



3^È FORUM DE LA CEDEAO DES MEILLEURES PRATIQUES EN SANTE

Livre des Abstracts

« Promouvoir la multi-sectorialité pour l'atteinte des objectifs de développement durable en lien avec la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et du jeune (SMNEAJ) »

23 - 25 OCTOBRE 2018

Alisa Swiss Spirit Hotel, Accra, Ghana

AD 1957

FREEDOM AND JUSTICE



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

KFW



IBP Initiative

Scaling up what works in family planning/reproductive health



CONTENT

NOTE DE BIENVENUE DU DIRECTEUR GENERALE DE L'OOAS	4
PARTENAIRES	5
INFORMATION	6-9
ALISA SWISS HOTEL	10
CEREMONIE D'OUVERTURE	11
OPENING SESSION	13
FACILITATEUR PRINCIPAL DU FORUM	14
JOUR 1	15-16
JOUR 2	17-19
JOUR 3	20-22
ABSTRACTS - PRESENTATIONS ORALES	24-69
ABSTRACTS - PRESENTATIONS SOUS FORME D'AFFICHES	78-103
FACILITATEUR ET CONFÉRENCIERS PRINCIPAUX LORS DES SÉANCES PLÉNIÈRES DÉSIGNATION/STATUT BIOGRAPHIES	105-112

NOTE DE BIENVENUE DU DIRECTEUR GENERALE DE L'OOAS - *Prof. Stanley OKOLO*



Les Etats-membres de la CEDEAO déploient des efforts considérables pour le renforcement de leurs systèmes de santé et pour la mise en œuvre de façon la plus efficace possible d'interventions éprouvées à fort impact, en vue d'atteindre les objectifs de développement durable (ODD) en matière de santé. La performance des systèmes de santé varie d'un pays à l'autre, de même que les normes, les approches, les initiatives et les impacts. Une performance de haut niveau requiert qu'au sein de l'ensemble des composantes de la santé, des bonnes pratiques soient identifiées, documentées, partagées et mises à l'échelle au niveau national. Ces bonnes pratiques sont relatives notamment au système de gouvernance, à la prestation des services de santé, aux ressources humaines pour la santé, au financement de la santé, aux systèmes d'information sanitaire, aux technologies de la santé, à la participation communautaire, ainsi qu'au partenariat et la recherche en santé.

C'est dans ce contexte que l'Assemblée des Ministres de la Santé de la CEDEAO, tenue en avril 2014 à Monrovia, a adopté une résolution portant

création du Forum de la CEDEAO des Bonnes Pratiques en Santé. L'objectif du Forum est de promouvoir et de disséminer les Bonnes pratiques en matière de santé, et d'accélérer ainsi la mise en œuvre efficiente et efficace des programmes prioritaires des Etats membres de la CEDEAO. Le Forum sert de plateforme pour l'identification des questions stratégiques clés, des bonnes pratiques ainsi que des pratiques innovantes et prometteuses pour l'amélioration de la santé.

Depuis l'adoption de cette Résolution, l'OOAS a organisé deux fora, l'un en juillet 2015 et l'autre en octobre 2016. Ces fora se sont focalisés sur les bonnes pratiques qui ont un impact positif sur la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et du jeune. Ils ont influencé l'élaboration et l'adoption de la Résolution portant délégation et partage des tâches, qui vise à combler les insuffisances en ressources humaines qui existent dans le domaine de la santé. Ils ont en outre permis aux pays de prendre des initiatives pour la reproduction ou la mise à l'échelle de certaines bonnes pratiques qui ont été diffusées.

Cette troisième édition du forum, qui se tient à Accra au Ghana, du 23 au 25 octobre 2018, a pour thème : « Promouvoir la multi-sectorialité pour l'atteinte des objectifs de développement durable en lien avec la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et du jeune (SMNEAJ) » Les sous-thèmes sont comme suit : les pratiques en matière de gouvernance et redevabilité, le partenariat public-privé et les technologies de l'information, les maladies non transmissibles et une Médecine Traditionnelle qui contribue à l'amélioration de la SMNEAJ.

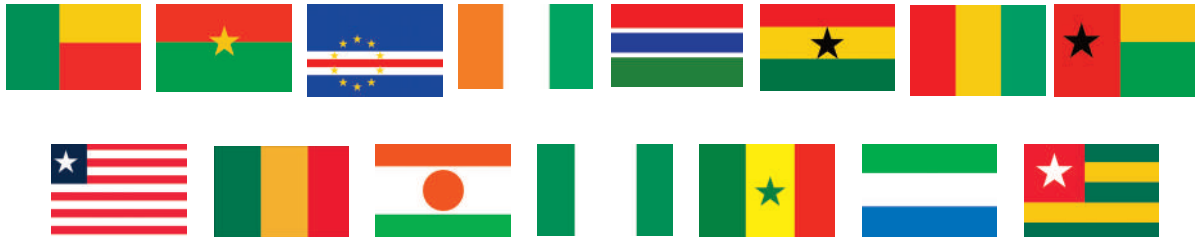
J'ai bon espoir que les délégués mèneront des discussions fructueuses en ce qui concerne les bonnes pratiques qui seront présentées, et que les pays les adopteront en vue, in fine, de leur mise à l'échelle.

Qu'il me soit donc permis de saisir cette occasion pour remercier les bailleurs et les partenaires au développement, qui ont soutenu cette plate-forme des bonnes pratiques ainsi que les pays dans leurs efforts de reproduction et de mise à l'échelle des bonnes pratiques identifiées. Je voudrais remercier en particulier le Bureau régional de l'USAID pour l'Afrique de l'Ouest, pour son appui à l'OOAS dans le cadre de l'initiation du concept du forum, à travers le projet Leadership Capacity Strengthening. Je voudrais également exprimer ma gratitude au Secrétariat IBP de l'Organisation mondiale de la Santé et à tous ses membres, à la Banque allemande de développement (KfW), à l'Agence française de développement (AFD), aux Pays-Bas et à la Fondation Bill & Melinda Gates, pour leur appui technique et financier à cette initiative régionale.

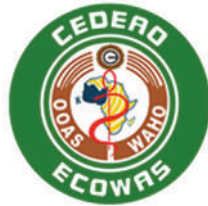
Vive la CEDEAO !

Vive l'intégration régionale !

Prof. Stanley OKOLO
Directeur Général



Bienvenue au
Troisième Forum de la CEDEAO des
Meilleures Pratiques en Santé
Accra, Ghana, 23-25 Octobre 2018
 Organisé par
L'Organisation Ouest Africaine De la Santé
 Une Institution Spécialisée de la Communauté Economique
 Des Etats de l'Afrique de l'Ouest



En collaboration avec les Partenaires :





3È

FORUM DE LA CEDEAO DES MEILLEURES PRATIQUES EN SANTE

Date : 23 - 25 Octobre 2018 Lieu : Alisa Swiss Spirit Hotel, Accra, Ghana

NOTE D'INFORMATION

Bienvenue à Accra

Vous trouverez ci-après des informations générales sur les mesures administratives et autres dispositions prises pour permettre un déroulement harmonieux du Forum.

DATE ET LIEU

La cérémonie d'ouverture et les travaux se tiendront du 23 au 25 octobre 2018 à Alisa Swiss Spirit Hotel, Accra

- Tél : +233 (0) 302 214 233/44
- Cel : +233 (0) 570 008 223
- E-mail : eventives.alisa@swisspirithotels.com

Il y aura une navette chaque matin et soir pour les participants qui seront logés dans les autres hôtels. L'heure de départ sera à 7.30 chaque matin.

VISA D'ENTREE

Les participants venant des pays de la CEDEAO n'ont pas besoin de visa d'entrée au Ghana. Les participants hors CEDEAO pourraient avoir besoin de visa d'entrée qu'ils peuvent obtenir dans les Ambassades du Ghana de leur pays d'origine.

Le visa peut également être obtenu à l'arrivée à l'aéroport.

- Les frais de visa sont 150 USD.

VACCINS

Vos carnets de vaccination doivent être à jour. Les vaccins exigés concernent la fièvre jaune et la méningite.

ACCUEIL A L'AEROPORT

Le transport de l'aéroport à l'Hôtel et vice versa sera assuré par les navettes des hôtels.

HÉBERGEMENT

Les participants seront logés dans les hôtels dont la liste est ci-jointe.

ENREGISTREMENT / INSCRIPTION

Les participants devront s'inscrire sur place pour obtenir leurs badges d'identification et kits avant l'ouverture de la réunion le 22 octobre 2018 de 8h00 à 17h00. Le lieu d'enregistrement sera à l'entrée de l'hôtel Alisa Swiss Spirit. Pour des raisons d'identification et de sécurité, le badge officiel doit être porté par tous les participants à tout moment pendant la réunion et lors des activités sociales officielles.

INDEMNITE JOURNALIERE DE SUBSISTANCE (IJS)

Les IJS des participants qui sont pris en charge par l'OOAS seront payés par transfert bancaire après la réunion. Aussi, les frais de leur hébergement seront payés par l'OOAS directement aux hôtels.

RESTAURATION

Les pauses cafés et déjeuner seront offertes gratuitement aux participants de la réunion.

CLIMAT

Il fait beau temps en octobre.



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

KFW





3^È FORUM DE LA CEDEAO DES MEILLEURES PRATIQUES EN SANTE

ADRESSES ET CONTACTS UTILES	
<p>Point Focal OOAS</p> <ul style="list-style-type: none"> Mme Mercy Aburam +233 244 603 032 / mercyaburam@gmail.com <p>COORDONNATEUR DU FORUM</p> <ul style="list-style-type: none"> Dr. Namoudou KEITA, PO/Soins Santé Primaires +226 75 03 08 08 / nkeita@wahooas.org <p>SECRETARIAT</p> <ul style="list-style-type: none"> SANON Clémence +226 75 58 57 35 / clemence.sanon@wahooas.org 	<p>LOGISTIQUE</p> <p>Pour les problèmes de logistique (billet d'avion, hébergement, transport, etc.) veuillez contacter :</p> <ul style="list-style-type: none"> Mme AMOUKOU Lalaissa PO Administration/OOAS Mobile: +226 74 21 75 36 E-mail: lamoukou@wahooas.org Cc : Mme Kadjo : Tél : +226 76 32 04 88 E-mail : wahotravels@wahooas.org

LISTE DES HOTELS POUR L'HÉBERGEMENT

Hotel	Chambres disponibles	Occupants	Tarif	Information complémentaire
<p>Accra City Hotel Barnes Road Accra, Ghana Tel: +233 302633863/577600447 Email: reservationsaccracityhotel.com / info@accracityhotel.com</p>	100	Partenaires	<p>\$157</p> <p>155,00 \$ par chambre standard pour une personne 175,00 \$ par chambre supérieure pour une personne</p>	<p>Indiquez le code de réservation (WAHOOCT18) lors de la réservation</p> <p>Hébergement avec petit-déjeuner</p>
<p>Alisa Swiss Spirit Hotel 21 Dr. Isert Road - North Ridge P. O. Box 1111 Accra - Ghana Tel: +233 (0) 302 214 233 / 44 Cell: +233 (0) 570 008 223 Email: eventives.alisa@swissspirithotels.com</p>	135	Staff OOAS & Délégations pays	<p>\$110</p> <p>Petit-déjeuner inclus</p>	
<p>Coconut Groove Regency Hotel 5 John Kasavubu Rd, Accra, Ghana Tel: +233 (0) 263 008 156/ 306 070 200 Email: Afua.taylor-ashie@coconutgrovehotelsghana.com / regencyreservations@coconutgrovehotelsghana.com</p>	50	Partenaires	<p>\$90</p> <p>Petit-déjeuner inclus</p>	
<p>Central Hotel Ridge Branch 10 Julius Nyerere Rd, Accra, Ghana Tel : +233 (0) 302 258 257/307 010 600 Email: info@centralhotels.com.gh</p>	50	Partenaires	<p>\$80</p> <p>Petit-déjeuner inclus</p>	
<p>Prestige Suites Lokko Road, Osu Accra, Ghana Tel: +233 (0) 577 700 317 Email: prestigesuiteshotel@gmail.com</p>	25	Porteurs d'Abstracts	<p>\$70</p> <p>Petit-déjeuner inclus</p>	

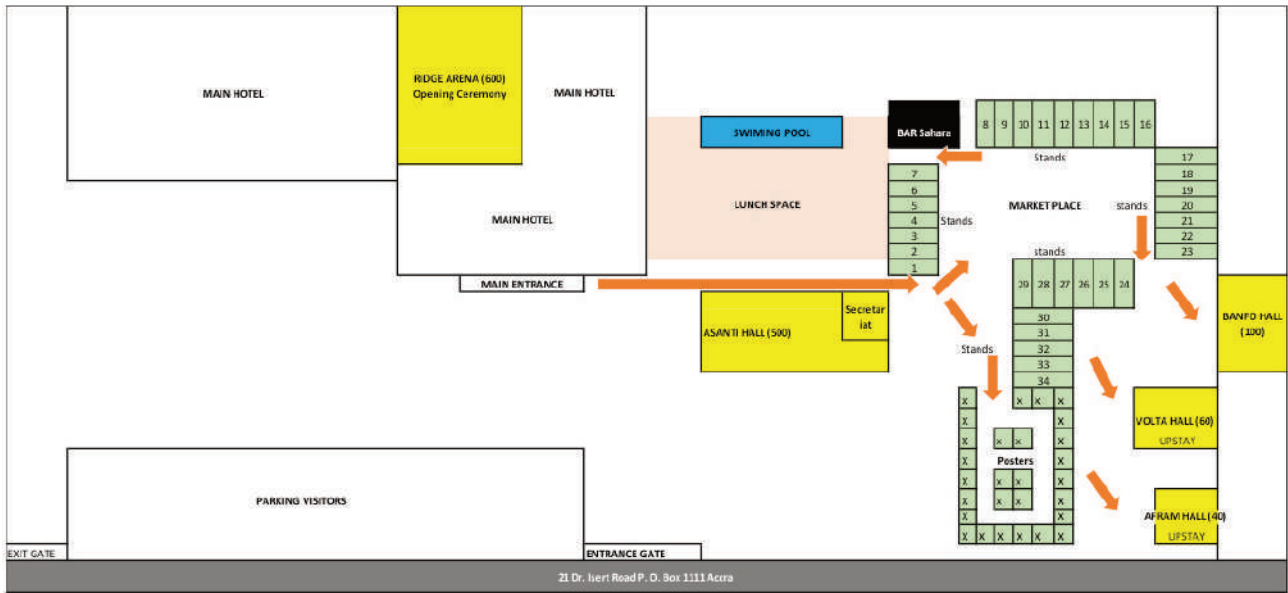
Le Groupe Technique Régional de Travail du Forum

Dr. Mamadou KONE	Expert pays OOAS, Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA, Côte d'Ivoire
Maria da Luz LIMA	Expert pays OOAS, Ministère de la Santé, Cap Vert
Dr Anthony NSIAH-ASARE	Expert pays OOAS, Ghana Health Service
Prof. Edgard-Marius OUENDO	Directeur de l'Institut Régional de Santé Publique, Benin
Dr. Dionisio CUMBA	Directeur de INASA, Guiné-Bissau
Prof. Babatunde SALAKO	Directeur Général de Nigerian Institute of Medical Research (NIMR), Yaba-Lagos, Nigeria
Dr. Olga AGBODJAN-PRINCE	WHO/IST, Ouagadougou, Burkina Faso
Mme. Marie SOULIE	UNFPA Bureau Régional, Dakar, Sénégal
Dr. René EKPINI	UNICEF Bureau Régional, Dakar
Mme. Asa Kristina CUZIN-KILH	Secrétariat WHO/IBP, Geneva, Suisse
Mme. Sheila MENSAH	Conseillère en Communication, Suivi Evaluation Advisor, Gestionnaire Activités EDS, USAID/ Afrique de l'Ouest
Internal organizing committee, WAHO OOAS, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso	

Comité d'Organisation OOAS et Ministère de la Santé du Ghana

Nom et Prénoms	Organisation	Fonctions
Comité Local d'Organisation, Accra, Ghana		
Hamidu Adakurugu	Ministère de la Santé du Ghana	Directeur Administration & Juridique
Kofi Adusei	Ministère de la Santé du Ghana	Chef Unité de Santé Régénérative & Programme de Nutrition
Daniel Degbotse	Ministère de la Santé du Ghana	Chef Unité de Suivi & Evaluation
Rahilu Haruna	Ministère de la Santé du Ghana	Point Focal OMS
Mercy Aburam	Ministère de la Santé du Ghana	Point Focal OOAS
Dr. Samuel Adjei	Sécurité Nationale	Directeur Médical
Nora Marmon Halm	Service d'Immigration du Ghana	ZIC International Relation Cooperation
Rosemary Pabbi	Protocole d'Etat	Directeur Adjoint du Protocole
Samuel Ofofu Boateng	Affaires Etrangères	Directeur Adjoint Bureau Afrique

Comité Interne d'Organisation, OOAS, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso	
Dr BUSIA Kofi	Directeur du Département des Soins de Santé ; Coordinateur Général du Forum
Dr KEITA Namoudou	Professionnel Soins de Santé Primaires ; Coordinateur Technique du Forum
Dr MONGBO Yves	Professionnel Santé Enfant, Adolescent, Jeune et Personne Âgée
Prof. SOMBIE Issiaka	Professionnel Recherche
Mme AMOUKOU Lalaissa	Prpessionnelle Administration
Ivonne CARVEY	Assistante Exécutive Direction Générale
Mlle Selina DEFOR	Assistante Technique pour le Forum des Meilleures Pratiques (Consultante)
Rapporteurs du Forum	
Dr Yves Armand Medessi MONGBO	Professionnel Santé Enfant, Adolescent, Jeune et Personne Âgée
Dr Aissa Ado BOUWAYE	Professionnelle Santé Maternelle et Néonatale
Prof. SOMBIE Issiaka	Professionnel Recherche
Dr William BOSU	Professionnel Maladies Non Transmissibles
M. Sani ALI	Professionnel Planification
Dr Cletus ADOHINZIN	Professionnel Programme Régional SR-PF/KFW



Vue d'ensemble du Programme du Forum								
Horaire	23 OCTOBRE		Horaire	24 OCTOBRE		Horaire	25 OCTOBRE	
	Enregistrement / Café			Enregistrement / Café			Enregistrement / Café	
09:00	RIDGE ARENA CEREMONIE D'OUVERTURE		08:30	ASANTE HALL Plénière 3: Gouvernance & Redevabilité Interventions de Délégation des Tâches, OMS/IBP Partenariat de Ouagadougou		08:30	ASANTE HALL KNOWLEDGE CAFE	
			10:30	ASANTE HALL	BANFO HALL			
				Présentations Orales Communauté & Délégation des Tâches	Présentations Orales Jeune/Adolescent & Media Sociaux			
				AE1	AE9			
12:15	ASANTE HALL Plénière 1: Discours Liminaire sur Gouvernance & Redevabilité Prof. Irene AGYEPONG, Collège des médecins et chirurgiens du Ghana Introduction au Forum Dr Namoudou KEITA, OOAS			AE4	AE10	11:30	ASANTE HALL Plénière 5: Maladies Non Transmissibles & SMNEJA Prof. Ama Aikins	
				AE11	AF12			
				AE12	AE12			
				AF2	AF9			
				AF7	AF14			
				AF6	AF11			
				AE8	AF10			
							Plénière 6: Médecine Traditionnelle & SMNEJA Prof. Olanrewaju Rita-Marie AWOTONA Nigerian Professor of Pharmacognosy	
13:00	DEJEUNER BUFFET		13:00	REPAS EMBALLE – AFFICHES & EXPOSITIONS		13:00	DEJEUNER BUFFET	
14:00	ASANTE HALL Plénière 2: Gouvernance & Redevabilité Maeve MCKEAN, Project HEARD de l'USAID		14:00	ASANTE HALL Plénière 4: Partenariat Public Privé & TIC Mbaye Khouma Sylla, Expert PPP Gloria Quansah Asare, Ghana Health Service Temitayo Erogbogbo, MSD for Mothers'		14:00	ASANTE HALL	BANFO HALL
						Présentations Orales Maladies Non Transmissibles & SMNEJA	Présentations Orales Médecine Traditionnelle & SMNEJA	
						DF3	CF1	
						DF1	CF2	
						DF2		
				DE1				
15:00	ASANTE HALL	BANFO HALL	15:00	ASANTE HALL	BANFO HALL		REUNION DES EXPERTS DE L'OOAS PRESENTATIONS DES AFFICHES & EXPOSITIONS	
	Présentations Orales Gouvernance	Présentations Orales Offre de Soins & Formation		Présentations Orales Partenariat Public Privé & TIC (1)	Présentations Orales Partenariat Public Privé & TIC (2)	16:00		
	AE6	AE2		BE1	BF1			
	AF15	AE4		BE2	BF2			
	AF1	AE5		BF3	BF4			
	AF4	AE7	16:30	BF5	C. Foundation			
	AF13	AF3		16:30–18:00 PRESENTATIONS DES AFFICHES & EXPOSITIONS				
	AE13	AF8						
	AP1	AF5						
17:30	PRESENTATIONS DES AFFICHES & EXPOSITIONS					18:00	CLOTURE FINALE	
			19:00	GALA DINNER				



