WITH THE COMPLIMENTS OF

The SARA Project

.O. 335 & 336

Academy for Educational Development
1255 23rd St., NW, Washington, DC 20037 USA
Phone: 202/884-8700 • Fax: 202/884-8701 • E-mail: sara@aed.org

Annual Meeting of the Reproductive Health Research Network

Brazzaville, Congo, November 26–29, 1996

WHO Workshop on Adolescent Reproductive Health

Abidjan, Côte d'Ivoire, December 5–7, 1996

4th Congress of the Society for African Gynecologists and Obstetricians

Abidjan, Côte d'Ivoire, December 9–13, 1996

Lalla Touré MD, MPH
SARA Population and Reproductive Health Advisor
Morehouse School of Medicine

The SARA Project is funded by the U.S. Agency for International Development (AFR/SD/HRD)

The SARA Project is operated by the Academy for Educational Development with subcontractors Tulane University, JHPIEGO, Macro International, Morehouse School of Medicine, Population Reference Bureau, and Porter Novelli. SARA is funded by the U.S. Agency for International Development (AFR / SD / HRD) under Contract number AOT-0483-C-2178-00 (Project number 698-0483).

T.O. 335 & 336

Annual Meeting of the Reproductive Health Research Network

Brazzaville, Congo, November 26–29, 1996

WHO Workshop on Adolescent Reproductive Health

Abidjan, Côte d'Ivoire, December 5–7, 1996

4th Congress of the Society for African Gynecologists and Obstetricians

Abidjan, Côte d'Ivoire, December 9–13, 1996

Lalla Touré MD, MPH
SARA Population and Reproductive Health Advisor
Morehouse School of Medicine

The SARA Project is funded by the U.S. Agency for International Development (AFR/SD/HRD)

3

SARA

Annual Meeting of the Reproductive Health Research Network

Brazzaville, Congo, November 26–29, 1996

WHO Workshop on Adolescent Reproductive Health

Abidjan, Côte d'Ivoire, December 5–7, 1996

4th Congress of the Society for African Gynecologists and Obstetricians

Abidjan, Côte d'Ivoire, December 9–13, 1996

Table of Contents

Background 1
Annual Meeting of the Reproductive Health Research Network, November 26–29 2
Men's Participation in Reproductive Health Conference in Harare, December 2–6 4
WHO Workshop on Adolescent Reproductive Health, December 5–7 5
Fourth SAGO Congress in Abidjan, December 9–13 5
Conclusion/Recommendation 9

Appendix A: Plan d'Action Triennal
Appendix B: Rapport Preliminaire
Appendix C: Programme
Appendix D: Liste of Participants
Appendix E: Resolution de la Rencontre des Representants Jeunes
Appendix F: Programme de la Ceremonie d'Ouverture
Appendix G: Programme Scientifique
Appendix H: Les Recommandations du Congres de la SAGO
Appendix I: Professor Nasah's overview of Prevention in Obstetrics and Gynaecology
Appendix J: Declaration du Dr. Nafis Sadik

Background

From November 26 to December 13, Dr. Lalla Touré traveled to: 1) Brazzaville for the annual meeting of the Reproductive Health Research Network (RHN); 2) Harare for a conference on "men's participation in reproductive health"(RH); 3) and to Abidjan for the fourth Congress of the Society for African Gynecologists and Obstetricians, and while in Abidjan she attended the last day of the WHO precongress workshop on adolescent reproductive health.

SARA has been involved since 1995 with the RHN to reinforce its capacity in the dissemination and utilization of research findings on priority issues of reproductive health in Francophone Africa. Last year, SARA cosponsored RHN's annual meeting, and was instrumental in putting male involvement on its agenda. This year's meeting was fully supported by the Network itself, through funding from the Rockefeller Foundation. The purpose of Dr. Touré's trip to Brazzaville was to document the progress made by the Network since SARA cosponsored its meeting last year, including its research agenda and action plans; and to assess the impact of last year's scientific meeting on male involvement (the topic seems to have taken a priority place on their agenda), and document additional information on the role of African men in reproductive health and its consequences for male involvement in family planning.

The Harare regional conference on men's participation in RH was cofunded by HHRAA/SARA-IPPF-JHU/PCS to discuss and discover new approaches and solutions to communication, service delivery, and policy challenges to increasing men's participation in reproductive health, including STDs/HIV/AIDS. May Post (the SARA Infectious Diseases Advisor) and Ritu Sharma (AED Public Policy Officer) also attended this meeting. Sharma and Touré conducted a full-day session to introduce policy advocacy to the participants and to illustrate how policy advocacy can assist in increasing male involvement in RH.

The Society for African Gynecologists and Obstetricians (SAGO) Regional Congress in Abidjan was an opportunity for several organizations and cooperating agencies to identify and/or discuss reproductive health/family planning issues of interest to the continent, since this is the only meeting which brings 300 to 400 African experts together. SARA took the opportunity to disseminate the findings from the CERPOD adolescent study, *Les Jeunes en Danger*, the CRHCS/JHPIEGO monograph on the consequences of unsafe abortion and its partner policy booklet, and to make presentations on each, followed by panel discussions. SARA sponsored 20 African participants, including Mouhamadou Gueye from CERPOD.

The World Health Organization's Human Reproductive Health Program (WHO/HRP, a program cofunded by UNFPA, the World Bank, and WHO), organized a

three-day workshop before the SAGO congress, on the development of research proposal on adolescent reproductive health services, that was hosted by the Côte d'Ivoire chapter of the Reproductive Health Research Network. SARA sponsored Mouhamadou Gueye and Mamadou Konaté's participation in this workshop to be resource persons, and to share with participants CERPOD's adolescent research in the Sahel. Gueye and Konaté will send a detailed trip report about the workshop. Lalla Touré attended only the last day of the workshop.

Annual Meeting of the Reproductive Health Research Network, November 26–29

The purpose of this four-day meeting was two-fold: to hold a two-day scientific meeting on reproductive health with "male involvement" as the major topic, to discuss and agree on the network's action plan for the next three years, and to elect a new coordinating committee.

About 26 people attended the meeting, from the 10 local chapters as well as representatives from REDSO's Family Health and AIDS Prevention Project in Abidjan, CERPOD and SARA. (A representative from the Rockefeller Foundation, Nairobi, was planning to attend, but the airplane he was supposed to take had an accident.)

Opening ceremonies were chaired by the Minister of Health of Congo, with welcoming remarks from the President of the Congolese local chapter, Mrs. Josephine Nsikka, and from the President of the coordinating committee, Mrs. Fatou Sow.

The first two days were filled with presentations on several topics, followed by very interesting discussions. Presentations included:

The concept of gender in reproductive health by Mrs. Fatou Sow from Senegal.

The presentation highlighted:

- the absence of women in the development of policies, which has led to the failure of strategies and policies intended to integrate women in development;
- the fact that previous policies/strategies were based on analysis of women as spouses and mothers, not as partners or role players in development;
- that culture/tradition and religion are very important elements to consider in dealing with the notion of gender, and the need to analyze sociocultural factors which characterize or define a "woman" or a "man".

6

These important factors dictate the behavior of each individual as a man or a woman beyond the biological determination. They also determine access to resources, to technology and to power within the family, and create inequality between the sexes, with less autonomy to women than men. Usually a woman is valued only for her fecundity or reproductive function. Culture may change, also religious interpretation. The change has begun, but it will move very slowly. Now is the time to fight for women's reproductive rights which include quality RH services, and control over reproduction, contraception, and abortion.

Sociocultural factors which hinder family planning, presented by Mrs. Aissatou Malle, lawyer at the Mali Ministry of Justice, highlighted several factors:

- the 1920 French law forbidding contraception, which was abolished but never replaced by a formal law allowing contraception, only some decrees from the Ministry of Health stating that distribution of contraceptives is acceptable;
- religious opposition to birth limiting; only spacing is accepted;
- the value of children in traditional society;
- opposition of men to family planning;
- lack of communication between spouses;
- lack of male involvement in family planning;
- lack of information and access to family planning services.

At the end of her presentation, the question was, how should men be involved in family planning? An example was given of a community-based distribution (CBD) program in a rural area in Mali, with emphasis on information, which led to a change in contraceptive prevalence rate from 1% to 35% in the locality. Suggestions were made about

- the need to change the focus of family planning programs—a challenge to be addressed by the Reproductive Health Network;
- the need to reorient the content of reproductive health instruction to include men;
- the changing focus from family planning to reproductive health that should make men more willing to be involved.

7

Orthogeny and multiparity as a social means of regulating reproductive health, by Helene Koffi sociologist from Cote d'Ivoire. This was a presentation on preliminary findings of an exploratory research on fertility and its meaning for the Baoule ethnic group in Côte d'Ivoire. In that traditional society, each specific birth has its meaning and luck for the family. A woman is valued only if she has children, and the value increases as the number of healthy children she brings to life increases. A woman with 10 living and healthy children gives her the prestige and right to talk just like men. This study emphasized the importance of ethnosociological research so as to understand tradition and culture before designing family planning programs.

Male contraception: update and future perspectives, by Dr. Blami Dao from Burkina Faso, pointed out the current scarcity of male contraceptive methods and the fact that there is little hope in the near future for new male methods to appear on the market. Research on male methods is not progressing as one would expect.

Presentations continued with the Cairo Conference and its implications for and impact on reproductive health by the Congolese Director of Population, and an overview of the Congo reproductive health programs by the Director of the Family Health Unit. They are both members of the Congo chapter of the Reproductive Health Network.

The second part of the meeting was devoted to presentations by each of the 10 chapters of their 1996 activities and perspectives for the next two to three years. An action plan with a strong advocacy component and a commitment to regional research on male involvement in reproductive health was presented (see Appendix A).

A new coordinating committee was elected with Professor René Perrin of Benin as president, and Dr. Blami Dao of Burkina Faso as a general secretary, both obstetrician/gynecologists and active members of SAGO.

Men's Participation in Reproductive Health Conference in Harare, December 2–6

This five-day conference was cosponsored by JHU/PCS, IPPF, and SARA. It brought together 60 participants from 15 Anglophone African countries and focused on three key topics of policy/advocacy, communication, and service delivery related to men's involvement in RH. On the fourth day Ritu Sharma and Lalla Touré facilitated a full-day session on policy advocacy for participants. They sought to introduce policy advocacy to the participants, and to illustrate how policy advocacy can assist in increasing male involvement in RH. (See separate trip report.)

WHO Workshop on Adolescent Reproductive Health, December 5–7

This workshop took place at the Golf Hotel in Abidjan, and brought together about 46 participants from varied professional backgrounds, including youths, and resource persons from Benin, Burkina Faso, Cameroon, Côte d'Ivoire, Guinea, Madagascar, Mali, Senegal, and Tunisia. This three-day workshop started with the identification and statement of youth's problems, and reiterated the well known fact that adolescents in sub-Saharan Africa experience the same problems, with few differences given the specific sociocultural context of a country. It also confirmed the nonexistence of health services intended specifically for youth, who are therefore compelled to seek health care at available integrated service sites, which are not youth friendly.

Presentations and sketches from youth emphasized the importance of involving the principal target group—youth—in all stages of research and program development. Presentations were also made on possible ways in which program interventions could bring about improvements to adolescent health and health care. Konaté made a presentation on data collection and proper utilization of research results. Lalla Touré took part, with Prof Nasah, Prof Alihonou, Dr. Robert Thompson, Dr. Ben Salah Faicol, and a youth representative, in a panel presentation on the dissemination of research findings. A more detailed report of the workshop (in French), the workshop schedule and a participants list are attached as Apendices B, C, and D.

At the end of the workshop participants presented a draft protocol for a research/action plan to move adolescent reproductive health forward in each of their countries. Each country team emphasized advocacy as a strong component of their planned action. SARA has been asked specifically to help achieve the action plans, by providing advocacy training. WHO has expressed the intention to enhance a regional workshop on advocacy by adding some training on how to move from advocacy to implementing action plans. Results of this workshop were presented at the SAGO congress.

Fourth SAGO Congress in Abidjan, December 9–13

This biannual scientific meeting of the Society for African Obstetricians and Gynecologists brought together 340 OB/GYNs, midwives and medical students from ten SAGO member countries: Benin, Burkina Faso, Cameroon, Congo, Côte d'Ivoire, Guinea, Mali, Senegal, and Togo. Participants also came from six other African countries: Madagascar, Mauritania, Niger, Rwanda, Chad, and Zaire. Many donor representatives and donor-funded initiatives attended, including HHRAA/SARA, the REDSO/WCA Family Health and AIDS Prevention Project (SFPS), JHPIEGO, JHU, FHI, WHO (Geneva and AFRO), UNFPA, and INSERM/France.

9

Opening and closing ceremonies were chaired by a representative of the First Lady of Côte d'Ivoire and by the Minister of Health.

The principal theme was "Prevention in Obstetrics and Gynecology," and the president of the Congress, Professor Nasah, gave emphasis to the role of OB/GYN societies in prevention, and to his vision for the 21st century (see Appendix I). He stressed the need to shift strategies from the treatment of RH problems to promotion and prevention, and the need for members of national societies to acquire management and communication skills for more effective advocacy, and to use available and updated knowledge and information to influence policy change. Even though medical institutions have made research a part of the training of medical doctors and specialists, he said, there has been little impact on public policies from translating research results into action. Therefore epidemiological methods, policy dialogue, and advocacy should be taught in all medical institutions. (See the Appendix I for his declaration.)

A declaration from Dr. Nafis Sadik, Director of UNFPA, regarding the principal theme was made (see Appendix J), stressing the need to translate the international community's declaration concerning reproductive health as a right, into action. Different approaches could work in different settings, but all of them need to give specific attention to quality of care, and to the training of primary health care providers for better quality services. RH services should involve communities, NGOs, and women's groups in the elaboration and implementation of programs. She congratulated SAGO for choosing "prevention in Obstetrics and Gynecology" as the principal theme of the fourth congress. The list of sub-topics shows that SAGO members are aware of the need for health care providers to seriously examine women's delicate health status in our societies, related to their lower social status, and the need to insure their good health for the well-being of the family and development. She added that sub-Saharan Africa has the highest maternal morbidity and mortality of the world; health care providers should recognize their responsibility for it and accept the blame. All the needed techniques and technologies are available, with proof that they work in other developing nations. "We know what to do and how to do it; all we need is determination, based on conviction and justice, to put women's health among top national priorities."

After these declarations, 122 presentations and twenty communications were made, and ten poster sessions were held. Presentations dealt with infection prevention, adolescent sexuality, maternal morbidity and mortality, endoscopic surgery, family planning, STI/HIV/AIDS, gynecological and breast cancers, and perinatal medicine.

The presentations on infection prevention, mainly sponsored by JHPIEGO, started with a global view, followed by Mali's experience in infection control from a medi-

10

cal point of view as well as an administrative point of view. Then a film was shown on infection prevention followed by discussions and a tour of 9 stations, called the pathway to infection prevention. This session showed how pernicious some current practices are, and how each of the nine steps is important in preventing infection.

During the session on adolescent sexuality and reproductive health, speakers from various countries made presentations, including Mouhamadou Gueye from CERPOD, who presented the SARA/HHRAA-funded adolescent study in the Sahel; booklets (*Les Jeunes en Danger*) were distributed. The presentations highlighted sociocultural factors; adolescents' ignorance about their own lack of basic RH information, including menstrual cycle, fertile period, and the risks; parents' attitude (ignorance and lack of communication with their adolescent children); disappearance of good traditions such as orientation and information sessions during circumcision; the media role which is sometimes negative; barriers to contraceptives; induced abortion and its complications. Discussion questions and points included: what should be done beyond the academic level, to pass adolescent RH information to other health care providers, communities, and to decision makers? When should one start giving information to adolescents since it is obvious that adolescence is too late to be giving information? We should consider starting earlier, before age 10.

Maternal morbidity and mortality: the increase in maternal mortality in the world from 500,000 to 585,000, mainly in developing countries, shows the urgent need to do something about it.

It was pointed out that only 30 percent of the deaths are due to medical causes, whereas 70 percent are due to exogenous causes such as delays in seeking treatment, difficulties of access, deficiencies in the health systems, as well as how quality of care can have a positive effect on access to care. There is a need for innovative approaches (with clinical as well as multidisciplinary teams and NGOs), more comprehensive and collective actions, stronger leadership, intellectual honesty, and ethical respect and transparency. Preliminary results from a multi-country study (in Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Mauritania, Niger, and Senegal) on risk factors and their relative importance, highlighted how critical the quality of delivery management could be in preventing maternal morbidity and mortality. Recommendations were made for the need to educate women, to train health personnel, to make quality obstetric services available at any time of the day and at all seasons, and to give special attention to women at risk. During the maternal mortality session, presentations were made on induced abortion and its complications. Lalla Touré presented the results of the SARA/HHRAA-funded monograph on the consequences of unsafe abortion, and how the results are being disseminated by CRHCS, SARA, and JHPIEGO in the sub-region in order to translate the findings and recommendations into action.

Endoscopic surgery: presentations were coupled with film sessions, followed by lively discussions, and the recommendation was made that an expansion of the procedure in Africa would contribute to a decrease in health costs.

Quality of reproductive health services was addressed in a plenary session by Professor Alihonou from Benin, former president of SAGO. He stressed the need for a change in attitude and mind set, and more professional involvement of health care providers, in order to ensure better quality of services. "Every one should do what he/she is supposed to do, no more, no less."

