25.18.68

Mme Carol SQUIRE-DIOMANDE
Directrice adjointe pour le marketing et la
promotion
Population Services International
15 B.P. 95
Abidjan 15, Côte d'Ivoire
Tél : (225) 24.39.31 ou 25.95.89
Fax : (225) 25.74.99

Dr. Alexis KOUADIO
Médecin Superviseur Clinique
Programme PF
Ministère de la Santé et des Affaires Sociales
14 B.P. 288
Abidjan 14, Côte d'Ivoire
Tél : (225) 42.75.64

Dr. Moustapha OUATTARA
Médecin Spécialiste
Direction de la Population et du
Développement Social
B.P. V. 124
Abidjan, Côte d'Ivoire
Tél : (225) 32.57.92 ou 32.56.79
Fax : (225) 21.22.87 ou 21.10.85

Professeur Christiane WELFFENS-EKRA
Chef de Service de Gynécologie Obstétrique
Centre Hospitalier Universitaire de Yopougon
21 B.P. 632
Abidjan, Côte d'Ivoire
Tél : (225) 46.68.30 (Ext. 172)
Fax : (225) 46.67.27

Guinée

Dr. Mahi BARRY
Directeur SMI/PF
Ministère de la Santé Publique
B.P. 585
Conakry, Guinée
Tél : (224)41.15.34 ou 44.23.26
Fax : s/c USAID (224) 41.15.22

M. Amadou Lamarana DIALLO
Coordinateur National des Programmes
Association Guinéenne pour le Bien-Etre Familiale
B.P. 1471
Conakry, Guinée
Tél : (224) 44.23.63

M. El Hadj Mamadou Bella DOUMBOUYA
Président
Organisation Volontaires Développement Economique et Culturel
B.P. 87
Conakry, Guinée
Tél : (224) 44.36.11
Fax : (224) 41.18.00

Dr. Yolande HYJAZI
Maître-Assistante Faculté Conakry
Ministère de la Santé Publique
B.P. 158
Conakry, Guinée

Dr. Bandian SIDIME
Directeur Exécutif
AGBEF
B.P. 1471 (Siège Social)
Conakry, Guinée
Tél : (224) 44.23.63

Madagascar

Dr. Gilbert ANDRIANANDRASANA
Directeur SALFA
Département de Santé de l'Eglise Luthérienne Malagasy
B.P. 4402
Antananarivo (101), Madagascar
Tél : (261-2) 331.58

M. Manitra ANDRIAMASINORO
Directeur Exécutif
FISA
1, rue Kaka Rabemenentroa
B.P. 703
Antananarivo (101), Madagascar
Tél : (261-2) 335.30
Fax : s/c (261-2) 224.31

Dr. Jeanette RABEHARIOSA
Chef de Service Santé Maternelle et Infantile/Planning Familiale
Ministère de la Santé
B.P. 866
Antananarivo (101), Madagascar
Tél : (261-2) 251.32

Dr. Zoé RASOARIMALALA
Directeur d'Etudes
Ministère de la Santé
Etablissement d'Enseignment Médico-Social (EEMS)
B.P. 3852
Antananarivo (101), Madagascar
Tél : (261-2) 204.60

Mme Chantal RAZAFINARIVO
Avocat à la Cour
Résidence des Assureurs
C-40 Ampefiloka
Antananarivo (101), Madagascar
Tél : (261-2) 287-67
Fax : (261-2) 270-01

Mali

M. Yaya DIAKITE
Directeur des Programmes
AMPPF
B.P. 105
Bamako, Mali
Tél : (223) 22.44.94
Fax : (223) 22.26.18

Professeur Amadou DOLO
Professeur Agrégé de la Faculté
Chef de Clinique Point G
L'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie
B.P. 1805
Bamako, Mali
Tél : (223) 22.52.77
Fax : (223) 22.96.58

Dr. Arkia DOUCOURE
Chef de la Division Santé Familiale et Communautaire
B.P. 1149
Bamako, Mali
Tél : (223) 22.45.26
Fax : s/c USAID (223) 22.36.02

Mr. Mouhamadou GUEYE
Démographe
CERPOD
B.P. 1530
Bamako, Mali
Tél : (223) 22.80.86
Fax : (223) 22.78.31

Dr. Aminata SOUMARE
Présidente du Comité d'Action pour les Droits de l'Enfant et de la Femme (CADEF)
B.P. 2653
Bamako, Mali
Tél : (223) 22.56.38
Fax : (223) 22.56.38

Niger

Dr. Ado AISSA
Directrice du Centre National de Santé Familiale
Ministère de la Santé
B.P. 623
Niamey, Niger
Tél : (227) 74.02.32

Dr. Garba Yaou DAREY
Directeur de la Santé Familiale
B.P. 623
Niamey, Niger
Tél : (227) 72.36.00
Fax : (227) 72.24.24

Mme Irène-Meon DIAWARA
Secrétaire Générale Adjointe
Rassemblement Démocratique des Femmes du Niger
B.P. 11 933
Niamey, Niger
Tél : (227) 73.24.65 ou 73.57.52
Fax : (227) 73.48.68

Mme Ouassa DJATAOU
Vice Présidente
Comité de Lutte contre les Pratiques Traditionelles Néfastes
B.P. 11 613
Niamey, Niger
Tél : (227)72.22.24
Fax : (227)73.56.46

Mme Diori Abdoulaye KADIDIATOU
Vice Présidente
Association Nigérienne pour le Bien-Etre Familiale
B.P. 13174
Niamey, Niger
Tél : (227) 73.42.51. ou 72.26.00
Fax : (227) 73.56.46

Professeur Ibrahim Ali TOURE
Doyen de la Faculté des Sciences de la Santé
B.P. 10896
Université de Niamey
Niamey, Niger
Tél : (227) 73.47.31
Fax : (227) 73.47.31

Sénégal

Mme Marie-Thérèse DIEDHIOU
A.P.A.C.; Yeewu Yewwi
38 Boulevard de la République
B.P. 4163
Dakar, Sénégal
Tél : (221) 24.01.46 ou 25.25.81
Fax : (221) 24.35.69

M. Alpha DIENG
Directeur Santé de la Famille
B.P. 1343
Dakar - Fann, Sénégal
Tél : (221) 24.60.37
Fax : (221) 25.02.46

Mme Marieme DIOP
Directrice du Programme de PF
Program National de PF (PNPF)
Dakar, Sénégal
Tél : (221) 21.19.58 ou 21.71.55

M. Belgasime DRAME
Directeur Exécutif
ASBEF
B.P. 6084
Dakar, Sénégal
Tél : (221) 24.52.61
Fax : (221) 24.52.72

Colonel Lamine Cissé SARR
Directeur de la Santé Publique
Division de la Santé Publique et de l'Hygiène
Ministère de la Santé et de l'Action Social
Immeuble Vendôme E, Zone B
B.P. 4024
Dakar, Sénégal
Tél : (221) 24.75.49
Fax : (221) 24.75.49

Togo

Professeur Koffi ATTIGNON
Secrétaire Permanent de l'ASAFED
(Association Africaine d'Education pour le Développement)
B.P. 3907
Lomé, Togo
Tél : (228) 21.63.16
Fax : (228) 21.63.16

Professeur Kossi HODONOU
Médecin-chef de la Clinique Gynéco-Obstétricale
CHU - Tokoin de Lomé
B.P. 8016
Lomé, Togo
Tél : (228) 22.33.73
Fax : (228) 21.36.75

Dr. Nagbandja KAMPATIBE
Chef de la DSF
Ministère de la Santé Population et Solidarité Nationale
B.P. 336
Lomé, Togo
Tél : (228) 21.20.14

M. Nyédzy KOUDAYA
Directeur Exécutif
ATBEF
B.P. 4056
Lomé, Togo
Tél : (228) 21.41.93 ou 22.02.64
Fax : (228) 22.02.66

Autres Participants (* dénote membre de Comité Technique basé en Afrique)

Mme Bineta BA
Regional Health Planning and Health Financing Officer
REDSO/WCA
01 B.P. 1712
c/o American Embassy
Abidjan, Côte d'Ivoire
Tél : (225) 41.45.28
Fax : (225) 41.35.44

Dr. Mariama BAH
HPN Assistant
General Development Office
USAID/Guinea
B.P. 603
Conakry, Guinée
Tél : (224) 41.21.63 ou 41.20.29
Fax : (224) 41.15.22

M. Issoufou BALARABE
Population Specialist
USAID/Niger
B.P. 11201
Niamey, Niger
Tél : (227) 72.31.26
Fax : (227) 72.39.18

Dr. Souleymane BARRY
Regional HIV/AIDS Advisor
REDSO/WCA
01 B.P. 1712
c/o American Embassy
Abidjan, Côte d'Ivoire
Tél : (225) 41.45.28
Fax : (225) 41.35.44

Dr. Thierno Mariama BARRY
Regional Programme Officer
IPPF
Africa Regional Office
P.O. Box 30234
Nairobi, Kenya
Tél : (254) 2-72-02-80
Fax : (254) 2-72-65-96

Mme Félicité BASSOLE
Assistante Sociale
Comité Nationale de Lutte contre les Pratiques de l'Excision
s/c B.P. 515
Ouagadougou, Burkina Faso
Tél : (226) 30.79.15

Mme Justine BELEM
Sage-Femme d'Etat
Ministère de la Santé
05 B.P. 6091
Ouagadougou, Burkina Faso
Tél : (226) 30.76.79
Fax : (226) 34.02.71

M. Hammouda BELLAMINE
Senior Technical Advisor for Training and IEC
Pathfinder International
International House
Mezzanine Floor
P.O. Box 48147
Nairobi, Kenya
Tél : (254-2) 22.41.54 ou 22.24.87
Fax : (254-2) 21.48.90