Mole National Park, Northern Region

CEREMONIE D'OUVERTURE

Salle: Ridge Arena | 23 Octobre 2018

Maître de Cérémonies: Mr. Kwame Sefa Kayi de Peace FM

Horaires	Activités
08:30 - 09:30	- Arrivée et Installation des Participantsts
09:30 - 10:00	- Arrivée et Installation des Officiels
10:00 - 10:05	- L'hymne Officiel de la CEDEAO
	- L'hymne National du Ghana
10.05 - 10:10	- Prière d'Ouverture
10:10 - 10:50	- Mot de Bienvenue du Secrétaire Général du Ministère de la Santé (5 mins)
	- Allocution du Directeur Régional de l'USAID pour l'Afrique de l'Ouest (5 mins)
	- Allocution de Dr. Moeti Matshidiso, Directrice Régionale de l'OMS pour l'Afrique (5 mins)
	- Allocution du Prof. Stanley OKOLO, Directeur Général de l'OOAS (10 mins)
	- Discours de Bienvenue de Hon. Kwaku Agyeman-Manu, Ministre de la Santé du Ghana (10 mins)
10:50-10:55	- Intermède Musicale
10:55-11:10	- Discours d'Ouverture de Son Excellence Monsieur Nana AKUFO-ADDU, Président de la République du Ghana
11:10-11:15	- Intermède Musicale
11:15-11.20	- Motion de Remeriements
11:20-11.25	- Prière de Clôture
11.25-11.30	- L'Hymne National du Ghana
11.30-11.40	- Photo de Groupe
11.40-11.45	- Ouverture des Expositions
11.45-12.00	- Refreshments



Facilitateur Principal du Forum:

Prof. Akiyinka OMIGBODUN



Prof. Akiyinka O. Omigbodun a été nommé professeur d'obstétrique et de gynécologie à l'Université d'Ibadan, Nigeria, en octobre 1997. Ses travaux de recherche portent sur la biologie de la reproduction, en particulier sur les cancers du tractus génital féminin, la santé publique et la formation des professionnels de la santé. Il est le lauréat de plusieurs prix prestigieux, dont la bourse Audrey Meyer Mars de l'American Cancer Society en 1992 et un prix de l'American Society for Reproductive Medicine pour sa contribution remarquable à la science en 1996. Il a été doyen du Département de médecine de l'Université d'Ibadan, d'août 2006 à juillet 2010. Il a occupé plusieurs postes clés au Collège Ouest-africain des Chirurgiens (WACS) avant de se retrouver à la tête de l'organisation comme son 28e président pour la période 2015 - 2017. Le professeur Omigbodun a présidé le Conseil d'administration du Consortium pour la formation en recherche avancée en Afrique (CARTA) et est à ce jour président du Conseil régional pour la formation des professionnels de la santé, un organe de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé


(OOAS). En septembre 2010, le Prof Omigbodun se voit décerné le prix du mérite de l'État par le gouvernement de l'État nigérian d'Osun, pour sa contribution à la science et à la pratique de la médecine. Il a été élu Fellow de l'Académie nigériane des sciences en 2012 et membre honoraire du Collège royal des obstétriciens et gynécologues du Royaume-Uni, en 2017. Il a publié plus de 130 articles scientifiques et plusieurs chapitres d'ouvrage. Il est rédacteur en chef des Proceedings of the Nigerian Academy of Science et conseiller éditorial auprès de plusieurs autres revues.



Courriel : omigbodun@yahoo.com

JOUR 1 : Mardi, 23 Octobre 2018	
Horaire	23 OCTOBRE
	CAFÉ ET ENREGISTREMENTS
12:15	<p>Salle : ASANTE HALL Plénière 1: Moderator: Sheila MENSAH, USAID</p>
	<div style="display: flex;"> <div style="flex: 1;">  </div> <div style="flex: 2;"> <p>Conférencière d'Honneur Principale : Gouvernance des Systèmes de Santé & Redevabilité pour la SMNEAJ en lien avec les ODD Prof. Irene AGYEPONG, Collège des Médecins et des Chirurgiens, Ghana Irene A. Agyepong est médecin de santé publique au Dodowa Health Research Center de la Direction de la recherche et du développement du Ghana Health Service. Elle est également membre de la faculté de santé publique du Collège des médecins et chirurgiens du Ghana.</p> </div> </div>
	<div style="display: flex;"> <div style="flex: 1;">  </div> <div style="flex: 2;"> <p>Introduction au Forum Dr Namoudou KEITA, WAHO Dr. KEITA Namoudou est en charge des Soins de Santé Primaires et Renforcement des Systèmes de Santé à l'OOAS depuis 2008 à nos jours. Il est le Coordinateur Technique du Forum de la CEDEAO des Meilleures Pratiques en Santé, jouant le rôle principal dans l'organisation des fora dont le premier s'est tenu en 2015 à Ouagadougou au Burkina Faso et le second en 2016 à Grand-Bassam en Côte d'Ivoire.</p> </div> </div>
13:00	DEJEUNER BUFFET
14:00	<p>Salle : ASANTE HALL Plénière 2: Gouvernance & Redevabilité Engagement des parties prenantes dans l'établissement des priorités en matière de sciences et de recherche d'implémentation. Moderateur: Prof. Issiaka SOMBIE, OOAS Organizers: Projet HEARD DE L'USAID Conférenciers d'Honneur :</p>
	<div style="display: flex;"> <div style="flex: 1;">  </div> <div style="flex: 2;"> <p>Stefano Bertozzi, Doyen émérite, professeur, École de santé publique, Université de Californie, Berkeley.</p> </div> </div>
	<div style="display: flex;"> <div style="flex: 1;">  </div> <div style="flex: 2;"> <p>Maeve McKean, est conseillère principale en politiques pour le projet HEARD (Health Evaluation and Applied Research Development) de l'USAID et chargée de cours émérite à la School of Public Health de la City University of New York.</p> </div> </div>

15:00	Salle : ASANTE HALL	Salle : BANFO HALL
	Présentations Orales Gouvernance Moderateur: Représentant Résident OMS, Ghana	Présentations Orales Offre de Soins & Formation Moderateur: Mme Fatoumata Jarrai DAFTEH, Ecole des Infirmiers et et des Sages-femmes de la Gambie, Banjul
	AE6 - Intégration des activités de renforcement économique pour améliorer les résultats en matière de santé maternelle, néonatale et infantile : enseignements tirés des partenariats avec des organisations confessionnelles au Cameroun. Par Kenneth Muko	AE2 - Positions d'Accouchement Alternatives. Par MS. CECILIA AMA AMAPDU
	AF15 – Faisabilité de la Chirurgie de la Fistule Obstétricale au niveau de la pyramide sanitaire du Mali (Centres de Santé de Référence): Expériences Pilote du CSRéf de Koulikoro. Par Demba Traoré	AE4 - Évaluation des interventions dirigées par les communautés pour créer une demande de soins de grossesse fournis par un personnel qualifié dans les zones rurales du Nigéria : Résultats à moyen terme de la conception d'une recherche quasi expérimentale. Par Friday E. Okonofua
	AF1 - Surmonter les dynamiques de pouvoir entre prestataires et clients pour améliorer la redevabilité et la responsabilisation sociale dans l'accès et la qualité des services de santé reproductive dans les communautés affectées. Par Dr. Ghislaine Alinsato	AE5 - Bonnes pratiques pour améliorer l'adoption des services d'accouchement assisté par un personnel qualifié : intervention réalisée sous forme d'école de formation sur la grossesse. Par Aaron Kampim/Matild Aberesse
	AF4 - Vers la mise en œuvre du protocole de Maputo sur les droits à la santé sexuelle et reproductive en faveur de la réduction des grossesses précoces et non désirées ainsi que les avortements clandestins au Burkina Faso. Par Cécile THIOBIANO YOUNGBARE	AE7 - Renforcement des capacités pour des soins liés aux accouchements assistés par un personnel qualifié - Approche à haute fréquence et à faible dose. Par Amos Asiedu
	AF13 - Financement des interventions de Planification Familiale par les collectivités locales. Par ZEKPA Apoté Tovinyéawu	AF3 - La stratégie des sages-femmes itinérantes (SAFI). Par Mme Amy MBACKE
	AE13 - Les couples « SMART » travaillent ensemble pour améliorer les résultats en matière de santé. Par Dorothy Brewster-Lee	AF8 - Appui de compagnonnage au personnel soignant dans les districts sanitaires du Djibo et Gorom-Gorom (Région du Sahel au Burkina-Faso) en vue de l'amélioration de la qualité des soins de santé sexuelle et reproductive (SSR). Par Hyppolite Kouadio GNAMIEN
	AP1 - Planification en santé et les bonnes pratiques: analyse de la disponibilité et de la promptitude des services de santé maternelle, du nouveau-né, de l'enfant, des adolescents et des jeunes à Bissau et Biombo. Par André Beja	AF5 - Améliorer l'accessibilité géographique des services de traitement aux femmes souffrant de la fistule obstétricale au Mali : décentralisation de la formation des chirurgiens de la fistule selon l'approche par compagnonnage. Par Demba TRAORE
17:00	PRESENTATIONS DES AFFICHES	
18:30	VISITE DES EXPOSITIONS	

JOUR 2 : Mercredi, 24 Octobre 2018					
Horaire	24 OCTOBRE				
	CAFÉ ET ENREGISTREMENTS				
08:30	<p style="text-align: center;">Salle: ASANTE HALL Plénière 3: Gouvernance & Redevabilité Documentation des interventions nationales de délégation des tâches en matière de Planification Familiale dans 8 pays de l'Afrique de l'Ouest. Modérateur: Mario Festin WHO, Geneva Organisateurs : OMS/Genève, les conférenciers :</p>				
	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div> <p>Expérience de Partenariat de Ouagadougou (PO) – Leçons apprises et Perspectives Dr Rodrigue NGOUANA, Unité de Coordination de Partenariat de Ouagadougou, 10 min</p> </div> </div>				
	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div> <p>Le Guide OMS d'identification et de documentations des Meilleures Pratiques des Programmes de Planification Familiale Åsa Cuzin, WHO/IBP, 8 min</p> </div> </div>				
	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div> <p>Principales conclusions de la documentation des pratiques de Délégation des Tâches dans les pays de Partenariat de Ouagadougou Séni Kouanda, Institute of Research in Health Sciences (IRSS), 12 min</p> </div> </div>				
	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div> <p>Passage à l'échelle des interventions de Délégation des Tâches en PF: Etapes, Barrières et Opportunités Simtokina N'GANI, Ministry of Health, Togo, 10 min</p> </div> </div>				
10:30	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">Salle: ASANTE HALL</p> <p>Présentations Orales Community & Task Shifting Modérateur: Dr Anthony NSIAH-ASARE, Ghana Health Service Co-Modérateur: Mario Festin WHO, Geneva</p> </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">Salle: BANFO HALL</p> <p>Présentations Orales Youth/Adolescent & Social Media Modérateur: Salamatou Futa, USAID/WA</p> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <p>AE1 - The development of Proactive Community Case Management to improve child survival in periurban Mali: a collaboration between the Malian Ministry of Health and the nonprofit Muso. Par Ari Johnson</p> </td> <td style="padding: 5px;"> <p>AE9 - Contraceptive use and unintended pregnancy among young women and men in Accra, Ghana. Par LEONARD GOBAH</p> </td> </tr> </table>	<p style="text-align: center;">Salle: ASANTE HALL</p> <p>Présentations Orales Community & Task Shifting Modérateur: Dr Anthony NSIAH-ASARE, Ghana Health Service Co-Modérateur: Mario Festin WHO, Geneva</p>	<p style="text-align: center;">Salle: BANFO HALL</p> <p>Présentations Orales Youth/Adolescent & Social Media Modérateur: Salamatou Futa, USAID/WA</p>	<p>AE1 - The development of Proactive Community Case Management to improve child survival in periurban Mali: a collaboration between the Malian Ministry of Health and the nonprofit Muso. Par Ari Johnson</p>	<p>AE9 - Contraceptive use and unintended pregnancy among young women and men in Accra, Ghana. Par LEONARD GOBAH</p>
<p style="text-align: center;">Salle: ASANTE HALL</p> <p>Présentations Orales Community & Task Shifting Modérateur: Dr Anthony NSIAH-ASARE, Ghana Health Service Co-Modérateur: Mario Festin WHO, Geneva</p>	<p style="text-align: center;">Salle: BANFO HALL</p> <p>Présentations Orales Youth/Adolescent & Social Media Modérateur: Salamatou Futa, USAID/WA</p>				
<p>AE1 - The development of Proactive Community Case Management to improve child survival in periurban Mali: a collaboration between the Malian Ministry of Health and the nonprofit Muso. Par Ari Johnson</p>	<p>AE9 - Contraceptive use and unintended pregnancy among young women and men in Accra, Ghana. Par LEONARD GOBAH</p>				

	<p>AE4 - Assessing community-led interventions for creating demand for skilled pregnancy care in rural Nigeria: Mid-term results from a quasi experimental research design. By Friday E. Okonofua</p>	<p>AE10 – Adoption of an option beyond abortion”: Initiative in Saving Mother and Child. By GIFTY ASANTE</p>
	<p>AE11 - The role of the health facility committees in sustaining the free maternal and child healthcare programme of Enugu State, Nigeria. By Chinyere. C. Okeke</p>	<p>AF12 – Family Planning and Reproductive Health for First-Time Parents: A combined approach to behavioural change in Zinder, Niger. By ASSANI OSSENI Akim</p>
	<p>AE12 - Family planning utilization and factors associated among women receiving abortion services in health facilities of central zone towns of Tigray, Northern Ethiopia: A cross sectional Study. By Goshu Hagos</p>	<p>AF9 – Adolescent and Youth Health Tribune: a platform for strengthening Youth access to information and services through social media. By TAO Oumar</p>
	<p>AF2 - Un modèle d’adaptation d’une innovation réussie : Du « Leadership Universitaire » au « Leadership Communautaire » pour le Changement de comportement en SSRAJ (LCC). Par Abdoulaye Ousseini</p>	<p>AF14 - La page Facebook ‘Entre Nous’, un canal prometteur pour améliorer les connaissances et attitudes en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR) chez les adolescents et jeunes en Côte d’Ivoire. Par MARIE FEDRA BAPTISTE</p>
	<p>AF7 - Expérience du Burkina Faso sur la délégation des tâches en planification familiale dans deux districts sanitaires : Dandé et Tougan. Par Dr André Yolland KY</p>	<p>AF11 - Amélioration de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes /Planification Familiale au Niger grâce à l’introduction de l’éducation complète à la sexualité dans le curricula des collèges et lycées du Niger. Par Dr ALI HALIMA MOUMONI</p>
	<p>AF6 - Passage à échelle de la Planification Familiale en Post-Partum Immédiat dans trois districts sanitaires (Adzopé, Agboville et Akoupé) de la Côte d’Ivoire. Par Ernest K. Yao</p>	<p>AF10 - Expériences de la documentation et de la mise à échelle de l’approche de réseau social de Tékponon Jikuagou (TJ) afin de réduire les besoin non satisfaits (BNS) en planification familiale (PF) liés aux barrières socioculturelles. Par Mariam Diakité</p>
	<p>AE8 - Labour pain perception: experiences of Nigerian mothers. Par Adebayo Akadri</p>	
13:00	<p>DEJEUNER EMBALLE – PRESENTATIONS DES AFFICHES - VISITE DES EXPOSITIONS</p>	
	<p>Hall: ASANTE HALL</p> <p>4th Plenary: Public Private Partnership & ICT</p> <div style="display: flex; align-items: center;">  <p>Conférencier d’honneur: Mbaye Kouma Sylla, PPP Expert</p> </div>	

	 <p>Comment les partenariats public-privé peuvent-ils contribuer à améliorer la Santé Maternelle ? L'expérience et les défis du Ghana : Conférencier d'Honneur : Gloria Quansah Asare, Ghana Health Service, Ghana</p>  <p>Rôle du secteur privé. Essai clinique CHAMPION dans le cadre d'un PPP. Accès aux médicaments de Santé Maternelle et Infantile et aux CSH Conférencier d'Honneur : Temitayo Erogbogbo, MSD for Mothers', Switzerland</p>										
15:00	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>Salle: ASANTE HALL</p> <p>Présentations Orales Partenariat Public Privé & TIC (1) Moderator: Dr Artur Coreia Directeur National de la Santé, Cap Vert</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>Salle: BANFO HALL</p> <p>Présentations Orales Partenariat Public Privé & TIC (2) Moderator: Mbaye Kouma Sylla, Expert en PPP</p> </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>BE1 - How and why frontline health workers in a low resource setting used a multifaceted mHealth intervention to support primary care maternal and neonatal health decision-making. By Hannah Brown Amoakoh</p> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>BF1 - Contribution de la santé mobile à la dissémination de l'information sanitaire auprès des femmes enceintes et des mères d'enfants de moins de 5ans. Par Hamidou Sanouu</p> </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>BE2 - Multi-systems approach in improving maternal and new-born health outcomes: A case study of Saving Mothers Giving Life Initiative (SMGL) in Cross River state, Nigeria. By Kazeem Arogundade</p> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>BF2 - Les TICs et médias sociaux moteur de promotion de la SR/PF par les Jeunes Ambassadeurs. Par Emilienne ADIBONE ASSAMA</p> </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>BF3 - L'Informatisation de la Gestion des Ressources Humaines en Santé, un outil d'aide à la prise de décision pour l'amélioration de l'offre des services de Santé : Expérience du Mali. Par Mamadou M'Bo</p> <p>BF4 - Amélioration de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfants (CIME), de la planification familiale et du suivi des nouveau-nés et des grossesses : Cas de la mise en œuvre de l'application CommCare au Bénin. Par Gbadébô Aude-Elvis ODELOUI</p> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>BF4 – Improvement of the Integrated Management of Child Illnesses (IMCI), of Family Planning and monitoring of new-borns and pregnancies: Case of the implementation of the CommCare application in Benin. By Gbadébô Aude-Elvis ODELOUI</p> </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>BF5 – BF5 - Utilisation des Techniques de l'Information et de la Communication (TIC) pour la formation continue des professionnels de santé sur les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) : cas de l'application « safe delivery ». Par BANGBOLA Karamatou Ognilola</p> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>Concept Foundation - Appel à l'action sur la qualité des médicaments de la Santé Maternelle et Infantile en Afrique de l'Ouest, Partenariats Public-Privé, Campagne HSC et #Medswecontrustcampagne. By Arinze Awiligwe</p> </td> </tr> </table>	<p>Salle: ASANTE HALL</p> <p>Présentations Orales Partenariat Public Privé & TIC (1) Moderator: Dr Artur Coreia Directeur National de la Santé, Cap Vert</p>	<p>Salle: BANFO HALL</p> <p>Présentations Orales Partenariat Public Privé & TIC (2) Moderator: Mbaye Kouma Sylla, Expert en PPP</p>	<p>BE1 - How and why frontline health workers in a low resource setting used a multifaceted mHealth intervention to support primary care maternal and neonatal health decision-making. By Hannah Brown Amoakoh</p>	<p>BF1 - Contribution de la santé mobile à la dissémination de l'information sanitaire auprès des femmes enceintes et des mères d'enfants de moins de 5ans. Par Hamidou Sanouu</p>	<p>BE2 - Multi-systems approach in improving maternal and new-born health outcomes: A case study of Saving Mothers Giving Life Initiative (SMGL) in Cross River state, Nigeria. By Kazeem Arogundade</p>	<p>BF2 - Les TICs et médias sociaux moteur de promotion de la SR/PF par les Jeunes Ambassadeurs. Par Emilienne ADIBONE ASSAMA</p>	<p>BF3 - L'Informatisation de la Gestion des Ressources Humaines en Santé, un outil d'aide à la prise de décision pour l'amélioration de l'offre des services de Santé : Expérience du Mali. Par Mamadou M'Bo</p> <p>BF4 - Amélioration de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfants (CIME), de la planification familiale et du suivi des nouveau-nés et des grossesses : Cas de la mise en œuvre de l'application CommCare au Bénin. Par Gbadébô Aude-Elvis ODELOUI</p>	<p>BF4 – Improvement of the Integrated Management of Child Illnesses (IMCI), of Family Planning and monitoring of new-borns and pregnancies: Case of the implementation of the CommCare application in Benin. By Gbadébô Aude-Elvis ODELOUI</p>	<p>BF5 – BF5 - Utilisation des Techniques de l'Information et de la Communication (TIC) pour la formation continue des professionnels de santé sur les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) : cas de l'application « safe delivery ». Par BANGBOLA Karamatou Ognilola</p>	<p>Concept Foundation - Appel à l'action sur la qualité des médicaments de la Santé Maternelle et Infantile en Afrique de l'Ouest, Partenariats Public-Privé, Campagne HSC et #Medswecontrustcampagne. By Arinze Awiligwe</p>
<p>Salle: ASANTE HALL</p> <p>Présentations Orales Partenariat Public Privé & TIC (1) Moderator: Dr Artur Coreia Directeur National de la Santé, Cap Vert</p>	<p>Salle: BANFO HALL</p> <p>Présentations Orales Partenariat Public Privé & TIC (2) Moderator: Mbaye Kouma Sylla, Expert en PPP</p>										
<p>BE1 - How and why frontline health workers in a low resource setting used a multifaceted mHealth intervention to support primary care maternal and neonatal health decision-making. By Hannah Brown Amoakoh</p>	<p>BF1 - Contribution de la santé mobile à la dissémination de l'information sanitaire auprès des femmes enceintes et des mères d'enfants de moins de 5ans. Par Hamidou Sanouu</p>										
<p>BE2 - Multi-systems approach in improving maternal and new-born health outcomes: A case study of Saving Mothers Giving Life Initiative (SMGL) in Cross River state, Nigeria. By Kazeem Arogundade</p>	<p>BF2 - Les TICs et médias sociaux moteur de promotion de la SR/PF par les Jeunes Ambassadeurs. Par Emilienne ADIBONE ASSAMA</p>										
<p>BF3 - L'Informatisation de la Gestion des Ressources Humaines en Santé, un outil d'aide à la prise de décision pour l'amélioration de l'offre des services de Santé : Expérience du Mali. Par Mamadou M'Bo</p> <p>BF4 - Amélioration de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfants (CIME), de la planification familiale et du suivi des nouveau-nés et des grossesses : Cas de la mise en œuvre de l'application CommCare au Bénin. Par Gbadébô Aude-Elvis ODELOUI</p>	<p>BF4 – Improvement of the Integrated Management of Child Illnesses (IMCI), of Family Planning and monitoring of new-borns and pregnancies: Case of the implementation of the CommCare application in Benin. By Gbadébô Aude-Elvis ODELOUI</p>										
<p>BF5 – BF5 - Utilisation des Techniques de l'Information et de la Communication (TIC) pour la formation continue des professionnels de santé sur les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) : cas de l'application « safe delivery ». Par BANGBOLA Karamatou Ognilola</p>	<p>Concept Foundation - Appel à l'action sur la qualité des médicaments de la Santé Maternelle et Infantile en Afrique de l'Ouest, Partenariats Public-Privé, Campagne HSC et #Medswecontrustcampagne. By Arinze Awiligwe</p>										
	<p>1630 – 1800 PRESENTATIONS DES AFFICHES - VISITE DES EXPOSITIONS</p>										
1900	<p>DINER GALA</p>										