STI/HIV/AIDS: Discussions on STI/HIV/AIDS stressed the relatively high prevalence of infections such as candidosis, trichomoniasis, gonococcal infection, chlamydia, syphilis, hepatitis B, and HIV in women; and the association between HIV and other infections. Presenters showed an increase in adverse pregnancy outcomes such as premature birth, hypotrophy, and low placenta weight in seropositive women compared with seronegative women. Perinatal transmission rates are higher in developing countries than in developed countries; risk factors for vertical transmission include the presence of other STDs and chorioamniotitis, advanced maternal HIV clinical status, advanced immunologic deficiency, acute or primary infection during pregnancy, prematurity and breastfeeding. Acceptability of HIV testing in pregnant women is high, but is not as high for results. But acceptability for both testing and getting results could increase if male partners are involved in the decision. Some clinical trials were reported about AZT efficacy in preventing HIV transmission to the child, but were not supported by the discussions; participants felt that there was an ethical issue: as AZT is very expensive, women participating in the trial are left without treatment at the end of the study.

Family planning (FP): The topic of family planning started with a highlight of the progress contraception has made from the beginning to date. An update by Noel Macintosh on contraceptive methods included Norplant2 (a second generation Norplant), Centchroman, a once a week non hormonal pill already available in India, and a male hormonal method combining androgen, testosterone, and progesterone. This FP session also highlighted the fact that contraceptive knowledge and prevalence were higher in urban than in rural settings, that men's role is critical to family planning acceptance, that it is important to take men's concerns into account, and that IEC strategies should be more culturally appropriate.

Gynecological and breast cancers: Cervical cancer is the most frequent gynecological cancer in Africa (over 80 percent of gynecological cancers), usually with a bad prognosis and short survival time because most of the patients are seen at an advanced stage of the disease. Breast cancer seems to be the second most frequent cancer, with bad therapeutic results due to the advanced stage at which patients are seen, the frequency of inflammatory cancers, and bad treatment compliance.

Perinatal medicine: Perinatal mortality is very high in many countries with one-third occurring before birth. Low socio economic status, high parity, and mother's age over 35 were found to be high risk factors. The same risk factors were stressed in prematurity studies. A call was made for more IEC for the population, more prenatal visits for pregnant women, improved quality of care, and training of health care providers.

At the end of the congress, SAGO made a declaration which included several recommendations (see Appendix H):

- The promotion of information and education in pre-adolescence—in collaboration with parents—instead of waiting for adolescence to start;
- the need to emphasize improved maternal morbidity and to reduce maternal mortality through better prenatal care, education of pregnant women, adequate management of delivery, and by working with the Reproductive Health Network for improved post-abortion care;
- better surveillance of treatment of HIV+ pregnant women by SAGO local chapters;
- better design of family planning communication and education methods to take ethnocultural perceptions into account, and to increase men's involvement in FP and contraceptive prevalence; (SAGO does not recommend the use of IUD in immediate post partum women, because of the high level of genital infections in the region);
- More involvement to reduce perinatal mortality.

A new SAGO president was elected, Professor Boniface Nasah, formerly the head of WHO's training center in Kigali. The next congress will be in Dakar, Senegal, in December 1998, on the theme, "The Economy and Reproductive Health," with a major sub-topic, "Maternal Mortality after Ten Years of Struggle."

The new SAGO president is committed to involving midwives more in SAGO's activities, to having SAGO more involved in advocacy and more action-oriented so as to translate all their studies into action. A concept paper has been submitted to SARA and SFPS/Abidjan for their help in achieving this goal.

Conclusion/Recommendation

The Reproductive Health Research Network has made some steps forward by changing the executive committee, moving the topic of male involvement onto their agenda, and setting a broad action plan for the next three years. It needs more at-

13

tention and financial aid (from HHRAA/SARA) to be stronger, to be connected with other regional institutions and societies like CERPOD and SAGO, and to be active in research, dissemination, and advocacy in the areas of maternal mortality, adolescent reproductive health, STD/AIDS, and family planning.

HHRAA/SARA should consider positive answers to the overwhelming demand for advocacy training in the reproductive health area. All of the six African countries who participated in the WHO adolescent workshop felt strongly about the need for advocacy in order to advance the adolescent reproductive health agenda in their countries. Should HHRAA/SARA consider doing a regional advocacy training in reproductive health, WHO would be a good partner to involve.

Collaboration and support for SAGO: SAGO is a strong African association comprised of eminent experts in reproductive health, who are very influential on the continent, and is the only network that brings hundreds of these experts together. It could play a major role in topics such as maternal mortality, adolescent reproductive health, STD/HIV/AIDS, and family planning. This is because it has the human resources needed in countries to carry out research related to those topics, provides a forum to disseminate findings and come up with action plans, and commands a large audience among decision makers for any needed policy change related to findings and action plans. Since SAGO's priorities very much match those of HHRAA/SARA in reproductive health, it is very worthwhile to support SAGO in achieving its goal of action-oriented outcomes from the Congress, and of advocacy training.

RESEAU AFRICAIN DE RECHERCHE EN SANTE DE LA REPRODUCTION

-=-=-=-=-=-=-=-

PLAN D'ACTION TRIENNAL

1997 - 1999

16

OBJECTIF 1 Faire le plaidoyer du Réseau de Recherche en Santé de la Reproduction en Afrique RARESAR

STRATEGIE 1 : Elaboration des documents d'information

ACTIVITES	PERIODE	RESPONSABLE	SOURCE POSSIBLE FINANCEMENT
1/ - Créer un bulletin de liaison bimestriel	Janvier - Février 97	Cellules + Coordination	S A R A Pop. Council
2/ - Elaborer un dépliant avec maquette	Janvier - Mars 97	Comité de coordination CC	S A R A Pop. Council

.../...

OBJECTIF 1 : Faire le plaidoyer du R A R E S A R

STRATEGIE 2 : Participation aux rencontres scientifiques

ACTIVITES	PERIODE	RESPONSABLE	SOURCE/FINANCEMENT
1°/ Elaborer des posters pour les rencontres scientifiques	97, 98, 99	Coordination + Cellules	SFPS / Tulane S A R A Pop. Council
2°/ S'inscrire en tant que Réseau aux Forums scientifiques	97, 98, 99	‘’	‘’
3/ - Intégrer les cellules dans les Institutions nationales	97, 98, 99	Cellules	Réseau

.../...

OBJECTIF 2 : Suivre les résolutions du Forum de Ouaga 96 sur l'introduction de la SR dans le cursus de formation des agents de santé.

STRATEGIE : Elaboration d'un document de liaison entre les 17 Pays participants, les points focaux et les partenaires.

ACTIVITES	PERIODE	RESPONSABLE	SOURCE /FINANCEMENT
1/ - Contacter le Projet SFPS	Décembre 96	Président	S F P S / SHPIEGO
2/ - Recueillir les informations	Janvier 97	Vice Présidente chargée des Publications et de l'Information Scientifiques.	S F P S
3/ - Réaliser un numéro spécial de Vie et Santé réservé aux informations recueillies	Février - Mars - Avril 97	idem	S F P S ? OMS / AFRO ?
4/ - Diffuser les résultats auprès des pays et partenaires	Avril 97 Mai 97	Coordination	OMS / AFRO

.../...

OBJECTIF 3 : Mobiliser les ressources

STRATEGIE : Contact des bailleurs de fonds;
SARA/Pop Council/SFPS/JHPIEGO/Tulane/CERPOD/GTZ
FNUAP/UNICEF/HRP/OMS AFRO/UNESCO/UREF/AUPELF
Représentations diplomatiques.

ACTIVITES	PERIODE	RESPONSABLE	SOURCE / FINANCEMENT
1/ - Soumettre les plans d'action aux différents bailleurs	Jan - F 97	Coordination	Réseau
2/ - Rencontrer personnellement : Responsables : HRP/Genève Dr BATIJA. OMS/AFRO (Dr.NTABONA) CERPOD SFPS / JHPIEGO (DAMIBA) SFPS/Tulane SARA (Dr TOURE) Rockfeller (Dr MBACKE) Pop. Council	97	CC	H R P OMS/AFRO CERPO SFPS SARA
3/ - Organiser des journées scientifiques nationales	97 - 98	Cellules	FNUAP + autres bailleurs

.../...

OBJECTIF 4 : Former des membres

STRATEGIE 1 : Organisation des ateliers de formation.

ACTIVITES	PERIODE	RESPONSABLE	SOURCE/FINANCEMENT
1/ -Organiser un atelier de plaidoyer sur la SR pour les adolescents.	97	Coordination	CERPOD SARA
2/ - Organiser un atelier de formation en « Fund raising »	1er Semestre 97	Coordination	CERPOD/Pop. Council S A R A / SFPS/JH PIEGO
3/ - Organiser un atelier régional de formation en rédaction de protocole de recherche en S R.	98	Coordination	SFPS / JH PIEGO
4/ - Organiser un atelier de formation des formateurs	99	Coordination	SFPS / JH PIEGO
5/ - Formation en méthodologie de recherche sur santé et sciences sociales	97	Coordination	SFPS / JH PIEGO

.../...

OBJECTIF 4 : Former les membres du réseau.

STRATEGIE 2 : Participation aux séminaires ateliers

ACTIVITES	PERIODE	RESPONSABLE	SOURCE/FINANCEMENT
1/- Contacter HRP et OMS/AFRO pour proposer des candidats aux formations nationales ou régionales en méthodologie de recherche épidémiologique en S R.	97 - 99	Coordination	Réseau

.../...

OBJECTIF 5 : Réaliser des projets

STRATEGIE 1 : Exécution des projets identifiés.

ACTIVITES	PERIODE	RESPONSABLE	SOURCE/FINANCEMENT
1/ - Constituer un répertoire des Membres.	Janvier - Mars - 97	Cellules + Coordination	SFPS/Tulane S A R A
2/ - Constituer une base des données de ressources humaines (Banques de Consultants)	J anvier - Avril - 97	Cellules + Coordination	S A R A / SFPS/Tulane
3/ - Finaliser le manuel Notre Corps notre Santé	J anvier - Décembre - 97	Coordination	Réseau
4/ - Recenser les travaux en S R dans chaque Pays.	J anvier - Décembre - 97	Cellules	H R P / SFP/Tulane

.../...

OBJECTIF 5 : Réalisation des projets

STRATEGIE 2 : Elaboration protocole de Recherche.

ACTIVITES	PERIODE	RESPONSABLE	SOURCE/FINANCEMENT
1/ - Rédiger un protocole de recherche multicentrique sur l'implication des hommes en S R.	J anvier - Avril - 97	Coordination	SFPS/Tulane / S A R A
2/ - Identifier un 2è protocole multicentrique à partir des thèmes communs aux différentes cellules.	Janvier - Avril - 97	Cellules + Coordination	SFPS/Tulane H R P / OMS/AFRO

.../...

OBJECTIF 5

STRATEGIE 3 : Mise en oeuvre des protocoles élaborés.

ACTIVITES	PERIODE	RESPONSABLE	SOURCE/FINANCEMENT
1/ - Recueillir le feed-back sur les protocoles 1 et 2.	Avril - Juin - 97	Coordination	S A R A / SFPS/Tulane
2/ - Réunir les investigateurs	Septembre - Octobre - 97	Coordination	SFPS/Tulane - S A R A
3/ - Rechercher le financement auprès des bailleurs Relance	Juillet - Décembre. 97 Septembre 97	Cellules + Coordination	SFPS/Tulane - H R P OMS/AFRO - FNUAP S A R A
4/ - Exécution des projets (collecte des données et analyse des données)	Janvier 98 - Août 98		idem
5/ - Diffusion des résultats préliminaires	Décembre 98		
6/ - Diffusion des résultats	99 ?	Coordination + Cellules	SFPS/Tulane - S A R A

.../...

OBJECTIF 6 : Participer aux réunions

STRATEGIE : Organisation des réunions internes.

ACTIVITES	PERIODE	RESPONSABLE	SOURCE/FINANCEMENT
1/ - Visite des cellules pour redynamisation	97	Coordination	S A R A
2/ - Réunion du Comité de coordination	97 - 98	Coordination	Pop- S A R A -Rockefeller
3/ - Journées scientifiques du Réseau	Novembre. 98	Cellules + Coordination	Pop/ SFPS/Tulane - SARA FNUAP/Rockefeller OMS/Repres / CERPOD OMS/AFRO / OMS/HRP UNICEF
4/ - Assemblée Générale	Novembre. 98	Cellules + Coordination	Idem Coop. Franco/ AUPELF UREF.

.../...

Programme Spécial PNUD/FNUAP/OMS/Banque mondiale de Recherche,
de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction Humaine (HRP)

Programme de Santé et de Développement des Adolescents (ADH), OMS

RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTE REPRODUCTIVE POUR LES ADOLESCENTS

ATELIER PRE-CONGRES DE SAGO

5-7 décembre 1996
Abidjan, Côte d'Ivoire

RAPPORT PRELIMINAIRE

28

RESUME

Le Programme Spécial PNUD/FNUAP/OMS/Banque mondiale de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction Humaine (HRP), a organisé en collaboration avec le Programme de Santé et de Développement des Adolescents (ADH) de l'OMS un atelier pour développer un projet de recherche sur les services de santé reproductive pour les adolescents dans les pays francophones d'Afrique. L'atelier s'est tenu du 5 au 7 décembre 1996, à Abidjan dans la capitale ivoirienne, comme une activité précédent le Quatrième Congrès de la Société Africaine de Gynécologie et d'Obstétrique (SAGO).

Cet atelier a réuni plusieurs équipes multidisciplinaires comprenant les responsables de santé des adolescents (scolaires et universitaires) du ministère de la santé, des représentants des jeunes, des chercheurs et des prestataires de services. Ces équipes venaient du Bénin, du Cameroun, de Côte d'Ivoire, de Guinée, de Madagascar et du Sénégal. En plus des pays qui avaient été retenus dans le cadre de ce projet sur la santé de la reproduction des adolescents, on a noté la présence de facilitateurs et observateurs du Burkina Faso, du Mali, du Togo et de Tunisie et de plusieurs organismes internationaux.

Durant la phase préparatoire de l'atelier, un questionnaire fut complété dans chaque pays pour collecter des informations sur les services de santé existants pour les adolescents, sur les directives de leur gouvernement sur les adolescents, l'intérêt et la capacité pour la recherche sur le sujet, l'intérêt du gouvernement de modifier le fonctionnement des services avec ce projet de recherche et sur les possibilités de mobiliser au niveau de chaque pays des ressources financières pour l'étude.
C'est après une sélection des dossiers reçus que six pays, présentant des potentialités intéressantes pour la mise en place et la réussite de ce projet de recherche, ont été invités à participer à l'atelier.

Les objectifs de l'atelier étaient les suivants:
1. Faire un tour d'horizon sur la situation actuelle des services de santé reproductive pour les adolescents et analyser les études antérieures sur la santé reproductive des adolescents dans les pays désignés;
2. Développer un protocole de recherche pour l'évaluation et l'amélioration des services de santé reproductive pour les adolescents;
3. Discuter les stratégies pour l'utilisation des résultats de ce projet de recherche.

Le projet du protocole de recherche qui a été développé propose trois grandes étapes :
- une première phase pendant laquelle les données seront collectées pour définir le profil des adolescents utilisant des services de santé et la qualité des services offerts.
- la seconde étape sera l'intervention. Pour cette étape, le contenu de chaque intervention sera décidé dans chaque pays après la première phase. Il est envisagé que cette intervention porte par exemple sur l'augmentation et l'amélioration de l'information concernant les services de santé reproductive pour les adolescents, sur la formation du personnel et sur la modification des services existants pour qu'ils deviennent plus conviviaux.
- La dernière étape sera celle de l'évaluation. Une étape qui permettra de voir les aspects d'amélioration et de réplicabilité de ce projet sur l'ensemble de chaque pays retenu.

Les jeunes participants de l'atelier ont dans leur résolution confirmer leur engagement pour toutes les phases de ce projet. Par la suite, les résultats des travaux on été presentés au Quatrième Congrès de la SAGO.

Pour la suite des activités de ce projet, il est envisagé que le protocole ainsi que les instruments pour la collecte des données soient finalisés au cours du premier semestre de l'année 1997. En conséquence, l'atelier a souhaité, voire recommandé, que chaque pays mobilise les ressources financières pour l'exécution locale de cette étude.

1. INTRODUCTION

1.1. Historique

Lors de "L'atelier sur la recherche en santé génésique en Afrique francophone : besoins, perspectives, priorités" organisé en décembre 1994 par le Programme spécial PNUD/FNUAP/OMS/Banque mondiale de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine (HRP), six thèmes de recherche sont apparus comme prioritaires pour les pays francophones. Deux de ces thèmes portaient respectivement sur la recherche en santé de la reproduction des adolescents et l'autre sur la qualité des soins et des prestataires de services.

HRP en collaboration avec le Programme de Santé et Développement des Adolescents de l'OMS (ADH) s'est donc inspiré de ces thèmes prioritaires pour développer un projet de recherche sur les services de santé de la reproduction pour les adolescents. C'est ainsi que des questionnaires furent élaborés et par la suite adressés aux responsables de santé des adolescents dans les ministères de la santé de 17 pays francophones en Afrique.
Les aspects couverts par le questionnaire étaient :
- les études antérieures sur ce sujet dans le pays, la disponibilité et les qualifications du personnel pour une nouvelle étude;
- l'existence de directives concernant la santé reproductive des adolescents;
- l'existence de services de santé pour les adolescents;
- des suggestions pour la méthodologie de recherche et pour l'utilisation des résultats;
- les possibilités qui s'offrent pour la mobilisation des ressources financières pour l'étude au niveau de chaque pays;
- les ressources offertes par le gouvernement et l'intérêt du gouvernement de modifier les services selon les résultats de l'étude.