Dr. Suzanne BOCOUM*
Conseillère Régionale en SMI/PF/Gestion
B.P. 154
Equipe d'Appui du FNUAP I
Dakar, Sénégal
Fax : (221) 22.83.82

M. Onanga BONGWELE*
INTRAH/Lomé
36, rue Pelletier Caventou
B.P. 12357
Lomé, Togo
Tél : (228) 21.40.59 ou 22.03.74
Fax : (228) 21.46.23

Mme Codou BOP*
Coordinatrice du Programme Famille/Genre et Développement
Population Council
B.P. 21027
Dakar, Sénégal
Tél : (221) 24.19.93
Fax : (221) 24.19.98

Mme Martha BRADY
Associate, Expanding Contraceptive Choice Program
Population Council
1 Dag Hammarksjold Plaza
New York, NY 10017 USA
Tél : (212) 339-0618
Fax : (212) 755-6052

M. Joseph CATRAYE
Coordinateur PASE
CIDA/Burkina Faso
01 B.P. 1349
Ouagadougou, Burkina Faso
Tél : (226) 30.01.00
Fax : (226) 30.01.00

Dr. Jatinder CHEEMA
Acting Representative
USAID/Burkina Faso
B.P. 35
Ouagadougou, Burkina Faso
Tél : (226) 30.67.25/26
Fax : (226) 30.89.03 ou 31.23.68

Mme Perle COMBARY
USAID/Burkina Faso
B.P. 35
Ouagadougou, Burkina Faso
Tél : (226) 30.67.25/26
Fax : (226) 30.89.03 ou 31.23.68

Mme Kristin COONEY
Deputy Director, Breastfeeding and MCH
Institute for Reproductive Health
Georgetown University
2115 Wisconsin Ave., Suite 602
Washington, DC 20007 USA
Tél : (202) 687-1392
Fax : (202) 687-6846

Mme Maureen CORBETT
Program Manager for Africa
INTRAH
University of North Carolina
208 North Columbia Street
Chapel Hill, NC 27514 USA
Tél : (919) 966-5636
Fax : (919) 966-6816

Dr. Alain DAMIBA*
JHPIEGO
1615 Thames Street, Suite 200
Baltimore, MD 21231-3447 USA
Tél : (410) 955-8558
Fax : (410) 955-6199

Mme Sarah DAVIS
FHI Fellow
USAID Office of Population
G/R&D/POP
Room 811, SA-18
Washington, DC 20523-1819 USA
Tél : (703) 841-7790
Fax : (703) 841-0327

Dr. Fatimata DIABATE*
Consultante/FHI
Maternité Hamdallaye
B.P. 5029
Bamako, Mali
Tél : (223) 22.26.28
Fax : (223) 22.02.91

M. Don DICKERSON*
Chief of Party FPHP
Futures Group
P.O. Box 1630
Accra, Ghana
Tél : (233-21) 777.888
Fax : (233-21) 775.948

Dr. Seydou DOUMBIA
Conseiller Technique Projet DBC
Population Council OR/TA
B.P. E 666
Bamako, Mali
Tél : (223) 22.94.35
Fax : (223) 22.94.35

M. Pape GAYE*
INTRAH/Lomé
36, rue Pelletier Caventou
B.P. 12357
Lomé, Togo
Tél : (228) 21.40.59 ou 22.03.74
Fax : (228) 21.46.23

Mme Jill GENTRY
Senior Activities Coordinator
Family Health International
P.O. Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709 USA
Tél : (919) 544-7040
Fax : (919) 544-7261

Mme Anita GHOSH
Assistant Program Development Officer
JHPIEGO
Brown's Wharf
1615 Thames Street, Suite 200
Baltimore, MD 21231 USA
TEL: (410) 955-4413
FAX: (410) 955-6199

Mme Marge HORN
Deputy Chief of Research Division
USAID Office of Population
G/R&D/POP
Room 811, SA-18
Washington, DC 20523-1819 USA
Tél : (703) 875-4460
Fax : (703) 875-4413

Mme Monique ILBOUDO
s/c l'Observateur
B.P. 7021
Ouagadougou, Burkina Faso
Tél : (226) 33.27.05
Fax : (226) 33.45.79

Dr. Robert JOHNSON
Vice President and Director
JHPIEGO
Brown's Wharf
1615 Thames Street, Suite 200
Baltimore, MD 21231 USA
Tél : (410) 955-8558
Fax : (410) 955-6199

M. Joanny KABORE*
Conseiller Résident
d'INTRAH/Ouagadougou
01 B.P. 3022
Ouagadougou, Burkina Faso
Tél : (226) 30.04.53

Dr. Meba KAGONE
JSI/SEATS/Burkina Faso
Conseiller Résident
Ouagadougou, Burkina Faso
Tél : (226) 34.17.57
Fax : (226) 34.17.57

Mme Salwa KAZADI
Assistante Chargée de Programme
Centre d'Etudes de la Famille Africaine
CEFA/CAFS
B.P. 80529
Lomé, Togo
Tél : (228) 22.36.40
Fax : (228) 22.35.87

Mme Karima KERBY
Chargée des Programmes de l'Afrique de l'Ouest
AVSC International
79 Madison Ave
New York, NY 10016 USA
Tél : (212) 561-8447
Fax : (212) 779-9439

Mme Caroline KOROMA
Inter-African Committee on Traditional Practices
c/o ECA/ACW
P.O. Box 3001
Addis Ababa, Ethiopia
Tél : (251) 1.51.57.93
Fax : (251) 1.51.46.82

Dr. Claude LANCTOT
Directeur Général FIDAF
IRH Consultant
2115 Wisconsin Ave. 6th Floor
Washington, DC 20007 USA
Tél : (202) 687-1392
Fax : (202) 687-6846

Mme Linda LANKENAU
Deputy HPNO
B.P. 49
USAID/Dakar
Dakar, Sénégal
Tél : (221) 23.66.80 ou 23.58.80
Fax : (221) 23.29.65

Professeur Robert J. I. LEKE
Université de Yaounde
B.P. 1935
Yaoundé, Cameroun
Tél : (237) 22.36.17
Fax : (237) 23.44.51

Mme JoAnn LEWIS
Senior Vice President
Family Health International
P.O. Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709 USA
Tél : (919) 544-7040
Fax : (919) 544-7261

Dr. Dandobi MAIKIBI*
Ministère de la Santé
Responsable du Programme National de PF
B.P. 10057
Niamey, Niger
Tél : (227) 72.26.31
Fax : (227) 73.56.46

M. Cheikh MBAKE
Senior Scientist
Rockefeller Foundation
International House
Mama Ngina St.
Box 47543
Nairobi, Kenya
Tél : (254-2) 22.80.61 ou 33.21.61
Fax : (254-2) 21.88.40

Dr. Evariste MIDY
Chief of Party URC/Niger
B.P. 13300
Niamey, Niger
Tél : (227) 73.56.46
Fax : (227) 73.56.46

Mme Lucy MIZE
Technical Advisor in Population
USAID/Bamako
B.P. 34
Bamako, Mali
Tél : (223) 22.36.02
Fax : (223) 22.39.33

M. Yatshita MUTOMBO
Regional Training Advisor
AVSC International
P.O. Box 57964
ABC Place; 1st Floor
Waiyaki Way
Nairobi,Kenya
Tél : (254) 2-444-992 ou 445-373
Fax : (254) 2-441-774

Mme Awa NANA*
Ministère de la Justice
Cour d'Appel
B.P. 342
Lomé, Togo
Tél : (228) 21.35.14

Dr. Christine NARE
Anthropologue, Consultante en Sciences Sociales
Population Council/Dakar
B.P. 5906
Dakar, Sénégal
Tél : (221) 20.20.85
Fax : (221) 24.19.98

Dr. Penda N'DIAYE*
Représentente
Population Council
01 B.P. 6250
Zone Résidentielle du Bois
Ouagadougou, Burkina Faso
Tél : (226) 33.57.95
Fax : (226) 36.16.25

Dr. Pagomdzanga NITIEMA
District Sanitaire Kongoussi
B.P. 208
Kongoussi, Burkina Faso
Tél : (226) 45.71.39 ou 45.71.58

Mme Inga OLEKSY
Project Monitor for JHPIEGO
USAID Office of Population
G/R&D/POP
Room 811, SA-18
Washington, DC 20523-1819 USA
Tél : (703) 875-4565
Fax : (703) 875-4413

M. Youssouf OUEDRAOGO
Conseiller Résident
Population Council
01 B.P. 6250
Zone Résidentielle du Bois
Ouagadougou, Burkina Faso
Tél : (226) 33.57.95
Fax : (226) 36.16.25

Mme Anne PFITZER
Assistant Program Development Officer
JHPIEGO
Brown's Wharf
1615 Thames Street, Suite 200
Baltimore, MD 21231 USA
Tél : (410) 955-3670
Fax : (410) 955-6199

Dr. Arsenio Daniel de PINA
Technical Advisor
OMS/Mauritanie
B.P. 320
Nouakchott, Mauritanie
Tél : (222) 25.24.02

Dr. Manuel PINA*
INTRAH/Lomé
36, rue Pelletier Caventou
B.P. 12357
Lomé, Togo
Tél : (228) 21.40.59 ou 22.03.74
Fax : (228) 21.46.23

Mme Agma PRINS
Chief of Party
APROPOP Project
Management Sciences for Health
s/c B.P. 447
Antananarivo, Madagascar
Tél : (261) 22.49.66
Fax : (261) 22.49.66

Mme Estelle QUAIN
Project Monitor for INTRAH
USAID Office of Population
G/R&D/POP
Room 811, SA-18
Washington, DC 20523-1819 USA
Tél : (703) 841-7790
Fax : (703) 875-4413