JOUR 3 : Jeudi, 25 Octobre 2018	
Horaire	25 OCTOBRE
	CAFÉ ET ENREGISTREMENTS
08:30	<p>Salle : ASANTE HALL KNOWLEDGE CAFÉ - Une exploration interactive des outils et des approches pour renforcer les programmes de PF Organisateurs: IBP/WHO</p>
	<div style="display: flex;">  <div> <p>Session 1: Sortir des sentiers battus : Un outil décisionnel pour concevoir des services adaptés aux jeunes Langue: ENG, FR Organisateurs: E2A/Pathfinder, Ginette Hounkanrin</p> </div> </div>
	<div style="display: flex;">  <div> <p>Session 2: La délégation des tâches de la contraception à action prolongée et réversible (LARC) est une réalité - expériences de l'Afrique de l'Ouest Langue: ENG, FR Organisateurs: MSI, Anne TAIWO</p> </div> </div>
	<div style="display: flex;">  <div> <p>et Matié YANOOGO</p> </div> </div>
	<div style="display: flex;">  <div> <p>Session 3 : Les normes sociales, guide de réseau social Cartographie des normes sociales Guide d'exploration et trousse à outils Langue : ENG, FR Organisateurs: Institute for Reproductive Health (IRH), Mariam Diakite</p> </div> </div>
	<div style="display: flex;">  <div> <p>Session 4: Pratiques à Haut Impact Langue: ENG Organisateurs: USAID, Sheila Mensah</p> </div> </div>
	<div style="display: flex;">  <div> <p>Session 5: Outils pour aider la société civile locale à devenir des acteurs clés de la Santé et Droits Sexuels en matière de Reproduction (SDSR) Langue: ENG, FR Organisateurs: Equipop, Elise Petipas</p> </div> </div>

		<p>Session 6: 'C'est la vie !' - Premier feuilleton télévisé associé à une campagne de Communication pour le Changement Social et Comportemental (CCSC) pour la planification familiale et les droits en matière de procréation en Afrique centrale et occidentale Langue: ENG, FR Organisateurs: UNFPA, Marie Soulie et</p>
		<p>et Norbert Coulibaly</p>
		<p>Session 7: Strengthening Family Planning capacities Language: ENG, FR Organizers: Jhpiego, Blami Dao and Bethany Arnold</p>
		<p>and Bethany Arnold</p>
		<p>Session 8: Outils de planification familiale fondée sur des preuves - le manuel de PF et le guide du formateur (Training resource Package) Langue: ENG Organisateurs: World Health Organization (WHO), Mario Festin</p>
11:30		<p>Salle : ASANTE HALL Plénière 5: Maladies Non Transmissibles & SMNEAJ Conférencière d'honneur : Prof. Ama Aikins, Université de Ghana</p>
		<p>Plenary 6: Médecine Traditionnelle & SMNEAJ Conférencier d'honneur: Prof Olanrewaju Rita-Marie AWOTONA Professeur nigérian de pharmacognosie Université Legacy à Banjul - Gambie</p>
13:00		<p>DEJEUNER BUFFET</p>

14:00	<p>Salle : ASANTE HALL</p> <p>Présentations Orales Maladies Non Transmissibles & SMNEAJ Modérateur : Prof. Naby Baldé, Université de Conakry</p>	<p>Salle : BANFO HALL</p> <p>Présentations Orales Médecine Traditionnelle & SMNEAJ Modérateur : Dr Kofi BUSIA, OOAS</p>
	<p>DF3 - Démarche communautaire pour améliorer la prise en charge des morsures de serpents dans une commune rurale de Guinée « Expérience du Centre Médical Associatif (CMA) de Timbi Madina ». Par Dr Abdoulaye Aguibou Barry</p>	<p>CF1 - Approche des Interventions à Base Communautaire des praticiens de Médecine Traditionnelle pour l'amélioration des indicateurs de santé de la Mère et de l'Enfant. Par KROA Ehoulé</p>
	<p>DF1 - Stimulation psycho-cognitive et Kinésithérapie de stimulation des enfants malnutris. Par BAGNOA Tuenwa Clément</p>	<p>CF2 - Implication des Accoucheuses Traditionnelles dans le système de gestion des urgences obstétricales au Mali. Par Prof Rokia Sanogo</p>
	<p>DF2 - Faciliter les services de Planification Familiale chez les malades mentales. Par Amy SAKHO</p>	
15:30	<p>DE1 - Prévention Des Maladies Non Transmissibles chez les Adolescents et Les Jeunes Adultes à Haut Risque : Une étude d'intervention au Nord du Sénégal. Par Sidy Mohamed SECK</p>	
1600	<p>REUNION DES EXPERTS DE L'OOAS</p> <p>PRESENTATIONS DES AFFICHES EXPOSITIONS</p>	



The Jubilee House, Office of the President, Accra.

ABSTRACTS - PRESENTATIONS ORALES

ABSTRACTS - PRESENTATIONS ORALES

Bonne Gouvernance et la Redevabilité pour la Santé de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant, de l'Adolescent et du Jeune (SMNEAJ)

AE1 : Développement de la prise en charge proactive des cas au niveau communautaire, afin d'améliorer la survie des enfants dans les zones périurbaines du Mali : une collaboration entre le ministère malien de la Santé et l'association à but non lucratif « Muso »

Auteur : Ari Johnson, Oumar Thiero, Caroline Whidden, Belco Poudiougou, Djoumé Diakité, Fousséni Traoré, Salif Samaké, Diakalia Koné, Ibrahim Cissé, Mama Coumaré, Mohamed Berthé, Madeleine Beebe et Kassoum Kayentao

Introduction :

En dépit des progrès importants accomplis depuis 1990, la crise de la mortalité infantile continue d'être une cause majeure de décès évitables à l'échelle mondiale. Environ la moitié de ce fardeau mondial pèse sur l'Afrique subsaharienne, qui est la seule région au monde où le nombre de naissances vivantes et d'enfants de moins de cinq ans devrait s'accroître au cours des prochaines décennies. Avec un taux de 115 enfants pour 1 000 naissances vivantes, le Mali enregistre l'un des taux de mortalité des moins de 5 ans les plus élevés au monde. Ces décès sont concentrés dans les communautés rurales, les enfants des femmes les plus démunies et les moins instruites étant quasiment deux fois plus susceptibles de mourir comparativement aux enfants des femmes plus nanties et plus instruites. Depuis 2008, le ministère malien de la Santé a noué un partenariat avec l'association à but non lucratif « Muso » pour tester des solutions à notre crise de mortalité infantile. Ensemble, nous avons mis au point la Prise en charge proactive des cas au niveau communautaire (ProCCM), qui est l'approche présentée dans la présente. Nous avons évalué l'impact de cette approche par le biais d'une étude en séries chronologiques interrompues de 7 ans qui a mesuré l'accès précoce aux soins et la mortalité des moins de cinq ans sur la durée de l'intervention dans le cadre de la Prise en charge proactive des cas au niveau communautaire (ProCCM) dans les zones périurbaines du Mali.

Méthodologie :

En utilisant une méthodologie d'échantillonnage pondérée en fonction de la population et fondée sur des grappes, nous avons mené des enquêtes transversales auprès des ménages en phase initiale, à 12, 24, 36, 48, 60, 72 et 84 mois dans la zone d'intervention. L'intervention dans le cadre de la ProCCM se déclinait en cinq composantes, à savoir : 1) détection active des cas par les Agents de santé communautaires (ASC) ; 2) soins de proximité fournis par les ASC ; 3) supervision mensuelle spécialisée effectuée par les ASC ; 4) suppression des frais d'utilisation ; 5) renforcement des capacités des établissements de soins primaires par l'amélioration des infrastructures et la formation du personnel. La mortalité des moins de cinq ans a été calculée à l'aide du modèle de régression de survie en fonction du risque proportionnel de Cox. Nous avons mesuré le pourcentage d'enfants qui ont commencé un traitement antipaludique dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes et le pourcentage d'enfants qui ont déclaré être fébriles au cours des deux semaines précédentes.

Résultats :

Pendant l'intervention, le taux de traitement antipaludique précoce et efficace des enfants de 0 à 59 mois a plus que doublé, passant de 14,7 % en 2008 à 35,3 % en 2015 (OR 3,198, P0.0001). La prévalence de la maladie au stade fébrile chez les moins de 5 ans a connu une baisse après 7 ans d'intervention, passant de 39,7 % en phase initiale à 22,6 % en 2015 (OR 0,448, P0.0001). Les communautés où la ProCCM a été mise en œuvre ont atteint un taux de mortalité des moins de cinq ans inférieur ou égal à 28/1000 au cours des six dernières années. En 2015, la mortalité des moins de cinq ans était de 7/1000 (HR 0,039, P0.0001).

Conclusion :

Le renforcement des systèmes de santé communautaires pourrait faciliter l'accès précoce à la prévention et aux soins et améliorer la survie des enfants. La ProCCM est conçue pour éliminer les obstacles financiers, géographiques, sexospécifiques et infrastructurels qui réduisent et retardent l'accès aux soins et, au bout du compte, réduisent la mortalité des moins de cinq ans grâce à deux mécanismes principaux. Tout d'abord, l'accès accru à un traitement efficace précoce peut réduire directement la probabilité de progression vers une maladie grave et la mort. Deuxièmement, dans le cas du paludisme, des maladies diarrhéiques et de la pneumonie, un traitement précoce peut réduire la période pendant laquelle un patient peut infecter d'autres personnes.

Recommandation

Il est urgent de poursuivre les recherches sur la ProCCM et ses stratégies de base, afin de déterminer leur rôle respectif dans l'amélioration de la morbidité et de la mortalité. Un essai aléatoire contrôlé de l'approche proactive de détection des cas de ProCCM est actuellement en cours dans 137 sites faisant partie des grappes, conçu pour remédier à certaines de ces faiblesses (Clinical-Trials.gov NCT02694055). Les gouvernements et les responsables de la mise en œuvre peuvent tirer des enseignements de ces conclusions et examiner la façon dont celles-ci peuvent être applicables dans leurs contextes respectifs.

AE2 : Positions d'accouchement alternatives

Auteur : Cecilia Ama Ampadu, Emmanuel Srofenyoh, Kofi Adusei , Prince Adomako

Introduction :

Au Ghana, les femmes ayant déjà accouché à domicile ont donné comme motif la possibilité de choisir une position d'accouchement préférable, contrairement aux femmes qui sont allongées sur le dos, les pieds sur l'étrier, dans l'établissement sanitaire. La position sur le dos avec les pieds sur l'étrier semble préférable pour le personnel médical traitant puisqu'elle lui permet d'avoir un accès facile à l'enfant pour effectuer l'accouchement. Contrairement au personnel, elle procure un inconfort et un stress excessif à la mère en travail qui doit pousser seule son bébé, sans la force de gravité utile qui caractérise l'accouchement en positions assise ou accroupie. Il a été prouvé que les positions assise et accroupie peuvent prévenir de nombreuses complications pour la mère et l'enfant par rapport à la position sur le dos avec les pieds sur l'étrier. À cet égard, la chaise d'accouchement a été conçue et introduite, à titre expérimental, pour offrir aux femmes enceintes des positions d'accouchement alternatives au sein de l'établissement médical. Cet outil vise également à améliorer l'utilisation des services de prestation supervisés et qualifiés et à surmonter les obstacles culturels. En effet, il offre aux femmes enceintes la possibilité d'accoucher à l'hôpital et non à leur domicile. Les chaises sont au nombre de deux. La chaise d'accouchement assise et la chaise d'accouchement accroupie. La chaise est en acier inoxydable, réglable et repliable. Elle a été introduite dans certains établissements de santé à titre expérimental. L'instauration de la chaise s'accompagne d'interventions impliquant l'identification et la sélection de l'établissement sanitaire, la formation des professionnels de la santé, la sensibilisation des femmes enceintes aux soins prénatals avant l'accouchement.

Méthodologie :

L'intervention comprend l'identification et la sélection de l'établissement sanitaire, l'acquisition de chaises d'accouchement, la formation des professionnels de la santé, la sensibilisation des femmes enceintes lors des soins prénatals, le plaidoyer, la documentation, le suivi et évaluation. La chaise a été instaurée dans les établissements suivants dans le cadre d'un projet pilote : l'hôpital régional de Grand Accra en août 2015 ; le centre de santé d'Asutuare en octobre 2015 ; l'hôpital public d'Amasaman en septembre 2017 ; et l'hôpital général de Tema en juin 2018. Les données sur les accouchements effectués à l'aide de la chaise d'accouchement ne sont pas saisies dans le format actuel de déclaration de la mère et de l'enfant. Un outil improvisé de collecte de données est toutefois utilisé pour documenter les accouchements sur les chaises d'accouchement en positions accroupie et assise. Le concept de la chaise en positions accroupie ou assise a déjà été incorporé dans le programme d'études des stagiaires en santé. Il est nécessaire d'incorporer la documentation sur les autres positions d'accouchement dans le registre d'accouchement actuel et de revoir les politiques actuelles pour tenir compte des autres positions d'accouchement. Des manuels de formation et d'utilisation et des vidéos de démonstration doivent être élaborés. Les principales parties prenantes sont le ministère de la Santé et le Service sanitaire du Ghana.

Résultats :

Le projet pilote a été accepté par le personnel médical (infirmiers/infirmières, sages-femmes et médecins) dans les établissements de santé pilotes et les clients sont condescendants. Ce sont au total 453 accouchements qui ont été effectués à l'aide des chaises sans aucune complication. Un rapport a été produit pour trois centres pilotes. Tous ces accouchements ont été couronnés de succès à cent pour cent. Aucune complication, morbidité ou mortalité n'est survenue. La chaise d'accouchement a été utilisée avec succès dans les cas complexes suivants : - deuxième étape retardée - mort fœtale intra-utérine (MFU) - dystocie de l'épaule - présentations du visage au pubis - cordon autour du cou - gros bébés. La chaise a remporté le prix 2013 de l'Union africaine au titre de l'innovation des services publics. Elle a été approuvée par l'Association des sages-femmes du gouvernement du Ghana et certifiée par l'Autorité ghanéenne de normalisation. En 2016, elle a été adoptée comme l'une des meilleures pratiques pour la santé maternelle et néonatale dans la sous-région par l'Organisation

ouest-africaine de la Santé (OOAS) lors du deuxième Forum des bonnes pratiques de la CEDEAO en matière de santé tenu à Abidjan, Côte d'Ivoire. Le projet pilote a révélé que cette pratique pourrait être reproduite et généralisée dans tous les établissements, du primaire au tertiaire, avec le personnel qualifié disponible. En général, les clients et les travailleurs de la santé étaient très satisfaits de cette intervention.

Conclusion :

La chaise d'accouchement de fabrication ghanéenne offre aux femmes en travail la possibilité d'accoucher dans des établissements de santé, en positions assise, accroupie ou couchée. Cela donne aux femmes la possibilité de choisir leur position d'accouchement préférée. L'établissement de santé sera donc un lieu propice à l'accouchement des femmes dans la position qu'elles préfèrent. Ainsi, les femmes sont plus susceptibles d'accoucher dans les établissements de santé qu'à domicile. Par conséquent, cela accroît le nombre d'accouchement en présence de personnel qualifié à l'échelle nationale. Nous savons que l'accouchement en présence de personnel qualifié est sans danger et qu'il réduit le risque de décès des femmes pendant l'accouchement. Cela aidera le Ghana à atteindre l'objectif global de réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales. Le projet pilote a révélé que cette pratique pourrait être reproduite et transposée à plus grande échelle dans tous les établissements de santé, du niveau primaire au niveau tertiaire, avec le personnel qualifié disponible. En général, les clients et les travailleurs de la santé étaient très satisfaits de cette intervention.

Recommandation :

Pour assurer le succès continu et la mise à l'échelle, les mesures suivantes sont recommandées : 1. une documentation appropriée devrait être préparée dans tous les établissements de santé pilotes ; 2. réexaminer les politiques actuelles pour tenir compte des différentes positions d'accouchement ; 3. intégrer davantage au programme d'études de l'établissement avant l'entrée en service ; 4. élaborer du matériel de formation pour les accouchements en positions accroupie et assise ; 5. intensifier le plaidoyer, l'éducation et la formation des femmes enceintes, des parties prenantes et des agents de santé.

AE3 : L'approche stratégique de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale en Afrique subsaharienne. Une étude de cas de l'initiative « Sauver les mères qui donnent la vie » (Nigéria).