Les questionnaires retournés ont été évalués par réponse. Chaque réponse a été mesurée par un score; l'ensemble de ces scores a permis de classer les 17 pays en vue de sélectionner six pays, dont les réponses indiquaient une potentialité de mise en place et de réussite pour cette recherche opérationnelle. C'est donc ces six pays qui ont été invités à l'atelier d'Abidjan. Les six pays participants étaient le Bénin, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, la Guinée, Madagascar et le Sénégal. Chaque pays a constitué une équipe qui comptait en son sein un responsable de santé des adolescents du ministère de la santé, des chercheurs, des prestataires des services et un(e) représentant(e) des groupes de jeunes. (Liste des participants, Annexe 1).

1.2. Objectifs

Les objectifs de l'atelier étaient :
1. Pour chacun des pays participants, faire un tour d'horizon de la situation actuelle des services de santé reproductive pour les adolescents et analyser les études antérieures sur la santé reproductive des adolescents qui ont été analysés;
2. Développer un protocole de recherche pour l'identification, l'évaluation et l'amélioration des services de santé reproductive pour les adolescents;
3. Discuter des stratégies à mettre en place pour l'utilisation des résultats de ce projet de recherche.

1.3. Ouverture des travaux

Conjointement ouverte avec l'atelier tenu parallellement sur la mutilation génitale féminine, la cérémonie a été présidée par le Ministre de la Santé de Côte d'Ivoire assisté des représentants locaux du FNUAP, du PNUD et surtout du Représentant de l'OMS dont l'aide efficace pour faciliter l'atelier et la cérémonie d'ouverture fut particulièrement appréciée de tous.

2. DEROULEMENT DE L'ATELIER
(Programme, Annexe 2)

2.1. Premier jour

Après une présentation des participants et de leurs attentes, la première communication fut faite par la responsable de l'atelier et a porté sur l'appel de l'OMS à investir dans la jeunesse. Cette présentation a permis de situer les aspects biomédicaux, psycho-sociaux et de caractériser les services de la santé reproductive des adolescents. Elle a aussi expliqué que l'atelier a été financé par le biais de l'initiative "Collaboration Technique entre des Pays en voie de Développement" de la Fondation Rockefeller et le Programme spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine (HRP). A la suite de cet appel, la responsable a mentionné l'importance et le plaidoyer nécessaires pour les résolutions et les plans d'actions concernant des jeunes dans les accords et les conventions internationaux pertinents issus de grandes conférences récentes (Conférence Internationale sur la Population et le Développement, Quatrième Conférence mondiale sur les Femmes, Sommet mondial pour le Développement social, etc.) et du Comité Régional d'Afrique de l'OMS.

Après, chaque équipe a fait sa présentation selon les points ou les aspects suivants:
1. Existe-t-il des services de santé reproductive pour adolescents?
2. Comment ces services de santé reproductive pour les adolescents sont organisés?
3. Quels sont les points saillants et pertinents résultant des études antérieures sur les adolescents?
4. Quels sont les problèmes nécessitant des études ultérieures?
5. Quels sont les solutions actuelles proposées pour ces problèmes?

31

A la fin de chaque communication, un débat s'en suivait pour permettre aux autres équipes de poser des questions. L'atelier s'est véritablement enrichi de ces débats car ils ont permis une certaine interaction des différentes expériences, mais surtout, on a assisté pour une des premières fois à une implication directe des jeunes dans une recherche qui les concernait en premier lieu. Ces jeunes ont d'ailleurs, à travers leurs représentants de jeunes, présenté leurs perceptions sur la situation des jeunes, en l'occurence celle de leur santé reproductive dans leurs différents pays.

La participation effective des jeunes s'est également manifestée par une représentation scénique d'un sketch. Ce sketch peignait la situation d'une jeune fille à qui on avait pratiqué un avortement provoqué clandestin et qui, par conséquent, ressentait des douleurs aigues au ventre. Elle avait alors sollicité le concours de pairs qui l'accompagnèrent chez un infirmier. Le sketch a révélé de manière caricaturale deux aspects importants : les attitudes négatives des prestataires de services à l'égard des des jeunes et le manque de collaboration de la part des jeunes avec un interlocuteur âgé.

En outre, l'atelier a convié des spécialistes en marketing social exerçant à PSI montrant l'intérêt d'utiliser le marketing social pour améliorer les services pour les adolescents. Son exposé a retenu l'attention de tous les participants.

2.2. Deuxième jour

La synthèse des travaux du premier jour a permis de constater les aspects du cadre conceptuel d'un projet de recherche concernant les services de santé reproductive pour les adolescents. Il est ressorti que les rapports sexuels non-protégés peuvent entraîner des grossesses précoces, des MSTs et SIDA, des avortements provoqués et un taux de morbidité et mortalité élevés, et que le faible accès aux services par les adolescents est dû principalement à la faible disponibilité des méthodes, à l'attitude du personnel (compétence, écoute, confidentialité) et à un contexte social et culturel souvent difficile. L'importance de réfléchir sur tous ces aspects avant de rédiger le protocole a été souligné.

Dans la présentation du protocole préliminaire, l'accent a été mis sur la nécessité de mettre les adolescents au centre des interventions en leur faveur, de faire participer les jeunes à la conception, l'établissement, le développement et l'évaluation des services qui leur sont destinés; de fonder l'intervention en tenant compte des structures existantes dans le domaine sanitaire et les autres secteurs (clubs, centres de loisirs) et de respecter la culture et la question du genre dans chaque pays. Abordant les objectifs de la recherche, le facilitateur a fait ressortir l'importance de la notion d'innovation, l'intégration des jeunes, la sensibilisation des parents et des leaders d'opinion. A ce moment-là de l'exposé, les participants ont été scindés en plusieurs groupes mixtes pour réfléchir aux différentes activités et au chronogramme dès le retour de chaque équipe dans son pays.

Les travaux des groupes mixtes ont abordé les questions suivantes :
1. Quel rôle auront des groupes différents dans la planification de projet de recherche, dans l'exécution et dans l'utilisation des résultats ? Quels seront les avantages et les contraintes dans l'implication de ces groupes dans le projet de recherche?
2. Quels sont les avantages et les inconvénients des méthodes de recherche quantitative et qualitative?
3. Quels sont les problèmes anticipés dans la collecte des données?
4. Quels seront les critères ou les stratégies pour choisir une intervention dans ce projet de recherche?

L'exposé sur l'utilisation des résultats de recherche s'est appuyé sur l'exemple d'une étude exécutée dans cinq pays de la sous-région pour montrer que l'exploitation des résultats de recherche est un processus complexe qui requiert l'implication de tous les acteurs. Les débats qui ont suivi cette

présentation ont porté sur la nécessité d'impliquer les jeunes et les parlementaires aux travaux d'exploitation des résultats pour assurer une plus grande adhésion des bénéficiaires.

La présentation sur les aspects éthiques et le caractère confidentiel des informations a suscité une discussion vive. L'absence quasi-totale de comités d'éthique dans les pays participants a été constatée. En conséquence, les participants ont souhaité une prise en compte de cet aspect dans l'organisation de ce nouveau projet de recherche.

La nécessité d'élaborer un budget réaliste s'inscrivant dans la logique globale du projet a été discutée. Ensuite la représentante de la Banque mondiale est intervenue pour informer l'assistance sur les procédures en vigueur au niveau des institutions d'appui en matière de financement des projets. Par la suite, les groupes des pays ont travaillé sur la justification, les objectifs spécifiques, le déroulement et le budget de leur propre protocole de recherche.

2.3. Troisième jour

L'exposé sur la qualité des données et l'échantillonage a montré l'intérêt du plan d'analyse qui détermine les objectifs, les hypothèses, les indicateurs et enfin les besoins de collecte des données. C'est un ensemble d'éléments qui définissent le travail sur le terrain. Il a été souligné qu'avant de choisir l'échantillonage, il faut choisir des méthodes de collecte des données à la fois qualitatives et quantitatives. L'échantillonage lui-même doit être représentatif et précis. Le contrôle de la qualité doit être fait pendant toutes les étapes, c'est-à-dire lors de la conception, de la mise en oeuvre et du traitment des données.

Ensuite un comité regroupant des représentants des organismes internationaux, des jeunes, des chercheurs a discuté du processus de dissémination des résultats de recherche et de la manière dont cela pourrait être exécuté et achevé à moindre coût. Un accent a été particulièrement mis sur la nécessité d'utiliser surtout les canaux déjà existants, comme les réunions des jeunes, les bulletins d'informations, les colloques scientifiques, etc.

Pour ce qui est des travaux de groupes par pays en vue d'élaborer leur plan d'action, des conclusions ont été présentées. De ces conclusions, il ressort que la plupart des pays ont choisi plusieurs domaines d'intervention - ce qui, du reste, paraissait très ambitieux. Les facilitateurs ont alors travaillé avec les groupes pour parachever leur protocole de projet et leur suggérer de limiter les domaines d'intervention pour des raisons pratiques telles la durée de la recherche et surtout la mobilisation des ressources financières et matérielles.
La séance de cloture a été faite de la même manière qu'à l'ouverure de travaux, c'est-à-dire conjointement avec l'Atelier sur la Mutilation sexuelle des Femmes. Un représentant des participants de chaque atelier a presenté respectivement les résultats des travaux de son atelier. La parole fut également donnée au représentant des jeunes pour lire leur résolution (annexe 3).

2.4. Evaluation

Selon l'évaluation anonyme faite, les participants ont surtout apprécié le contenu de l'atelier (point de vue didactique), la multidisciplinarité des équipes et la participation forte et active des jeunes. Cependant, nombreux étaient les participants qui n'ont pas manqué de souligner les quelques désagréments intervenus dans plusieurs changements du programme nécessités par la plus longue durée de certaines presentations et discussions.

2.5. Présentation au Congrès de la Société africaine de Gynécologues-Obstétriciens (SAGO)

Les résultats des travaux de cet atelier ont été présentés aux participants du Quatrième Congrès de la SAGO dans une séance plénière, le 9 décembre 1996. Un dossier avec le projet du protocole a été distribué aux participants du SAGO.

3. PLANS DE SUIVI

3.1. Au niveau des pays

Chaque groupe du pays a reçu le protocole commun (Annexe 4) sur disquette pour qu'il puisse être modifier selon les besoins inhérents à leur contexte. Ces modifications du protocole devraient être achevées au cours du premier trimestre de l'année 1997. Aussi a-t-on souligné :
- que chaque groupe devrait rechercher son propre financement pour l'étude;
- que les zones désignées pour l'étude devront être confirmées;
- le personnel pour l'exécution de recherche choisi et les autorités approchées pour les autorisations administratives nécessaires.

3.2. Au niveau central

HRP et ADH s'engageront pour développer les instruments de collecte des données pendant le premier trimestre de l'année 1997. Ils rechercheront également le financement pour la coordination du projet et développeront un plan de formation sur les aspects nécessaires pour la réussite du projet. Une réunion des chercheurs (deux personnes de chaque pays) aura lieu pendant le premier semestre de l'année 1997.

4. Annexes

1. Liste des participants
2. Programme
3. Résolution des jeunes
4. Protocole

Programme Spécial PNUD/FNUAP/OMS/Banque mondiale de Recherche,
de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction Humaine (HRP)

Programme de Santé et de Développement des Adolescents (ADH), OMS

RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTE REPRODUCTIVE POUR LES ADOLESCENTS

ATELIER PRE-CONGRES DE SAGO

5-7 décembre 1996
Abidjan, Côte d'Ivoire

PROGRAMME

JEUDI, 5 DECEMBRE 1996

9h00	Ouverture en commun avec l'atelier "Développment d'un protocole sur la mutilation génitale féminine"	
9h45	Pause-café	
10h15	Introductions	
10h45	Recherche sur la santé reproductive des adolescents: aspects biomédicaux, psychosociaux et aspects de services	Heli Bathija
11h30	Identification et exposé du problème: Services existants, études précédentes et manques de connaissances	Chaque équipe de pays
13h00	**DEJEUNER**	
14h15	Continuation des exposés des pays	
15h45	Comment intégrer les jeunes dans le projet de recherche	Ibrahima Diallo Représentants de jeunes
16h30	**Pause-café**	
16h45	Marketing social	
18h00	Fin des travaux	
18h15	Réunion des facilitateurs	

Vendredi, 6 décembre 1996

8h30	Rapport de synthèse de travaux du premier jour	
9h15	Projet de protocole pour la nouvelle étude : -objectifs et hypothèses -description des possibilités d'intervention	Yacouba Yaro
10h00	Procédés de recherche: - éequipe de recherche - collecte des données - problèmes anticipés - comment choisir le programme d'intervention	Travaux des groupes mixtes

Pause-café

12h00	Résultats des travaux des groupes	
13h00	**DEJEUNER**	
14h30	Utilisation des résultats (De la première phase aux phases finales)	Mohamadou Gueye
15h15	Aspects éthiques, caractère confidentiel des informations	Robert Leke
15h45	Budget	Heli Bathija

Pause-café

16h45	Ressources disponibles : moyens en matière d'informatique, personnel, véhicules, bureaux, accés aux sources d'information. Les besoins financiers Justification, objectifs spécifiques	Travaux des groupes des pays
19h00	Fin des travaux des groupes	

Samedi, 7 décembre 1996

8h00	Réunion des facilitateurs	
8h45	Rapport de synthèse des travaux du deuxième jour	
9h00	Taille de l'échantillon, contrôle de la qualité des données, plan d'analyse des données	Virgile Capo-Chichi
9h45	Stratégie de diffusion des résultats	Lalla Toure, Boniface Nasah, Eusebe Alihonou, Ibrahima Diallo, Robert Thomson, Faicit Ben Salah
10h30	**Pause-café**	
10h45	Plan d'action : finalisation du protocole, mobilisation des ressources, rapports d'avancement	Travaux des groupes des pays
12h30	Résultats des travaux des groupes	
13h00	Clôture	
13h30	**DEJEUNER**	
15h00	Réunion des facilitateurs	

Les groupes des pays continueront à travailler sur leurs protocoles

A partir de 15h30	Chaque groupe de pays aura individuellement une séance de travail avec le groupe des facilitateurs
19h00	Fin des travaux

Dimanche, 8 décembre 1996

18h00 Réunion pour planifier la présentation au SAGO

Lundi, 9 decembre 1996

SAGO

RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTE REPRODUCTIVE POUR LES ADOLESCENTS
ATELIER PRE-CONGRES DE SAGO
5 - 7 décembre 1996
Abidjan, Côte d'Ivoire

LISTE OF PARTICIPANTS

NOM - PRENOM	PROFESSION	ADRESSE POSTALE	TELEPHONE	FAX	E-MAIL
BENIN					
DR AZANDEGBE NESTOR	Responsable de la Santé des Adolescents	Ministère de la Santé, de la Protection Sociale et de la Condition Féminine BP 882, Cotonou, Bénin	(229) 33 21 82	(229) 33 00 63	
DR GANDAHO TIMOTHEE	Médecin Démographe	CERRHUD, BP 1822 Cotonou, Bénin	(229) 30 55 79	(229) 30 12 88	
DR GBEDJISSOKPA H. GABRIEL	Sociologue-Anthropologue Directeur du Programme ABPF	BP 1486 - Cotonou, Bénin	(229) 32 00 49	(229) 32 32 34	
MME KANHONOU LYDIE	Sociologue Médicale	BP 1822 Cotonou, Bénin	(229) 30 55 79	(229) 30 12 88	
MELLE MOULIKATOU ALI LIGALI	Elève	BP 415 Cotonou, Bénin	(229) 33 01 96		
DR SANOUSSI HAMIDOU	Médecin	Bureau OMS - BP 918 Cotonou, Bénin	(229) 30 19 07	(229) 30 42 08	
CAMEROUN					
DR MBOFUNG LUCAS	Technicien Supérieur de la Santé (MINISANTE YAOUNDE)	BP 10054 Yaoundé, Cameroun	(237) 22 87 92	(237) 22 44 19	
MME WALLA GRACE	Technicien Supérieur de la Santé-Directeur exécutif	Association Camerounaise de Bien-Être Familial - BP 11994 Yaoundé, Cameroun	(237) 23 79 84	(237) 23 79 84	
DR MBU ROBINSON	Gynécologue et obstétricien	FMSB WHO/HRP - BP 1935 Yaoundé, Cameroun	(237) 31 54 54	(237) 23 44 51	