Dr. Miriam SANGARE
Chargé de Programme
Chef Unité Prestations de Services
Centre d'Etudes de la Famille Africaine
(CAFS)
B.P. 12425
Lomé, Togo
Tél : (228) 22.36.40
Fax : (228) 22.40.53

Dr. Aliou SANI
Project Manager
CARE/Niger
B.P. 10155
Niamey, Niger
Tél : (227) 51.05.97
Fax : (227) 51.00.62

M. Diouratié SANOGO
Directeur Adjoint Projet RO/AT
Population Council
4 Stele Mermoz
B.P. 210207
Dakar, Sénégal
Tél : (221) 24.19.93 ou 24.19.94
Fax : (221) 24.19.98

Mme Pascaline SEBGO*
Chargée de Programme
Projet Femme et Santé
Ouagadougou, Burkina Faso
Tél : (226) 31.43.49

Dr. Boniface SEBIKALI*
Consultant
INTRAH/Lomé
36, rue Pelletier Caventou
B.P. 12357
Lomé, Togo
Tél : (228) 21.40.59 ou 22.03.74
Fax : (228) 21.46.23

M. Mbaye SEYE*
IEC Advisor
JSI/SEATS/Senegal
B.P. 7782
Dakar, Sénégal
Tél : (221) 24.44.22
Fax : (221) 24.44.23

Dr. Willibrord SHASHA*
Ministère de la Santé
CHU de Yaoundé
Yaoundé, Cameroun
Tél : (237) 22.15.03
Fax : (237) 22.93.89

M. Jim SPILSBURY
Consultant
Family Health International
P.O. Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709 USA
Tél : (919) 544-7040
Fax : (919) 544-7261

M. John STANBACK
Research Associate
Family Health International
P.O. Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709 USA
Tél : (919) 544-7040
Fax : (919) 544-7261

Mme Cynthia STEELE VERME
Director of Special Programs
AVSC International
79 Madison Ave.
New York, NY 10016 USA
Tél : (212) 561-8052
Fax : (212) 779-9439

Mme Fatimata SY
HPN Office
B.P. 49
USAID/Dakar
Dakar, Sénégal
Tél : (221) 23.66.80 ou 23.58.80
Fax : (221) 23.29.65

M. Koutou Ramata SY
Conseillère en Santé Publique
GTZ/Burkina Faso
01 B.P. 351
Ouagadougou, Burkina Faso
Tél : (226) 30.02.25
Fax : (226) 31.45.52

M. Lassané Placide TAPSOBA
Medical Associate
Population Council OR/TA
B.P. 21027
Dakar, Sénégal
Tél : (221) 24.19.93/94
Fax : (221) 24.19.98

Dr. Lalla TOURE
Reproductive Health Advisor
SARA
Academy for Educational Development
1255 23rd Street, N.W.
Washington, DC 20037 USA
Tél : (202) 884-8907
Fax : (202) 884-8701

Mme Fatoumata TRAORE
Sage Femme d'Etat
Directrice des Projets ASDAP
CEDPA/Mali
B.P. 951
Bamako, Mali
Tél : (223) 22.27.69
Fax : (223) 22.27.69

M. Mamadou Moussa TRAORE
Coordinateur de Marketing Social
Pharmacie Populaire du Mali/SOMARC
B.P. 277
Bamako, Mali
Tél : (223) 22.27.48
Fax : (223) 22.27.48

Mme Claudia VONDRASEK
Chargée des Programmes
JHU/Population Communication Services
111 Market Street, Suite 310
Baltimore, MD 21202-4024 USA
Tél : (410) 659-6301
Fax : (410) 659-6266

Mme Susan WOOLF
Technical Advisor
URC/Niger
B.P. 13300
Niamey, Niger
Tél : (227) 73.56.46
Fax : (227) 73.56.46

Mme Thérèse ZEBA
Assistante au Programme
FNUAP/Burkina Faso
B.P. 575
Ouagadougou, Burkina Faso
Tél : (226) 30.62.39
Fax : (226) 31.08.68

Le Journal du Soir, le 18 et 19 mars 1995, Ouagadougou

SOCIÉTÉ

CONFÉRENCE RÉGIONALE SUR LES SERVICES DE SANTÉ DE LA REPRODUCTION...

Sauver les mères et les enfants

Dramane SESSOUMA

Depuis le 12 mars 1995, date du début des travaux de la conférence régionale francophone sur l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des services de santé de la reproduction et la planification familiale en Afrique, les échanges entre les participants autour de thèmes précis se poursuivent. Au centre des débats, l'identification des facteurs négatifs et positifs par rapport à la santé de la mère et de l'enfant.

Moins de 7% des femmes en âge de procréer utilisent une méthode moderne de contraception (Photo)

Dans la plupart des pays concernés par la conférence régionale francophone de Ouagadougou, moins de 7% des femmes en âge de procréer utilisent une méthode moderne de contraception. En outre, même si la naissance d'un enfant est un événement excitant dans la vie de plusieurs millions de femmes, malheureusement, chaque année, cinq cent mille d'entre elles meurent à la suite de complications de grossesse et de l'accouchement, et un bébé sur douze meurt avant son premier anniversaire.

Au regard de ce sombre tableau, l'intérêt de la rencontre de Ouagadougou dont l'objectif est d'aboutir à des stratégies efficaces pour une meilleure accessibilité et qualité des services de santé de la reproduction et planification familiale se passe de commentaire.

Elle se veut un forum d'échanges et de réflexion approfondie sur la qualité et la disponibilité des services de santé de la reproduction et de planification familiale en Afrique francophone. Le tour de la question se fait à travers les différents thèmes traités et qui ont trait à la maximisation de l'accessibilité et de la qualité des services de santé de la reproduction et planification familiale, à la mise à jour de méthodes de planification familiale et services de santé de la reproduction aux facteurs influençant la santé de la mère et de l'enfant, aux pratiques traditionnelles néfastes, etc.

Les cinq jours de concertation entre spécialistes du domaine venus d'horizons différents permettront de susciter de nouveaux espoirs au sein des populations. ❑

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

SIDWAYA, le 20 mars 1995, Ouagadougou

CONFERENCE SUR LA SANTE DE LA REPRODUCTION

Améliorer la qualité des services

La conférence régionale francophone sur l'amélioration de l'accessibilité et la qualité des services de santé de la reproduction et de planification familiale en Afrique francophone a clos ses travaux le 17 mars à l'hôtel Silmandé. La cérémonie officielle de clôture a été présidée par le ministre de la Santé en présence de la représentante de l'USAID au Burkina. Débutée le 13 mars, cette conférence qui a réuni les délégués de 10 pays, (Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Guinée, Madagascar, Mali, Niger, Sénégal, Togo), avait pour but d'augmenter l'accessibilité et d'améliorer la qualité des services de santé de la reproduction et planification familiale en Afrique francophone au Sud du Sahara. Les objectifs spécifiques poursuivis par la réunion de Ouagadougou étaient :

- Définir les éléments et indicateurs de qualité et d'accessibilité aux services de santé de la reproduction et planification familiale y compris comment utiliser les indicateurs pour mesurer les réalisations des programmes et l'impact des interventions planifiées.
- Donner une mise-à-jour sur certains aspects de la santé de la reproduction et de la technologie contraceptive.
- Identifier les barrières importantes à la qualité et à l'accessibilité des services de santé de la reproduction et planification.
- Partager des stratégies pour améliorer l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services.
- Elaborer des plans d'action au niveau de chaque pays pour l'augmentation de l'accessibilité et de la qualité de certains aspects de santé de la reproduction et des services de la planification familiale.

A la fin de leurs travaux, les participants ont dégagé quatre idées forces de la conférence qui sont :

1- Une insuffisance des services d'information, d'éducation et de communication. Les structures existantes étant peu utilisées ou mal exploitées.

2- La nécessité de faire correspondre fait et droit en matière de santé de reproduction et de la planification familiale. En effet, les services de planification familiale et santé de la reproduction sont allés plus loin que les textes en raison du contexte et de l'urgence. Les séminaristes ont estimé que pour sécuriser les utilisateurs et les prestations, il fallait que des dispositions légales et réglementaires soient prises et apliquées effectivement. Ces dispositions devraient être conformes aux besoins et aux activités.

3- Le concept planification familiale lui-même s'est élargi et s'est allié avec la notion de santé de la reproduction.

4- Le constat que contrairement aux idées généralement véhiculées, les hommes (le sexe masculin) ne sont ni refractaires ni réticents vis-à-vis de la planification familiale et de la santé de la reproduction. Ils sont tout simplement mal informés et partant s'excluent d'eux-mêmes et finissent par être exclus des discussions. La conférence a préconisé qu'à partir de maintenant il fallait considérer les hommes comme des alliés et des partenaires responsables et sensés.

Les organisateurs de la conférence ont quant à ceux préconisé la mise en place de mécanismes de suivi à l'échelle régionale pour aider à l'exécution des plans nationaux. Le ministre de la Santé, en clôturant les travaux de la conférence, a exprimé sa satisfaction quant aux conclusions de Ouagadougou.

Il faut rappeler que cette conférence régionale a été organisée par FHI (Family Health international), JHPIEGO (Johns Hopkins program for international éducation in reproductive Health), INTRAH (Program for international Training in Health) et l'USAID avec la collaboration du ministère de la Santé du Burkina Faso.