Auteur : Sulaiman Gbadamosi, Oluwayemisi Femi-Pius, Kazeem Arogundade, Olayiwola Jaiyeola Et Femi Quaitey

Introduction :

Le Nigéria est confronté à une forte mortalité maternelle et néonatale persistante. L'analyse de l'Enquête démographique et de santé (EDS) de 2013 a révélé un taux de mortalité maternelle (TMM) de 576 pour 100 000 naissances vivantes et un taux de mortalité néonatale (TMN) de 37 pour 1 000 naissances vivantes. Il existe des variations régionales significatives et, dans l'État de Cross River, le taux de mortalité maternelle atteint 2 000 décès pour 100 000 naissances vivantes. En 2014, Pathfinder a commencé à travailler en collaboration avec l'initiative SMGL en déployant le programme dans 18 zones de gouvernement local (LGA) dans l'État de Cross River. Les éléments fondamentaux de l'initiative SMGL intégraient la santé contextualisée, l'évaluation des établissements de santé (HFA) à l'échelle de l'État, ce qui a révélé que les établissements de santé capables de fournir des services EmONC sont repartis dans de vastes zones géographiques, laissant de nombreuses femmes à plus de deux heures des soins fournis par un personnel qualifié par le biais du système de santé public et privé. L'évaluation des établissements de santé a révélé un taux de mortalité maternelle de 872 pour 100 000 naissances vivantes et un TMN de 160 pour 1 000 naissances vivantes. Par conséquent, 107 établissements de santé ont été sélectionnés pour bénéficier du soutien de SMGL sur la base des données sur les accouchements, de la répartition géographique, de l'infrastructure et de la disponibilité d'accoucheuses qualifiées.

Méthodologie :

La période de mise en œuvre de l'initiative SMGL s'est étendue de 2015 à 2019. Les 18 zones de gouvernement local situées dans l'État ont été organisées en 10 groupes selon les critères de l'OMS. Les échanges avec les acteurs de la communauté ont été effectués au sein de l'État ; des analyses et utilisations de données ont été instituées et des formations complètes sur les services EmONC et la planification familiale ont été déployées à l'intention de l'ensemble des agents de santé. Une supervision conjointe de soutien technique est effectuée régulièrement. L'équipement nécessaire a été fourni aux centres bénéficiant de soutien. Un système unique de transport des cas d'urgence dirigé par la communauté (ETS), qui garantissait le transport de tous les cas d'urgence dans les communautés vers des établissements bénéficiant de soutien pour un accouchement en toute sécurité a été institué.

Résultats :

Le résultat de la méthodologie ci-dessus est la création d'une des initiatives modèles de santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile les plus agiles, centrées sur les données, complètes, axées sur les résultats, dirigées par les parties prenantes, en Afrique subsaharienne. Deux ans après le démarrage de l'initiative, le TMM pour les établissements bénéficiant de soutien s'élevé maintenant à 142, contre 313 au départ. Par ailleurs, le TMM est de 34 contre 58 au départ. Le pourcentage de femmes ayant subi une utérotonie à la troisième phase de l'accouchement est actuellement de 100 %, contre 48 % au départ. Le pourcentage de naissances vivantes mises au sein et gardées au chaud dans les 30 minutes suivant la naissance dans un établissement de santé est actuellement de 95 %, contre un taux de référence de 35,5 %. En outre, le pourcentage de nouveau-nés ne respirant pas à la naissance et réanimés avec succès est de 98 %, contre un taux de référence de 79,5 %. 100 % des installations ayant bénéficié du soutien de SMGL relèvent désormais du système d'information national, contre 96 % au départ. En outre, la qualité de la documentation s'est également considérablement améliorée. Dr Joseph Monehin, Représentant du responsable des accords (AOR) de l'USAID, a déclaré : « Votre travail est de bonne qualité et encourageant. Les sacs d'insufflation (Ambu) peuvent être observés dans toutes vos installations. Vos établissements utilisent du gel de chlorhexidine pour les soins du cordon, vous disposez de supports d'IEC qui traitent de la prise en charge active de la troisième phase de l'accouchement. Le partographe est également largement utilisé ; Les mallettes « We Care Solar » sont également disponibles. Je suis heureux que les agents de santé comprennent le processus de réanimation ».

Conclusion:

L'initiative SMGL au Nigéria est en bonne voie d'atteindre l'objectif de réduction du TMM et du TMN respectivement de 15 % et 10 %. L'initiative a réussi à créer un modèle unique centré sur les données pour la programmation future dans la région subsaharienne. L'implication de cette initiative pour la future programmation de la SRMNI et de la planification familiale dans les pays à faible revenu – et à revenu intermédiaire (PFR-PRI) est bien sûr instructive. L'initiative SMGL a eu un réel impact. L'honorable commissaire à la santé de l'État de Cross River aurait déclaré récemment que « Pathfinder International est effectivement la meilleure ONG internationale dans l'Etat de Cross River.

Recommandation :

Le concept d'être « stratégique » dans le contexte de l'initiative SMGL signifie commencer à intervenir en ayant à l'esprit la finalité. Dans cette optique, les principales recommandations suivantes sont formulées : • L'utilisation des données doit être intégrée et étendue à tous les niveaux. • L'engagement ferme des parties prenantes est un élément clé du succès de cette initiative. • Le déploiement progressif des interventions dans les zones géographiques garantit que les premiers enseignements tirés peuvent améliorer la qualité des interventions dans les domaines ultérieurs. • Le déploiement des sages-femmes et infirmières pour former les agents de vulgarisation sanitaire est une action plus orientée vers les résultats, comparativement au recours à des professeurs et à des médecins. Les supervisions conjointes de soutien sont davantage axées sur les résultats • Les Supervisions trimestrielles de soutien sont davantage axées sur les résultats lorsqu'elles sont menées conjointement par le partenaire d'exécution et d'autres parties prenantes (organismes gouvernementaux et professionnels)

AE4 : Évaluation des interventions dirigées par les communautés pour créer une demande de soins de grossesse fournis par un personnel qualifié dans les zones rurales du Nigéria : Résultats à moyen terme de la conception d'une recherche quasi expérimentale

Auteur : Friday E. Okonofua, Ntoimo Lorretta Favour, Yaya Sanni, Ogungbangbe Julius, Imongan Wilson et Ermel Johnson

Introduction :

Selon les estimations de l'Organisation mondiale de la Santé, 58 000 décès maternels surviennent chaque année au Nigéria, ce qui représente 19 % des décès maternels au niveau mondial. La plupart de ces décès surviennent dans les communautés rurales et sont liés à l'extrême pauvreté, à la faiblesse des systèmes de soins de santé et à l'accès limité des femmes aux services de santé, entre autres facteurs. En dépit du fait que les décideurs reconnaissent que les centres de santé primaires (CSP) devraient jouer un rôle clé dans l'amélioration de l'accès des femmes vivant en milieu rural à des soins de grossesse fournis par un personnel qualifiés, les CSP sont souvent peu utilisés. La demande et l'utilisation limitées des CSP pour des soins de grossesse fournis par un personnel qualifié ont été attribuées, à leur tour, à un engagement, une participation et une appropriation limités des activités des CSP par les communautés. L'objectif du présent document est de décrire une recherche sur la mise en œuvre dirigée par les communautés en vue d'accroître l'accès des femmes enceintes à des soins de grossesse fournis par un personnel qualifié dans les régions d'Etsako Est et d'Esan Sud-Ouest de l'État d'Edo, au Nigéria. La mise en

œuvre de l'étude se fera en trois phases, à savoir : la recherche formative, la phase d'intervention et la phase d'évaluation. Certes, la phase de recherche formative est achevée, mais la phase d'intervention s'est poursuivie jusqu'à la période à mi-parcours, avec la participation active de la communauté locale. Cette présentation fournit les résultats à mi-parcours de la phase de mise en œuvre du projet.

Méthodologie :

Le présent projet en cours a démarré en 2015 et s'achèvera en 2020. Au cours de la première phase, nous avons eu recours à une conception de recherches qualitatives et quantitatives à méthodes mixtes pour recueillir des données auprès de femmes et d'hommes de 20 collectivités dans les zones de gouvernement local. Nous avons ensuite fait appel aux acteurs communautaires (notamment les dirigeants communautaires, les femmes leaders, les responsables de l'élaboration des politiques, les jeunes et la société civile) pour utiliser les résultats de la recherche formative, afin de concevoir des ensembles d'interventions complexes (multiples) acceptables pour améliorer l'accès des femmes à des soins de grossesse fournis par un personnel qualifié dans les CSP. Au cours de la phase 3, le projet est évalué à l'aide d'indicateurs de processus et de résultats, ainsi qu'à l'aide d'une conception de recherche quasi expérimentale.

Résultats :

Les interventions consistent en la création de Comités de développement de quartiers (CMD) liés aux notables communautaires et aux responsables de l'élaboration des politiques, la collecte de fonds communautaire/l'assurance-maladie, le transport des femmes aux CSSP au moyen d'un système de messagerie rapide, des activités de sensibilisation et de mobilisation communautaire, la création de fonds renouvelables de médicaments dans les CSP, les activités de plaidoyer et le recyclage des prestataires de soins. À mi-parcours de l'intervention, les résultats montrent une participation et un engagement actifs de la communauté, dont 80 % des activités sont dirigées et mises en œuvre par les CMD en collaboration avec les CSP ; d'importants fonds (environ 9 800 dollars EU) offerts sous forme de don à ce jour par les communautés bénéficiaires du projet pour soutenir les activités de soins de santé primaires ; un grand nombre de femmes qui s'inscrivent et paient pour le régime d'assurance-maladie communautaire ; des améliorations substantielles des infrastructures des quatre CSP dans les sites d'intervention ; une augmentation de près de 200 % du nombre de femmes qui fréquentent les CSP pour des soins prénatals et d'accouchement ; il a été noté que plusieurs cas de morbidité et de mortalité graves ont été évitées chez les femmes qui fréquentent les CSP. Les activités de plaidoyer ont conduit à un engagement accru du ministère fédéral de la Santé, du ministère de la Santé de l'État d'Edo, de l'Agence de promotion des soins de santé primaires de l'État d'Edo et du gouvernement de l'État d'Edo en faveur de ce projet. Ces engagements accrus ont conduit aux actions suivantes : 1) l'annonce par l'État d'Edo de la priorité accordée à l'amélioration de la prestation des soins de santé primaires dans l'État ; 2) le déploiement d'un médecin du Youth Corp pour superviser les services de soins primaires dans l'une des communautés couverte par le projet, le salaire étant partiellement versé par le conseil régional du gouvernement local ; et 3) le déploiement d'un nombre accru d'infirmiers/infirmières et de sages-femmes vers les centres de santé primaires dans les communautés.

Conclusion:

Les résultats du présent projet mettent en exergue l'importance de l'engagement et de la participation de la communauté aux efforts visant à améliorer la prestation de soins de santé primaires pour les femmes enceintes, surtout dans le contexte des communautés rurales. De tels engagements communautaires peuvent améliorer le soutien et l'efficacité des projets, en renforçant leur impact et leur durabilité au fil du temps. En travaillant en collaboration avec les communautés, en vue de concevoir des théories du changement viables et durables, le projet a simultanément permis de résoudre de multiples goulets d'étranglement, notamment les facteurs culturels, les questions liées au genre, les facteurs de risque maternels et communautaires, ainsi que les réponses politiques inadéquates qui empêchent les femmes d'accéder à des soins qualifiés pendant la grossesse dans les zones rurales.

Recommandation :

Ces résultats impressionnants du projet à mi-parcours laissent penser que la fourniture de soins de santé primaire avec l'implication active des acteurs communautaires est essentielle pour accroître la demande de soins de grossesse fournis par un personnel qualifié dans les zones rurales de l'État d'Edo au Nigeria. Nous recommandons qu'une politique fondée sur l'engagement et l'appropriation communautaires soit adoptée dans le cadre de la mise en œuvre stratégique des soins de santé primaire dans la région. Toutefois, comme les communautés diffèrent considérablement, les interventions qui enregistrent du succès dans une communauté ne le sont pas nécessairement dans une autre. Il est donc essentiel d'entreprendre dès le départ une évaluation substantielle des besoins et d'avoir une discussion avec les acteurs communautaires, et les communautés doivent elles-mêmes « s'approprier » les interventions plutôt que des approches imposées de l'extérieur. Nous pensons fermement que cette approche est très prometteuse pour améliorer l'accès des femmes vivant dans les zones rurales à des soins de grossesse fournis par un personnel qualifié et réduire le taux actuellement élevé de mortalité maternelle dans le pays.

AE5: Bonnes pratiques pour améliorer l'adoption des services d'accouchement assisté par un personnel qualifié : intervention réalisée sous forme d'école de formation sur la grossesse

Auteur : Aaron Kampim , Matilda Aberese-Ako, Oscar Bangre, Fabian Sebastian Achana et Abraham Rexford Oduro

Introduction :

La région nord du Ghana accuse un retard en termes de soins de santé maternelle, néonatale et infantile. Elle a enregistré le deuxième taux de mortalité maternelle (174/100 000 LB) et de mortalité néonatale (8,1/1000 LB) institutionnelle, selon le rapport d'évaluation annuel de la santé reproductive et infantile de 2013. Seule région devançant la région de la Volta (43.4%) au cours de l'année sous revue, la région nord a également enregistré l'un des taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié les plus bas (46.8%). La situation est encore plus critique dans le district de Bunkpurugu-Yunyoo, qui a enregistré une couverture d'accouchement assisté par un personnel qualifié de 36 %. Plusieurs facteurs du côté de l'offre et de la demande ont été relevés comme dissuadant les femmes de recourir aux services d'accouchement assisté par un personnel qualifié (ce qui explique la faible couverture des accouchements assistés par un personnel qualifié). Les résultats d'une étude de référence dans le district de Bunkpurugu-Yunyoo ont confirmé que les expériences vécues par les femmes concernant les mauvaises attitudes des agents de santé et les facteurs socioculturels tels que les mythes, les croyances et les pratiques traditionnelles ont entravé la décision de recourir à des soins obstétricaux fournis par un personnel qualifié. Bien que les services de soins prénatals déjà établis offrent la possibilité de promouvoir un comportement sain chez les femmes enceintes, la profondeur de l'interaction lors de ces séances est souvent moindre en raison du temps limité. L'école de formation sur la grossesse visait à intensifier l'interaction entre les prestataires de soins de santé et les femmes enceintes (et leurs familles), afin d'améliorer le recours aux soins liés aux accouchements assistés par un personnel qualifié.

Méthodologie :

L'école de formation sur la grossesse a été mise en place dans les sous-districts de Binde et Bunkpurugu du district de Bunkpurugu-Yunyoo, sur une période de sept mois. Des approches quantitatives et qualitatives ont été utilisées pour recueillir les données, afin d'évaluer l'impact de l'intervention sur l'adoption des services d'accouchement assisté par un personnel qualifié. Si l'approche quantitative a utilisé des fiches d'extraction de données, l'approche qualitative a, quant à elle, eu recours à des entretiens en profondeur (IDI) et des discussions en groupes ciblés (FGD). Les données quantitatives recueillies ont été analysées à l'aide de Microsoft Office Excel pour générer des statistiques descriptives. Les données qualitatives ont été analysées en utilisant Nvivo pour générer des citations thématiques pour les narrations.

Résultats :

Huit écoles de formation sur la grossesse ont été créées avec succès, dont quatre dans chaque sous-district. Pour la période considérée, 541 femmes enceintes se sont inscrites. Sur ce nombre, 242 venaient du sous-district de Binde et 299 du sous-district de Bunkpurugu. La période a enregistré un total de 256 accouchements, dont 220 (85,9%) étaient des accouchements (assistés par un personnel qualifié) en milieu sanitaire, contre 36 (14,1%) qui étaient des accouchements à domicile. Les résultats montrent également que, sur les 256 accouchements, 105 concernaient des femmes issues de Binde et 151 concernaient de femmes issues de Bunkpurugu. Sur les 105 accouchements de femmes issues de Binde, 12 (11,4 %) étaient des accouchements à domicile et 93 (88,6 %) en milieu sanitaire. De même, pour les 151 accouchements de femmes issues de Bunkpurugu, 24 (15,9 %) étaient des accouchements à domicile et 127 (84,1 %) étaient des accouchements en milieu sanitaire. Dans l'ensemble, l'intervention réalisée sous forme d'école de formation sur la grossesse a contribué à une hausse de 18,7 % de la couverture des accouchements assistés par un personnel qualifié dans chacun des sous-districts de l'intervention (Binde et Bunkpurugu). Plus précisément, la couverture générale des accouchements assistés par un personnel qualifié est passée de 70,8 à 89,5 % à Binde et de 46,5 à 65,2 % à Bunkpurugu. Les conclusions tirées de l'évaluation qualitative laissent penser que l'école de formation sur la grossesse a amélioré les connaissances des participantes quant à la nécessité de recourir aux soins liés aux accouchements assistés par un personnel qualifié. En outre, le fait de réunir les agents de santé et les clientes dans le cadre de l'école de formation sur la grossesse a stimulé les interactions entre les agents de santé et les clientes. Cette démarche a détruit le mythe de la fracture entre les agents de santé et les membres de la communauté, ce qui a donc permis une approche plus détendue de la fréquentation des services de santé. Les résultats ont également montré que l'interaction pendant l'école de formation sur la grossesse a aidé les femmes enceintes à avoir confiance et à bien se préparer à l'accouchement.

Conclusion :

En règle générale, les résultats ont montré que l'école de formation sur la grossesse, en tant qu'intervention, améliore avec succès le recours aux services d'accouchement assisté par un personnel qualifié. Plus précisément, l'intervention a réussi à susciter une demande des services d'accouchement assisté par un personnel qualifié en éduquant et en sensibilisant les femmes enceintes et leurs familles. L'intervention a également permis de créer un lien cordial entre les femmes enceintes et les prestataires de soins de santé, ce qui s'est traduit par une convivialité au cours de la prestation de services de maternité par un personnel qualifié.

Recommandation :

Les mesures suivantes sont recommandées pour aider à améliorer et pérenniser l'intervention sous forme d'école de formation sur la grossesse : sensibilisation de la communauté à l'initiative, afin d'aider à accroître la sensibilisation des communautés et leur fréquentation. Une supervision efficace et la nécessité de former un plus grand nombre d'agents de santé pour animer les séances aideraient également à inscrire le programme dans la durée. On pourrait solliciter l'appui de donateurs pour assurer une formation régulière des animatrices des écoles de formation sur la grossesse.

AE6: Intégration des activités de renforcement économique pour améliorer les résultats en matière de santé maternelle, néonatale et infantile : enseignements tirés des partenariats avec des organisations confessionnelles au Cameroun

Auteur : Kenneth Muko, Margaret Brawley et Jennifer Martin

Introduction :

Au Cameroun, un enfant sur six ne vit pas jusqu'à son cinquième anniversaire. La plupart des décès d'enfants dans le pays sont dus au paludisme, à la diarrhée, à la pneumonie et à des causes néonatales (tous aggravés par la malnutrition). Les organisations confessionnelles (OC) se chargent de 30 à 70 % de la prestation des soins de santé en Afrique (Organisation mondiale de la Santé, 2017), et elles s'efforcent d'améliorer les résultats sanitaires dans tout le Cameroun. Ces institutions, en particulier les Congrégations de femmes religieuses (CFR), jouent un rôle crucial dans le renforcement des systèmes de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI). Les CFR sont ancrées dans les communautés qu'elles desservent et entretiennent des relations précieuses et dignes de confiance avec les membres de la communauté, mais ont des contraintes de ressources et de formation. Renforcer la capacité des CFR afin de mettre en œuvre des programmes de SMNI efficaces et durables constitue un défi au Cameroun. La majorité des programmes de SMNI sont mis en œuvre par des organismes à but non lucratif, souvent sur de courtes périodes et avec un financement limité. L'identification de stratégies réalisables et à long terme pour renforcer et maintenir les programmes de santé maternelle et néonatale gérés par la communauté demeure un défi qui mérite d'être examinée de façon continue. Medicines for Humanity (MFH) crée un impact au niveau de la base et développe une durabilité à long terme au niveau des indicateurs de SMNI en réalisant des investissements ciblant les capacités et compétences des CFR et en les renforçant par une combinaison d'activités de formation, de mentorat, de supervision et de renforcement économique (ARE).

Méthodologie :

En septembre 2013, MFH s'est associée à quatre CFR pour apporter un soutien à 37 sœurs catholiques, 19 sages-femmes, 28 infirmières et 226 agents de santé communautaires dans les régions du nord-ouest et du sud-ouest du Cameroun. Des formations ont été organisées en vue de renforcer les compétences dans les domaines des pratiques d'accouchement, de la prise en charge des maladies infantiles, des activités de nutrition et de gestion de projets. MFH a également aidé les agents de santé communautaires à dispenser une éducation sanitaire, à orienter les enfants malades et à soutenir les ménages. En outre, depuis 2014, MFH a mis en œuvre des ESA pour les agents de santé communautaire. Les données de référence ont été recueillies au début de la phase intégrée du projet (lors de l'introduction des ESA en octobre 2014) et comparées aux données recueillies ultérieurement en mars 2017.