ANNEXE I

NOM - PRENOM	PROFESSION	ADRESSE POSTALE	TELEPHONE	FAX	E-MAIL
DR DINA-NFON PRISO	Médecin généraliste Centre Médical du Bouquet	BP 7315 Douala Bassa, Cameroun	(237) 40 31 18	(237) 43 13 00	
BIDJO JEAN-MARC	Etudiant	BP 7305 Yaoundé, Cameroun			
COTE D'IVOIRE					
KONAN YAO	Sociologue	INSP -BP V 47 Abidjan, RCI	(225) 22 44 04 P. 255	(225) 22 57 92	
DR EHOUSSOU NARCISSE	Médecin	20 BP 211 Abidjan 20, RCI	(225) 32 31 69	(225) 32 24 63	
DR LOBA OUREGA MARIE-PAULE	Pédiatre S/Directeur de l'Hygiène et de la Prévention (SSSU national)	BPV 16 Abidjan, RCI			
DR SORO SORO MASSAGNON	Médecin Coordinateur SSSU	06 BP 299 Abidjan 06, RCI	(225) (D) 44 32 71 (B) 32 43 25		
DR KOUAME AKISSI	Médecin Gynécologue/Coord. SR Armées	BP V 11 Abidjan, RCI	(225) 37 21 00	FNUAP/CI (225) 21 58 37	
DR DIOMANDE GONDO	Médecin Gynécologue	08 BP 1878 Abidjan 08 (RCI)	(225) 44 12 94		
MR BAÏ CASIMIR	Eclaireuses et Eclaireurs de Côte d'Ivoire - EEDCI	01 BP 3184 Abidjan 01, RCI	Ediemou (225) 32 16 00		
GUINEE					
DR BALLA CAMARA	Médecin Santé Publique	Santé Scolaire - BP 781 Conakry, Guinée	(224) (B) 44 19 30 (D) 41 11 76	(224) 41 34 41	
DR BALDE M. DIOULDE	Médecin Gynécologue	CHU Donka BP 4880 Conakry, Guinée	(224) (B) 46 19 37 (D) 42 14 82	FNUAP Conakry (224) 41 24 85	
DR KADIATOU SY	Médecin Généraliste	Santé Scolaire - BP 871 Conakry, Guinée	(224) (B) 44 19 30	(224) 41 24 85	
DR HYZAZI YOLANDE	Médecin Gynécologue	BP 158 Conakry (Guinée)	(224) (B) 46 37 75 (D) 41 35 32	FNUAP (224) 41 24 85	

NOM - PRENOM	PROFESSION	ADRESSE POSTALE	TELEPHONE	FAX	E-MAIL
MR BAILO DIALLO AMADOU	Commissaire Scout	BP 2645 Conakry, Guinée	(224) 40 36 61 (224) 44 34 22	(224) 41 19 26	
MADAGASCAR					
DR RANJALAHY-RASOLOFOMANANA JUSTIN	Conseiller en SMI / Santé des Adolescents	OMS - BP 362 101 Antananarivo	(261.2) 225.82	(261.2) 299.13	
DR RANDRIAMANA CLARISSE YVETTE	Point focal national de la santé des Adolescents	BP 866 IHS 101 Antananarivo, M/CAR	(261.2) 251.32		
DR RAKOTONDRAJAONA NOE HENRI	Médecin - Directeur de la Médecine Préventive	Ministère de la Santé - BP 88 Antananarivo, M/CAR	(261.2) 236.97		
DR RASAON DENIS CHARLES	Gynécologue-Obstétricien	Hôpital J. R. A. CHU Ampefiloha, Antananarivo, M/CAR	(261.2) 279.79 P.4166		
MELLE RAFENOMANANTSOA MALALATIANA PERLE	Interne des Hôpitaux / Cheftaine explorateur (JA)	CHU Befelatomana Antananarivo, M/CAR	-		
DR RAZANAMPARANY MICHELE	Médecin / Coord. National d'un projet Jeunes	FNUAP - BP 1348 101 Antananarivo, M/CAR	(261.2) 226.67/303.74/ 252.52 P.23	(261.2) 357.42	
SENEGAL					
DR GUEYE ALY	Assistant Social	Service de l'Education pour la Santé Grand Yoff à côté du CTD	(221) 277 55 13		
DR BA MARIAME	Gynécologue	BP 15970 Dakar Fann Dakar, Sénégal	(221) 24 69 39	(221) 24 41 72	
DR DIADHIOU FADEL	Médecin	BP 2481 Dakar, Sénégal	(221) 21 83 70	(221) 22 41 72	
M. MANE FAMARA	Etudiant - Commissaire de District de Pikine-Gualiayaye - Eclaireur du Sénégal	BP 744 Dakar, Sénégal	(221) 35 65 87/ 21 73 67	(221) 21 73 67	

NOM - PRENOM	PROFESSION	ADRESSE POSTALE	TELEPHONE	FAX	E-MAIL
FACILITATEURS					
DR YARO YACOUBA	Chercheur - Démographe	02 BP 5472 Ouagadougou, Burkina Faso	(226) 34 13 33	(226) 36 21 38	yaroy@uerd.uerd.bf
DR GUEYE MOUHAMADOU	Démographe	BP 1530 Bamako, Mali	(223) 22 30 43	(223) 22 78 31	mgueye@cerpodinsah.ml
DR KONATE MAMADOU KANI	Sociologue	BP 1530 Bamako, Mali	(223) 22 30 43	22 78 31	mkon@cerpod.insah.ml
DR TOURE LALLA	Spécialiste en Population et Santé de la Reproduction	Soutien pour l'Analyse et la Recherche en Afrique (SARA) Academy for Educational Development 1255 Twenty-Third Street, NW WashingtonDC 20037, USA (7.12 seulement)	(1202) 884 8907	(1202) 884 870	
DR NASAH BONIFACE	Obstétricien et gynécologue	BP 360, Buea, S.W. province SAGO, Cameroun	(237) 32 24 44	(237) 39 20 64	
DR LEKE ROBERT	Gynécologue-obstétricien	Faculté de Médecine et de Sciences biomédicales-BP 1935 Yaoundé, Cameroun	(237) 22 36 17/ 20 51 42	(237) 23 44 51	
DR ALIHONOU EUSEBE	Gynécologue-obstétricien	CERRHUD - BP 1822 Cotonou, Bénin	(229) 30 00 01	(229) 30 12 88	
MR DIALLO IBRAHIMA	Commissaire National à la Communication - Eclaireuses et Eclaireurs du Sénégal	5, Rue Pierre Millon BP 744 Dakar, Sénégal	(221) 21 73 67	(221) 22 88 73	
MR CAPO-CHICHI VIRGILE	Biostatisticien	CERRHUD - BP 1822 Cotonou, Bénin	(229) 30 55 79/ 30 00 01	(229) 30 12 88	

NOM - PRENOM	PROFESSION	ADRESSE POSTALE	TELEPHONE	FAX	E-MAIL
OBSERVATEURS					
DR BEN SALAH FAICAL	Chef de Service des Soins de Santé de Base de Tunis	Direction Régionale de la Santé 9, Rue d'Oman 1002 Tunis, Tunisie	(2161) 289-630	(2161) 793-015	
DR ZEKENG LEOPOLD	Médecin	AIDS Control Programme BP 155 Yaoundé, Cameroun	(237) 20 71 85	(237) 20 90 75	
DR BOUVIER-COLLE MARIE-HELENE	Directeur de la Recherche	INSERM, Unité de Recherches Epidémiologiques sur la Santé des Femmes et des Enfants-U 149 123, Boulevard de Port-Royal 75014 Paris, France (7.12 seulement)	(33) 142345572	(33) 1 43268979	
DR SANGARE MARIAM	Chargé de Programme - Centre d'études de la Famille Africaine	BP 12425 Lomé, Togo	(228) 22 36 40 (B) 21 70 47	(228) 22 40 53	
DR SOUMAH CAMILLE	Directeur préfectoral de santé de Kissidougou	BP 4100 - GTZ Conakry, Guinée	(224) 41 22 20		
DR TEZZO ROBERT	Conseiller technique principal FNUAP	C/O PNUD 01 BP 1747 Abidjan, RCI	(225) 22 08 86	(225) 21 58 37	
COORDINATEURS LOCAUX					
DR SANGARE AMINATA NOELLE	Pharmacien-biologiste - Chef de service microbiologie	INSP - BP V 47 Abidjan, RCI	(225) 22 44 04	(225) 22 57 92	
DR WELLFENS-EKRA CHRISTIANE	Gynécologue-obstétricienne - Chef de service G.O. - CHU Yopougon	08 BP 212 Abidjan, RCI	(225) 46 68 30	(225) 46 67 27 (D) 43 27 73	

NOM - PRENOM	PROFESSION	ADRESSE POSTALE	TELEPHONE	FAX	E-MAIL
SECRETARIAT					
DR BATHIJA HELI	Responsable du Renforcement des Capacités de Recherche dans les pays francophones d'Afrique	HRP/OMS 1211 Genève 27, Suisse	(41 22) 791 33 74	(41 22)791 41 71	bathijah@who.ch
MME LUSTIG EVA	Agent technique	ADH/FRH/OMS 1211 Genève 27, Suisse	4122 791 3352	4122 791 4189	lustige@who.ch
M. THOMSON ROBERT	Conseiller régional de l'OMS en santé des adolescents	Equipe régionale d'appui technique -FNUAP - BP 21090 Dakar Ponty, Sénégal	(221) 22 84 14	(221) 22 83 82	eat@sonatel.senet.sen

ANNEXE III

ATELIER DE DEVELOPPEMENT D'UN PROTOCOLE DE RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTE REPRODUCTIVE DES ADOLESCENTS

RESOLUTION DE LA RENCONTRE DES REPRESENTANTS JEUNES

- Vu l'ampleur que revêt les problèmes de santé en général et ceux de santé reproductive des adolescents en particulier,

- Vu l'impact des recherches effectuées ultérieurement

- Vu la pertinence et la necessité de l'implication des jeunes dans les projets de recherche sur la santé en générale et la santé reproductive des adolescents en particulier,

- Considérant notre engagement et notre détermination en tant qu'agent de changement pour un développement durable,

- Nous,Représentants jeunes à l'atelier d'Abidjan, réunis ce Jeudi 05 Décembre 1996, dans le Hall de l'Hotel Golf, en marge des activités de l'atelier de développement d'un protocole de recherche sur les services de santé reproductive des adolescents,

Réafirmons notre disponibilité à oeuvrer pour l'amélioration des services de santé reproductive des adolescents, en prenant une part active dans les différentes phases du projet en cours d'élaboration;

Souhaitons une intégration effective des jeunes dans le projet, notamment par une prise en charge financière de ces derniers comme volontaires sur une ligne budgetaire spécifique;

Exhortons les pouvoirs publics, les organismes internationaux, les ONG à ne ménager aucun effort pour soutenir la promotion de la santé et du développement des adolescents.

Décidons de mettre en place un Réseau de jeunes pour la santé des adolescents en Afrique francophone au Sud du Sahara.

SAGO

PROGRAMME

DE LA CEREMONIE D'OUVERTURE

09H00 : Mise en place des Congressistes

09H15 : Mise en place des invités

09H30 : Allocutions d'ouverture

- Président du Comité d'Organisation
- Président de la S.A.G.O.
- Co-Président du Congrès
- Président du Congrès
- Doyen de la Faculté de Médecine
- Messages
- Ministre de la Santé

10H15 : Allocution d'ouverture du Congrès par Mme la Représentante de Mme la Présidente de la République de COTE D'IVOIRE

Pause et visite des stands

CONGRÈS DE LA SAGO
ABIDJAN , 9 - 13 DÉCEMBRE 1996

PROGRAMME SCIENTIFIQUE

51

LUNDI

52

SALLE PRINCIPALE

9:00-10:00 **CÉRÉMONIE SOLENNELLE D'OUVERTURE**

10:00-10:30 **Pause et visite des stands**

10:30-11:30 **COMMUNICATIONS** = THEME PREVENTION DES INFECTIONS

Président : R. Léké (Cameroun)
Modérateurs : A. Dolo (Mali) - R. Perrin (Bénin)

10:30 Vue d'ensemble concernant la prévention de l'infection
F. Diabaté Diallo (JHPIEGO)

10:40 Présentation de l'expérience malienne sur la prévention des infections
JHPIEGO

10:50 Parcours de prévention de l'infection (9 stations d'activité)
R. Léké, D. Diallo (JHPIEGO)

11:10 **Discussion**

11:30-12:30 **CONFÉRENCE : Le rôle des Sociétés de Gynécologie-Obstétrique dans la Prévention: une vision pour le 21 ème siècle**
par B.T Nasah (Cameroun)

BEST AVAILABLE DOCUMENT

53

SALLE PRINCIPALE

14:30-18:00 **COMMUNICATIONS**

Thème : SANTÉ DES ADOLESCENTES

Président: S. Diarra (Côte d'Ivoire)

Modérateurs : L.Touré (SARA-USA)- R.Thompson (FNUAP-CST Dakar)

14:30 Sociétés sahéliennes et santé de la reproduction des adolescents
M. Gueye, M. Djiré, M. Konaté (CERPOD)

14:40 Facteurs de risques de grossesse chez les adolescentes célibataires de la commune IV de Bamako
F.S Diabaté Diallo, F. Nelsum, O. Doumbo, A. Traoré, A. Dolo (Mali)

14:50 Enquête sur le comportement sexuel des adolescentes de Guinée par la méthode de la recherche narrative
M.D. Baldé, C. Kamano, G. Cissé, H. Diallo, O. Kéita, O. Baldé, S. Camara, M. Diallo, K. Bah, D. Diop (Guinée)

15:00 Attitudes des filles finalistes des humanités face à la sexualité (cas de huit écoles publiques de la ville de Kinshasa)
S. Mpompo-Pogo, Ngondo-a-Pitshandengue, J.J. Wolomby-Molongo (Zaire)

15:10 Sexualité et grossesse précoce chez les adolescents
R.J.I. Léké (Cameroun)

15:20 Avortements provoqués chez les adolescentes
R.J.I. Léké (Cameroun)

15:30 Le prolapsus de l'urètre chez la petite fille. A propos de 10 cas recensés à la maternité du Centre Hospitalier National Sourô de Bobo Dioulasso
B. Touré, B. Dao, B. Nacro, A.J. Bazié, B. Koné (Burkina Faso)

15:40 Complications psycho-sexuelles de l'excision
M. Koné, A. Diallo, A. Touré, K. Séni, K. Kaba, R. Konan Blé, T. Yéo, G. Quenum, C. Wolffers-Ekra (Côte d'Ivoire)

15:50 **Discussion**

16:00 **Pause-café**

16:15 Santé des adolescentes (Rapport des ateliers HRP-OMS)
H. Bathija

17:15 Mutilations génitales féminines (Rapport des ateliers HRP-OMS)
W. Akandé

BEST AVAILABLE COPY

54

MARDI

SALLE PRINCIPALE

8 : 30 - 12 : 30 **TABLE RONDE MOMA (INSERM - Unité 149)**

Thème : MORBIDITÉ ET MORTALITÉ MATERNELLE

Président : K.M. Bohoussou (Côte d'Ivoire)

Modérateurs : B. Aguessy (Bénin) - H. Iloki (Congo)

8:30 Présentation générale de l'étude multicentrique de la morbidité maternelle en Afrique de l'ouest
M-H. Bouvier-Colle et le groupe MOMA

8:40 Morbidité et mortalité maternelle : comparaison entre deux populations , urbaine et semi-rurale, au Sénégal
L. de Bernis, D. Boullin, J.P. Dompnier, A. Gueye

8:50 Enquête MOMA à Ouagadougou : première analyse des facteurs de risque de la morbidité maternelle à Ouagadougou
J. Testa, C. Ouedraogo, B. Sondo, B. Koné

9:00 Les autopsies verbales dans la recherche étiologique des décès maternels : Exemple de l'enquête MOMA au Burkina-Faso
C. Ouedraogo, B. Sombo, J. Lankoandé, J. Testa, B. Koné

9:10 Utilisation des services de santé maternelle à Niamey : comparaison d'une zone centrale et d'une zone périphérique
N. Monkaila, C. Vangeenderhuysen

9:20 Les accouchements à domicile à Abidjan : déterminants et conséquences
P. Ortiz, J.L. Portal, A. Tano-Bian

9:30 **Discussion**

9:45 Morbidité maternelle grave : à propos de 353 cas recensés à la maternité du CNHU de Cotonou de 1994 à 1995
E. Alihonou, S. Mukantaganda, T. Gandaho, P. Santos, V. Filippi (Bénin)

9:55 Les évacuations sanitaires vers le service de gynécologie-obstétrique de l'hopital communautaire de Bangui
A. Sépou, G.R. Dotto, M.C. Yanza, E. Ngembi, M.N. Nali (RCA)

10:05 Méthode d'évaluation rapide de la santé maternelle. L'exemple du programme commun de réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles en Guinée
N. Goyaux, B. Touré, P. Thonneau (INSERM France)

10:15 **Discussion**

10:30 **Pause - café**

10:45 Morbidité et mortalité liées aux avortements provoqués
E.O Faye, A. Dieuf, P.M. Moreira, M. Sangaré, H. Bathija, F. Diadhiou (Sénégal)

10:55 Traduire la recherche en action : le problème de l'avortement provoqué clandestin en Afrique au Sud du Sahara (ASS)
L. Gaffikin, J. Benson, S. Kinoti, Nicholson (JHPIEGO)

11:05 Avortements provoqués : aspects épidémiologiques cliniques et pronostiques. À propos de 668 cas au CHU de Cocody
L. Tanoh, S. Anongba, S. Boni, M; Barry, N. Koné, K.M. Bohoussou (Côte d'Ivoire)

56

11:15 Avortements provoqués : comparaison des morbidité et mortalité selon la méthode abortive : traditionnelle ou moderne
M. Koné, F. Soumah-Yacé, A. Touré, S. Konan, P. Ba, C. Welffens-Ekra (Côte d'Ivoire)