Hamado NANA

Les participants ont dégagé 4 idées forces pour améliorer la qualité des services en matière de la santé de la reproduction

ANNEXE 2
REPORTAGE SUR LA CONFERENCE

***Le Journal du Soir*, le 15 mars 1995, Ouagadougou**

CONFÉRENCE RÉGIONALE SUR LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION ET LA PLANIFICATION FAMILIALE

A la recherche de programmes d'action nationaux

Du 12 au 17 mars 1995, se tient à Ouagadougou, la Conférence régionale francophone sur l'amélioration de l'accessibilté et de la qualité des services de santé de la reproduction et de planification familiale en Afrique francophone. Cinq jours durant, les participants échangeront en vue de la mise en œuvre de programmes d'action nationaux pour une meilleure santé des populations.

Dramane SESSOUMA

Les participants à la cérémonie d'ouverture de la conférence régionale francophone (Ph. Observateur Paalga)

Bucarest 1974, Mexico 1984, le Caire 1994, trois dates et trois villes qui ont abrité successivement la conférence internationale sur la population et le développement.

Cela est le témoignage que la question de la population et surtout de sa santé est au cœur des préoccupations de la communauté internationle parce que aucune stratégie de développement ne peut réussir sans la prise en compte du volet population. La conférence de Ouagadougou est comme une suite logique des rencontres précédentes, a précisé le ministre de la Santé du Burkina. Elle réaffirme les objectifs de la réunion de Lomé (Togo) en juillet 1994 et cadre bien avec les orientations de la politique de santé maternelle et infantile en cours dans les différents pays. Organisée conjointement par FHI (Family health international), JHPIEGO (A Johns hopkins program for international education in reproductive health) et INTRAH (Program for international training in health) avec la collaboration du ministère de la Santé du Burkina et l'USAID, la conférence a réuni une centaine de participants venus de dix pays africains (Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Guinée, Madagascar, Mali, Niger, Sénégal et Togo) avec la participation en tant qu'observateur d'une vingtaine d'agences de coopération et des bailleurs de fonds.

A la cérémonie d'ouverture à l'hôtel Sofitel Silmandé, tour à tour, Mme Maikibi Dandobi, membre du comité technique préparatoire, l'ambassadeur des Etats-Unis au Burkina Faso et le ministre de la Santé, Christophe Dabiré ont signifié l'actualité et l'urgence du thème de la conférence.

Tous les trois ont reconnu la nécessité de dégager des programmes d'action viables et fiables pour améliorer la qualité et rendre accessibles les services de santé de la reproduction et de la planification familiale.

Car l'espérance de vie à la naissance dans les pays représentés à la rencontre de Ouagadougou est encore faible, la mortalité infantile supérieure toujours à 100 pour 1000 naissances vivantes et la mortalité maternelle encore trop élevée.

La conférence se tient à propos pour explorer les voies possibles au solutionnement de toutes ces préoccupations aussi brûlantes les unes que les autres.

Le but de la conférence est de renforcer l'engagement des groupes d'influence aussi bien au niveau national que régional afin de promouvoir des changements dans les progammes nationaux, les politiques, les procédures, les pratiques et d'améliorer l'accessibilité et la qualité des services de planification familiale et de la santé de la reproduction pour tous. En tout cas, les résultats de la rencontre sont très attendus, car nul ignore que le succès de toute politique de développement est lié à une bonne politique de la population. ❑

Annexe 3

Traduction du câble de l'USAID Burkina Faso aux autres Bureaux de l'USAID suite à la Conférence

1. L'USAID/Burkina est heureuse de présenter un rapport sur la Conférence Régionale Francophone sur la Maximisation de l'Accès et la Qualité (MAQ) de la Planification Familiale et des services de la Santé Reproductive (PF/SR) tenue à Ouagadougou du 12 au 17 mars 1995. Cent vingt-six participants venus de dix pays francophones ont participé à cette conférence qui fut ouverte par le Ministre de la Santé avec l'Ambassadeur des Etats-Unis comme intervenant principal. La cérémonie d'ouverture a été largement couverte par la télévision locale et les journaux locaux. Les délégués à la conférence ont travaillé toute la semaine pour préparer des plans d'actions de PF/SR au niveau de chaque pays ; plans qui furent revus par les bailleurs de fonds et les agences de coopération pour une assistance à suivre. Une coordination inadéquate des bailleurs de fonds, le manque de ressources et la fermeture des bureaux de l'USAID dans quatre des dix pays représentés ont été soulignés par les participants comme des entraves majeures à une mise en oeuvre effective des programmes de PF/SR. Fin du sommaire.

2. Du 12 au 17 mars 1995, une conférence régionale francophone sur la MAQ s'est tenue à Ouagadougou, Burkina Faso. La conférence, organisée par FHI, INTRAH et JHPIEGO, visait à améliorer l'accessibilité et la qualité des services de PF/SR en mettant sur pied et en renforçant des groupes d'influence nationaux et régionaux pour un changement dans les programmes de planification familiale/soins de santé maternelle et infantile, les politiques, les procédures et les pratiques. Les 126 participants à la conférence comportaient des délégués venant du Bénin, du Burkina Faso, du Cameroun, de Côte d'Ivoire, de Guinée, de Madagascar, du Mali, du Niger, du Sénégal et du Togo. Le bureau de la population du Global Bureau, des bureaux de l'USAID des pays participants, de REDSO/WSA, d'autres bailleurs de fonds et d'agences dont, CIDA, le Comité Africain de Lutte Contre les Pratiques Traditionnelles Néfastes, le FNUAP, l'OMS, l'IPPF, GTZ et la Fondation Rockefeller étaient également représentés. Les délégués des pays représentaient les secteurs public et privé, des ONG, des groupes religieux, des groupes de défense de la femme, ainsi que des médecins, des juristes, des sages-femmes, des sociologues, des responsables de programmes, des directeurs, des superviseurs et des prestataires de services. Le Comité Technique basé en Afrique avec le Comité de Coordination des Agences de Coopération a été mis sur pied pour planifier la conférence.

3. Suite à la définition du concept MAQ et l'identification de ses éléments et de ses indicateurs, le contexte africain francophone actuel de la PF et des programmes de la santé reproductive a été analysé et la justification de l'initiative de la MAQ a été établie. Une mise à jour en technologie contraceptive a été présentée et a mis l'accent sur les nouveaux critères d'éligibilité de l'Organisation Mondiale de la Santé pour les méthodes hormonales et les DIU, les méthodes à long terme, les MST et la prévention des infections aussi bien que l'interaction Client/Prestataire et le counseling. Une mise à jour a également été fournie sur les services de la santé reproductive tels que les soins du post-abortum, la PF du post-abortum et la prévention des MST/SIDA.

4. Après une étude des principales barrières médicales, juridiques, socioculturelles à l'accès et à la qualité des services de PF/SR dans la région, les stratégies de la MAQ ont été présentées et leurs applications possibles dans les pays participants ont été discutées. Parmi les stratégies pour la Maximisation de l'Accès et la Qualité des Services examinées par les participants à la conférence figuraient la préparation/révision des politiques, des standards et des protocoles de services de FP/SR, la promotion du marketing social et la Distribution à Base Communautaire des contraceptifs, des services de PF/SR pour les jeunes, les programmes de motivation des hommes et l'intégration des MST/SR/PF, l'intégration du SIDA/SR/PF et l'intégration de la PF/soins du post-abortum. Les rôles de la communication et du counseling en matière de MAQ ont été également mis en exergue.

5. Les délégués à la conférence ont travaillé toute la semaine à preparer des plans d'actions au niveau de chaque pays comportant beaucoup de stratégies MAQ proposées, démontrant les engagements des délégués à améliorer l'Accès et la Qualité des services de PF/SR dans leur pays respectif. Plusieurs plans d'actions comportaient des activités pour établir des services non cliniques de PF/SR dans leurs programmes nationaux, reformer et/ou créer une nouvelle législation en faveur des droits des hommes, des femmes et des filles pour la santé reproductive, y compris pour recruter et motiver les groupes cibles spéciaux (hommes, jeunes, les femmes en période du post-partum, etc.). Les représentants des Agences de Coopération et d'autres agences bailleurs de fonds ont rencontré les délégués des pays pour examiner les plans d'actions, identifier et discuter des opportunités d'une assistance utltérieure pour activer les plans.

6. LES PARTICIPANTS A LA CONFERENCE ONT FAIT LES RECOMMANDATIONS SUIVANTES :

- un concept plus vaste de la PF et une santé reproductive sélective doivent être adoptés pour l'initiative de la MAQ
- des réformes juridiques et institutionnelles doivent être initiées/poursuivies dans la région pour améliorer la situation des femmes et leurs droits pour la santé reproductive, l'éducation et les droits des adolescents/jeunes à accéder à l'information, à l'éducation et aux services de la santé reproductive.
- plus de séminaires sur la santé reproductive/mises à jour en technologie contraceptive doivent être fournis aux responsables des programmes et des prestataires de services au niveau de leur pays. La mise à jour doit comporter la prévention des infections, les soins du post-abortum, la planification familiale naturelle et la Méthode de l'Allaitement Maternel et du l'Aménorrhée et doit mettre l'accent sur les aspects médicaux aussi bien que programmatiques.
- l'Initiative MAQ doit être poursuivie dans la région par le biais de l'exécution des plans de chaque pays et une assistance financière et technique provenant de l'USAID de la communauté internationale de bailleurs de fonds intervenant dans les domaines de la santé et de la population.
- les nouveaux critères d'éligibilité de l'OMS pour des méthodes de PF choisies doivent être largement disséminés et les prestataires de services doivent être formés dans la nouvelle approche.
- plus d'accent doit être mis sur le développement, la mise en oeuvre et l'évaluation des stratégies nationales d'IEC pour la PF/SR.

7. Les participants à la conférence ont relevé que la fermeture des bureaux de l'USAID dans quatre des dix pays francophones constitue une contrainte financière pour la mise en oeuvre de leur plan d'action. Les participants ont également estimé que la coordination des bailleurs de fonds est essentielle pour l'efficacité de la stratégie de PF/SR.