Résultats :

Les CFR ont déjà un intérêt direct et un engagement envers les communautés qu'elles desservent. Investir en elles et accroître leur capacité permet aux CFR d'accroître leur portée et leur impact, ce qui se traduit par un meilleur accès à des soins de santé de haute qualité et la durabilité de ces soins, ainsi que par de meilleurs résultats en matière sanitaire, comme le montrent les indicateurs suivants : le nombre de décès d'enfants a chuté de 18,2 à 31 % sur les huit sites du projet en trois ans. Ce chiffre est bien inférieur aux réductions annuelles moyennes de 5,1 à 6,6 % observées en Éthiopie et au Rwanda. De même, des réductions ont été observées concernant la malnutrition (28%-52%), le paludisme (29%-36%), la pneumonie (15%-24%) et la diarrhée (33%-38%). Les visites prénatales et postnatales sont

respectivement passées de 22 % à 37 % et de 18 % à 24 %. La performance des agents de santé communautaire s'est améliorée en moyenne de 32 % et le taux de rétention des agents de santé communautaire s'est accru en moyenne de 28 %. Les principaux enseignements tirés dans le cadre de ce projet sont les suivants : - les sessions de formation les plus efficaces ont bénéficié d'un apport important de la part des stagiaires en ce qui concerne la conception des programmes et la planification ainsi que l'animation des formations. - Il s'est avéré très utile d'établir des boucles de rétroaction, de surveiller fréquemment les stagiaires et d'encadrer les visites sur le terrain, et d'utiliser les données recueillies ainsi que les commentaires locaux pour favoriser les changements et concevoir des ateliers de recyclage. - Ne faites pas de suppositions sur les compétences et la compréhension de l'individu. Il faut prendre le temps de comprendre le niveau de connaissances des stagiaires et de bâtir sur cette base. - L'investissement de ressources dans la surveillance continue, le mentorat et le soutien améliore la rétention, la durabilité et la qualité des services des agents de santé communautaire. - Les agents de santé communautaire veulent investir dans leur propre communauté. Il ne faut pas sous-estimer pas leur influence. Certains groupes d'agents de santé communautaire ont utilisé les revenus tirés de l'ESA pour soutenir des initiatives communautaires plus étendues, telles les provisions destinées aux orphelins et l'infrastructure/les fournitures pour les écoles locales. - Les services de soutien et d'éducation fournis par les agents de santé communautaire dans la communauté ont consacré du temps précieux au personnel des cliniques. Les infirmières ont pu consacrer moins de temps à l'éducation préventive sur les questions de santé (comme les signes de danger pendant la grossesse, les pratiques alimentaires appropriées et la promotion de l'hygiène) et donner la priorité au traitement et aux soins futurs. - Les ESA renforcent la cohésion sociale, la communication et les partenariats communautaires.

Conclusion:

Les stratégies visant à renforcer et à maintenir des programmes SMNI accessibles et de haute qualité doivent accorder la priorité au renforcement des capacités des institutions de base, y compris les organisations confessionnelles. Avec le bon soutien, les CFR peuvent élaborer des programmes durables de santé maternelle, néonatale et infantile avec de fortes composantes de sensibilisation qui améliorent les résultats de santé pour les personnes vulnérables qui ont autrement un accès limité aux soins de santé. Les approches intégrées visant à relever les défis spécifiques de la SMNI peuvent avoir un impact significatif. Le renforcement des capacités économiques des intervenants communautaires, y compris les agents de santé communautaire, améliore l'accès aux soins de santé et est essentiel pour assurer la durabilité. Le travail de MFH avec les CFR et leurs agents de santé communautaire a été reconnu par le gouvernement camerounais et présenté comme un modèle démontrable à reproduire.

Recommandation :

Afin de réduire durablement les taux de mortalité infantile dans les régions mal desservies du monde, les ONG doivent mettre en œuvre des interventions sanitaires dont il est prouvé qu'elles sauvent des vies, adapter les projets à des sites spécifiques et reconnaître le rôle crucial des agents de santé communautaire et des agents de santé communautaire. Sur la base de l'expérience de MFH au Cameroun, les recommandations suivantes peuvent être faites : - Veiller à ce que les stagiaires de tous les niveaux participent à l'élaboration des objectifs de formation et du programme d'études et confirmer qu'ils bénéficient d'un soutien adéquat grâce à des visites sur le terrain après la formation et à des ateliers de recyclage, y compris la rétroaction des stagiaires et la flexibilité du programme pour impulser le changement. - Accorder la priorité à la surveillance, au mentorat et au soutien tout au long de la vie du projet afin d'établir une force, une motivation et un maintien en poste solides au sein de la collectivité. - Intégrer les ESA en tant que composante clé de tous les programmes des relais dès le début et développer les ESA en collaboration avec les partenaires locaux et les bénéficiaires pour maximiser la faisabilité, l'efficacité, la croissance et surtout, le succès.

AE7: Renforcement des capacités pour des soins liés aux accouchements assistés par un personnel qualifié - Approche à haute fréquence et à faible dose

Auteur : Amos Asiedu, Martha Serwaa Appiagyei, Etta Forson Addo, Patience Darko, Dora Agbodza et Julia Duodu

Introduction :

Au Ghana, le taux de mortalité néonatale demeure stagnant à 29 décès pour 1 000 naissances vivantes, ce qui représente 67 % de l'ensemble du taux de mortalité infantile et le taux de mortalité est, quant à lui, de 22 pour 1 000 naissances. Les efforts d'amélioration de la qualité dans les hôpitaux publics et de missions ont identifié des problèmes entravant toute avancée dans la réduction de ces taux de mortalité, notamment les déficits de connaissances et de compétences techniques des prestataires de soins afin de prendre en charge les

complications survenant lors du travail et d'accéder aux produits de première nécessité pour assurer les soins néonataux essentiels et d'urgence. Une nouvelle approche dénommée approche à faible dose/haute fréquence (FDHF) a été introduite et évaluée dans 40 hôpitaux publics et de mission au Ghana entre mars 2014 et mars 2017 en vue de mettre à jour les connaissances et compétences des sages-femmes et d'améliorer les statistiques sur la santé néonatale et maternelle dans 40 hôpitaux au Ghana. L'accent a été mis sur la présentation des incidences de l'intervention sur les connaissances et compétences des sages-femmes après une année de formation et sur les taux de mortalité prénatale et de mortinatalité intrapartum dans les 24 heures suivant la naissance.

Méthodologie :

L'étude était une évaluation prospective aléatoire en grappes. Les hôpitaux éligibles dans trois régions du Ghana ont été classés selon le nombre d'accouchements par mois, puis classés de manière aléatoire dans l'une des quatre cohortes de formation. L'intervention intégrait deux formations de quatre jours sur place (à faible dose) suivies de sessions hebdomadaires (à haute fréquence) dirigées par des sages-femmes et une année d'utilisation de messages SMS portant sur le contenu de la formation lors des sessions à faible dose et en face à face ainsi qu'une supervision par téléphone assurée par des encadreurs régionaux. Les compétences des agents de santé ont été évaluées à l'aide d'examen cliniques objectifs structurés (ECOS) en trois phases, à savoir : avant chaque formation, juste après chaque formation et une année après la seconde formation. Les statistiques des services de santé ont été utilisées pour évaluer l'impact sur la mortalité.

Résultats :

Sur les 40 sites d'évaluation, 403 SBA ont donné leur accord et ont été inclus dans l'étude. Les notes de l'ECOS sur les thèmes traités lors de la première formation de quatre jours étaient de 43% avant la formation et de 87% après la formation ; la rétention des compétences une année après la seconde formation était de 73%. Les notes de l'ECOS sur les sujets abordés lors de la seconde formation étaient de 52% avant la formation, 92% après la formation et 80% une année après la seconde formation. Les données provenant des 40 hôpitaux ont affiché une réduction de 70% du risque de mortalité néonatale à 24 heures et une réduction de 62% du risque de mortinatalité intrapartum en comparant les 6 mois précédant l'intervention de 0 à 12 mois après l'intervention. Une évaluation qualitative a révélé que les prestataires ont considérablement amélioré la qualité des soins fournis au moment du travail, à la naissance et au cours de la période postnatale immédiate (dans tous les domaines enseignés lors de la formation axée sur les connaissances et compétences). Les commentaires faits par les informateurs indiquaient que les sages-femmes étaient susceptibles d'utiliser les interventions nouvellement apprises dans la mesure où elles se sentaient « capables de travailler de manière efficace et avec audace ». En outre, cette approche de la formation est plus pratique que théorique et tous les agents de santé de la maternité ont été invités aux formations sur place.

Conclusion :

L'approche FDHF améliore les compétences des sages-femmes afin de fournir des soins maternels et néonataux de qualité et dans le respect. L'intervention a significativement réduit les risques de mortinatalité intrapartum et de mortalité néonatale dans les 24 heures suivant la naissance. De même, les parties prenantes qui ont accepté cette approche de la formation ont fait la promesse de la maintenir et ont plaidé pour une extension à d'autres régions du pays.

Recommandation :

Nous recommandons que l'adoption d'approches similaires au Ghana et dans d'autres pays à ressources limitées ; elle a le potentiel d'améliorer la qualité des services et de favoriser une évolution vers l'atteinte des objectifs de développement en matière de santé.

AE8 : Perception de la douleur du travail : expériences de mères nigérianes

Auteur : Adebayo Akadri, Oluwaseyi Odelola

Introduction :

L'accouchement est un heureux événement qui expose toutefois la mère à l'une des formes les plus graves de douleur signalées. La perception de la douleur du travail est influencée par une variété de facteurs physiologiques, psychosociaux et environnementaux ; par conséquent, les femmes de divers milieux socioculturels peuvent vivre et faire face de manière différente à la douleur du travail. La présente étude a été conçue pour évaluer la perception de la douleur du travail chez les parturientes.

Méthodologie :

Il s'agissait d'une étude transversale portant sur 132 femmes en grossesse ayant accouché par voie basse dans deux hôpitaux tertiaires du sud-ouest du Nigeria. Un questionnaire structuré a été soumis aux femmes dans les 24 heures suivant leur accouchement pour consigner les renseignements sur le travail et l'accouchement. La perception de la douleur du travail a été évaluée à l'aide d'une échelle visuelle analogique (SVA). L'analyse des données a été effectuée en utilisant l'application IBM-SPSS Statistics pour Windows version 21.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA)

Résultats :

L'âge moyen des parturientes était de $30,6 \pm 4,8$ ans. La perception moyenne de la douleur chez les parturientes, telle qu'évaluée par la SVA, était de 7,0. Soixante-six (50 %) parturientes ont évalué la douleur du travail comme étant sévère (VAS 7.1). La majorité des personnes interrogées, au nombre de 114 (86,4 %), souhaitait une certaine forme de soulagement de la douleur. L'indice de masse corporelle (IMC) des personnes interrogées et le poids à la naissance de leur bébé avaient une corrélation significative du point de vue statistique avec la perception de la douleur ($p=0,010$; $p=0,038$ respectivement). Les facteurs associés à une probabilité accrue d'avoir une perception de douleur intense sont le statut indiquant une absence de réservation, l'instruction de niveau secondaire, l'IMC de 30 et l'âge gestationnel \geq à 37 semaines.

Conclusion :

Les femmes du sud-ouest du Nigeria trouvent que la douleur du travail est forte et bon nombre d'entre elles souhaitent bénéficier d'un soulagement de leurs douleurs pendant le travail. La profession, l'IMC, l'âge gestationnel et le poids des bébés à la naissance étaient des variables médianes importantes dans l'expérience douleur du travail chez les femmes.

Recommandation :

Des méthodes modernes d'analgésie au moment de l'accouchement devraient être fournies aux parturientes pour réduire le besoin non satisfait d'analgésie obstétricale et améliorer l'expérience de l'accouchement des femmes.

AE9: Utilisation de contraceptifs et grossesses non désirées chez les jeunes femmes et les jeunes hommes à Accra, au Ghana

Auteur : Leonard Gobah, Kate Grindlay, Phyllis Dako-Gyeke, Thoai D. Ngo, Gillian Eva, Sarah T. Reiger, Sruthi Chandrasekaran et Kelly Blanchard

Introduction :

Les jeunes (âgés de 15 à 24 ans) représentent 20 % de la population du Ghana. Selon l'Enquête démographique et sanitaire du Ghana de 2014, 51 % des femmes mariées âgées de 15 à 19 ans et 34 % de celles âgées de 20 à 24 ans avaient un besoin non satisfait de planification familiale. Six pour cent des jeunes mariés et des jeunes non mariés sexuellement actifs âgés de 15 à 19 ans et 21 % des jeunes mariés et des jeunes non mariés sexuellement actifs âgés de 20 à 24 ans utilisaient une méthode contraceptive moderne. Plus de la moitié (soit 58 %) de toutes les naissances au cours des cinq années précédentes chez les Ghanéennes âgées de 15 à 19 ans et un tiers des naissances chez les femmes âgées de 20 à 24 ans n'étaient pas planifiées. Les avantages liés à la prévention des grossesses non désirées, en particulier chez les jeunes femmes, couvrent les domaines social, sanitaire et économique, ce qui permet d'avoir les meilleures opportunités de mener une vie saine et productive. Reconnaisant l'éventualité d'impacts négatifs importants des grossesses non désirées, le programme de réduction de la mortalité maternelle et de la morbidité a été lancé au Ghana en 2006 pour améliorer l'accès aux services de planification familiale et de soins complets en matière d'avortement. Malgré les efforts déployés pour développer les services en matière de santé sexuelle et reproductive au Ghana, l'on dispose de peu de données quant à la participation des jeunes au programme ou relativement aux facteurs déterminant l'utilisation de contraceptifs et contribuant aux grossesses non désirées. Les déterminants de la santé sexuelle et reproductive des jeunes au Ghana sont particulièrement peu connus.

Méthodologie :

De septembre à décembre 2013, nous avons mené une étude transversale auprès de jeunes âgés de 18 à 24 ans parlant anglais, Twi ou Ga et lesquels avaient eu des rapports sexuels au cours des six mois précédant l'enquête à Accra, au Ghana. Nous avons utilisé une technique d'échantillonnage aléatoire stratifié dans deux collectivités à revenu faible et moyen. Des sondages en personne (45 à 60 minutes) ont été menés par des travailleurs sur le terrain dans des endroits privés dans les communautés de recrutement, y compris les marchés, les clubs sociaux et les sites sportifs. L'on a utilisé des statistiques descriptives, des tests de chi carré et des tests exacts de Fisher. Une régression

logistique a été effectuée aux fins d'analyser les déterminants de l'utilisation des contraceptifs modernes chez les hommes, les femmes ainsi que dans le cas des grossesses non désirées chez les femmes.

Résultats :

Au total, 100 hommes et 250 femmes ont participé à l'étude. Les personnes interrogées étaient en moyenne âgés de 21 ans, des célibataires, avec un partenaire stable non cohabitant et des chrétiens. Les hommes avaient des niveaux de scolarité beaucoup plus élevés que les femmes. Quatre-vingt-onze pour cent avaient effectivement un partenaire. Seuls 2 % des femmes avaient déjà subi un dépistage du cancer du col de l'utérus et 44 % avaient déjà subi un test de dépistage d'une infection sexuellement transmissible (IST) ; un moins grand nombre d'hommes (21 %) avait déjà subi un test de dépistage d'IST ($p \leq .001$). Quarante-quatre pour cent ont déclaré utiliser actuellement des contraceptifs modernes. Dans le cadre d'une régression multi-variable, les hommes et les femmes seraient significativement plus susceptibles de déclarer l'utilisation de contraceptifs modernes s'ils avaient fait des études secondaires (rapport de cotes ajusté (RCA) 2,1, $p=0,01$), tertiaires (RCA 4,3, $p=0,01$) ou professionnelles/techniques (RCA 2,8, $p=0,03$) (par rapport au primaire) ; cette frange avait déjà parlé à quelqu'un de l'utilisation de contraceptifs (ROC 4,7, $p \leq .001$) ; ou alors ressentant l'absence d'assistance de professionnel de la santé quant à l'utilisation de contraceptifs (ROC 2,2, $p=0,005$) ; ou n'ayant pas le sentiment voire ressentant une faible probabilité de contracter accidentellement une grossesse (ROC 2,7, $p \leq .001$). Alors que plus de 70 % des participants ont reconnu la plupart des méthodes contraceptives, la connaissance de certaines méthodes – y compris les méthodes à action prolongée – était insuffisante. Presque tous les répondants (91 %) estimaient qu'au moins une méthode moderne était dangereuse. Près de la moitié de toutes les femmes (45 %) ont déclaré que leur dernière grossesse n'était pas désirée, et 63 % des femmes et 58 % des hommes se sentaient à risque quant aux futures grossesses non désirées. Les femmes étaient plus susceptibles de reconnaître une grossesse non désirée si elles avaient déjà donné naissance à un enfant (ROC 6,7), car leur premier rapport sexuel a eu lieu entre 8 et 14 ans par rapport à 20 et 24 ans (ROC 3,4) ou si elles avaient eu dans leur vie 3 à 4 partenaires sexuels par rapport à 1 à 2 (ROC 2,4).

Conclusion :

Les grossesses non désirées étaient courantes, et malgré le fait que la majorité des hommes et des femmes se sentaient à risque pour une grossesse non désirée, seulement 44 % des jeunes sexuellement actifs utilisaient une méthode contraceptive moderne. Des interventions ciblées sont nécessaires pour améliorer la compréhension des méthodes à action prolongée et la sécurité des méthodes modernes et, par conséquent, accroître l'accès aux contraceptifs modernes ainsi que leur utilisation. Aussi, l'utilisation de moyens contraceptifs n'est pas seulement le résultat d'une prise de conscience, de connaissance en la matière et de disponibilité de moyens contraceptifs, mais elle est influencée par des facteurs complexes tels que les processus décisionnels, les capacités de négociation et les relations de pouvoir. En pareil cas, les interventions doivent se concentrer sur le renforcement de l'auto-efficacité des jeunes et sur l'acquisition de compétences d'autonomisation.

Recommandation :

Plusieurs recommandations stratégiques visent à donner suite à ces constatations. Premièrement, les efforts visant à accroître le dialogue sur la contraception peuvent améliorer l'utilisation de la contraception chez les jeunes d'Accra. Une proportion importante de participants n'avait échangé avec personne au sujet de la contraception, et le fait de discuter avec quelqu'un au sujet de la contraception était dû à l'utilisation de contraceptifs modernes. En outre, la conclusion selon laquelle la précocité des premiers rapports sexuels donnait lieu à une grossesse non désirée souligne l'importance des interventions rapides dans l'éducation sexuelle et de santé reproductive. De plus, le fait de cibler les interventions d'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive sur les personnes ayant un faible niveau d'éducation peut aider à atteindre les jeunes qui en ont le plus besoin, car un faible niveau d'éducation a pour corollaire une probabilité réduite de recourir aux contraceptions modernes. Il est nécessaire d'améliorer la compréhension des méthodes à action prolongée et la sécurité des méthodes modernes. Enfin, il faudrait s'attaquer aux faibles taux de dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes et de dépistage des IST, en particulier chez les hommes.

AE10 : L'adoption est une option qui va au-delà de l'avortement » : initiative pour sauver la mère et l'enfant

Auteur : Gifty Asante, Angela Abugri, Esi Therson Cofie, Alice Soti Et Theodora Akpalu

Introduction :

À la base des causes de la mortalité maternelle, l'on trouve un réseau complexe de forces sociales, politiques et économiques qui entravent l'accès des femmes aux soins de santé maternelle essentiels et aux informations sur la santé reproductive. Les taux élevés de grossesses non désirées et d'avortements pratiqués dans des conditions dangereuses sont très préoccupants. Les données découlant de l'Enquête démographique et sanitaire du Ghana (EDSG 2008) indiquent qu'une naissance sur sept n'est pas désirée, qu'une naissance sur cinq est mal planifiée, que plus d'un tiers de toutes les naissances n'est pas planifié et que seulement une femme mariée sur six en âge de procréer utilise les méthodes contraceptives modernes. Afin d'atténuer ce problème, la Direction de la santé municipale d'Ashaiman a identifié, en 2013, l'option de l'adoption comme étant un besoin non satisfait/négligé qu'il faut combler. L'augmentation du nombre d'orientations de clientes cherchant à se faire avorter à un stade plus avancé de leur grossesse a nécessité l'initiative. Encore une fois, les incertitudes quant aux résultats de ces orientations sont devenues un facteur clé de motivation. Les unités de prise en charge globale des avortements (CAC) des adolescentes/de planification familiale ont collaboré à l'intensification des services de conseil à l'intention desdites clientes en ayant recours aux prestations par rapport aux risques de l'avortement à un stade plus avancé de leur grossesse et dans les cas d'infertilité. Ces interactions ont révélé l'adoption comme étant une option dans les services de soins complets en matière d'avortement qui a enregistré une baisse dans la mesure où l'accent a été habituellement mis sur les services d'avortement.