11:25 Morbidité et mortalité relatives aux avortements provoqués
E. Alihonou, S. Goufodji, V. Capo-Chichi (Bénin)

11:35 Les coûts de l'avortement
Étude OMS (Sénégal)

11:46 Les soins des complications de l'avortement par aspiration manuelle
N. McIntosh (JHPIEGO)

11:55 Présentation de la recherche multicentrique sur les complications de l'avortement provoqué dans 6 pays africains
P. Thonneau (INSERM France)

12:05 Conclusions et les recommandations du monographe sur les complications de l'avortement
L. Touré (SARA)

12:15 **Discussion**

51

SALLE I

8 : 30 - 12 : 30 **COMMUNICATIONS**

Thème : MORBIDITÉ ET MORTALITÉ MATERNELLE

Président : N. Koné (Côte d'Ivoire)

Modérateurs : S. Boni (Côte d'Ivoire) - B. Koné (Burkina Faso)

8:30 Étude clinique et épidémiologique de la césarienne à maternité de l'hopital du point "G" de 1991 à 1993. A propos d'une étude cas-témoins de 1544 cas
I. Téguéti, M. Touré, M. Traoré, A. Dolo (Mali)

8:40 Les hémorragies de la délivrance au CHU de Dakar
D. Diallo, A. Guissé, E.O Faye, P. Moreira, M.L. Cissé, A. Hojeige, F. Diadhiou (Sénégal)

8:50 Les hémorragies de la délivrance à la maternité du Centre Hospitalier National Yaldago Ouédraogo de Ouagadougou : à propos de 263 cas
J. Lankoandé , A. Ouédraogo, C. Ouédraogo, B. Touré, B. Sondo, B. Bonane, M. Akotionga, A.G. Compaoré, B. Koné (Burkina Faso)

9:00 Le partogramme : utilisation et apport dans la surveillance du travail d'accouchement
E. Alihonou, J. de Souza, A. Ndiltar Tambaye (Bénin)

9:10 Les psychoses puerpérales dans le service de psychiatrie du Centre Hospitalier National Yaldago Ouédraogo de Ouagadougou :à propos de 32 cas
J.G Ouango, J. Lankoandé , H. Ouédraogo, G. Ouédraogo, A. Ouédraogo, C. Ouédraogo,B. Touré, M. Akotionga, B. Bonane, B. Koné (Burkina Faso)

9:20 La toxémie gravidique tardive au service de gynécologie-obstétrique du CHU Donka : fréquence, pronostic foeto-maternel
N. Keita, Y. Hyjazi, T.M. Barry, M. Diop, M.C. Diallo, S.D. Diallo, M.D. Baldé (Guinée)

9:30 Fréquence, traitement et pronostic foeto-maternel de l'éclampsie au service de gynécologie et d'obstétrique du CHU Donka
Y. Hyjazi, N. Keita, A.G. Cissé, E.M. Lapko, I. Bah, O. Camara, M.D. Baldé (Guinée)

9:40 Les éclampsies à la maternité du Centre Hospitalier National Yaldago Ouédraogo de Ouagadougou : aspects cliniques et évolutifs à propos de 263 cas
J. Lankoandé , A. Ouédraogo, M. Akotionga, B. Touré, B. Dao, C. Ouédraogo, B. Bonane, B. Koné (Burkina Faso)

9:50 La mortalité maternelle à la maternité du Centre Hospitalier National Yaldago Ouedraogo de Ouagadougou : aspects cliniques et évolutifs à propos de 263 cas
J. Lankoandé , C. Ouédraogo, A. Ouédraogo, M. Akotionga, B. Sodo, B. Touré, B. Dao, B. Bonane, F. Traoré, F. Millogo B. Koné (Burkina Faso)

10:00 Mortalité maternelle au Centre Hospitalier Départemental de référence de l'Ouémé. Étude prospective de Janvier 1995 à Mars 1996
A. Lokossou (Bénin)

10:10 Problèmes posés par les évacuations obstétricales dans un centre de référence : quelles solutions?
G. Kandji, A. Diouf, E.O. Faye, C.T Cissé, F. Diadhiou (Sénégal)

10:20 Aspect épidémiologique des ruptures utérines en milieu africain : à propos de 56 cas colligés de Janvier 1987 à Décembre 1994 au CHU de Tokoin-Lomé
K.V.S. Tete, S. Baeta, E.D. Adjahoto, K. Fiagnon, A. Ayivi-Tobgessa, A.K.S. Hodonou (Togo)

10:30 **Discussion**

10:45 **Pause - café**

11:00 Le processus d'évaluation de la Santé maternelle en République de Guinée
B. Touré, N. Goyaux (Inserm France)

11:10 Anémie et grossesse
D. Sess (Côte d'Ivoire)

11:20 La mortalité maternelle à la maternité du Centre Hospitalier National Yaldago Ouédraogo de Ouagadougou : à propos de 123 cas colligés en 1995
J. Lankoandé , C. Ouédraogo, A. Ouédraogo, M. Akotionga, B. Sodo, B. Touré, B. Dao, B. Bonane, F. Traoré, F. Millogo, B. Koné (Burkina Faso)

11:30 Le partogramme : utilisation et apport dans la surveillance du travail d'accouchement
E. Alihonou, J. de Souza, A. Ndiltar Tambaye (Bénin)

11:30 Place de l'aspirine dans la promotion de la maternité sans risque
F. Diadhiou, P. Moreira, F. Diouf (Sénégal)

11:50 **Discussion**

12:00 - 12:30 **<u>Séance Poster</u>**

SALLE PRINCIPALE

14 : 30 - 17 : 00 **COMMUNICATIONS**

Thème : MÉDECINE PÉRINATALE

Président : F. Diadhiou (Sénégal)

Modérateurs : M. Timité (Côte d'Ivoire) - S. da Silva-Anoma (Côte d'Ivoire)

14:30 La mortinatalité au CHU de Brazzaville
J.R. Ekoundzola, L.H. Iloki, O. Pambou, S.G Ngoma Ikounga , R. Koubaka (Congo)

14:40 Mortalité périnatale : résultats d'une enquête menée au CHR d'Abengourou
M. Koné, A. Touré, K. Séni, R. Konan Blé, G. Quanum, C. Welffens-Ekra (Côte d'Ivoire)

14:50 Incidence de la prématurité et du faible poids de naissance dans la commune de Yopougon à Abidjan (RCI)
F. Amon-Tanoh-Dick, F. Kangah Diékouadio, E Akaffou, T. A. Kouamé, O. Coffie, E. Lasme (Côte d'Ivoire)

15:00 Accouchement prématuré : données épidémiologiques et étiologiques dans un service de dernier recours et propositions de stratégies de prévention
M.S. Diallo, M.K Sylla, Y. Diallo, A. Diang, S.T. Diaw, G. Onivogui, A.B. Diallo, M.D. Camara, S. Bangoura (Guinée)

15:10 Problématique de la prévention des malformations congénitales en pays sous-équipés. Cas du Zaïre
A.D. Sengeyi-Mushengezi , N.F.B Tandu-Umba (Zaïre)

15: 20 Malformations congénitales diagnostiquées à l'échographie aux cliniques universitaires de Kinshasa. De Juin 1989 à Mai 1996
A.D. Sengeyi-Mushengezi, A. Vanga, B. Lokomba, N.F.B Tandu-Umba, N.C Lusanga, M. Mwimba (Zaïre)

15:30 Malformations fœtales à la maternité du CHU de Treichville
K. Touré-Coulibaly, R. Adjobi, S. Anongba, F. Horo-Kouakou, A. Aissi, S. Kouyaté, Nishimwa, P. Guié, Y. Doumbia (Côte d'Ivoire)

15:40 Complexité de la prise en charge des fistules recto-vaginales
S. da Silva-Anoma, D. Ouattara, K.R. Dick, A.G. Dieth, B. Kouamé, N. Moh, T. Odéhouri, N. Doumbouya, O.B. Meledge, C. Aguehoundé, C. Roux (Côte d'Ivoire)

15:50 Étude vélocimétrique doppler du cordon ombilical fœtal chez la gestante noire africaine
M. Adoh Adoh, L. Nébié, A. Aoussi, K.Y.F. Aeuouié, R. Séka, K. Touré-Coulibaly, A. Odi (Côte d'Ivoire)

16:00 Épidémiologie et facteurs de risque des détresses respiratoires néonatales en milieu hospitalier
E. Lasme, F. Kangah Diékouadio, F. Amon Tanoh-Dick, E. Akaffou, O. Koffi (Côte d'Ivoire)

16:10 **Discussion**

16:30 **Pause café**

17 : 00 - 18: 00 **CONFÉRENCE: Qualité des Soins et des Services par Alihonou (Bénin)**

60

SALLE I

14:30 - 17:00 **COMMUNICATIONS**

Thème : MST - SIDA

Président : R. Salamon (France)

Modérateurs : D. Djeha (Côte d'Ivoire) - K. Touré-Coulibaly (Côte d'Ivoire)

14:30 Prévalence of anti-VIH in newborns from Brazzaville maternity
R. Mouelle, O. Pambou, F. Galactéros, C. Rouzioux (Congo)

14:40 Femmes enceintes et séropositivité à Brazzaville
O. Pambou, J.R. Ekoundzola, J. Dimina Nedinano, R. Koubaka (Congo)

14:50 L'infection à VIH chez les femmes enceintes à Bobo Dioulasso
B. Touré, B. Dao, N. Sioho, A.J. Biazé, B. Koné (Burkina Faso)

15:00 Séroprévalence HIV infection in women : reproductive implications for women and their children
V. Ndungia Nkwenti Choundong (Cameroun)

15:10 Issue de la grossesse chez les femmes infectées par le VIH. Une étude de cohorte prospective, Kigali (Rwanda), 1992-1994
J. Ladner, V. Leroy, M. Nyirazirije, A. de Clercq, C. Zilimegayo, P. Van de Perre, F. Dabis

15:20 Séroprévalence de l'infection à V.I.H., de la syphilis et de l'hépatite B chez les gestantes fréquentant un centre de santé urbain de Conakry
A. Dieng, K.H. Said, A.B. Diallo, M.S. Diallo, M.P. Sow, M. Youla, M.S. Diallo (Guinée)

15 :30 Un essai de tolérance et d'acceptabilité de l'AZT pour diminuer la transmission mère-enfant du VIH-1 à Abidjan et à Bobo Dioulasso
L. Mandelbrot, C. Welffens-Ekra, P. Maellati, N. Méda, M. Cartoux, F. Dabis (ARNS)

15:40 Anémie et infection par le VIH chez les femmes enceintes consultant à la formation sanitaire de Yopougon, Abidjan, Côte d'Ivoire. Une étude en 1995
D. Sawadogo, R. Ramon, P. Maellati, V. Noba, F. Sylla-Koko, R. Lildkouet, G. Tanoh, I. Viho, L. Mandelbrot, F. Dabis, C. Welffens-Ekra (ARNS)

15:50 **Discussion**

15:05 Prévalence des maladies sexuellement transmissibles dans la population féminine de Kinshasa
A. Nguma Monganzan (Zaïre)

16:15 Oligoasthénospermie d'origine infectieuse : étude du prélèvement urétral
L. Tanoh, I. Ado-Mensah, S. Anongba, M. Badredine, A. Koffi, A. Koffi, N. Koné (Côte d'Ivoire)

16:25 A propos de 50 cas de condylomes de la région ano-périnéale : la relation entre condylomes génitaux et excision chez la femme africaine
P. A. Aka (Côte d'Ivoire)

16:35 **Discussion**

16:45 **Pause-café**

61

MERCREDI

SALLE PRINCIPALE

9:00 - 10:15 **CONFÉRENCE : Progrès en matière de contraception par N. McIntosh (JHPIEGO)**

10:15 **Pause -café**

10:30 - 12:30 **COMMUNICATIONS**

Thème : PLANIFICATION FAMILIALE

Président : C. Wolffers-Ekra (Côte d'Ivoire)

Modérateurs : M.D. Baldé (Guinée) - J. de Souza (Bénin)

10:30 Contribution à l'étude de la planification familiale dans la commune IV du district de Bamako
F.S. Diabaté Diallo, S. Songo, M. Traoré, A. Dolo (Mali)

10:40 Enquête sur la prévalence contraceptive en zones urbaines et rurales de la Guinée
Y. Hyjazi, T.M. Barry, N. Keita, M.D. Baldé, F. Diallo, A. Cissé, M. Diop (Guinée)

10:50 Visites à domicile (VAD) des acceptantes et la continuité contraceptive
E. Alihonou, S. Goufodji, L. Kanhonou (Bénin)

11:00 Les raisons de la faible fréquentation des services de planification familiale par les adolescentes de 15 à 19 ans dans les communes de Dixinn et de Ratoma (Conakry)
O. Camara, Y. Hyjazi, N. Keita, M.D. Baldé (Guinée)

11:10 Female stérilisation in Burkina Faso. 142 cases report
B. Dao, B. Touré, B. Sambara, J. Lankoandé, A.P. Koalaga, C. Ouedraogo, A.J. Bazié, B. Koné (Burkina Faso)

11:20 Sexualité et contraception chez les élèves apprenties couturières à Ouidah
E. Alihonou, T. Gandaho, P. Santos (Bénin)

11:30 The gender relationship as barrier to modern contraception by women in rural bénin
T. Gandaho, E. Alihonou, O. Campbell (Bénin)

11:50 Désir de contraception moderne à la sortie de la maternité et facteurs associés à Cotonou
E. Alihonou, Y.J. Tossou, V. Capo-chichi (Bénin)

12:00 Ligature des trompes par mini-laparotomie sous anesthésie locale. À propos de 800 cas au CHU de Dakar
C.T. Cissé, K. Kerby, M.L. Cissé, D. Diallo, P.M. Moreira, T. Ndong, E.O. Faye, C. O'Connor, F. Diadhiou (Sénégal)

12:10 Contraception par les implants sous cutanés Norplant®. A propos de 300 cas
J.C. Moreau, M. Ba Gueye, M. Sangaré, A. Israel, D. Sokal, F. Diadhiou (Sénégal)

12:20 **Discussion**

63

SALLE I

10:30-12:30 **COMMUNICATIONS**

Thème : INFECTION EN GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE (autre que VIH)

Président : E. Biscagnéné (Côte d'Ivoire)

Modérateurs : H. Faye-Kette (Côte d'Ivoire) - S. Seeta (Togo)

10:30 Méningite et grossesse au Centre Hospitalier National Yaldago Ouédraogo de Ouagadougou. A propos de 20 cas
N. Kyelem, J. Lankoandé, R. Thiamiano, C. Ouédraogo, A. Ouédraogo, B. Koné (Burkina Faso)

10:40 Infections urinaires et grossesse : aspects socio-démographiques, cliniques et obstétricaux dans le service de gynécologie obstétrique de l'hopital du point "G" à Bamako
M. Traoré, A. Togo, I. Téguéti, F.S. Diabaté Diallo, N. Mounkoro, B. Keita, A. Dolo (Mali)

10:50 Les infections postopératoires en obstétrique : aspects épidémiologique et clinique à l'hopital I. Deen du CHU de Conakry
A.B. Diallo, O. Bangoura, A. Diang, S. Bangoura, T.S. Diallo, S. Diakité, M.S. Diallo (Guinée)

11:00 Infections urinaires et grossesse : aspects bactériologiques dans le service de gynécologie obstétrique de l'hopital du point "G" à Bamako. A propos de 61 cas
M. Traoré, I. Téguéti, A. Togo, F.S. Diabaté Diallo, N. Mounkoro, B. Keita, A. Dolo (Mali)

11:10 Rougeole et grossesse. A propos de 16 cas
B. Dao, A.P. Koalaga, G. Ki-Zerbo, M. Bambara, A.J. Bazié (Burkina Faso)

11:20 Traitement du paludisme de la femme enceinte à Kinshasa (Zaire) par l'association chloroquine-clindamycine
F.N. Mbanzulu (Zaire)

11:30 Infections urinaires et grossesse : aspects thérapeutiques dans le service de gynécologie obstétrique de l'hopital du point "G" à Bamako. A propos de 61 cas
M. Traoré, A. Dolo, I. Téguéti, A. Togo, F.S. Diabaté Diallo, N. Mounkoro, B. Keita (Mali)

11:40 Prévalence des agents MST chez la femme à Abidjan
H. Faye-Kette, A. Kouassi-M'bengue, A. Kacou-N'douba, G. Akoua-Koffi, S. Bouzid, M. Dosso (Côte d'Ivoire)

11:50 Séroconversion chlamydienne chez la jeune fille à Abidjan
H. Faye-Kette, S. Bouzid, M. Dosso (Côte d'Ivoire)

12: 00 Étude comparative des résultats d'analyse du laboratoire de microbiologie du centre de recherche en reproduction humaine et en démographie (CERRHUD) : années 1994 et 1995.
E. Allihonou, J. de Souza, F. Gouedou (Bénin)

12:10 **Discussion**

64

SALLE I

15:00-17:00 **RÉUNION DU BUREAU DE LA SAGO**

JEUDI

SALLE PRINCIPALE

8:30 -12:30 **COMMUNICATIONS**

Thème : CANCERS GYNÉCOLOGIQUES ET MAMMAIRES

Président : A.S. Doh (Cameroun)

Modérateurs : A.K.S. Hodonou (Togo) - K.A. Echimane (Côte d'Ivoire) - D.S. Anongba (Côte d'Ivoire)