8. La conférence a offert une opportunité à plusieurs pays d'apprécier les bénéfices d'un partenariat plus grand au sein des secteurs publics/ONG privées et les groupes de défense des femmes comme une stratégie pour améliorer l'accès et la qualité des services. La conférence a aussi permis aux délégués de renforcer les processus d'une planification et d'une coordination multi-sectorielle des activités de PF/SR. Pour assurer une coordination continue dans le futur des activités dans la région, les participants ont recommandé que les membres du Comité Technique basé en Afrique, là où ils sont présents, doivent continuer à faciliter la communication au sein des délégués. INTRAH/Lomé a accepté de coordonner cette communication. FHI, INTRAH et JHPIEGO travailleront pour développer les mécanismes pour la dissémination des informations après la conférence et les applications des plans d'action de la conférence parmi les délégués, les Agences de Coopération, l'USAID/Washington, les bureaux de l'USAID et la communauté internationale des bailleurs de fonds. FHI est en train de préparer un document sur les actes de la conférence qu'on espère sera disponible pour distribution en anglais et en français en juin 1995.

9. La conférence, officiellement ouverte et clôturée par le ministre Burkinabè de la Santé et l'Ambassadeur des Etats-Unis comme intervenant principal, a clairement marqué un tournant décisif dans l'évolution des programmes de santé en matière de la PF/SR dans la région francophone de l'Afrique au sud du Sahara. FHI, INTRAH, JHPIEGO et les autres agences de coopération qui ont apporté leur assistance pour l'organisation de cette conférence sont à féliciter pour avoir accompli un travail excellent. La conférence fut une démonstration et un exemple de coopération positive entre l'USAID et les autres Agences de Coopération.

10. L'USAID/Burkina espère une collaboration continue pour la promotion et la mise en oeuvre de l'Initiative MAQ dans la région de l'Afrique francophone et la mise en oeuvre des plans d'action au niveau de chaque pays.

Annexe 4

Glossaire des termes clés utilisés pendant la Conférence

Durant la Conférence Régionale Francophone, des termes ou expressions seront souvent utilisés. Afin de faciliter la compréhension commune des présentateurs et des participants à la Conférence, il est proposé ci-dessous une liste des termes et leur signification ou définition usuelle. Ce glossaire a été compilé à partir des documents de l'OMS, FNUAP, IPPF, ULB, INTRAH, FHI, POP COUNCIL, PATH, MSH, UNICEF, CEPED et des contributions des membres du Comité Technique-Afrique chargé de la Conférence Régionale Francophone.

Accessibilité des services : c'est le degré auquel il est possible de se procurer les services et les fournitures de choix à un niveau d'efforts et de coûts qui soit acceptable pour la grande majorité d'une population donnée, désirant obtenir ces services, et dans ses moyens. L'accessibilité est composée de cinq éléments principaux : L'accessibilité géographique, l'accessibilité économique, l'accessibilité administrative, l'accessibilite cognitive, l'accessibilité psycho-sociale.

Accroissement naturel : c'est l'excédent des naissances sur les décès, dans une population.

Adolescent(e)/s Jeunes/Jeunesse : l'OMS définit les adolescent(e)s comme les personnes âgées de 10 à 19 ans ; les jeunes comme les personnes âgées de 15 à 24 ans. La Jeunesse est la période de vie des personnes âgées de 10 à 24 ans. Bien que les définitions basées sur l'âge et l'état-civil soient commodes du point de vue statistique, il existe en fait une grande diversité en ce qui concerne l'époque et la durée des transformations biologiques, cognitives et psycho-sociales qui caractérisent cette période de transition débutant avec la puberté.

Analyse situationnelle : c'est le processus d'identification dans une région de données qualitatives et quantitatives liées à un état existant dans un domaine précis (par exemple, en SR/PF).

Barrières médicales : ce sont les procédures non indispensables ou dysfonctionnelles, les pratiques, les politiques ou les utilisations de ressources inspirées par des motifs médicaux, mais en fait sans base scientifique justifiable qui entraînent un obstacle à la contraception ou à l'obtention d'une méthode contraceptive.

Contraception d'urgence : c'est une méthode de contraception utilisée par une femme dans les premières heures suivant un rapport sexuel non protégé en période ovulatoire, et peut-être fécondant.

Clinique juridique : c'est un centre d'information et d'assistance des personnes, jeunes ou adultes, sur leurs droits et les moyens de les protéger : c'est aussi un lieu de rencontre pour discuter des conditions, des statuts, de la promotion des droits (des femmes généralement).

Code de la famille : c'est un instrument juridique ou un ensemble de dispositions légales réglementant les droits et devoirs des individus dans leurs relations de parenté et d'alliance, leur patrimoine de leur vivant et/ou après leur décès.

Counseling : c'est un entretien entre un prestataire de services et un(e) client(e) où le (la) client(e) choisit de se faire aider, en exposant ses besoins ou problèmes, le but étant de faciliter la prise de décision. L'intérêt principal est que cet entretien est centré sur le (la) client(e) qui finalement choisit, décide et perçoit les déterminants et les implications de son choix.

Critères d'éligibilité : c'est une caractéristique identifiée pour porter un jugement et sélectionner les groupes ou individus pouvant prétendre obtenir un service.

Dissémination d'un document : c'est l'activité qui consiste à distribuer aux utilisateurs potentiels ledit document, et à les orienter à une meilleure utilisation du document grâce à une connaissance du contenu du document.

Distribution à base communautaire (DBC) : c'est une distribution des services (ou des contraceptifs) dans une communauté par voie de structures déjà établies dans un autre but.

Evaluation : c'est un processus de collecte, d'analyse et d'interprétation des données portant sur une activité, un programme ou un projet, dans le but d'une prise de décision. Les données sont comparées aux standards, ou un état précédant afin de porter des jugements sur la pertinence, l'adéquation, l'état d'avancement,

l'efficacité, la qualité, l'impact, du programme du projet ou de l'activité en question. C'est une estimation de l'efficacité d'un service ou d'un programme (résultats par rapport aux objectifs).

Evaluation de la performance : c'est un type d'évaluation menée sur le lieu de travail en vue de déterminer si le travail des agents répond aux standards professionnels et aux standards de l'institution.

Femmes en âge de reproduction : selon le pays, le terme recouvre toutes les femmes âgées de 15 à 44 (ou 49) ans, ou plus rarement de 20 à 44 (ou 49) ans.

Genre : construction sociale de la féminité et de la masculinité. Cette nouvelle approche théorique des relations sociales met l'accent sur :

- le caractère social des distinctions/inégalités fondées sur le sexe, la classe, la caste, l'âge, la race et la nationalité ;
- sur l'actualisation constante de cette construction tout le long du cycle de vie des hommes et des femmes, selon les contextes et périodes historiques considérés.

L'analyse de genre implique nécessairement la prise en compte des hommes.

N.B. : certain(e)s chercheur(e)s francophones utilisent le terme "rapports sociaux de sexes". D'autres utilisent le terme "considérations de genre".

En matière de santé génésique, le concept de genre devient un instrument de droit et de pouvoir des femmes dans la prise de décisions (en PF par exemple) et de co-responsabilisation des hommes et des femmes en tant que couple.

Impact : il s'agit des changements ou des conséquences moins immédiates ou à long terme résultant des effets d'un programme ou projet dans les attitudes, le comportement ou la santé de la population cible.

Indicateur : c'est un aspect précis et mesurable d'un événement ou d'une activité qu'on peut utiliser pour mesurer son état ou sa condition générale.

Indicateur de processus : c'est un indicateur (ou mesure) qui documente le niveau d'accomplissement d'étapes intermédiaires pour atteindre un objectif déterminé, sur une période déterminée.

Indice de Pearl : c'est le taux d'échecs contraceptifs, calculé en rapportant (règle de trois) le nombre de grossesse-échecs à 100 femmes utilisant une ou des méthode(s) pendant un an : (grossesses X 1200/nombre de mois observés) ou (grossesses X 1300/nombre de cycles observés).

Indice synthétique de fécondité (ISF) : c'est le nombre moyen d'enfants qui seraient nés vivants d'une femme pendant son existence, si elle vivait toutes ses années de procréation avec les taux de fécondité par âge d'une année donnée. Exemple : dire que l'ISF est de 6,2 signifie que si rien ne change, les femmes auront en moyenne 6,2 enfants au cours de leur vie.

MAMA : c'est la Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée qui est une méthode efficace de contraception utilisée chez la femme qui allaite.

Marketing social : c'est un système de promotion, de distribution et de vente de contraceptifs basé sur leur commercialisation à des prix bas (parce que subventionnés) aux mêmes points de vente que des produits de grande diffusion.

Maternité sans/à moindres risques : concept qui s'adresse à l'ensemble des mesures préventives curatives, éducationnelles qui permettent de réduire le nombre et l'agressivité des facteurs qui peuvent compromettre la vie d'une femme et de son enfant durant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches.

Méthodes naturelles : se dit des méthodes de contraception basées sur la connaissance du cycle menstruel des femmes et l'abstinence pendant la période "fertile" ou les jours "féconds".

Mortalité infantile (taux de) : c'est le nombre de décès d'enfants de moins de un an durant une année donnée, par 1.000 naissances vivantes durant cette année.

Mortalité maternelle (taux de): c'est le nombre de décès de femmes survenus au cours de la grossesse ou dans les 42 jours après celle-ci, imputables à la grossesse ou à des complications de l'accouchement ou les soins qu'elle a motivés, par 100.000 naissances vivantes durant une année donnée.

Norme : c'est un principe ou une règle, ou une pratique établie d'un groupe, et d'un commun accord, pour le bon déroulement d'une action ou d'une activité.