Méthodologie :

Tous les 128 clients sollicitant des soins complets en matière d'avortement en 2013 ont d'abord répondu à seulement trois questions de base. Il s'agissait de savoir si, oui ou non, elles avaient des informations sur l'adoption. Si elles avaient envisagé l'adoption en cas de grossesse non désirée/(infertilité probable). Si elles répondaient par oui /non il leur fallait fournir des explications. Ensuite, des conseils leur ont été prodigués, en mettant l'accent sur l'adoption comme une option en indiquant tous les avantages et inconvénients.

Résultats :

D'après les questions de l'entretien mené lors des activités de 2013 sur la santé reproductive à Ashaiman, sur un total de 128 clientes sollicitant des soins complets en matière d'avortement rencontrés, 116 (soit 90 %) n'avaient aucune information sur l'adoption et ne l'avaient donc pas envisagée, 13 (soit 10 %) avaient des informations s'y rapportant et l'avaient envisagée, mais n'étaient pas très sûres de ses implications. Toutes les clientes sollicitant des soins complets en matière d'avortement avaient reçu des conseils en matière d'adoption, entre autres, avant de choisir le type de service d'avortement. En tout, 61 personnes ont subi un curetage par aspiration manuelle (MVA), 58 ont reçu des médicaments et 9 ont bénéficié d'orientation. Toutefois, 4 femmes sur 9 ayant bénéficié de conseils sur le maintien de la grossesse ont accepté et 3 d'entre elles (2 adolescentes et une mère célibataire) ont accouché afin de faire adopter leur enfant. Cette tendance s'est poursuivie depuis lors. Différentes femmes et différents couples continuent d'exprimer leur intérêt en tant que familles adoptives. Les femmes en état de grossesse, en particulier les adolescentes ayant le consentement de leurs tuteurs, acceptent d'accoucher, afin de faire adopter l'enfant. Actuellement, en collaboration avec l'unité de santé des adolescentes, la polyclinique de planification familiale/soins complets en matière d'avortement d'Ashaiman veille à ce que les processus d'adoption soient lancés avec des familles adoptives prêtes chaque fois que le besoin se fait sentir.

Conclusion:

Quelles que soient les circonstances qui ont conduit une personne ou un couple à recourir à la planification familiale et aux unités de soins complets en matière d'avortement, par exemple, qu'il s'agisse d'une grossesse non désirée ou d'une infertilité à laquelle ils sont confrontés, le choix de l'adoption doit être mis en évidence au même titre que les autres options. Nonobstant ce fait, il faut une réflexion, un examen, une recherche et une planification minutieuse pour déterminer si l'adoption est le meilleur choix pour chaque individu. Ce concept, lorsqu'il sera promu et accepté dans le pays et au-delà, permettra de réduire progressivement les mortalités par avortement et le stress des couples en proie à l'infertilité. Il y aura moins de pression dans les divers foyers et orphelinats, étant donné qu'un plus grand nombre de personnes souffrant d'infertilité adopteront en toute confiance les enfants d'autres personnes. La maltraitance et la négligence des nourrissons/enfants diminueront la morbidité et la mortalité infantiles car l'adoption sera un avantage mutuel pour les parents biologiques et adoptifs

Recommandation :

Il faudrait une campagne de plaidoyer sur l'adoption comme une option dans les soins de santé reproductive en tant que besoin essentiel non satisfait. La sensibilisation sur l'importance de l'adoption et la nécessité de la démystifier s'imposent. Il s'agit d'un acte de bonté et d'un cadeau aux familles et non pas d'une démarche à désapprouver. Les décideurs politiques doivent reconsidérer le rôle de l'adoption dans les soins de santé reproductive et dans la société en général. Il est nécessaire de mettre en place une politique ou un cadre qui fera de l'adoption un processus plus facile et l'intégrera aux soins de santé reproductive, et ce, en collaboration avec tous les organismes concernés. Cette approche permettra de réduire l'incidence de la morbidité/mortalité lors de soins prénatals ainsi que les vols et ventes de bébés à divers niveaux des établissements de santé. Il est recommandé de mettre en place une unité de conseil dans tous les établissements, afin de prendre en charge les problèmes socio-médicaux, psychosociaux, traditionnels et culturels dans le cadre de la santé reproductive préventive. Cette approche permettra à la population de bien gérer les situations avec le moins d'incidence possible sur la santé.

AE11: Rôle des comités des établissements de santé dans la pérennisation des programmes de soins de santé maternelle et infantile gratuits de l'État d'Enugu, au Nigéria.

Auteur : Chinyere .C. Okeke, Anne .C. Ndu

Introduction :

Le programme de soins de santé maternelle et infantile gratuits financé par les contribuables (FMCHP), a été introduit en décembre 2007 dans un contexte marqué par de piètres indices de santé dans l'État. Il a été introduit dans les établissements de santé publics, afin d'améliorer l'utilisation des soins de santé primaires, de s'assurer que les ménages sont protégés contre le risque financier de l'obtention des soins de santé maternelle et infantile essentiels et de réduire la mortalité maternelle et infantile. Les frais d'utilisation des services de santé maternelle contribuent à la fréquentation élevée des cliniques confessionnelles et des praticiens de la médecine traditionnelle, ce qui augmente la probabilité de décès évitables dus à la grossesse et à l'accouchement. Même lorsque les frais d'utilisation ne sont pas revus à la baisse, les contraintes financières limitent encore de manière considérable l'accès aux services de santé maternelle en milieu rural au Nigéria. La politique relative aux programmes de soins de santé maternelle et infantile gratuits envisageait deux stratégies de responsabilisation sociale, notamment les comités des établissements de santé (HFC) et les systèmes de plaintes. Les comités des établissements de santé ont été conçus pour contrôler la prestation de services gratuits, mobiliser les communautés en faveur de la fréquentation des établissements de santé publics, gérer les ressources des centres et faciliter la mise en œuvre des systèmes de plaintes, au nombre desquels figurent les boîtes de dépôt de plaintes, les lignes d'assistance téléphonique, les enquêtes sur les sorties et vignettes des patients dans les établissements de santé. La présente étude vise à répondre à la question : Les comités des établissements de santé contribuent-ils à la durabilité du programme jusqu'à ce jour ?

Méthodologie :

Une étude descriptive et qualitative a été réalisée entre les mois de novembre 2016 et d'avril 2017 dans le ministère de la Santé de l'État et dans le district d'Agwu, dans l'État d'Enugu, au Sud-est du Nigéria. Elle couvre une superficie de 7 161 km² et avec une population de six millions d'habitants. Les données ont été collectées en recourant à la revue documentaire, à des entretiens en profondeur et à des groupes de discussion. Un district a été sélectionné par échantillonnage aléatoire simple parmi les 7 districts de l'État. Les informations ont été extraites de 9 documents de politique et 28 entretiens (10 responsables de l'élaboration de politique, 8 prestataires, 6 responsables de comités des établissements de santé et 4 groupes de discussion avec des utilisateurs) ont été réalisés en utilisant un guide d'entretien semi-structuré en profondeur. Les données ont été analysées en recourant à une analyse thématique.

Résultats :

La présente étude a contribué à montrer le rôle des initiatives de responsabilisation sociale dans la mise en œuvre du programme de soins de santé maternelle et infantile gratuits (FMCH) dans l'État d'Enugu, au Nigéria. Les comités des établissements de santé n'étaient pas représentés au comité de pilotage et n'ont donc pas participé à la collecte de fonds et à la budgétisation du programme de soins de santé maternelle et infantile gratuits. Ils étaient en proie à des limitations dans l'application des règles de dépenses et n'étaient donc pas impliqués dans les décisions de gestion des fonds. Avec l'arrivée des partenaires au développement, ils ont fait un plaidoyer pour que le service des droits soit dissocié de la politique de la preuve fiscale (ETP). Les comités des établissements de santé se sont montrés réceptifs aux prestataires de services en faisant un plaidoyer auprès du gouvernement pour qu'il engage des travailleurs de la santé bénévole. Il existe une bonne

relation entre les comités des établissements de santé et les fournisseurs, dans la mesure où les réunions des comités des établissements de santé inscrivait le FMCHP de manière régulière sur leur ordre du jour et fournissaient également des rétroactions aux utilisateurs et aux citoyens et ont offert des récompenses au personnel méritant. Ils ont également joué le rôle d'agents de liaison communautaires en s'attaquant aux obstacles du côté de la demande au FMCHP en mettant à disposition leurs numéros de téléphone et en résolvant les plaintes des femmes. Ils ont sensibilisé davantage les utilisateurs au FMCHP et à la procédure de plainte. Ils ont aidé la communauté à combler les lacunes en matière de prestation de services dans les établissements de santé en soutenant les dirigeants syndicaux/traditionnels de la ville et en dirigeant l'appropriation communautaire des comités des établissements de santé. Ils contrôlent la participation du personnel à partir des formations dispensées par des organisations de la société civile qui ont obtenu les parrainages des partenaires au développement. Ils contrôlent le fonds de renouvellement des médicaments et l'utilisation des fonds de soins gratuits dans les établissements de santé. Les comités des établissements de santé se sont principalement engagés auprès des décideurs au niveau des districts, directement ou par l'intermédiaire de l'Alliance des comités des établissements de santé. Les principales questions présentées aux décideurs étaient l'infrastructure, la sécurité et les besoins de dotation en personnel pour soutenir la prestation efficace des services de santé maternelle et infantile.

Conclusion :

Dans l'ensemble, les comités des établissements de santé ont accru l'utilisation des soins gratuits par les femmes et les enfants en brisant l'indifférence des prestataires de soins de santé et le manque de confiance des clients dans les institutions de santé publique et ils ont également incité les agents du gouvernement à combler les lacunes dans la prestation de services dans les établissements de santé, à s'assurer que les médicaments étaient disponibles par le biais des fonds de renouvellement des médicaments dont ils ont assuré le suivi et ces interventions se sont traduits par une réduction des cas de rupture de stock des médicaments dans les centres. Les comités des établissements de santé ont renforcé la relation utilisateurs/citoyens-prestataires en fonctionnant comme agents de liaison communautaires, superviseurs gouvernementaux et superviseurs généraux de soutien pour influencer la réactivité des prestataires de services, ce qui a permis d'améliorer la transparence et la responsabilisation dans le cadre du programme.

Recommandation :

Les comités des établissements de santé devraient être impliqués dans la génération de revenus, la gestion des fonds du FMCHP, le paiement des prestataires, la conception des prestations et la fourniture de services gratuits, dans la mesure où leur utilité pour la durabilité du programme a été démontrée dans la présente étude. La responsabilisation sociale devrait être assurée avec le soutien des décideurs et des utilisateurs des services sous la forme d'un engagement actif des membres des comités des établissements de santé dans l'analyse conjointe des problèmes et la planification avec d'autres parties prenantes au FMCHP. Ces types d'actions permettront d'améliorer la transparence et la responsabilisation dans la mise en œuvre de la politique des soins de santé gratuits et amélioreront la réalisation des objectifs de couverture sanitaire universelle de l'utilisation des services par rapport aux besoins de soins. D'autres États au Nigéria et pays à faibles ressources devraient imiter l'utilisation et l'autonomisation des comités des établissements de santé dans les programmes visant le bien de l'ensemble de la communauté.

AE12 : Utilisation de la planification familiale et des facteurs connexes chez les femmes ayant recours aux avortements dans les établissements de santé des villes de la zone centre du Tigré, au nord de l'Éthiopie : étude transversale

Auteur : Goshu Hagos, Gurmesa Tura, Gizienesh Kahesay, Kebede Haile, Teklit Grum et Tsige Araya

Introduction :

L'avortement reste l'une des principales causes de mortalité maternelle au monde. Pour prévenir les grossesses non désirées et les avortements répétés, la contraception après un avortement se révèle très efficace, et ce, si elle est pratiquée avant que les femmes ne quittent l'établissement de santé. Cependant, la situation de l'utilisation des services de planification familiale après l'avortement (PFAA) et les facteurs contributifs ne sont pas bien étudiés dans la région du Tigré. C'est à juste titre que nous menons la présente étude sur l'utilisation de la planification familiale et les facteurs qui y sont liés chez les femmes ayant recours à l'avortement.

Méthodologie :

Une étude transversale en milieu sanitaire a été menée auprès de femmes ayant recours à l'avortement dans la zone centre du Tigré, de décembre 2015 à février 2016. Au total, 409 clientes ayant subi un avortement ont été sélectionnées à l'aide d'une technique d'échantillonnage aléatoire systématique et les femmes ont été interrogées à leur sortie. Les données ont été recueillies au moyen d'un questionnaire testé au préalable qui a été administré par un agent d'entretien. Les données ont été codées et saisies dans le système Epi

info 7, puis exportées dans SPSS pour être analysées. Les statistiques descriptives, les fréquences et la moyenne ont été calculées. Une régression logistique bivariée a été utilisée et les variables statistiquement significatives à $p < 0,05$ ont été vérifiées dans la régression logistique multivariée pour identifier les facteurs associés.

Résultats :

Au total, 409 clientes ayant subi un avortement ont été incluses dans la présente étude. La majorité des participantes à l'étude (290, soit 70,9 %) ont utilisé des contraceptifs après un avortement. Le type d'établissement de santé, la personne ayant pris la décision d'avoir un enfant, le fait de savoir qu'une grossesse peut survenir peu après un avortement et l'opposition du mari aux contraceptifs avaient une corrélation significative avec l'utilisation de la planification familiale post-avortement.

Conclusion :

Environ un tiers des femmes ayant subi un avortement n'ont pas reçu de contraceptif avant de quitter l'établissement.

Recommandation :

Les établissements privés devraient renforcer le service de soins post-avortement. Les prestataires de soins de santé devraient fournir des conseils sur le retour de la fécondité après un avortement avant que les femmes ayant subi un avortement ne quittent l'établissement. L'autonomisation des femmes par le renforcement de la prise de conscience de la communauté en mettant l'accent sur la prise de décision personnelle dans l'utilisation de la planification familiale, y compris celle du partenaire, devrait être renforcée.

AE13 : Les couples « SMART » travaillent ensemble pour améliorer les résultats en matière de santé

Auteur : Dorothy Brewster-Lee, Caroline Agalheir et Yahaya Zakou

Introduction :

En dépit des décennies d'investissement dans la santé, l'agriculture et les programmes de renforcement économique des ménages, des problèmes chroniques, dont la malnutrition, persistent en Afrique subsaharienne. L'on note une reconnaissance croissante du fait qu'une approche multisectorielle et intégrée qui comprend une planification et un espacement idéal des grossesses (PEIG) est nécessaire pour résoudre ces problèmes complexes. Les recherches montrent que les femmes dépensent plus que les hommes pour l'alimentation, l'éducation et les soins de santé. En revanche, les hommes contrôlent le revenu du ménage. Pour relever ces défis, il faudra des changements de comportement dans la communication au sein du couple et la prise de décision conjointe. Le Secours catholique a lancé l'intervention dénommée Smart Couple (SC). Il s'agit d'un programme d'études participatif, dirigé par les pairs, d'une durée de 24 heures et axé sur l'acquisition de compétences, qui fournit aux couples la possibilité d'évaluer et d'améliorer la qualité et le niveau d'équité dans leur relation. Il est dispensé en petits groupes de couple, suivis par des groupes de soutien pour l'obligation redditionnelle des pairs et la sensibilisation à l'intention d'autres couples. L'intervention a été intégrée à des programmes multisectoriels de nutrition conçus pour atteindre 1 223 749 bénéficiaires de projets au Burundi, au Ghana, au Niger, en Ouganda, en Éthiopie et au Rwanda. Grâce au soutien actif des partenaires de sexe masculin et à l'intervention des partenaires de sexe féminin, Smart Couple a le potentiel : 1) d'accroître l'accès des femmes aux services de programmes, notamment la PEIG ; 2) d'accroître la gestion conjointe des actifs des ménages ; et 3) accroître la participation des femmes au processus décisionnel communautaire et la demande de services communautaires de qualité.

Méthodologie :

En 2017, 152 couples participants au projet pilote ont été interrogés, aux phases initiales et finales, pour évaluer la qualité des relations entre les couples et les comportements de santé connexes. Après l'étude formative initiale, 142 couples parmi eux ont continué à bénéficier d'un programme multisectoriel de nutrition et de sécurité alimentaire. Après 12 mois, 106 couples étaient disponibles pour accorder des entretiens de suivi. La Boîte à outils d'évaluation de la fonctionnalité du couple a été utilisée au cours de cette évaluation de suivi, qui mesure les comportements dans cinq domaines des relations de couple et 8 modules techniques liés au programme, à savoir : la santé, notamment la PEIG, la Violence sexospécifique (VSS) et la protection des enfants, la parentalité, les communautés d'épargnants et de prêteurs internes, l'agriculture et les moyens de subsistance, la gestion des finances des ménages et la nutrition.

Principaux résultats :

Lors de l'entretien de suivi, l'Indice de qualité des relations (IQR) moyen a connu une hausse, passant de 71 à 76 pour les données finales,

ce qui indique un niveau de qualité soutenu durant l'année suivant le projet pilote. La communication au sein des couples a obtenu une note de 15,8 (échelle de 20 points). L'on note que 78 % des couples ont déclaré avoir discuté de l'espacement des naissances au moins à deux reprises au cours du mois précédent. La note moyenne de l'IQR pour la prise de décision globale était de 8,7 au suivi (échelle de 20 points), ce qui indique une amélioration par rapport aux données finales (moyenne de 7,3).

45 % des personnes interrogées ont obtenu des IQR élevés (>80). Les femmes de ces unions ont déclaré avoir pris un plus grand nombre de décisions statistiquement significatives ($p < 0,10$) en matière de santé sans impliquer leurs partenaires de sexe masculin.

Dans tous les rapports de grossesse, le partenaire de sexe masculin accompagnait son épouse au centre de santé. La comparaison des résultats entre les participants ayant déclaré un taux de fréquentation élevé et un taux de fréquentation moyen-faible aux séances de Smart Couple a révélé que les groupes ayant un taux de fréquentation élevé étaient statistiquement plus susceptibles d'avoir utilisé une méthode d'espacement des naissances au cours du mois précédent par rapport aux participants ayant un taux moyen-faible ; d'avoir un IQR plus élevé ($p < 0,001$) et une note plus élevée en ce qui concerne la prise de décision conjointe ($p < 0,001$), plus de prise de décision conjointe sur le revenu familial ($p < 0,05$), la santé des enfants ($p < 0,01$), la consommation d'aliments nutritifs ($p < 0,05$), les activités agricoles ($p < 0,01$), les conditions sanitaires dans les ménages ($P < 0,01$), l'éducation des enfants ($p < 0,10$). Une analyse similaire ciblant les femmes a affiché des résultats positifs significatifs identiques ($p < 0,05$) pour l'IQR, la prise de décision conjointe sur le revenu généré et les achats importants, et la capacité de visiter les membres de la famille. Les groupes témoins étaient semblables en termes d'âge, de niveau de scolarité, de sexe des participants et de type de situation matrimoniale.

Conclusion :

Les résultats de l'étude indiquent que l'intervention intitulée « Smart Couple » est associée à des améliorations de la qualité des relations, de la communication et de la prise de décision conjointe des couples concernant la santé maternelle et infantile. L'analyse a démontré une corrélation entre les participants qui ont achevé toutes les activités du programme Smart Couple et les comportements positifs dans de nombreux domaines techniques. L'étude de suivi a également montré une augmentation de la prise de décisions conjointes dans plusieurs domaines techniques essentiels à l'acquisition d'une bonne nutrition pour les enfants. La durabilité est assurée grâce au plaidoyer et à la formation du personnel gouvernemental et des chefs religieux pour qu'ils adoptent le « renforcement du couple » comme partie intégrante de leurs activités de promotion de la santé et du bien-être.

Recommandations :

La réalisation d'activités de renforcement du couple sous forme d'intervention de base en matière de genre peut encourager des comportements et compétences de couple positifs à appliquer systématiquement par le biais de programmes multisectoriels. L'amélioration de la communication au sein des couples peut accroître la capacité des femmes à participer aux institutions communautaires locales et aux programmes nationaux, afin de faire ressentir des impacts durables sur les résultats au niveau des ménages. L'approche Smart Couple confère aux couples la capacité de décider ensemble, de planifier ensemble dans plusieurs domaines et de travailler ensemble, afin de réaliser leurs rêves.