8:30 Panorama des cancers gynécologiques en Côte d'Ivoire : étude de 1208 cas colligés en 10 ans (1986-1995)
M. Hondé, A.B. Effi, M.I. Diomandé, K. Touré-Coulibaly, O.M. Lompo, B. Koffi (Côte d'Ivoire)

8:40 Stratégie thérapeutique devant les dysplasies du col d'après le système Béthesda
M. Usher-Maléombo (Côte d'Ivoire)

8:50 Dépistage des dysplasies cervicales en consultation de gynécologie : 1995-1996
I. Ado-Menaah, R. Ramon, M. Diomandé, G. La Ruche, C. Welffens-Ekra, K. Touré-Coulibaly, A. Ehouman (Côte d'Ivoire)

9:00 Cancer invasif du col utérin : étude anatomique, thérapeutique et pronostique de 95 cas observés au CHU de Yopougon
M. Koné, K. Séni, K. Iaba, A. Touré, R. Konan Blé, G. Quenum, C. Welffens-Ekra (Côte d'Ivoire)

9:10 Cytologie des lésions du sein
I. Ado-Menaah (Côte d'Ivoire)

9:20 Exérèse des anomalies radiologiques infra-cliniques du sein dans la prévention des cancers infiltrants
D.S. Anongba, K. Touré-Coulibaly, R. Séka, F. Maurice, D.N. Ouattara, M.I. Diomandé, R. Adjobi, F. Kouakou, P. Gulé, Y. Doumbia (Côte d'Ivoire)

9:30 Cancers du sein en Côte d'Ivoire : étude rétrospective de 362 cas colligés en 10 ans (1986-1995)
M. Hondé, A.F. D'horpock, M.I. Diomandé, O.M. Lompo, A.B. Effi, E. Dieng- Ette, E. Troh (Côte d'Ivoire)

9:40 Traitement et pronostic des cancers du sein de la femme à Abidjan
K.A. Echimane, A. Ahnoux, I. Adoubi, L. Traoré (Côte d'Ivoire)

9:50 Métastases des cancers du sein chez la femme noire en Côte d'Ivoire
K.A. Echimane, A. Ahnoux, I. Adoubi, L. Traoré (Côte d'Ivoire)

10:00 Nodule du sein et cancer
S. Baeta, E. Awouya, R. Atanley Adjenou, A.K.S. Hodonou (Togo)

10:10 Survie des patientes traitées pour cancer du sein entre mars 1982 et Mars 1995 au CHU Tokoin
S. Baeta, A. Kowou, K. Akpadja, A.K.S. Hodonou (Togo)

10:20 **Discussion**

10:30 **Pause-café**

10:45 Étude épidémiologique et clinique des cancers gynécologiques aux cliniques universitaires de Kinshasa
A. Nguma-Monganzan, A. Sangwa Lugoma, J. Wolomby Molondo (Zaïre)

10:55 Choriocarcinome postménopausique : à propos de 1 cas
L.Tanoh, S. Anongba, F. Keita, N. Koné, M. Diomandé, C. Weiffens-Ekra (Côte d'Ivoire)

11:05 Cancers de l'ovaire en Côte d'Ivoire : aspects épidémiologiques et pronostiques . A propos de 134 cas colligés en 10 ans (1986-1995)
M. Hondé, A.B. Effi, A.F. D'horpock, M.Y. Diop, E. Dieng- Etie (Côte d'Ivoire)

11:15 Le cancer de l'ovaire aux cliniques universitaires de Kinshasa
N. Mbela, M. Nguma, K. Yanga, P.N Mbanzulu, K. Kimpiatu, M. Kabongo, L. Sangwa, Maléka (Zaïre)

11:25 Syndrome de Demons-Meigs et CA 125 élevé. A propos d'un cas de fibrothécome ovarien
L.H. Iloki, J.R. Ekoundzola, J.R. Ibara, R. Koubaka , G. Nkihouabonga, S. Mouroko, A. Mpiaka, A. Itoua Ngaporo (Congo)

11:35 **Discussion**

11:50 - 12:30 **EPU : Dépistage des cancers gynécologiques en Afrique par A.S. Doh (Cameroun)**

68

SALLE I

8:30 -10:30 **COMMUNICATIONS**

Thème : CHIRURGIE ENDOSCOPIQUE

Président : M.A. Bruhat (France)

Modérateurs : M. Koné (Côte d'Ivoire) - J.M. Kasia (Cameroun)

8:30 Place de la coelioscopie opératoire dans la chirurgie gynécologique en Afrique noire
M.A. Bruhat, J. Raiga, J.M. Kasia

8:40 Coelioscopie opératoire en Afrique noire : à propos de 800 cas réalisés à l'hopital général de Yaoundé
J.M. Kasia, J. Raiga, A.S. Doh, J.M. Bioulé, T. Edzoa

8:50 Traitement des lésions tubaires distales par coelioscopie : expérience de l'hopital général de Yaoundé
J.M. Kasia, J. Raiga, A.S. Doh, J.M. Bioulé, T. Edzoa

9:00 Salpingite à Chlamydia Trachomatis : approche diagnostique et aspects coelioscopiques : à propos de 90 cas à l'hopital général de Yaoundé
J.M. Kasia, A.S. Doh, B.T. Nasah, J.M. Bioulé

9:10 Traitement coelioscopique des abcès tubo-ovariens
J. Raiga, J.M. Kasia, M. Canis, M.A. Bruhat

9:20 Plastie tubaire distale : comparaison microchirurgie versus chirurgie endoscopique
J. Takpara, M. Canis, J.L. Pouly, M.A. Bruhat

9:50 Uretère pelvien et chirurgie endoscopique en gynécologie
J. Takpara, R. Borotghovili, F.N. Masson, J.L. Pouly, M.A. Bruhat, M. Canis, G. Mage

10:00 Le rôle de l'infirmier(e) de bloc opératoire dans la chirurgie endoscopique
J.M. Ngionza , J.M. Kasia, A.S. Doh, J.M. Bioulé, T. Edzoa

10:10 **Discussion**

10:30 **Pause - café**

10:45 **Séance Poster**

10:45 - 12:30 **ATELIER : Ligature de l'artère hypogastrique**

Animateurs : G. Gnanarzan (Côte d'Ivoire) - M.Koné (Côte d'Ivoire)

- projection cassette vidéo
- discussion
- séance de médecine opératoire au laboratoire d'anatomie de la Faculté de Médecine

(droit de participation 8.000 F CFA: places limitées à 14 participants)

SALLE PRINCIPALE

14:30 -18:00 **ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA SAGO**

19

VENDREDI

SALLE PRINCIPALE

8:30 -12:30 **COMMUNICATIONS**

Thème : LIBRE

Président : J.R Ekoundzola (Congo)

Modérateurs : S. Diallo (Guinée) - A. Nguma-Monganza (Zaïre)

8:30 Torsion d'annexe au cours de la grossesse. A propos d'un cas au Centre Hospitalier National Yaldago Ouédraogo de Ouagadougou
B. Touré, B. Dao, D. Sano, M. Akotionga, J. Lankoandé, B. Koné (Burkina Faso)

8:40 Hormonothérapie de substitution chez la femme ménopausée de Kinshasa
R. Tozin, A.D. Sengeyi-Mushengezi, M.J.M Mbuyi (Zaïre)

8:50 Étude des tests post-coïtaux de Hünher au Centre Hospitalier National Yaldago Ouédraogo de Ouagadougou
J. Lankoandé , M. Akotionga, B. Touré, B. Dao, C. Ouédraogo, B. Bonane, A. Ouédraogo, B. Ouédraogo, J. Paré, B. Koné (Burkina Faso)

9:00 Test de Hünher
L. Tanoh, I. Ado-Menash, S. Anongba, S. Wousiouo, N. Koné (Côte d'Ivoire)

9:10 Les fibromyomes utérine à la maternité du Centre Hospitalier National Yaldago Ouédraogo de Ouagadougou : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques à propos de 164 cas.
J. Lankoandé , M. Akotionga, C. Ouédraogo, B. Touré, A. Ouédraogo, B. Bonane, B. Koné (Burkina Faso)

9:20 Association grossesse intra-utérine et extra-utérine : à propos de 7 observations
M.E. Bokossa, S. Boni, A. Johnson, D. Gondo, S. Anongba, N. Koné, K.M. Bohoussou (Côte d'Ivoire)

9:30 Contribution à l'étude de la grossesse abdominale : à propos de 11 cas colligés à la maternité du CHU de Cocody
M.E. Bokossa, R. Kodjo, S. Boni, A. Alessi, S. Anongba, N. Koné, K.M. Bohoussou (Côte d'Ivoire)

9:50 Les hémopéritoines d'origine gynécologique au CHU de Brazzaville. A propos de 306 cas
J.R Ekoundzola, O. Pambou, L.H. Iloki, J. Dimina Nadimeno (Congo)

10:00 **Discussion**

10:30 **Pause - café**

11:00 L'usage des lambeaux fascio-cutanés de voisinage dans la reconstruction de l'appareil génital féminin
J.P. Maléombo, M. Koné, C. Aguéhoundé (Côte d'Ivoire)

11:10 Concept traditionnel et difficultés thérapeutiques psychiatriques de la folie chez les moose du Kadiogo
J.G. Ouango, M. Kéré, M. Ouédraogo, G. Kaboré (Burkina Faso)

11:20 Endométriose péritonéale : à propos de 2 observations
T. Ndri-Yoman (Côte d'Ivoire)

11:30 Intérêt de la cardiographie dans le monitoring de l'accouchement : étude comparative entre 2 maternités universitaires de Yaoundé
E. Mboudou, J.M. Kasia, A.S. Doh, J.M. Kandom (Cameroun)

11:40 Cure chirurgicale des prolapsus urogénitaux par prothèse de Mersilène
C. Pomel, I. Takpara, M. Canis, A. Mansoor, E. Glowaczower, F.N. Masson, G. mage, J.L. Pouly, A.Wattiez, M.A. Bruhat (France)

11:50 Importance du conseil dans l'amélioration de la Santé de Reproduction
Phyllis Piotrow (John Hopkins University - USA)

12:00 **Discussion**

12:10 - 12:45 **PRESENTATION ET DISCUSSION DES POSTERS**

Président : **M.D. Bah (Sénégal)**

Modérateurs : **O. Aguehoundé (Côte d'Ivoire) - T. Ridri-Yoman (Côte d'Ivoire) - D. Sess (Côte d'Ivoire)**

SALLE PRINCIPALE

16:00-17:30 CÉRÉMONIE SOLENNELLE DE CLOTURE

POSTERS

1) Validité de la date des dernière règles et de la mesure de la hauteur utérine pour déterminer le terme, dans les régions de l'enquête MOMA
P. Cumin, A. Prual (INSERM France)

2) Fréquence d'utilisation des ocytociques pendant le travail, tableau descriptif
D. Huguet (INSERM France)

3) Étude comparée de l'accès aux soins et de la morbidité maternelle dans une zone semi-rurale et une zone urbaine au Sénégal
D. Boulliin, L. de Bernis (INSERM France)

4) Utilisation des services de santé maternelle à Niamey : comparaison d'une zone centrale et d'une zone périphérique
N. Monicatia, C. Vangeendarhuysen (INSERM France)

5) Étude rétrospective de la mortalité maternelle dans le service de gynéco-obstétrique de l'hopital national du point "G" de 1991 à 1993 (à propos de 103 cas).
M. Traoré, M. Drave, F.S. Diabate Diallo, A. Dolo (Mali)

6) Les fractures obstétricales du fémur
C. Aguéhoundé (Côte d'Ivoire)

7) A propos de 2 cas d'hydrocolpos de révélation tardive
S. da Silva-Anoma, O. Ouattara, K.R.Dick, A.G. Dieth, B. Kouamé, N.Moh, T. Odéhouri, N. Doumouya, O.B.Meledge, C. Aguéhoundé, C. Roux (Côte d'Ivoire)

8) A propos de 2 cas d'hermaphrodisme vrai : à propos de 2 observations
S. da Silva-Anoma , K.R.Dick, , O. Ouattara, A.G. Dieth, B. Kouamé, N.Moh, T. Odéhouri, R. Rizet, A. Keita, C. Aguéhoundé, C. Roux (Côte d'Ivoire)

9) Les arthrites néonatales
C. Aguéhoundé (Côte d'Ivoire)

10) Présentations défléchies à la maternité du CHU de Treichville. Identification et pronostic materno-fœtal
K. Touré-Coulibaly, F. Kouakou, S. Anongba, A. HORO, Nishimwe, E.R. Adjobi, Y. Doumbia, P. Guié, (Côte d'Ivoire)

11) Facteurs étiopathogéniques et pronostic fœto-maternel des cas de procidence du cordon aux cliniques universitaires de Kinshasa
A. Nguma-Monganzan, E. Nzangolo Fileka, Mbanzulu Pita (Zaïre)

12) Naissances avant terme au CHU de Brazzaville
O. Pambou, J.R. Ekoundzola, L.H Ikoli, F. Kala, I.L.F. Mayanda (Congo)

13) Lecture du frottis cervico-vaginal selon le système Béthesda
M. Usher-Maléombo (Côte d'Ivoire)

14) Acceptabilité du test de dépistage et prévalence du VIH chez les femmes enceintes du CHU de Yopougon dans le contexte d'essais de tolérance et d'intervention visant à diminuer la transmission du VIH-1 de la mère à l'enfant à Abidjan, (Côte d'Ivoire) en 1995-1996
G. Gourvellec, R. Likikouet, F. Sylla-Koko, D. Yapi, P. Msellati, C. Konan, L. Mandelbrot, F. Dabis, C. Welffens-Ekra (ANRS)

15) Lymphoedème bilatéral sur grossesse à la maternité du centre hospitalier national Yalogo Ouedraogo de Ouagadougou : à propos d'un cas
J. Lankoandé , B. Touré, D. Sano, B. Sakandé, A. Ouédraogo, C. Ouédraogo, B. Koné (Burkina Faso)

75

16) Testicule féminisant : à propos d'un cas observé au centre hospitalier national Yaldago Ouédraogo de Ouagadougou
J. Lankoandé , D. Sano, A. Ouédraogo, C. Ouédraogo, M. Akotionga, B. Touré, B. Bonane, B. Koné (Burkina Faso)

18) La cellule de recherche en Santé de la Reproduction en Côte d'Ivoire : Objectifs et Perspectives
A. Sangaré, C. Welffens-Ekra (Côte d'Ivoire)

19) Dépistage des MST en consultation de Gynécologie : 1995- 1996
G. la Ruche, H. Faye-Kette H, R. Ramon, N. Nogbou, Z. Sidibé, G. Mocket, M. Dosso, C. Welffens-Ekra (Côte d'Ivoire)

20) La Pélacine dans les infections gynécologiques au CHU de Yopougon
K. Séni, A. Touré, M. Koné, C. Welffens-Ekra (Côte d'Ivoire)

21) Conception d'un dispositif intra-utérin dans les synéchies cervicales
M. Koné, M. Sissoko, K. Séni, A. Touré, C. Welffens-Ekra (Côte d'Ivoire)

22) Les indications de césarienne
K. Touré-Coulibaly, G.A. Aissi, S. Anongba, F. Kouakou, S. Kouyaté, R. Adjobi, P. Guié, Y. Doumbia (Côte d'Ivoire)

23) Application du système Béthesda au laboratoire WILIC
M. Usher-Makombo (Côte d'Ivoire)

24) Dépistage du VIH chez les femmes enceintes à la Formation sanitaire de Yopougon , Abidjan (Côte d'Ivoire) : Mise en place et prévalence en 1995-1996
V. Noba,I.Vilho, F. Sylla-Koko, P. Meeliard, G. Tanoh, B. Ohouo, F. Dabla, C. Welffens-Ekra (ANRS)

BEST AVAILABLE DOCUMENT

Appendix H: Les Recommandations du Congres de la SAGO

LES RECOMMANDATIONS DU CONGRES DE LA SAGO

1°) En matière de prévention des infections en Gynécologie et en Obstétrique (autre que le VIH)

le Congrès recommande à nos Gouvernements et aux Institutions Internationales, de rendre la prévention des infections en milieu africain, abordable, accessible, et acceptable suivant le modèle du Mali (qui reflète un engagement politique).

2°) Concernant la santé des adolescentes, le Congrès recommande de promouvoir l'éducation et l'information en période de pré-adolescence, en collaboration avec les parents.

3°) En matière de morbidité, mortalité maternelle et avortement, le Congrès recommande :

a - d'améliorer le suivi prénatal, l'éducation des gestantes, et la prise en charge de l'accouchement

b - de renforcer le réseau de Recherche Action existant dans les régions, en particulier dans le domaine de la prise en charge des avortements provoqués.

4°) Pour la Chirurgie Endoscopique, le Congrès recommande :

a - en matière de coelioscopie opératoire de s'appuyer sur l'expérience du Centre pilote de Yaoundé, pour développer des compétences régionales. Il serait souhaitable que des efforts soient consentis pour faire du Centre de Yaoundé un centre formateur pour la sous-région en coelioscopie opératoire.

5°) En matière d'infection et VIH, l'efficacité prouvée de l'AZT ne permet pas sur le plan éthique la répétition des études concernant ce traitement au cours de la grossesse. Par conséquent, la SAGO recommande que les sociétés nationales veillent sur le traitement des gestantes séropositives.