Plan d'évaluation : programme proposé pour une évaluation d'un projet, d'un programme ou d'une activité. Le plan d'évaluation précise 1) les objectifs, le processus, les procédures et/ou les résultats à évaluer, 2) les activités d'évaluation, les personnes responsables et le calendrier des activités, 3) les ressources humaines et financières qui seront nécessaires pour réaliser les activités d'évaluation, 4) les utilisations prévues pour les résultats de l'évaluation, 5) les moyens de diffuser les résultats et 6) la définition des termes de référence.

Plan de services : le plan de services est un plan des services durant une période de temps spécifique selon le délai contenu dans les objectifs de programme. Le but du plan de services est de montrer comment atteindre les objectifs de services qui reflètent les objectifs nationaux en matière de santé, la politique et les standards de services de santé, la politique et les standards des services nationaux, les fonds, le personnel et les structures à consacrer aux services et à l'atteinte des objectifs de services.

Politique des services : une politique des services contient, ou sous-entend une philosophie qui explique pourquoi des services sont offerts. Elle donne une orientation aux services et établit également les règles et les lois générales qui gouvernent les services : les services disponibles, l'éligibilité aux services, le groupe de services prioritaires, les prestataires de services, les lieux de la prestation des services, la fréquence et les conditions des services. Les sources des politiques de services sont : le plan national de développement, l'existence des décrets-lois, de manifestes parlementaires et politiques, de circulaires et de règlements ; des politiques spéciales des programmes de santé, les documents et déclarations spéciaux du gouvernement ; les résultats et recommandations des études et des enquêtes des rapports des commissions et d'évaluation et le recensement des besoins et les documents de politique, des organismes nationaux et internationaux.

Post-abortum : période qui suit un avortement, se terminant avec le retour à la fertilité. Ce retour à la fertilité est fonction de l'âge de la grossesse non désirée et est difficile à situer : en général, deux semaines après un avortement du premier trimestre, et quatre semaines après un avortement du deuxième trimestre.

Post-partum : période qui suit un accouchement, se terminant par le retour des règles ou au 40ème jour (proposition OMS).

Prévalence de la contraception : c'est la proportion de femmes mariées en âge de reproduction pratiquant la contraception.

Processus : opération ou séquence d'opérations qui permet ou entrave la réalisation d'un résultat. Un processus peut aussi consister en une séquence planifiée d'activités.

Protocoles de services ou Directives des services ou Procédures : il y a des différences entre et parmi ces documents mais ce qu'ils ont de commun est le fait qu'ils fournissent des directives pour les procédures de service. Ils fournissent des instructions étape par étape pour exécuter les tâches de services, et ils peuvent permettre d'identifier l'équipement, le matériel et d'autres aspects de l'influence du travail sur l'environnement qui sont requis pour l'exécution des tâches selon la politique et les standards.

Qualité des services : les descriptions qualitatives des services font souvent partie des standards et des Directives de services qui constituent les expressions du niveau de la qualité des services et de la performance souhaités. A partir du modèle de Bruce Jain sur la qualité des soins, la qualité des services met en relief l'importance de la perspective du (de la) client(e) : elle définit la qualité des soins et des services en fonction de six éléments fondamentaux : choix des méthodes ou services, compétences techniques nécessaires à offrir les services, informations données à la clientèle, relations interpersonnelles entre la clientèle et le personnel, mécanismes proposés à assurer le suivi et la continuité, constellation appropriée de services. L'impact attendu de l'amélioration de la qualité des services est la satisfaction des clients, la connaissance des clients, la santé des clients ainsi que l'acceptation et la continuité de l'utilisation des services offerts. La qualité est évaluée par les superviseurs, les responsables des services et les équipes d'évaluation sur le terrain.

Rapport de masculinité : Sex ratio : c'est le nombre d'hommes rapporté au nombre de femmes. Exemple : il naît en moyenne 105 garçons pour 100 filles : le rapport de masculinité est de 105.

Recensement/Analyse des besoins : c'est l'étude systématique des individus, des groupes ou des organisations dans le but d'identifier les forces et les faiblesses, ainsi que l'écart entre les

conditions actuelles et les conditions optimales. On peut utiliser les données tirées des recensements des besoins pour définir un but et des objectifs.

Recherche opérationnelle : c'est l'étude systématique des activités ou des innovations d'un programme dont le but est de déterminer leur effet et/ou leur impact sur l'efficience ou l'efficacité ou la qualité du programme.

Santé génésique : santé en matière de reproduction : santé de la reproduction (SR) : on entend par santé génésique (terme recommandé par l'OMS) un état de complet bien-être physique, mental et social et pas simplement une absence de maladie ou d'infirmité pour tout ce qui touche aux organes de reproduction et à leurs fonction et fonctionnement. La santé génésique suppose que chaque individu puisse avoir, dans des conditions de sécurité, une vie sexuelle qui soit source de satisfaction avec la possibilité de procréer et la liberté de décider de la procréation, du moment choisi et de la fréquence de la procréation. Cette dernière condition comporte implicitement le droit pour l'homme et pour la femme d'avoir accès à des méthodes de régulation de la fécondité de leur choix qui soient sûres, efficaces, abordables et acceptables ainsi qu'à des services de santé leur donnant les meilleures chances de réaliser leur souhait d'avoir un enfant en bonne santé. Les services de Santé génésique comprennent entre autres, la planification familiale (PF) ; la prévention de l'infécondité ; les soins maternels et infantiles et la maternité sans/à moindre risques ; la prévention et les soins liés à l'avortement ; la prise en charge des cancers génitaux et infections génitales, y compris les MST/SIDA ; la santé de l'adolescent ; les modes de vie et l'hygiène sexuelle ; la condition féminine.

Standards et normes de services : les normes (ou standards) précisent les niveaux minimaux acceptables de performance et les attentes pour chaque élément des services offerts. Les normes précisent également les qualifications requises pour les prestataires de services.

Taux d'accroissement naturel : c'est le taux (%) obtenu en divisant l'accroissement naturel d'une population au cours d'une année donnée par l'effectif de la population de base.

Taux d'avortement : c'est le nombre d'avortements par 1.000 femmes âgées de 15 à 49 (ou 44) ans pendant une année donnée. On l'exprime par 100 naissances vivantes ou 100 grossesses (y compris les avortements, les fausses couches spontanées ou induites).

Annexe 5

Evaluation de la Conférence Régionale MAQ en Afrique Francophone

Le présent rapport se propose de récapituler les résultats de l'évaluation effectuée à la fin de la conférence, de décrire certains aboutissements immédiats et de passer brièvement en revue les activités prévues dans les plans d'action.

1. Résultats du questionnaire d'évaluation

Un questionnaire (donné dans l'appendice) a été distribué à tous les délégués en vue d'obtenir des informations dans deux domaines principaux :

A. le degré auquel la conférence a répondu aux attentes des délégués ;

B. les thèmes jugés par les délégués les plus pertinents, et les moins pertinents, qui ont été abordés au cours de la conférence.

Les résultats, fondés sur les réponses de 35 des 54 délégués sondés (65 %), se résument comme suit :

A. Degré auquel la conférence a répondu aux attentes des délégués

- S'agissant de l'identification des stratégies visant à l'amélioration de l'accès et de la qualité, 100 % ont répondu que leur attente avait été satisfaite.
- S'agissant de l'occasion de rencontrer des représentants d'organismes susceptibles de financer leurs plans d'actions, 100 % ont répondu que leur attente avait été satisfaite.
- S'agissant de l'occasion de partager leur expérience avec des représentants d'autres pays, 67 % ont répondu que leur attente avait été satisfaite.
- S'agissant de la définition des éléments et des indicateurs de la qualité des services, 63 % ont répondu que leur attente avait été satisfaite.
- S'agissant de la formulation d'un plan d'action réaliste et applicable, 54 % ont répondu que leur attente avait été satisfaite.
- S'agissant de l'occasion de bénéficier d'une mise à jour de technologie contraceptive (CTU), 22 % ont répondu que leur attente avait été satisfaite.

De l'avis des délégués, le questionnaire à remplir avant la conférence et la séance d'orientation tenue le dimanche 12 mars 1995 ont été très utiles et ils leur ont permis de clarifier leurs attentes.

En dépit du faible pourcentage de délégués ayant estimé que la conférence avait répondu à leur attente en matière de CTU, il est intéressant de noter que la plupart des délégués comprennent mieux l'importance qu'il y a pour les décideurs, les responsables de programmes, les superviseurs et les prestataires d'être au courant de l'évolution des connaissances (voir section 3., point C, ci-après).

B. Les thèmes jugés par les délégués les plus pertinents, et les moins pertinents, qui ont été abordés au cours de la conférence (pertinents vis-à-vis de la situation qui prévaut dans le pays des délégués).

Notez que la diversité des réponses peut s'expliquer par la diversité de la formation des délégués (médicale, paramédicale, juridique, sociale) et par la diversité des secteurs représentés (public, privé/ONG, religieux).

Les plus pertinents

Services de SR/PF pour les adolescents
Stratégies MAQ
Mise à jour clinique et en SR
Nouveaux critères d'attribution de l'OMS

Les moins pertinents

Soins après avortement
Analyses situationnelles et EDS
Rôles des hommes et des femmes dans la prise de décisions en matière de reproduction

2. Aboutissements immédiats de la Conférence

La conférence a déjà eu des répercussions sur les services de planification familiale et de santé reproductive dans la région :

A. Le directeur de la division Santé de la famille d'un pays, qui participait à la conférence, est maintenant prêt à promouvoir le principe de la distribution des contraceptifs oraux dans le cadre de programmes de ventes subventionnées et de systèmes à base communautaire.