Des essais de contrôle aléatoires ont documenté des résultats positifs du programme « Smart Couple » dans quatre pays subsahariens (Ouganda, Cameroun, Éthiopie et Zambie). Toutefois, il faut davantage d'expérience dans la mise en œuvre de cette méthodologie dans les programmes multisectoriels. D'autres modifications comprendront le renforcement de la mise en œuvre, la documentation des résultats dans les secteurs techniques et les orientations croisées et la contextualisation des messages relatifs à la nutrition pour les couples afin de faciliter davantage les décisions et comportements positifs. Des documents additionnels seront nécessaires pour comprendre la contribution du programme Smart Couple aux résultats en matière de santé et de développement.

AF1 : Surmonter les dynamiques de pouvoir entre prestataires et clients pour améliorer la redevabilité et la responsabilisation sociale dans l'accès et la qualité des services de santé reproductive dans les communautés affectées

Auteur : Dr. Ghislaine Alinsato, Erin Dumas, Alfred Makavore, Jimmy Nzau

Introduction :

La crise que vit le Mali au Nord aggrave la santé des femmes et filles dans un contexte socio-culturel fait de déni des droits d'accès aux services de Santé de Reproduction (SR) incluant la Planification Familiale (PF) et les Soins Apres Avortements (SAA). Quand le projet SAFFAC a commencé en 2013, il y avait des ruptures fréquentes des stocks des contraceptifs de longue durée, faible utilisation des services,

insuffisance de personnel qualifié et équipements adéquats, non implication des hommes et des leaders religieux, et la persistance des normes sociales et de genre défavorables. La théorie de changement qui soutend l'intervention de CARE est que l'amélioration des attitudes des prestataires rendra les services SR plus attrayants et stimulera leur utilisation. Dans le but d'améliorer la crédibilité et réduire les dynamiques de pouvoir entre prestataires et utilisateurs de service, CARE a adapté la carte de score communautaire CSC © qui implique la participation des citoyens à l'amélioration de la qualité de service. Ce projet a démontré une amélioration continue de la performance en PF et SAA pendant 5 ans dans 2 régions du Mali.

Méthologie:

La CSC a été adaptée dans les régions de Mopti et Ségou pour 43 formations sanitaires. Elle rassemble les membres de la communauté, les prestataires et les autorités locales dans un processus continu d'amélioration de la qualité. Elle offre un espace sûr de négociation à partir de l'analyse des données et le recueil des plaintes. Pendant ces rencontres mensuelles et revues trimestrielles, les prestataires et les représentants de la communauté partagent les données et les feedbacks comme point de départ des échanges. Il s'en suit une analyse conjointe des défis et un plan d'action est établi et suivi.

Résultats :

Depuis 2013, 45.057 femmes et filles de quatre districts sanitaires de la Région de Mopti ont utilisés des méthodes de PF dont 56% ont opté pour une méthode à longue durée. 2543 clientes ont été soignées pour complications d'avortement et 64% ont pu quitter la formation sanitaire avec une méthode contraceptive. La crédibilité des prestataires s'est accrue, ils bénéficient désormais du soutien de la communauté. Il y a une réduction notable des plaintes de la communauté. Les communautés ont pris conscience de leur influence sur la performance sanitaire. Aucune formation sanitaire n'a rapporté de rupture de stock en contraceptifs et consommables usuels durant le dernier semestre de Janvier-Juin 2018. Le projet SAF PAC a permis d'assurer de façon continue l'offre de service PF. On peut citer entre autres leçons apprises: L'analyse des données comme point de démarrage des échanges facilite la communication sur la base d'évidences; pour améliorer la confiance entre les citoyens et les prestataires, ces derniers et les responsables doivent disposer de moyens nécessaires pour prendre des engagements et les suivre ; les citoyens ont besoin de soutien pour s'organiser ; l'intervention doit se traduire par des activités adaptées aux niveaux d'alphabétisation et aux communautés rurales, Engager les hommes et les adolescents brise certaines barrières socio-culturelles.

Conclusion :

Dans les contextes fragiles, le manque de ressources disponibles pour répondre aux besoins et préférences des citoyens est significatif. CARE à travers le projet SAF PAC au Mali a mis en œuvre une approche holistique de redevabilité et de la gouvernance locale base sur son approche dénommée carte de score communautaire qui a montré des résultats significatifs. L'expérience de CARE a montré que l'engagement des communautés et des prestataires de services dans un processus qui renforce le respect, la confiance et la responsabilité mutuelle peut contribuer à améliorer la qualité et la satisfaction des services fournis.

Recommandation :

Nous recommandons de ne pas faire de la copie intégrale du modèle de redevabilité sociale mais prioriser l'adaptation au contexte (niveau d'alphabétisation par exemple). Il faut développer un modèle de redevabilité qui implique la communauté, le District/zone de sante et les staffs de projet. Le modèle doit être intégré dans toutes les phases du projet de la planification au suivi-évaluation. Le renforcement des capacités de toutes les équipes sur l'approche facilite son appropriation et la pérennisation.

AF2 : Un modèle d'adaptation d'une innovation réussie : Du « Leadership Universitaire » au « Leadership Communautaire » pour le Changement de comportement en SSRAJ (LCC)

Auteur : Abdoulaye Ousseini , Ginette Hounkanrin, Laura Lundstrom

Introduction :

Au Niger, les jeunes de 10 à 24 ans représentent 32% de la population. Leurs besoins en matière de SSR sont reconnus comme une priorité par le gouvernement. Toutefois, rares sont les programmes SSRAJ mis à l'échelle de manière effective dans le but de produire un impact populationnel. L'une des raisons de cet échec est que les données probantes sur le potentiel du passage à l'échelle ne sont pas suffisamment

prises en compte lors des phases pilote des projets (ExpandNet, 2011). Le projet E2A, en collaboration avec le MSP et le Ministère de l'Enseignement Supérieur, a mis en place le projet « Leadership Universitaire pour le Changement de comportement en SSRAJ » (LUC) à l'université de Niamey dans le but de réduire les besoins non satisfaits des jeunes en matière de SSR/PF. La phase pilote a été conduite avec une méthodologie de planification de son passage à grande échelle (PAGE). Sur la base des données probantes générées, un processus participatif de réflexion sur l'adaptation du LUC au niveau communautaire (Leadership Communautaire pour le Changement de comportement) a été engagé dans la région de Zinder. Ce résumé présente les étapes de cette adaptation.

Méthologie:

Les étapes suivies pour l'identification des éléments d'adaptation du LUC au LCC : 1- Identification des composantes essentielles du paquet porteur susceptible d'assurer la réussite du PAGE du LUC : a. Leadership des Jeunes et création de la demande b. Renforcement de l'offre de services SSR/PF c. Engagement des parties prenantes pour la durabilité 2- Analyse critique du contexte communautaire par des acteurs stratégiques, notamment les jeunes leaders communautaires afin d'identifier les éléments d'adaptation 3- Collecte hebdomadaire et discussion des perceptions des jeunes leaders entre les jeunes universitaires et les jeunes communautaires pour l'identification des gaps et des approches de solution.

Résultats :

L'application de la méthodologie ExpandNet pour la planification du passage à échelle du modèle leadership universitaire a facilité l'adaptation de cette approche au milieu communautaire à travers l'utilisation de données probantes pour un transfert de connaissances pour une meilleure mise en œuvre du projet, une meilleure appropriation du modèle par les décideurs et pour une planification participative de son passage à l'échelle. Cette démarche systématique contribuera inévitablement à changer les perceptions et les comportements en matière de SSR et à augmenter la demande de services de PF / SSR de qualité chez les jeunes de Zinder pour l'amélioration de la santé et du bien-être.

Conclusion :

L'application de la méthodologie de planification systématique du PAGE de l'approche LUC démontre que la collecte systématique de données, la documentation et l'engagement des parties prenantes tout au long du projet pilote a facilité l'expansion du modèle Leadership Universitaire et permis l'identification des éléments pour son adaptation au milieu communautaire. Tout passage à grande échelle est une adaptation à un nouveau contexte et devrait se baser sur l'utilisation des données probantes pour augmenter les chances de réussite du passage à l'échelle des innovations testées et réussies en phase pilote

Recommandation :

- La mise en œuvre des innovations réussies à grande échelle est toujours un processus d'adaptation dans des contextes différents ; ce qui nécessite une analyse des contextes en vue de la réussite du Passage à Grande Echelle
- Les perceptions que les acteurs de premières lignes ont de l'intervention comptent beaucoup dans la réussite de cette dernière. Il est de ce fait utile de mettre en place des mécanismes pour collecter les tendances des opinions de ces acteurs en temps réel en vue d'identifier les écarts et apporter des solutions.

AF3 : La stratégie des sages-femmes itinérantes (SAFI)

Auteur: Amy Mbacke, Khady Seck

Introduction:

La santé communautaire est un axe majeur de renforcement du système sanitaire au Sénégal. Deux documents de référence ont été élaborés pour servir de cadre d'intervention pour le secteur de la santé communautaire au Sénégal. Il s'agit de : • la Politique Nationale de Santé Communautaire (PNSC) validée en 2013 • le Plan Stratégique National de Santé Communautaire (PSNSC) validé en 2014. L'insuffisance de la couverture en personnels qualifiés au niveau communautaire est la cause entre autre du faible niveau des indicateurs de la santé de la reproduction maternelle, néonatale et infantile et des adolescent(e)s/jeunes (SRMNIA) au niveau périphérique (taux de mortalité maternelle, taux de mortalité néonatale, taux de prévalence contraceptive, taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié). Pour relever ces défis, il est décrit dans le PSNSC, une ligne d'action qui consiste à améliorer l'offre de services au niveau communautaire dans les zones difficile d'accès par du personnel de santé qualifié, en l'occurrence les sages - femmes. C'est dans ce cadre

que le projet pilote des sages - femmes itinérantes (SAFI) a été initié en milieu communautaire de février 2015 à février 2017 dans deux régions du Sénégal (Matam et Sédhiou).

Méthologie:

Le MSAS a assuré la coordination et le suivi de la stratégie à tous les niveaux. 50 SAFI (21 pour Matam et 29 pour Sédhiou) sont affectées dans un poste de santé qui ne dispose pas de sage-femme. Elles consacrent 3 sur les 5 jours ouvrables de la semaine à des sorties pour atteindre les populations les plus reculées. • élaboration d'un document cadre décrivant la stratégie et sa mise en œuvre ; • renforcements de capacités continues des SAFI ; • dotation d'équipements aux postes de santé avec SAFI ; • organisation de missions de supervision conjointe ; • organisation de revues périodiques.

Résultats :

6.607 sur 8.385 sorties en itinérance effectuées par les SAFI (79%) • 31.284 enfants vaccinés • 7.289 CPN réalisées (1er contact) • 7.324 Test VIH pour FE réalisés • 3.803 nouvelles utilisatrices de planning familial (PF) recrutées • 11.437 enfants supplémentés en vitamine A. Les indicateurs de SRMNI ont aussi évolué entre 2014 et 2016: • Taux de Prévalence Contraceptive est passé à Matam de 4 à 6.9% et Sédhiou de 10 à 12.2% • Taux de couverture des accouchements assistés par du personnel qualifié de 41.2% à 55.3% pour Matam et 15% à 42% pour Sédhiou ; • Proportion d'enfants complètement vaccinés de 64% à 72% pour Matam et 90% à 96% pour Sédhiou.

Conclusion :

La stratégie SAFI a permis renforcer l'offre de services au niveau communautaire dans les deux régions pilotes. A cet effet des plans sont élaborés en vue de la pérennisation et de l'extension au niveau de Matam et Sédhiou.

Recommandation

-Pérennisation et extension de la stratégie dans les deux régions pilotes ; -Passage à l'échelle de la stratégie dans d'autres régions prioritaires.

AF4 : Vers la mise en œuvre du protocole de Maputo sur les droits à la santé sexuelle et reproductive en faveur de la réduction des grossesses précoces et non désirées ainsi que les avortements clandestins au Burkina Faso

Auteur : Cécile Thiombiano Yougbare, Etse Ditri Sallah, Hyppolite Gnamien, Hélène Menard, Béatrice Bama, Sodeha Hien, Joseph Zahiri, Olivier Van Eyll.

Introduction :

La mortalité maternelle au Burkina reste préoccupante, dû aussi à l'inapplication de certaines politiques de prévention et de prise en charge des grossesses non désirées. Les politiques sont insuffisamment connues et limitées en termes de services offerts et de cibles touchées. Bien qu'elles permettent d'assurer un avortement médicalisé dans certaines conditions, des lourdeurs juridico-administratives et médicales font que les grossesses éligibles finissent par des avortements clandestins et des décès. Ainsi des femmes continuent de mourir du fait, d'une grossesse non désirée qui met en péril leur vie sociale ou professionnelle, de celle issue de viol et d'inceste. 10% des 330 décès maternels pour 100000 naissances vivantes sont le fait d'avortements à risque ; 65% des femmes qui décident d'avorter ont moins de 24 ans. L'application des droits sexuels et reproductifs conformément aux engagements nationaux et régionaux comme le protocole de Maputo constituerait un facteur déterminant de réduction de la mortalité maternelle concomitamment à une amélioration de l'offre de service SR et à la levée des pesanteurs socio-culturelles. Dans cette réflexion, MdM-F et des OSC Burkinabé ont conduit depuis 2015 un plaidoyer ayant pour objectif la réforme des lois.

Méthologie:

Les démarches suivies sont : - Etude diagnostic du cadre législatif national des droits sexuels et reproductifs ; - Création d'alliances avec les OSC, des parlementaires et des médias ; - Renforcement des capacités des partenaires institutionnels et société civile ; - Relecture des lois et transmission des amendements aux décideurs ; - Collecte des conséquences de la non application des droits sexuels et reproductifs avec la SOGOB ; - Travail média et mobilisation citoyenne pour la diffusion des évidences du travail de terrain à Djibo ; - Sensibilisation et lobbying auprès des décideurs clés.

Résultats :

Les résultats engrangés : - Deux coalitions de plaidoyer (1 réseau OSC, et 1 réseau parlementaire) ; - Le renforcement des connaissances et le changement des attitudes sur l'avortement auprès de 174 acteurs clés et décideurs politiques multisectoriels ; - L'augmentation des alliés (OSC, secteurs ministériels, parlementaires) aux programmes et interventions de lutte contre la morbi-mortalité liée aux grossesses

non désirées (GND) et aux avortements clandestins ; - L'ouverture des tribunes média à la diffusion sans tabou des messages de lutte contre la stigmatisation liée à la problématique ; Au niveau législatif, le nouveau code pénal connaît la levée d'un certain nombre de lourdeurs judiciaires et administratives qui limitaient la prévention de la morbi-mortalité liée aux GND et avortements clandestins; On peut citer : -L'augmentation des délais (de 10 à 14 semaines de grossesse) pour le droit d'avorter en cas de viol et d'inceste ; - L'existence de mesures de prévention des grossesses des mineures en milieu scolaire ; - Les sanctions à l'encontre des personnes faisant obstacle à l'accès aux méthodes de contraception pour les femmes et les filles. L'expérience a montré l'importance de l'environnement légal (tant national que régional) sur la réduction de la mortalité maternelle. Elle a permis : - Le passage à l'échelle régional du plaidoyer pour l'interpellation des autorités en vue du respect des engagements régionaux et internationaux de protection des droits sexuels et reproductifs. - De mesurer l'ampleur des pesanteurs socio-culturelles sur les politiques publiques en SSR.

Conclusion :

: Respecter les droits sexuels et reproductifs comme prévu dans le protocole de Maputo et la charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes est un moyen clé pour lutter contre les avortements provoqués clandestins et la mortalité maternelle. Il est primordial que les engagements pris par nos états se traduisent vite par une harmonisation des lois nationales avec les conventions régionales et internationales en faveur de la santé des femmes et des filles.

Recommandation :

Ce plaidoyer en faveur des droits SR requiert la mise en œuvre de recommandations. A MdM-F : - Renforcer les capacités des professionnels de santé, de la population en général pour une meilleure connaissance et application des lois ; - Renforcer les capacités des praticiens de droits sur le cadre juridique de la santé sexuelle et reproductive ; - Assurer l'accompagnement permanent des OSC pour la sensibilisation et l'éducation pour la santé des populations Aux partenaires : - Diffuser le nouveau cadre légal avec ses avancées pour une meilleure connaissance, une meilleure application et un meilleur accès aux services et droits SSR ; A l'Etat : - Assurer l'harmonisation des lois nationales conformément aux engagements régionaux et internationaux de promotion et protection des DSSR ; - Créer des mécanismes qui favorisent l'application directe et effective des conventions signées et ratifiées par le Burkina - Promouvoir les nouvelles réglementations en SSR.

AF5 : Améliorer l'accessibilité géographique des services de traitement aux femmes souffrant de la fistule obstétricale au Mali : décentralisation de la formation des chirurgiens de la fistule selon l'approche par compagnonnage

Auteur : Demba TRAORE, Cheick Touré

Introduction :

La fistule obstétricale est un véritable problème de santé publique au Mali. En effet selon la stratégie Nationale de lutte contre la fistule du MSHP, 1 804 et 2 405 femmes courent le risque de survenue de fistule obstétricale par an. L'engagement politique du gouvernement à la campagne mondiale d'élimination de la fistule décrétée en 2005 par les Nations Unies s'est traduit par l'élaboration d'une Stratégie Nationale de Prévention et de Traitement de la Fistule Obstétricale depuis 2009 avec l'appui de ses partenaires dont l'USAID à travers Fistula Mali exécuté par IntraHealth International au Mali. L'un des objectifs prioritaires du projet Fistula Mali est le renforcement des capacités des sites de prise en charge de la fistule obstétricale (FO). C'est dans ce cadre l'organisation a développé une approche dénommé compagnonnage. Le compagnonnage est une technique de formation des chirurgiens de la fistule basée sur l'observation des compétences de l'apprenant dans son propre environnement de travail. Après l'expérience pilote réussie à l'hôpital de Gao, le MSHP a recommandé son extension à d'autres sites de traitement afin de doter le pays d'un nombre conséquent d'équipes chirurgicales pour améliorer l'offre des services aux femmes victimes de la fistule sur l'ensemble du territoire

Méthologie:

Le processus de formation des chirurgiens de la fistule selon l'approche par compagnonnage s'est déroulé en quatre étapes clés : 1) Développement des modules de formation sur les techniques chirurgicales de la fistule, 2) Conception des grilles d'évaluation des connaissances et des compétences des chirurgiens de la fistule 3) Organisation de campagnes pour le traitement chirurgical des cas de fistule et la formation des chirurgiens de la fistule in situ. 4) Evaluation des chirurgiens à chaque campagne par site en utilisation une grille de vérifications des compétences selon les standards nationaux.

Résultats :

PRINCIPAUX RESULTATS (250 mots max) : Grâce à l'approche de formation par compagnonnage, le projet USAID Fistula Mali a contribué à la formation de vingt-cinq (25) chirurgiens de la fistule entre juin 2014- juillet 2018. L'évaluation des compétences a montré que 100 % d'entre eux sont capables de diagnostiquer la fistule selon les normes. 52% (13/25) sont de niveau II et 48 % (12/ 25) de niveau III. Tous les sites disposant des chirurgiens de la fistule de Niveau III ont introduit la chirurgie de routine dans les sites respectifs. Avant l'intervention, une analyse situationnelle des sites avait montré que tous les spécialistes présents ne disposaient pas de compétences pour mener de façon autonome le diagnostic clinique et/ou la chirurgie de la fistule. Par ailleurs tous les paramédicaux impliqués dans le traitement de la fistule ont vu leurs compétences renforcées en soins infirmiers pré et post opératoires. Les sites de prise en charge chirurgicale de la fistule du MSHP sont passés de trois(3) en 2013 à sept(7) sites en 2018. Dans les zones d'intervention du projet, 94.8% des cas confirmés de fistule ont bénéficié d'une intervention chirurgicale entre juin 2014-Avril2018

Conclusion :

L'approche de formation par compagnonnage a permis au MSHP de disposer des ressources humaines en santé compétentes dans la prise en charge chirurgicale de la fistule. Par conséquent, l'atteinte des résultats de l'objectif 2 de son plan stratégique de lutte contre la fistule obstétricale.