6°) Concernant la planification familiale :

La majorité des hommes (62 %) n'a jamais parlé de Planification Familiale avec leur partenaire. Il existe une faible connaissance, une faible prévalence de l'utilisation de la planification familiale en Afrique, malgré deux décennies de pratique.

Les méthodes de communication et de formation ne sont pas adaptées à la perception ethno-culturelle des personnes ciblées. L'aspect médico-légale des ligatures tubaires reste posé : ceci parce que les populations restent mal informées sur cette technique. La SAGO a remarqué la prépondérance de l'avis des hommes dans la décision de la contraception. La SAGO estime que la contraception dans le post-partum est nécessaire. Cependant, compte tenu du taux élevé des infections dans la région elle ne recommande pas de dispositif intra-utérin dans cette période du post-partum

7°) Concernant les cancers gynécologiques et mammaires :

la SAGO insiste :

a - sur la sensibilisation de la population féminine sur les premiers symptomes des cancers gynécologiques et mammaires

b - la SAGO préconise l'intensification des programmes de dépistage.

8°) Concernant la mortalité périnatale, vu le taux bas de malformations foetales congénitales, et reconnaissant la valeur de l'échographie pour le diagnostic anténatal, la SAGO recommande que cet examen soit limité aux grossesses à risque de malformations.

RAPPORT GENERAL DU CONGRES SAGO/SIGO

9 au 13 Décembre 1996

Du 9 au 13 Décembre 1996, se sont tenus à Abidjan, République de la Côte d'Ivoire, à l'Hôtel Ivoire, le 4ème Congrès de la Société Africaine de Gynécologie et d'Obstétrique et le 3ème Congrès de la Société des gynécologues et obstétriciens de Côte d'Ivoire.

Ce Congrès conjoint qui avait pour thème principal, **la Prévention en Gynécologie et en Obstétrique** a connu une participation record de spécialistes : 340 participants inscrits venant des 9 pays membres de la SAGO : 23 du Bénin, 14 du Burkina Faso, 16 du Cameroun, 6 du Congo, 167 de la Côte d'Ivoire, 27 de la Guinée, 29 du Mali, 17 duTogo, 13 du Sénégal.

Six autres pays d'Afrique, 3 de la Mauritanie, 1 du Tchad, 9 du Zaïre, 2 de Madagascar, 1 du Niger, 1 du Rwanda étaient représentés. Etaient représentés également, la France et les Etats-Unis et l'OMS (Genève).

L'importance du thème principal a permis la présentation de 122 communications à thème, de 20 commumnications libres et de 10 posters.

Ces présentations ont porté sur

- la prévention de l'infection
- la santé des adolescentes
- la morbidité et mortalité maternelle

91

- la chirurgie endoscopique
- les MST-SIDA
- la planification familiale
- l'infection en gynécologie-obstétrique (autre que le VIH)
- les cancers gynécologiques et mammaires
- et la médecine périnatale.

Les travaux ont démarré le lundi 9 Décembre 1996 après la cérémonie d'ouverture présidée par Madame ATSAIN ACHI, épouse de Monsieur le Ministre de la Fonction Publique, représentant Madame la Présidente de la République, avec la présence effective de Monsieur le Ministre de la Santé Publique de la Côte d'Ivoire.

Cette cérémonie a été marquée par sept allocutions :

- celle du Président du Comité d'Organisation
- celle du Président de la SAGO
- celle du Coprésident du Congrès
- celle du Président du Congrès
- celle du Doyen de la Faculté de Médecine d'Abidjan
- celle du Ministre de la Santé de la Côte d'Ivoire
- celle de la représentante de la Présidente Henriette KONAN BEDIE qui, après avoir souligné les conséquences socio-économiques que représente la mort d'une femme dans nos sociétés et singulièrement en Afrique, a ouvert officiellement le 4e Congrès de la SAGO et le 3e Congrès de la SIGO.

La première table ronde a permis, une vue **d'ensemble sur la prévention de l'infection** à travers, l'expérience de JHPIEGO et la Conférence du Professeur Boniface NASAH esquissant pour le 21ème siècle sa vision du rôle des sociétés de Gynécologie-Obstétrique dans la prévention de l'infection.

82

La sexualité et ses conséquences sur la santé des adolescentes a été abordée par les orateurs des différents pays membres.

Le thème portant sur **la morbidité et la mortalité maternelle** a été marqué par les résultats pour la plupart préliminaires des études menées sur la morbidité maternelle grave à travers certains pays membres de la SAGO.

Les facteurs de risque de la morbidité maternelle grave ont été étudiés, il ressort que la qualité de la prise en charge de l'accouchement joue un rôle primordial dans la survie maternelle.

De la séance des travaux portant sur **la chirurgie endoscopique**, il est important de retenir que l'Afrique doit s'ouvrir à cette chirurgie car elle contribuerait à la maîtrise de ses dépenses de santé.

Un atelier de technique chirurgicale portant sur la ligature de l'artère hypogastrique, s'est tenu au laboratoire d'Anatomie de la Faculté de Médecine, il a permis d'en préciser les indications et de suivre la technique de dissection sur cadavre.

La qualité des soins et des services a été le thème de la conférence prononcée par le Pr ALIHONOU.

Il ressort de cette conférence que le changement du comportement et des mentalités est indispensable à une amélioration des prestations, le tout sous tendu par une conscience professionnelle sans faille ; faire ce qu'il faut sans plus ni moins.

Le thème planning familial a été précédé par la Conférence de Monsieur Mcintosh sur les progrès en matière de contraception. Des informations ont été fournies sur le Norplant 2, le Centrochan et un contraceptif hormonal masculin combinant de l'androgène au progestatif.

La session sur le planning familial a fait ressortir le rôle de l'homme dans l'acceptabilité du planning familial ; un effort devrait être fait pour la compréhension des problèmes posés par les hommes.

Les cancers gynécologiques et mammaires ont été abordés dans leur multidisciplinarité. Il ressort que l'accent doit être mis sur le diagnostic précoce voire le dépistage.

Une enseignement post-universitaire a été animé par le Professeur A. DOH portant sur le dépistage des cancers gynécologiques en Afrique.

A cet effet, les bases d'un comité pour la lutte contre le cancer en Afrique sous le couvert de la SAGO ont été posée.

La session portant sur la **Médecine périnatale** a fait état des taux élevés de la mortalité périnatale chez les prématurés, et de l'existence de malformations foetales. Des souhaits ont été formulés pour l'amélioration du dépistage des grossesses à risques et la recherche étiologique des malformations fœtales.

Dans l'après midi du 12 Décembre s'est tenu l'Assemblée Générale de la SAGO. Un nouveau bureau Exécutif de la SAGO dirigé par le Professeur NASAH du Cameroun a été élu et installé.

84

PREVENTION IN OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY : THE ROLE OF NATIONAL SOCIETIES : A VISION FOR THE 21st CENTURY

BY Professor Boniface T. NASAH

INTRODUCTION

During the safe motherhood international conference for Francophone countries in 1989 in Niger under the aegis of the World Bank, I presented a background paper on the risk approach as a strategy for reducing maternal mortality in Africa. In that paper, I presented evidence ~~to~~ suggesting that medical causes of maternal mortality amounted only for approximately 30 % of maternal deaths and that 70 % were due to exogenous causes such as delays in seeking treatment, difficulties of access, deficiencies in the health system etc, etc... This thesis was subsequently developed in the first section of our book « Contemporary isssues in Maternal Health Care in Africa » (1995) dealing with : the epidemiology of maternal mortality in Africa, the management of maternal services in Africa : the socio-economic and cultural environment and the health of women.

Recently, more evidence from rich and industrialised countries, show that levels of maternal mortality are significantly higher among the marginalised and poor than the more wealthy. Recent data from the USA shows that the risk of maternal death is over four times higher among black women than among whites. In France, maternal mortality among "non-French" people is twice as high as among French nationals. In Australia, maternal mortality among aborigines is ten times higher than among whites. Higher levels of maternal mortality can also be seen among "non-Dutch" in the Netherlands, the Bedouins in Israel and the "non-Germany" in Germany.

SOURCE : Altrash et al - Maternal Mortality in the developing countries : Not just concern of the past. Obstetrics & Gynaecology Vol 86 No4 Part 2, October 1995.

So it can be seen ~~therefore~~ that maternal mortality is a social disease and therefore can never be effectively eradicted by the medical profession alone. But this lecture is not just about maternal mortality, it is about prevention in Obstetrics and Gynaecology.

However, since the International Conference on Population and Development in CAIRO in September 1994 there has been a major shift of focus of the activities of the international health and development community from simply reducing human fertility to meeting people's needs. Thus, on the eve of the 21st century, the Obstetrician and Gynaecologist will address the broad area of Reproductive Health and not just Obstetrics and Gynaecology - which deals with diseases mainly.

As defined by WHO, "Reproductive healthis a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity, in all matters relating to the reproductive system and its functions and processes. Reproductive health, therefore, implies that people are able to have a satisfying and safe sex life and that they have the capability to reproduce and the freedom to decide if, when, and how often to do so. Implicit in this last condition is the right of men and women to be informed and to have access to safe, effective, affordable and acceptable methods of family planning of their choice, as well as other methods of their choice for regulation of fertility that are not against the law, and the right of access to appropriate health-care services that will enable women to go safely through pregnancy and child birth and provide couples with the best chance of having a healthy infant. In line with the above definition of Reproductive Health, reproductive health care is defined as the constellation of methods, techniques and services that contribute to reproductive health and well-being by preventing and solving reproductive health problems....."[19].

Table 3 Twelve pillars of reproductive health

If we have to make a difference for the 21st century we need to rethink our strategies to include a major shift from the treatment of reproductive health problems to promotion and prevention. National societies should enable its members to, acquire management and communication skills for more effective advocacy, and IEC roles, use available and updated knowledge and information to influence policy change, and where such is lacking undertake appropriate research to achieve desired change, by listening to, learning from and working with the community. Success can be guaranteed only in as much as we operate within the realities of our day..

THE SEVEN DIMENSIONS OF REALITY :

"For scientists it is not always easy to accept that the scientific level of reality represents only one of the seven approaches and that, as Nobel Laureate Werner Heisenberg said, "reason is a very limited faculty of the human mind".

The fact that the political dimension is capitalised is not an error ! it is in keeping with the scenario in Africa South of the Sahara today - where perceptions of the community and their governments in the area of population and reproductive health are constantly modulated by the seven levels of reality. Clearly if our efforts must make a difference, and I do not see why not, then we should strategise for policy dialogue and advocacy at the **POLITICAL LEVEL**, since it is rare for all these levels of reality to converge.

Cultural reality means we have to build on the positive elements, and there are MANY, of our culture, about which we seem to know so little and therefore respect them even less. It equally requires us to contribute to the development of a culture of **DEMOCRACY** in our region that recognises the participation of women as central to the process of education and the transmission culture.

Ecological reality means comitment to the development of alternative approaches to medicinal therapy, including traditional approaches, in their physical, psycho-social, spiritual and super-natural dimensions.

Ethical reality : dictated by advances in scientific and technological knowledge which have created ethical delimmas concerning the right and wrong in dealing with life and death issues, as well as the issue of equity, human rights and justice.

THE NEED FOR CHANGE : Yes but in which direction?

Figure 1 : Policy and programme initiation or change can occur. When problem definition, policy/ programme options, and advocacy find common ground.

A lot of work has been done in all aspects of reproductive health, very few of which have been published, while most have been the subject of reports to administrative authorities. Reporting alone, no

matter how important the findings, will rarely bring about policy change. The executive of each national society and all members of a research team should share the responsibility of influencing decision makers to effect change. This should be extended, when judged necessary to the creation of pressure groups among vulnerable and influenced groups in particular and the community in general.

In doing so, we must widen our vision to the realisation that financial resources are not ELASTIC and therefore :

Maternal Health care services (PREVENTION) will have to compete for funding with other services. : Table 2

That is why our strategic planning for prevention must be based on sound epidemiological studies which have established the Relative Risk (RR) and/or the Attributable Risk (AR) of diseases or morbidities we plan to prevent . Hospital studies will not provide this information; therefore we cannot ignore the issues of inadequate water supply, unsafe sanitation, refugees, acute respiratory tract infection, Diarrhoea, Tuberculosis and Malaria.

However, according to WHO and FIGO reproductive health is at the centrality of all human development efforts and should accordingly be top priority in all human development efforts.

MORBIDITY :

Often when we talk of prevention we immediately focus on mortality as the end-point. This is so largely because the assessement of morbidity is more difficult. The quantitation of disease burden was recently developed jointly by the World Bank and the World Health Organisation in their concept of "disability - adjusted life years lost (DALY) and the disability - free life expectancy, [12] a concept which should commend itself to our course for the rationalisation of the use of national budgetary allocation. In this regard, I agree with Lord Kelvin when he said in 1883 that "....whenever you can measure what you are speaking about and express it in numbers, you know something about it".[17]

Thus it can be seen that 36 % of all healthy years of life lost among women of reproductive age in developing countries are due to three reproductive health conditions - maternal mortality and morbidity, HIV/AIDS and STDs. For men, the corresponding figure is only 12 %.

Table 4 : Distribution of the disease burden in women ages 15 to 44 in developing countries (World Development Report 1993, Investing in Health, W.B. 1993.

Figure 5 : Burden of disease in adults 15-44 years in the developing world.

THE DEMOGRAPHIC DIMENSION :

Only certain aspects of the demographic transition will be dealt with here (adolescents, postmenopausal), in as much as they affect the epidemiologic transition.

Adolescents :

In Africa, as in other developing regions, adolescents constitute over 20-30 percent of the population, in response of which most countries are yet to develop specific services. There is need for co-ordination within countries and also across countries, especially in response to geopolitical and epidemiologic similarities. Indeed, it is against this background that the pre- congress workshops addressed this age group. It is relevant here to call attention to a forgotten group, the pre-adolescent (NASAH et al 1996) of 5 - 9 years. Problems facing adolescents of 10-19 probably have had their origins in this age group. Therefore, effective and comprehensive preventive programmes for adolescent should start at the pre-adolescent phase of life.

THE THIRD AGE: Table 3 estimated and projected population aged 65 years and over.

Inspite of forecasts to the contrary, fertility rates are declining faster than predicted in the developing world, even though less so in some parts of Africa South of the Sahara. With improvement in infant survivial and socio-economic condition, one should expect increase in life expectancy. The global

estimation and projection of the population of postmenopausal women (aged 50 years and over) may be of some interest to health planners and our national societies. In 1950, there were some 220 million post menopausal women worldwide ; slightly less than half of them (108 million) lived in the developing world. Current projections indicate that by the year 2030 there may be as many as 1200 million postmenopausal women around the world ; 70 % of them (912 million) will live in the developing world.[10]

The good news is that the disease burden from the menopause will be much less in our continent than in the rest of the world: Table 9.

We carried out some studies in selected rural and urban communities in Cameroon, seeking to investigate the perceptions of the women on menopause, as well as the pattern of this phenomenon. In comparison with women in North America, Netherlands, New Guinea and Central African Republic. The differences observed in the age at onset of the menopause in these different countries indicates the need for each community to establish its norms. Menopausal problems did not constitute an important clinical entity as less than 20 to 30 % of women were symptomatic compared to 65 % reported from developed countries. Furthermore, few still consulted health professionals for menopausal problems, and when they did, counselling seemingly provided the answer to their problems. My caveat is that we should not "Medicalise" the management of the menopausal syndrome, especially as there is increasing evidence as to the role of NUTRITION in the prevention of some major symptons. Accordingly, we should target the production of appropriate I.E.C. material backed by policy decisions.

One last major finding was the preponderance of symptoms among URBAN as against rural women. This will have to be seen from the perspective of the phenomenon of increasing rural - urban migration (NASAH et al 1995) fig 63 Therefore whereas social and traditional extended family networking may provide the resource for caring for the rural woman, institutionalised health care may be the option for the urban woman.

- EMERGING PROBLEMS OF MATERNITY CARE IN URBAN SETTINGS.
- AGGLOMERATIONS IN SELECTED AFRICAN CAPITALS.

SERVICE :

There is enough information from several studies, national and regional that have addressed the vexing issue of scandalous maternal and foetal casualties during pregnancy and child birth. . What we need now are effective intervention programmes with concrete guidelines for prevention.

Figure 3 : Summarises the effect of social, educational and economic status of women, conditions determining physical access to health care and the effect of quality of care on the access to health care.

Phase I : Decide to seek care :

What is required are not more studies on causes of Maternal mortality and morbidity but studies on community perception of pregnancy complications as determinants of their health care-seeking behaviour. Results of such studies will provide useful material for more effective advocacy and IEC programmes supported by appropriate national Reproductive Health policy. Examples of such studies are few in Burkina Fasso, Nigeria, Ghana.....

Phase 2 : Reach Medical Facility

The problem with most secondary and tertiary regional institutions is that of equitable distribution especially at the district level. Unfortunately, inspite of the resolutions of NAIROBI 87 and NIAMEY 89 health development efforts, from some bilaterals, remain skewed in favour of urban communities.

Yet Sector investment programmes call for collaboration and effective co-ordination within government departments and between them and the donor community primarily, secondly collaboration and effective co-ordination within multilaterals and bilaterals to respond to a national agenda on women's health rather than the donors covert/overt agenda.