B. Les membres d'une délégation ont déclaré qu'ils se rendaient maintenant compte de la différence entre le counseling et les conseils médicaux ou la simple dissémination d'informations, et, de retour dans leur pays, ils feront comprendre cette différence à d'autres personnes.

C. Une autre délégation, impressionnée par les activités du pays d'accueil visant à atteindre les adolescents, a proposé que des responsables nationaux se rendent au Burkina Faso pour se familiariser avec le programme « Youth for Youth » (Jeunes pour jeunes).

3. Actions MAQ dans les plans d'action à l'échelon des pays (exemples)

Les dix plans d'action à l'échelon des pays qui ont été préparés par les délégations ont été examinés en vue d'évaluer le nombre d'activités liées à l'initiative MAQ. Nous donnons ci-après un échantillon des actions MAQ contenues dans ces plans. Veuillez consulter les plans d'action pour de plus amples renseignements.

A. Renforcer les relations de travail entre le secteur public/des ONG/privé en faveur de la MAQ : 10 plans d'action sur 10.

B. Elaborer/appliquer des stratégies de communication en faveur de la MAQ : neuf plans d'action sur 10.

C. Mettre à jour les connaissances sur la technologie contraceptive et la SR : sept plans d'action sur 10.

D. Elaborer/mettre à jour/réviser et appliquer les politiques, les normes et les lignes directrices concernant les services de PF/SR : huit plans d'action sur 10.

E. Mettre en route des programmes en faveur des adolescents ou renforcer les programmes existants : six plans d'action sur 10.

F. Mettre en route ou renforcer/élargir la DBC : cinq plans d'action sur 10.

Au nombre des autres actions MAQ citées dans les plans figurent : COPE, les programmes visant à cibler les hommes et à encourager leur participation, l'intégration des services pour MST/VIH aux services de PF, l'intégration de la PF, des soins du post-partum et de la prévention des infections.

Annexe 6

Fiche d'évaluation de la Conférence Régionale Francophone MAQ

Objet :

Déterminer vos réactions sur la pertinence de la conférence et vos suggestions pour l'organisation d'autres conférences régionales sur la santé de la reproduction et la planification familiale.

/ / Je suis membre d'une délégation.

/ / Je représente une agence de coopération de l'USAID.

/ / Je représente une agence autre que celle de L'USAID.

1. Plusieurs sujets ont été présentés et discutés pendant cette conférence :
   a) Donner au moins deux (2) sujets qui vous ont été très utiles par rapport au contexte de votre pays.
   b) Donner au moins deux (2) sujets qui vous ont été moins utiles par rapport au contexte de votre pays.

2. Cocher si oui/non :
   a) La composition de la délégation de mon pays facilitera la mise en application du plan d'action développé avec mes collègues.
      oui
      non
   b) La meilleure compréhension du concept MAQ et de ses applications me permettront de mener les actions définies dans le plan d'action.
      oui
      non
   c) Je peux compter sur les bailleurs de fonds de mon pays pour le financement de quelques actions dans le plan d'action de mon pays.
      oui
      non

3. La composition de la délégation de votre pays a-t-elle facilité les échanges et les discussions pendant l'élaboration des plans d'action.
   oui
   non

4. Quel est le changement personnel le plus important que vous comptez apporter dans le programme de santé de la reproduction/planification familiale de votre pays à l'issue de cette conférence ?

5. Côcher votre réaction pour chaque aspect de l'organisation matérielle de la conférence
(TB : Très Bien, B : Bien, AB : Assez Bien, M : Mauvais)

	TB	B	AB	M
a) Salle de Conférence	/ /	/ /	/ /	/ /
b) Salle de commission	/ /	/ /	/ /	/ /
c) Déjeuner	/ /	/ /	/ /	/ /
d) Pause-café	/ /	/ /	/ /	/ /
e) Acceuil et confort à l'hotel	/ /	/ /	/ /	/ /
f) Navette de l'hotel	/ /	/ /	/ /	/ /
g) Documents reçus avant de venir à Ouagadougou et à la conférence	/ /	/ /	/ /	/ /
h) Autre...	/ /	/ /	/ /	/ /

6. Si les organisateurs devaient réorganiser une conférence similaire, quels sont les aspects de cette conférence qui méritent :
   a) d'être reconduits :
   b) d'être améliorés :
   c) d'être éliminés :

7. Quelle est la leçon la plus importante que vous avez apprise de cette conférence ?

ANNEXE 7
CONFERENCE REGIONALE FRANCOPHONE SUR L'AMELIORATION DE L'ACCESSIBILITE ET DE LA QUALITE DES SERVICES DE SANTE DE LA REPRODUCTION ET LA PLANIFICATION FAMILIALE EN AFRIQUE FRANCOPHONE

12 - 17 mars 1995
Ouagadougou, Burkina Faso

PROGRAMME

DIMANCHE 12 Mars	**Séance**	**Présentateurs/Personnes Ressources**
	Enregistrement	Mme A. HENN
14:00-17:00	**Orientation à la Conférence** -Accueil administratif -But et objectifs de la Conférence -Programme de la Conférence -Normes de travail : logistiques -Glossaire des termes clés utilisés pendant la Conférence	 FHI, INTRAH, JHPIEGO M. P. GAYE et Dr. M. PINA Dr. A. DAMIBA
17:00-17:30	**PAUSE**	
17:30-18:30	Rencontre des délégations des pays	
17:30-18:30	Réunion des représentants des Agences de Coopération (AC), des Responsables Population/Santé/Nutrition des USAID (HPN) et des bailleurs de fonds pour clarifier les rôles et les responsabilités pendant la Conférence	FHI, INTRAH, JHPIEGO
LUNDI, 13 Mars	**Séance**	**Présentateurs/Personnes Ressources**
8:30-10:00	**Ouverture Officielle de la Conférence** *Son Excellence Monsieur le Ministre de la Santé *Son Excellence Monsieur l'Ambassadeur des Etats-Unis au Burkina Faso *Représentant du Comité Technique/Perspective de la Conférence du Caire	 Dr. C. DABIRE M. D. McCONNELL Dr. D. MAIKIBI
10:00-10:30	**PAUSE**	
10:30-10:50	Communication principale sur la PF et la SR en Afrique Francophone	Mme P. SEBGO
10:50-11:15	Communication principale sur l'assistance de l'USAID/Washington en matière de santé et de population en Afrique Francophone	Mme M. HORN

LUNDI, 13 Mars	Séance (suite)	Présentateurs/Personnes Ressources
11:15-12:15	**THEME : Maximisation de l'Accessibilité et de la Qualité des Services de Santé de la Reproduction (SR) et Planification Familiale (PF) : MAQ** Objectifs de la séance : Définir le concept "MAQ." Déterminer les éléments d'accessibilité et de qualité des services. Identifier les types de barrières à l'accessibilité et à la qualité des services. Déterminer les indicateurs d'appréciation des éléments d'accessibilité et de qualité des services.	Modératrice : Dr. S. BOCOUM Dr. M. PINA et Dr. A. DAMIBA
12:15-14:15	**DEJEUNER**	
14:15-15:45	**THEME : Maximisation de l'Accessibilité et de la Qualité des Services de SR et PF : MAQ (suite)** Objectif de la séance : 1. Présenter le profil de la région sur l'accessibilité et sur la qualité des services de SR/PF. * Synthèse des résultats d'analyses situationnelles au Bénin, au Burkina Faso, à Madagascar, et au Sénégal * Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) * Recensement des besoins	Modératrice : Dr. S. BOCOUM M. D. SANOGO M. M. SEYE M. O. BONGWELE
15:45-16:15	**PAUSE**	
16:15-17:45	**THEME : Mise à Jour sur Certaines Méthodes de PF et Services de SR** Objectifs généraux de la séance : 1. Fournir les nouvelles informations essentielles en technologie contraceptive et certains services de SR.	

LUNDI, 13 Mars	Séance (suite)	Présentateurs/Personnes Ressources
16:15-17:45	**THEME : Mise à Jour sur Certaines Méthodes de PF et Services de SR (suite)** Objectifs généraux de la séance : (suite) 2. Identifier les barrières et obstacles à l'accessibilité, à la qualité et à l'utilisation des prestations des méthodes contraceptives et certains services de SR. 3. Formuler des approches de solutions pour améliorer l'accessibilité et la qualité des services et l'utilisation des méthodes contraceptives et de certains services de SR. * La prévention des infections * La MAMA * La planification familiale naturelle * Les méthodes permanentes de contraception	Modératrice : Dr. F. DIABATE Dr. W. SHASHA Dr. C. LANCTOT Dr. M. KAGONE Pr. R. LEKE
17:45-18:00	Revue, synthèse et mini-évaluation de la journée	
18:00-18:45	Réunion des AC, HPN et bailleurs de fonds et mini-évaluation de la journée	

MARDI, 14 Mars	Séance (suite)	Présentateurs/Personnes Ressources
8:00-8:30	Introduction et programme de la journée, questions diverses	
8:30-10:15	**THEME : Mise à Jour sur Certaines Méthodes de PF et Services de SR (suite)** * Les critères d'éligibilité : Nouvelle approche OMS * Les méthodes hormonales : pilules, injectables et implants et leurs critères d'éligibilité	Modératrice : Dr. P. N'DIAYE Pr. R. LEKE Pr. R. LEKE
10:15-10:45	**PAUSE**	

MARDI, 14 Mars	Séance (suite)	Présentateurs/Personnes Ressources
10:45-12:45	**THEME : Mise à Jour sur Certaines Méthodes de PF et Services de SR (suite)** * Etude de cas : le DIU en milieu urbain au Burkina Faso * Le DIU et ses critères d'éligibilité et la PF dans le post-partum * Les MST/SIDA et les méthodes de barrière * La contraception d'urgence	 Dr. B. KONE Dr. F. DIABATE Dr. W. SHASHA Dr. M. PINA
12:45-14:30	**DEJEUNER**	
14:30-15:30	**THEME : Mise à Jour sur Certaines Méthodes de PF et Services de SR (suite)** * Les soins du post-abortum * Interaction cliente-prestataire * Interaction cliente-prestataire	 Pr. C. WELFFENS-EKRA Mme J. BELEM Mme C. STEELE VERME
15:30-16:00	**PAUSE**	
16:00-17:00	**THEME : Facteurs Influençant l'Etat de la PF et de la SR dans la Région** **Aspects Juridiques, Réglementaires et Autres** <u>Objectifs généraux de la séance</u> : 1. Identifier les aspects juridiques clés en rapport avec la SR/PF dans la région. 2. Déterminer les aspects juridiques et réglementaires qui constituent des barrières à l'accessibilité et à la qualité des services de SR/PF. 3. Identifier les facteurs pouvant contribuer à la révision des cadres juridiques et institutionels favorables à la SR/PF. * Exposé introductif * La contribution du CERPOD en matière de politiques de population * Le cas de Togo	 <u>Modératrice</u> : Mme A. NANA Mme A. NANA M. M. GUEYE M. M. KAMPATIBE

MARDI, 14 Mars	Séance (suite)	Présentateurs/Personnes Ressources
17:00-17:15	Introduction aux plans d'action des pays	Dr. A. DAMIBA M. O. BONGWELE
17:15-18:00	Réunion des délégations par pays pour travailler sur les plans d'action	
17:15-18:00	Réunion des AC, HPN et bailleurs de fonds et mini-évaluation de la journée	
18:30-20:00	Réception chez l'Ambassadeur américain	

MERCREDI, 15 Mars	Séance (suite)	Présentateurs/Personnes Ressources
8:00-8:20	Introduction et programme de la journée, questions diverses	Dr. M. PINA
8:20-10:20	**THEME : Facteurs Influençant l'Etat de la PF et de la SR dans la Région (suite)** **Pratiques Traditionnelles Néfastes** Objectifs généraux de la séance : 1. Déterminer les pratiques traditionnelles néfastes et leurs impacts sur la SR. 2. Echanger les expériences des différents pays sur la lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes. 3. Dégager les mesures juridiques et sociales de lutte contre ces pratiques. * L'exposé introductif * Les pratiques traditionnelles néfastes au Burkina Faso * L'intervention de l'ASDAP/CEDPA au Mali * Les pratiques traditionnelles ayant des effets néfastes * Les pratiques traditionnelles néfastes * L'expérience de lutte contre les pratiques néfastes	Modératrice : Mme P. SEBGO Film : La Duperie M. P. NITIEMA Mme M. LAMIZANA Mme F. TRAORE Mme C. KOROMA Mme O. DJATAOU Mme F. BASSOLE
10:20-10:45	**PAUSE**	

MERCREDI, 15 Mars	Séance (suite)	Présentateurs/Personnes Ressources
10:45-12:45	**THEME : Facteurs Influençant l'Etat de la PF et de la SR dans la Région (suite)** **Responsabilité et Pouvoir des Femmes et des Hommes** Objectifs généraux de la séance : 1. Identifier les obstacles liés aux rôles et aux responsabilités des femmes et des hommes sur l'accessibilité des services de SR/PF. 2. Formuler des approches visant à augmenter le pouvoir de décision des femmes et la responsabilité (implication) des hommes en matière de SR/PF. * Responsabilité et pouvoir des femmes et des hommes * Responsabilité et pouvoir des femmes et des hommes * Exposé sur la responsabilité et le pouvoir	Modératrice : Mme C. BOP El Hadj M. DOUMBOUYA Mme M. ILBOUDO Mme C. BOP
12:45-14:30	**DEJEUNER**	
14:30-16:30	**THEME : Stratégies de Maximisation de l'Accessibilité et de la Qualité des Services de SR/PF** Objectifs généraux de la séance : 1. Décrire les différentes stratégies pour améliorer l'accessibilité et la qualité des services de SR/PF. 2. Présenter les résultats des expériences initiées/menées dans la région. 3. Tirer les leçons en vue d'une application future dans les programmes de SR/PF. * Les politiques, standards et les protocoles des services de SR/PF et autres guides et leur application dans la région ; les définitions, liens avec qualité et accessibilité, exemples des applications : Togo et Burkina Faso * Cliniques juridiques (par exemple : code de la famille et textes réglementaires)	Modérateur : M. P. GAYE M. P. GAYE et Dr. M. PINA Mme A. NANA

MERCREDI, 15 Mars	Séance (suite)	Présentateurs/Personnes Ressources
16:30-17:00	**PAUSE**	
17:00-18:30	Réunion des délégations par pays pour travailler sur les plans d'action et mini-évaluation de la journée	
17:00-18:00	Réunion des AC, HPN et bailleurs de fonds et mini-évaluation de la journée	
20:00-22:00	Sessions facultatives des AC : • Population Services International (PSI) : Comment élaborer un plan de marketing social • Population Council : * Comment utiliser les résultats des analyses situationnelles pour planifier les programmes de SR/PF * Perspectives des femmes de la région de Dakar • Futures Group : Comment utiliser le logiciel EASEVAL pour analyser les données des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) • Institute for Reproductive Health (IRH) : Vidéos sur l'allaitement et la MAMA • Population Communication Services (PCS) : Vidéos sur le counseling et la communication	 Mme C. SQUIRE-DIOMANDE Dr. P. TAPSOBA Dr. C. NARE Dr. P. N'DIAYE M. D. DICKERSON Mme K. COONEY Mme C. VONDRASEK

JEUDI, 16 Mars	Séance (suite)	Présentateurs/Personnes Ressources
8:00-8:30	Introduction et programme de la journée, questions diverses	Dr. A. DAMIBA
8:30-10:00	**THEME : Stratégies de Maximisation de l'Accessibilité et de la Qualité des Services de SR/PF (suite)** **Motivation des hommes** * Le rôle des leaders d'opinions **Services pour les adolescents** * Les perspectives des adolescents * L'expérience de l'ABBEF * La prévention des maternités précoces * La santé reproductive des adolescents	Modérateur : Dr. A. DAMIBA M. D. SANOGO Dr. C. NARE Dr. O. KOALGA Mme D. MOUNLON Pr. R. LEKE
10:00-10:30	**PAUSE**	
10:30-11:00	**THEME : Stratégies de Maximisation de l'Accessibilité et de la Qualité des Services de SR/PF (suite)** * OPE	Modérateur : M. O. BONGWELE M. Y. MUTOMBO
11:00-12:15	**THEME : Stratégies de Maximisation de l'Accessibilité et de la Qualité des Services de SR/PF (suite)** **Distribution à base communautaire/Marketing social/Partenariat des secteurs public, privé et non-gouvernemental** * L'exposé introductif sur le marketing social * Le marketing social au Mali * Le projet de DBC au Mali * La collaboration entre le secteur privé et le secteur public	Modératrice : Mme C. SQUIRE-DIOMANDE Mme C. SQUIRE-DIOMANDE M. M. TRAORE D. S. DOUMBIA Mme A. PRINS

JEUDI, 16 Mars	Séance (suite)	Présentateurs/Personnes Ressources
12:15-14:15	**DEJEUNER**	
14:15-15:30	Réunion des délégations par pays pour travailler sur les plans d'action Réunion des AC, HPN et bailleurs de fonds et mini-évaluation de la journée	
15:30-17:00	**THEME : Stratégies de Maximisation de l'Accessibilité et de la Qualité des Services de SR/PF (suite)** **Intégration des services et la SR/PF** * L'intégration des services MST/SIDA et la SR/PF * Les services contraceptifs appropriés pour les femmes à risque de MST/SIDA * La contribution nécessaire des bailleurs de fonds * Les problèmes d'intégration * Intégration des services de PF et les soins du post-abortum	 Modérateur : Dr. A. DAMIBA Dr. W. SHASHA Mme J. LEWIS Dr. S. BARRY Dr. J. OUANGO Pr. WELFFENS-EKRA
17:00-17:15	**PAUSE**	
17:15-18:30	**THEME : Stratégies de Maximisation de l'Accessibilité et de la Qualité des Services de SR/PF (suite)** **Stratégies de communication pour maximiser l'accessibilité et la qualité des services de SR/PF** * Exposé * Le counseling en SR/PF	 Modérateur : M. M. SEYE Mme C. VONDRASEK Mme C. STEELE VERME et Mme J. BELEM
18:30-19:00	Synthèse des stratégies	Dr. A. DAMIBA

VENDREDI, 17 Mars	Séance (suite)	Présentateurs/Personnes Ressources
8:00-9:30	Finalisation des plans d'action des différents pays	
9:30-10:00	**PAUSE**	
10:00-12:30	Présentation des plans d'action par pays	
12:30-13:00	Synthèse des plans d'action	M. P. GAYE Dr. A. DAMIBA
13:00-14:00	**DEJEUNER**	
14:00-15:00	Suivi de l'assistance technique et financière pour la mise en oeuvre des plans d'action	
15:00-16:30	Leçons apprises et prochaines étapes Mécanismes de coordination et suivi	M. O. BONGWELE
16:30-17:00	Evaluation de la Conférence	Dr. B. SEBIKALI
17:00-18:00	Clôture officielle	
19:00	Réception de clôture et soirée Burkinabè	

SAMEDI, 18 Mars	Séance (suite)	Présentateurs/Personnes Ressources
9:00-12:00	Réunion des membres du Comité Technique/ Afrique et des représentants des AC/Comité de Coordination/Etats-Unis pour faire une revue du processus de la planification et de la préparation de la Conférence, identifier les leçons apprises et confirmer les rôles des Comités dans le suivi des plans d'action	