92

National societies should not only be knowledgeable on the national Reproductive Health agenda but should be at the cutting edge of the processes leading up to their adoption. To achieve this, we will have to develop aggressive strategies for salesmanship (based on professional and technical merit) to both national and the international donor community within and outside our countries. To do less will be to ignore the example of FIGO, which inspired the Asians and the Latin American societies to be where they are today. This explains, at least in part, why some major Ministerial appointments to Reproductive Health Programmes funded by multinational loans in some countries in our region are still arguably not guided by the minimally accepted criteria of high professional qualification, tested managerial and field experience. When one considers that the burden of most of these loans, will be borne by generations to come, then the need to act now becomes even more compelling. Some of these issues were discussed at the WHO/FIGO. Pre-congress workshop in Montreal in september 94 - Human Rights and Women's Health : The role of the Obstetrician and Gynaecologist.

The onus is equally on the donor agencies who accept appointments of other than the best candidate in a country where there are better candidates with established track records. Pontus Pilatism is the name of the game; they too will be judged by history !

Phase 3 : Receive adequate treatment/transport :

There is evidence of the positive impact of innovative approaches on maternal health by well organised and structured team approach, both at the community and institutional levels. Some examples are : case of the Matchakos project in KENYA (MATI et al), the PAHOU project in Benin (ALIHONOU et al). The risk approach in CAMEROON (NASAH et al) Maternal Mortality studies in Northern Nigeria, Harrison and Ekwempu).

The main problem in the region is lack of the team spirit - or better still the lack of leadership !
National Societies should take the challenge and target not just the formation of clinical teams but more importantly multidisciplinary teams including NGOS. Team work will require delegation of responsability from the top to the bottom while defining and respecting the roles of each member of the team. It requires respect for the human person as well as the right to make mistakes as long as we learn from them : Inherent in this is the need to acknowledge praise and even reward merit. A fundamental

pre-requisite is intellectual honesty, and ethical respect and transparency. This was adequately covered at the WHO/FIGO Pre-Congress workshop in Singapore in September 1991 on safe motherhood.

RESEARCH AND DEVELOPMENT :

Even though research is an indispensible tool in human development effort and even though medical institutions have made research a part of the training of medical doctors and specialists, there has been little impact on public policies translating research results into action. This is not surprising considering that good quality research requires specific training in specific methodologies.

As we move into the 21st century epidemiological methods in Reproductive Health research should be taught in all medical schools and health institutions such that research will not only address issues of public health importance but will seek to ensure that the results can be expected, through policy dialogue and advocacy to persuade decision makers towards policy change while increasing the participation of societies in the policy process.

The efforts of the special programme of the UNDP/UNFPA/WHO/World Bank on Research, Development and Research Training in Human Reproduction needs special mention for its committment to institution strengthening since 1972 in Africa South of the Sahara. One such institution was the Regional Centre for Training and Research in family Health in Rwanda created by a resolution AFRC/87 of the African Ministers' of Health Regional committee meeting in Arusha in September 1987. This center, which I had the honour to establish, had three main functions in training of national health teams in clinical skills in family planning, training of multidisciplinary country teams in epidemiological methods in Reproductive Health research, and finally organising regional consultations on contemporary issues in ~~national~~ maternal health. Unfortunately, our activities were interrupted by the events pf april 1994 - not because of the Hutu-tutsi, divide, as some would want the world to believe, but more by the conflict of foreign interests against national development efforts! Notwithstanding the research - training activities of the Centre has continued. As of today a total of 52 participants of multidisciplinary background have been trained from Francophone countries : thanks to additional support from friends of the Centre such as FIGO, Centre International de l'Enfance - INSERM.

94

While the need for continued training has been recommended by all participants, the need for field evaluation of the products does not need to be justified. If our long term goal is to build a research culture within our institutions for bretter Reproductive Health and Reproductive Health Care for the 21st century.

Figure : Proposed links to promote Research Implementation of Research Findings.

TRAINING :

I will deal briefly here with the training of specialists (and continuing education) in our institutions. If we were to evaluate all specialist Obstetricians and Gynaecologists from the standpoint of the level of skill acquired at the end of training as against that employed in their regular clinical practice in both Private, Public and University institutions,. I venture to say that we will find that specialist skills are employed in less than or equal to 1/3 of their procedures. In other words, two thirds of procedures undertaken by specialists could be done by appropriately trained general practitioners. There is an urgent need to rationalise the training of specialists.

The high risk population in most communities are between 20 - 30 per cent, and these are the ones needing specialist care par excellence. Thus the current practice of training only specialists is not cost effective and may lead to lack of job satisfaction in young highly motivated professionals. The best health systems have responded to this problem by tailoring training to epidemiologic imperatives i.e. prioritising short (6 - 9 months) diploma courses to general practitioners while limiting the specialist training proportionately. The underlying principle is that they will work in teams (specialist, G.P., midwife, TBA) and NOT as individuals.

Under the leadership of professional societies in some E.E.C. countries, these changes are already at different stages of implementation.

This issue as well as continuing education in Reproductive Health knowledge and skills, will need to be addressed by national societies as well as by SAGO. The challenge will be to develope a curriculum that

will provide post graduate education and training to enable the aquisition of varying but complimentary levels of knowledge and skills that will foster the team spirit and the best use of available services and resources. However, governments and the community should together provide an enabling environment within which health providers can function effectively.

THE REPRODUCTIVE HEALTH CRISIS OF AN IMPOVERISHED CONTINENT :

There is ample evidence of differentials in patterns of health in favour of the rich, i.e. morbidity and mortality are always higher among the poor. For example countries with a Gross National Product (GNP) of USD 15.000 and above have a life expectancy at birth of between 71 and 78 years and infant mortality rates between 5 and 25 per 1,000 live births. At the other end of the spectrum, there are countries with a per capita (GNP ranging from USD 100 to USD 499, where life expectancy is as low as 43 years and infant mortality rate may be as high as 168 per 1,000 live births[30].

As pointed out by WHO "Poverty is the most widespread, pervasive and intractable disease in the World today".16 However, the poorest of the poor are to be found in Africa South of the Sahara.

Table 13: The contribution of the structural adjustment programmes are not negligible.

The irony is that Africa is the richest continent in natural resources. The contributions of the structural adjustment programmes are not negligible.

QUO VADIS DOMINE ?

What can we anticipate in the 21st cenury on the prevention ? We should work towards a shift of focus from risk observation to risk intervention in all aspects of Reproductive Health ! Starting with what we ourselves can do first before asking for help from others. As infection is the second most important cause of DALY we can work on a review by prescribing habits within our institutions.

96

Let us make this congress the starting point of more effective and comprehensive collective action locally as multidisciplinary teams, regionally as a network of professional activist, and internationally as brokers in reproductive health and Reproductive Health Care in Africa South of the Sahara. We must decide here what we want to see in the mirror of history - an accomplishment of our vision to win the war against reproductive ill-health or better still to secure reproductive health promotion and prevention for our communities in the 3rd millennium. **« HOPE »** for change must be kept alive, through the wide application of tested intervention strategies as well as the acquisition, systematization and dissemination of **POSITIVE AUTHENTICATED** knowledge - the fundamental ingredient to all progress.

We must harness the ressources of goodwill and financial support of National and International community following **ICPD** 94 for the development of comprehensive national reproductive health programme, so that like Ceasar of ancient Rome we too can say within the first decade of the 3rd millenium.

« Veni, Vidi, Vici ! »
I came, I saw, I conquered !
"Veni, vici, vince"!

DECLARATION DU Dr. NAFIS SADIK,
DIRECTRICE EXECUTIVE DU FNUAP
A L'OCCASION DU CONGRES DE LA SOCIETE AFRICAINE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
09 DECEMBRE 1996, HOTEL IVOIRE, ABIDJAN

Son Excellence, Monsieur le Premier Ministre,

Son Excellence Monsieur le Ministre de la Santé Publique,

Honorables invités,

Chers collègues,

Lors des récentes conférences internationales capitales au Caire, à Copenhague et à Beijing, la communauté internationale a déclaré sans équivoque que la santé de la reproduction est un droit pour tous, et que garantir ce droit est une priorité du développement. Notre tâche est donc de traduire cette déclaration en action.

A cet effet, nous jugeons nécessaire de rappeler le contexte. La Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) de 1994 a mis l'accent sur le fait que répondre aux besoins des gens, ainsi qu'à leurs aspirations et améliorer leurs conditions de vie est le moyen le plus sûr d'atteindre les objectifs de développement. La CIPD a reconnu que l'égalité en matière de genre et l'habilitation des femmes sont des buts en eux-mêmes et sont essentiels pour un développement durable. Elle a souligné que les problèmes de population et les efforts de développement global sont inséparables. Elle en a appelé à l'intégration des activités de planification familiale dans un plus grand effort pour répondre aux besoins en matière de santé de la reproduction.

Le FNUAP soutien et défend le concept de santé sexuelle et de la reproduction en tant que droit de l'homme. Notre assistance aux programmes dans le monde vise à aider les populations à atteindre ces droits. Le FNUAP reconnaît qu'il y a une nécessité particulière à fournir des services de soins de santé reproductive, y compris de planification familiale, aux réfugiés et aux individus en situation d'urgence, en particulier aux femmes et aux filles confrontées à un risque élevé de violence et d'abus sexuels.

Les programmes de santé de la reproduction dans le cadre des soins de santé primaire ne sont pas standardisés. L'expérience, les besoins et la capacité de chaque pays varient considérablement, et une variété d'approches peuvent être efficaces dans un contexte particulier. Cependant, toutes les nouvelles approches doivent accorder une attention spéciale à l'amélioration de la qualité des soins, par exemple dans le domaine de la formation et la réorientation des agents de soins de santé primaire pour fournir des services de qualité.

Afin d'être efficaces, les programmes de santé de la reproduction doivent impliquer les communautés et les groupes non-gouvernementaux dans leur élaboration et leur mise en oeuvre, en particulier les femmes, les organisations de femmes, et les autres groupes oeuvrant pour les besoins des femmes. Les activités en matière de santé de la reproduction se concentreront sur les femmes puisqu'elles supportent le fardeau le plus lourd en matière de mauvaise santé sexuelle et reproductive.

Dans la plupart des programmes de santé de la reproduction, plusieurs éléments sont susceptibles d'être pris en compte: les soins de santé prénatals, l'accouchement et les soins post-natals; la prévention de l'avortement, la gestion des conséquences des avortement pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité, le counselling en matière de post-abortum et de planification familiale; la prévention des infections de l'appareil reproductif y compris les maladies sexuellement transmissibles et le VIH/SIDA; l'information et les services en matière de planification familiale; la prévention et le traitement de la stérilité et la stérilité secondaire, comme faisant partie des soins de santé primaire; l'examen de routine pour les autres aspects de la santé de la reproduction des femmes, tels que les infections de l'appareil urinaire, les infections cervicales et le cancer du sein, quand l'expertise locale le permet et que le potentiel de suivi existe; une attention particulière à la violence sexuelle, la dissuasion quant aux pratiques néfastes telles que la mutilation génitale féminine.

Je félicite vivement les organisateurs d'avoir choisi **la Prévention en Gynécologie-Obstétrique** comme thème principal du 4ème Congrès de la Société Africaine de Gynécologie-Obstétrique (SAGO). A partir de la liste des sous-thèmes, il est évident que vous estimez que le temps est venu pour les agents de santé d'examiner sérieusement le statut précaire des femmes dans notre société en matière de santé. Vous avez clairement conscience du fait que la santé des femmes est influencée par leur statut social inférieur et par les multiples rôles qu'elles sont appelées à jouer, dans le développement de nos communautés et qu'il faut garantir le bien-être et l'intégrité de la famille africaine.

Nous voudrions croire que même si les macro-économistes ne reconnaissent pas les efforts des femmes, au moins que les familles et les communautés qui sont les bénéficiaires immédiates du travail des femmes, de leur labeur et de leur sueur, apprécieraient leur contribution et leur accorderaient le soutien dont elles ont besoin. Malheureusement, c'est rarement le cas. Au sein de leurs propres foyers et familles, trop souvent, les femmes sont victimes de violence, d'abus et d'exploitation sexuels; On ne leur reconnaît ni les droits fondamentaux de l'homme ni la protection de la loi concernant leurs personnes, les droits des veuves et le droit à l'héritage, le respect de leurs décisions et les choix affectant leur santé et leur bien-être.

Heureusement, on peut observer une prise de conscience croissante parmi les Africains eux-mêmes en ce sens que la croissance économique soutenue et le développement social durable en Afrique ne peuvent être atteints sans la participation totale et égale des femmes Africaines. Cette nouvelle conscience est étayée par le consensus international atteint aux récentes conférences des Nations Unies, en particulier la conférence Internationale sur la Population et le Développement en 1994, le Sommet Social et la Quatrième Conférence Mondiale sur les Femmes en 1995.

109

La capacité des femmes à participer totalement et à continuer à contribuer vers un développement de leurs communautés et le soutien de leurs familles dépend de façon critique de leur état de santé. C'est la raison pour laquelle le Programme d'Action de la CIPD a accordé une telle importance aux problèmes de santé de la reproduction et à l'habilitation des femmes.

En tant que prestataires de soins de santé, vous êtes quotidiennement témoins des conséquences du statut médiocre en matière de santé des femmes dans nos sociétés. De par votre expérience personnelle vous pouvez apportez votre témoignage au nombre important de morts évitables et précoces, non sans
mentionner la souffrance tout une vie durant, les conditions chroniques et douloureuses que les femmes doivent endurer. Vous occupez une position privilégiée pour observer en premier chef, l'effet dévastateur que la mort d'une mère produit sur la famille Africaine tant chérie. En tant que médecins et praticiens de la santé publique, je suis sûre que vous êtes familiers non seulement des causes médicales et immédiates du statut sanitaire inférieur des femmes, mais aussi des causes sous-jacentes, dont plusieurs sont ancrées dans les pratiques et attitudes traditionnelles concernant la santé des femmes. Vous conviendrez aussi sans doute que la santé reproductive est fondamentale aux préoccupations de la santé des femmes et au coeur de celle-ci.

L'Afrique sub-saharienne, y compris l'Afrique orientale, centrale et australe a les taux les plus élevés de mortalité et de morbidité maternelle dans le monde. Les femmes Africaines courent dans leur vie 1 fois sur 21 le risque de mourir de complications liées à la grossesse. En Europe, le risque est d'une fois sur dix mille. Que tant de femmes, souvent dans la fleur de l'âge , meurent pendant la grossesse ou à l'accouchement, ou souffrent terriblement d'infirmités chroniques, est dégradant, inacceptable et constitue un déni de notre revendication d'être une société responsable et compatissante. Nous, en tant que prestataires de soins de santé, devons accepter une juste mesure de blâme.

Les femmes Africaines ne souhaitent pas renier ou abandonner leur rôle reproductif, en dépit des risques pour leur vie et leur santé. Elles demandent seulement que leur soit accordé tout le soutien disponible de la société, afin de réduire les risques associés à ce rôle: elles demandent à être protégées des pratiques traditionnelles néfastes telle que la mutilation génitale féminine, le mariage et les grossesses précoces, les interdits alimentaires, et les autres pratiques qui mettent leur santé en danger. Elles veulent être assurées de l'accès social adéquat et économiquement sans entraves à des soins de santé reproductive complets; elles veulent être assurées de soins prénatals adéquats et de services obstétriques compétents quand elles sont enceintes. Elles ont besoin de services d'avortement dans de bonnes conditions de sécurité, des soins post-partum et de counselling.

En ces jours de programmes d'ajustement structurel et de demandes compétitives croissantes de ressources rares, les gouvernements et les concepteurs de politiques sont confrontés à des choix difficiles. De nombreuses personnes se demandent si les pays Africains parviendront à rassembler les ressources à investir dans le secteur de la santé. A mon avis, la question n'est pas de savoir si les pays Africains disposent de moyens ou devraient investir dans la santé des femmes. La question devrait plutôt être de savoir si nous pouvons ne pas le faire. L'investissement dans la santé des femmes, étant parallèlement, moralement et socialement juste et équitable, est un investissement dans le développement. Quel autre investissement offre un tel potentiel extraordinaire pour de riches retombées sur le bien-être humain et social?

Changer la situation sanitaire des femmes en Afrique ne requiert pas d'immenses investissements dans une science et des technologies avancées. Nous avons déjà à notre disposition toutes les techniques et technologies requises pour répondre aux besoins des femmes en matière de santé, techniques qui ont fait la preuve de leur efficacité et de leur caractère abordable dans une centaine de pays en développement et dans différentes situations. Nous savons ce qu'il faut faire et comment le faire. Ce qui est nécessaire, c'est une détermination sans faille, basée sur la conviction et un sens de la justice, afin de placer la santé des femmes au sommet de nos priorités nationales.

Nous devons persuader la population entière qu'elle n'a rien à craindre. Les femmes Africaines supportent maints fardeaux, mais elles sont encore fortes. Des femmes en meilleure santé, des femmes ayant le choix, seront encore plus fortes. Mais elles ne veulent pas pousser les hommes de leur place au soleil. Elles veulent juste partager leurs rayons de soleil. Une meilleure santé des femmes ne signifie pas une moins bonne santé des hommes: mais plutôt le contraire. Les hommes doivent apprendre qu'investir dans la santé des femmes est positif pour eux aussi.

Une femme a dit: " Si les hommes accouchaient, la planification familiale serait sacrée".

Je vous remercie.

102

Support for Analysis and Research in Africa (SARA)
Academy for Educational Development
1255 23rd Street NW
Washington DC, 20037
Tel: 202-884-8700
Fax: 202-884-8701 USA
E-mail: sara@aed.org