Recommandation :

Dans tous les nouveaux plans stratégiques œuvrant dans la réduction de la morbidité et mortalité maternelle, néonatale et infantile ; le MSHP recommande l'approche de formation par compagnonnage comme stratégie clé de renforcement des capacités des prestataires de service en milieu décentralisé dans un contexte de ressources limitées.

AF6 : Passage à échelle de la Planification Familiale en Post-Partum Immédiat dans trois districts sanitaires (Adzopé, Agboville et Akoupé) de la Côte d'Ivoire

Auteur : Ernest K. Yao, Sayon Kone, Ginette Hounkanrin, Katharine Hutchinson, Liliane Winograd

Introduction :

Estimé à 614 p100 000 naissances vivantes, le ratio de Mortalité Maternelle (MM) en Côte d'Ivoire est l'un des plus élevé au monde. Le gouvernement ivoirien a repositionné la Planification Familiale (PF) comme une stratégie prioritaire pour réduire la MM. Afin de réduire les occasions manquées d'offre de la contraception, le ministère de la santé a expérimenté la PF en Post-Partum Immédiat (PFPI) au Centre Hospitalier Universitaire de Treichville-Abidjan de 2013 à 2016. Sur la période, le pilote a démontré la capacité de la PFPI à augmenter le nombre d'utilisatrices additionnelles de PF. Ainsi, le ministère de la santé a décidé de l'extension de la PFPI à échelle nationale. Avant l'intervention de Pathfinder, le service de PFPI n'était pas encore disponible dans les districts sanitaires d'Adzopé, Agboville et Akoupé. Une étude de base dans les sites du projet a montré que l'ordre d'utilisation des contraceptifs modernes dans les services de PF générale était de 73% d'injectable, 18% d'implant, 8% de pilule et 0% de DIU.

Méthologie:

Le projet vise à accroître l'utilisation de la contraception par les femmes immédiatement après l'accouchement y compris pour les adolescentes et jeunes. Ainsi, Pathfinder intervient dans 15 maternités avec la formation (technologie contraceptive, counseling, insertion du DIU, services conviviaux aux adolescents/jeunes, clarification des valeurs), l'équipement, l'approvisionnement en DIU dédié au PPI et le suivi. Le renforcement de capacités s'est déroulé de septembre 2017 à février 2018. Toutes les méthodes contraceptives sont offertes et recouvrables. Les formations sanitaires fournissent des rapports mensuels depuis mars 2018. Des analyses statistiques simples ont été réalisées et les données désagrégées par âge par méthode.

Résultats :

En trois mois d'activité, 3772 accouchements ont été enregistrés dans les 15 maternités cibles du projet. Parmi ces femmes, 3445 (91%) ont reçu un counseling sur la contraception en PPI en salle d'accouchement ou suite de couches. Le taux d'acceptation de la contraception en PPI était de 63% (2156 femmes). Cependant, les femmes accouchées qui ont effectivement accepté de pratiquer une méthode ou reçu un produit avant la sortie de la maternité représentait 74% (1601) de celles qui ont accepté la contraception en PPI. Parmi les méthodes

adoptées/reçues, la MAMA représentait 87% contre 13% (215) pour toutes les autres méthodes modernes. En dehors de la MAMA, l'ordre d'utilisation des contraceptifs modernes était de 45% de DIU, 38% d'implant, 9% d'injectables, 7% de pilule et 0% de condom. Ainsi, le DIU et l'implant représentaient 83% des produits utilisés en PPI contre 18% dans les services de PF générale. Les adolescentes et jeunes femmes (moins de 25 ans) représentaient 31% des utilisatrices de la contraception moderne contre 34% dans les services de PF générale qui prennent en compte les centres de santé dédiés aux adolescents et jeunes. Dans les sites du projet, ces groupes d'âge constituaient respectivement 38% et 25% des utilisatrices d'implant et DIU en PPI.

Conclusion :

Notre programme a permis d'offrir la PF dans les maternités, immédiatement après l'accouchement. Après trois mois de mise en œuvre, les données montrent que cette stratégie est prometteuse ; surtout pour l'utilisation des méthodes contraceptives à longue durée d'action par les adolescentes et jeunes. Cependant, il y a de nombreuses déperditions dans la cascade d'indicateurs et une grande préférence de la MAMA. La période du post-partum immédiat représente un moment idéal d'offre de la contraception aux adolescentes, jeunes et femmes.

Recommandation :

Quoique la PFPI constitue un espoir pour accroître l'utilisation de la contraception, de nombreux défis restent à relever pour assurer le succès de cette stratégie. Il est indispensable de renforcer les capacités des prestataires sur une communication interpersonnelle efficace en CPN et en maternité. Cette communication devra s'étendre dans la communauté, vers les influenceurs clés. Aussi le gouvernement ivoirien a instauré la gratuité de l'accouchement. Il serait louable d'inclure le service de PFPI dans le paquet de gratuité en salle d'accouchement. Le DIU dédié au PPI est le Copper T 380A, incorporé dans un long applicateur stérile, à usage unique, prêt à l'emploi. Au vue de ces avantages, il convient de l'inscrire sur la liste nationale des contraceptifs pour sa distribution à travers la centrale d'achat. L'investissement en PF, et spécifiquement dans la PF PPI est idéal pour accroître les objectifs de réduction de la mortalité maternelle.

AF7 : Expérience du Burkina Faso sur la délégation des tâches en planification familiale dans deux districts sanitaires : Dandé et Tougan

Auteur : André Yolland Ky, Mathieu Bougma, Boezemwende Ouba/Kabore, Seydou Boudo, , Bougassé Charles Zoubire

Introduction :

Le projet de délégation des tâches en planification familiale est le résultat d'échanges fructueux entre le Ministère de la santé et ses partenaires techniques et financiers en vue de résoudre les problèmes de développement liés fortes fécondités. De 7 964 705 en 1985, la population du Burkina est estimée aujourd'hui 20 244 079 habitants. Cette croissance rapide de la population contraste l'objectif de développement durable en matière de la santé de la reproduction : « Assurer, l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale. . . » Parmi les raisons qui expliquent cette croissance démographique on peut citer le niveau élevé des besoins non satisfaits des femmes et des jeunes en planification familiale, et l'insuffisance du personnel qualifié à répondre à la demande en PF. Ainsi en 2016, le Burkina Faso a-t-il adopté le projet de délégation des tâches, en vue de favoriser l'accès des services PF aux populations, en renforçant les compétences des agents communautaires et des prestataires dans les centres de santé périphériques. Les fondements d'une telle approche sont-ils justifiés ? Les résultats sont-ils encourageants pour un passage à l'échelle ?

Méthologie:

La signature du protocole d'accord sur la délégation des tâches a donné lieu à l'élaboration de la note conceptuelle et le plan de suivi. Ensuite ont suivi l'équipement des formations sanitaires et des Agents de santé à base communautaire en kits contraceptifs. Le début remonte en octobre 2016 s'étendant sur 24 mois. Un comité de pilotage a été mis en place pour coordonner toutes les activités sous la coordination technique de la Direction de la famille. Les structures décentralisées du ministère de la santé assurent la coordination au niveau des régions et districts.

Résultats :

Après une année de mise en œuvre du projet, les résultats suivants ont été observés : - 100% des 124 ASBC ont été formés ont été déclarés aptes à l'offre initiale des pilules et la méthode injectable au niveau communautaire (SyanaPress) - 100% des 79 agents des centres de santé formés ont été déclarés aptes à l'administration des méthodes contraceptives de longue durée. - les ASBC ont réalisés un total de

3744 causeries sur la PF ayant touché 77263 personnes touchées ; - les ASBC ont réalisés un total de 7196 séances de counseling avec pour résultats 11647 personnes touchées ; - 5733 injectables ont été distribués par les ASBC dont 1657 nouvelles utilisatrices recrutées ; - 2054 plaquettes de pilules distribuées par les ASBC dont 399 nouvelles utilisatrices recrutées; - 653 DIU distribués dans les CSPS dont 394 nouvelles utilisatrices comprenant 104 comprises entre 10-24 ans; - 1811 implants distribués dont 1245 nouvelles utilisatrices avec 619 comprises entre 10-24 ans. Conclusion L'expérience du projet pilote a montré que les agents de santé à base communautaire et les prestataires des centres de santé formés à l'administration des méthodes contraceptives sont aptes, chacun dans les paquets de services qui leurs sont définis. La demande en services de planification familiale et l'offre des services se trouvent ainsi augmentées aussi bien en communauté que dans les centres de santé.

Conclusion :

L'expérience du projet pilote a montré que les agents de santé à base communautaire et les prestataires des centres de santé formés à l'administration des méthodes contraceptives sont aptes, chacun dans les paquets de services qui leurs sont définis. La demande en services de planification familiale et l'offre des services se trouvent ainsi augmentées aussi bien en communauté que dans les centres de santé.

Recommandation :

Pour assurer le succès de l'implémentation de la délégation des tâches au niveau national, les recommandations suivantes s'avèrent-elles incontournables : (a) poursuivre les stratégies d'implication des hommes et des jeunes garçons dans les programmes de planification familiale, le changement de comportement n'étant pas le résultat de courte action ; (b) réviser le projet de décret portant « modalités de délégation d'actes médicaux aux attachés de santé, infirmiers, sages-femmes/maïeuticien d'Etat dans les structures publiques de santé du Burkina Faso », pour inclure les accoucheuses auxiliaires, les agents itinérants de santé et les agents de santé à base communautaire (ASBC) ; (c) renforcer la motivation des ASBC définissant un mécanisme de paiement de proximité et à partir de pièces justificatives simplifiées y compris par un tiers proposé par l'ASBC

AF8: Appui de compagnonnage au personnel soignant dans les districts sanitaires du Djibo et Gorom-Gorom (Région du Sahel au Burkina-Faso) en vue de l'amélioration de la qualité des soins de santé sexuelle et reproductive (SSR)

Auteur : Hyppolite Kouadio Gnamien, Gon Woro, Guire Moussa, Cécile Thiombiano Yougbare, Sodeha Hien, Joseph Zahiri, Olivier Van Eyll , Etse Ditri Sallah

Introduction :

La région du Sahel au Burkina Faso a les indicateurs sanitaires les plus faibles en SSR et surtout planification familiale (PF). Elle est confrontée depuis 2016 à un radicalisme religieux et d'insécurité caractérisés par des attaques, des enlèvements et des assassinats. Ce contexte de tension sécuritaire a provoqué une mobilité importante du personnel de santé qualifié impactant négativement la continuité et la qualité des soins de santé surtout en matière de santé sexuelle et reproductive. Dans le cadre de l'appui aux districts sanitaires de Djibo et Gorom-Gorom dans la région et devant le constat d'une baisse de la qualité des soins que les formations classiques n'arrivent pas à améliorer, l'organisation Médecins du Monde a mis en place en accord avec l'Equipe Cadres des Districts, l'activité de compagnonnage du personnel soignant dans les centres de santé afin de maintenir la qualité des soins SSR et surtout en planification familiale aux populations malgré les pesanteurs socio-culturelles et le radicalisme religieux. Le compagnonnage est un appui individuel rapproché fait au personnel soignant sur le lieu du travail à travers des séances de savoir et de savoir-faire en vue de renforcer ses connaissances et pratiques pour une amélioration de la qualité des soins SSR.

Méthologie:

Le processus d'accompagnement du personnel soignant dure 3 jours dans une formation sanitaire et est animée par une équipe mixte composée de superviseurs de MdM et des points focaux santé sexuelle et reproductive (SSR) des districts sanitaires. Les techniques d'enseignement utilisées sont : - Entretiens avec le personnel sur les objectifs, la motivation et l'environnement de travail ; - Observations directes pour évaluer les pratiques à améliorer dans l'offre des soins SSR et de planification familiale ; - Exposés sur les performances du personnel dans l'offre des soins ; - Démonstrations sur modèle anatomique et pratiques sur cas réels ensemble

Résultats :

De mars à juillet 2018 : - 4 sorties de compagnonnage de trois jours chacune ont été organisées dans 4 formations sanitaires au profit

d'agents de maternité (2 Sages-Femmes, 1 accoucheuses Brevetés et 1 accoucheuses Auxiliaires). Ces sorties complètent et renforcent les formations théoriques reçus par ces agents sur la santé sexuelle et reproductive et de planification familiale. Au cours du compagnonnage, les thématiques suivantes ont été revues : le counseling en PF, les techniques d'insertion et de retrait des implants, Les technique de réalisation de l'Aspiration Manuelle Intra Utérine (AMIU). - Evolution favorable des connaissances et performances des agents de santé à l'évaluation (initiale et finale) qui passe de • 49% à 82% pour le counseling PF selon le cadre REDI. • 69% à 89% pour la technique d'insertion d'implants • 57% à 88% pour la technique de retrait d'implants • 57% à 83% pour la technique l'AMIU Les agents de santé ont bénéficié au cours des entretiens : - Des renforcements sur l'utilisation du Misoprostol, l'hygiène des locaux et La gestion du matériel médicotechnique et des médicaments de SSR. - Des démonstrations sur les techniques et procédures de traitement des instruments dans les salles d'accouchement et le matériel pour les AMUI par désinfection à haut niveau. - Un renforcement des compétences de l'offre des soins et de la motivation de l'agent de santé face à la situation sécuritaire de la zone pour son engagement à mettre en pratique sur une base continue les nouvelles connaissances dans ses tâches quotidiennes.

Conclusion :

Le compagnonnage est un dispositif centré sur l'agent de santé en vue de renforcer la qualité des pratiques de soins et de l'estime. Il constitue une aide appréciable et tire son efficacité dans son inscription dans le quotidien du soignant. Il complète et renforce les connaissances acquises lors des formations organisées loin des structures sanitaires. Ces formations classiques ont montré leur limite dans l'amélioration de la qualité des soins et les indicateurs sanitaires en SSR et surtout en planification familiale dans des zones où les supervisions ne sont pas régulières régions comme celle du Sahel.

Recommandation :

Le compagnonnage est un processus d'apprentissage et non un audit, ainsi la relation doit se reposer sur la confiance mutuelle et fondée sur la confidentialité des échanges. Il est recommandé de : - L'organiser aux agents de santé lorsque les multiples formations classiques ne permettaient pas l'amélioration de la qualité des soins offerts aux populations ; - L'organiser lorsque les difficultés du contexte empêchent la mise en œuvre des supervisions formatives régulières ; - Elargir les apprentissages à d'autres actes en SSR comme la prise en charge des hémorragies de la délivrance (Mama Natalie), l'insertion du DIUPP (Mama-U) ; - Reprogrammer un suivi des acquis du compagnonnage au bout de 6 mois.

AF9: Tribune santé ados et jeunes : une plateforme pour renforcer l'accès des jeunes aux informations et services grâce aux réseaux sociaux

Auteur : Tao Oumar, Tarnadga Geneviève, Ba Youssouf, Ouedraogo Boureihiman

Introduction :

Les réseaux sociaux représentent une opportunité d'échange, d'éducation, de réponse aux préoccupations des jeunes en matière d'informations sur la santé sexuelle et de la reproduction et même de référence pour l'offre de service ; C'est dans ce contexte que l'IPPF soutient le Mouvement d'Action des Jeunes pour la mise en œuvre de ce projet innovant dénommé Youth connect initiative. C'est un projet qui met le focus sur le développement de plateforme sur les réseaux afin de diffuser des contenus multimédias pour renforcer les connaissances des jeunes sur les droits sexuels et reproductifs des adolescents et des jeunes. Grâce à ce projet, une plateforme dénommée Tribune Santé ado et jeunes a été créée sur les différents réseaux sociaux. L'objectif étant de donner un espace de dialogue, d'échange sur les droits et santé sexuelle et reproductive (DSSR) aux adolescents et jeunes, de plaider en faveur de la promotion et du soutien des questions de DSSR, de sensibilisation de leurs pairs sur différentes thématiques liées à la contraception. Cette plateforme est aussi utilisée pour référer les jeunes qui utilisent les réseaux sociaux vers les centres jeunes de l'association et tout centre de santé.

Méthologie:

Formation des jeunes en réseaux sociaux, à la prise de vue (filmage), au montage vidéo et radio, à la création et l'animation de blogs. Production de vidéos, de microprogrammes radio, d'articles sur les sujets divers de la SSRAJ. Mise en place d'un système de mentorat pour accompagner les jeunes au cours du projet. Couverture nationale du projet, mais couverture géographique plus large (internationale) en raison des opportunités qu'offre l'internet. Tenue de rencontre période entre les membres du comité de pilotage du projet pour évaluer l'atteinte des objectifs, réunions et appui mutuel entre les jeunes engagés pour la réalisation des activités

Résultats :

Les résultats suivants ont été engrangés : • 24 900 jeunes touchés sur différents thématiques de santé sexuelle et de la reproduction contre 15 000 prévus • 15 articles rédigés sur divers thématiques de la SSRAJ ; • 02 microprogrammes radios réalisés et diffusés ; • 05 vidéos produites sur des thématiques telles que la stigmatisation liée à l'avortement ; • 10 WhatsApp chat et tweet up avec participation des jeunes (au moins 100 jeunes par session) ; • 20 jeunes ont eu leurs compétences renforcées en blogging, présence sur les réseaux ; • De reconnaître le rôle de leadership des jeunes du mouvement d'action des jeunes qui ont été capable d'élaborer, d'implémenter un projet novateur ; • De faire comprendre aux jeunes les défis liés à leur santé sexuelle et reproductive (SSR) lors des tweet up et des WhatsApp chat. • De responsabiliser davantage les jeunes dans la conduite de projet ; • Renforcer les compétences des jeunes sur la production de contenus multimédia microprogramme : radio, vidéo amateur pour des sensibilisations ; • Renforcer les compétences des jeunes dans la rédaction d'articles de sensibilisation, ce qui a permis de développer et susciter parmi les jeunes le goût de l'écriture, des vocations pour le journalisme ; • Organiser et réaliser des tweet up ce qui n'était pas commun au Burkina Faso avant le projet ; • Avoir des compétences en blogging et en sensibilisation en ligne ; • Conseiller et orienter des jeunes ayant des besoins en santé sexuelle et de la reproduction ; • Faire des conférences en ligne.

Conclusion :

Le projet a notamment permis : • D'utiliser les réseaux sociaux pour renforcer l'information, la sensibilisation et les références des jeunes vers les centres de santé de l'association ; • Renforcer la visibilité des activités de l'association (ABBEF) et celles mise en œuvre par les jeunes ; • Renforcer les cadres d'interpellation des décideurs par les différents tweet up ; • D'avoir de jeunes activistes pour la santé sexuelle et de la reproduction.

Recommandation :

- Créer un web télé avec des jeunes activistes engagés dans la SSRAJ pour produire et diffuser des contenus en lien avec les problématiques qui touchent les adolescents et jeunes ; - Instituer des cours d'éducation sexuelle en ligne pour permettre de renforcer les capacités des adolescents et des jeunes ; - Renforcer la sensibilisation et la formation des jeunes à l'utilisation des réseaux sociaux.

AF10 : Expériences de la documentation et de la mise à échelle de l'approche de réseau social de Tékponon Jikuagou (TJ) afin de réduire les besoin non satisfaits (BNS) en planification familiale (PF) liés aux barrières socioculturelles.

Auteur : Mariam Diakité, Susan Igras, Rebecka Lungren

Introduction :

Les programmes de PF menés au Bénin ont permis d'augmenter les connaissances, des femmes et hommes sexuellement actifs, sur les méthodes modernes de PF. Cependant, de 1996 à 2012, le nombre de besoins non satisfaits (BNS) en PF a augmenté de 28% à 33% et la prévalence d'utilisation de contraceptives modernes de 3% à 8% (EDS, 2011-2012). Evidemment, le nombre de BNS ne représente pas la demande des méthodes contraceptives et ne fournit pas un flux de programmation pouvant traduire l'utilisation soutenue de la PF.

Qu'est-ce qui empêchent les femmes et les hommes ayant un BNS en PF d'utiliser une méthode contraceptive ?

Les résultats de la recherche formative de TJ ont montré des barrières sociales de PF suivantes : désapprobation, le manque de discussion et les fausses informations sur la PF (dans l'étude de base 36% des femmes ont déclaré qu'il n'est pas acceptable de parler de la PF en public.).

Aussi, il y a une forte influence des membres de la famille et de la communauté (ex. belle-mère, partenaire), sur le choix des personnes en matière de la santé, de même les hommes ne sont ni bien informés ni impliqués dans les discussions sur la PF.

Méthologie:

TJ engage quelques groupements et personnes socialement influents dans les dialogues réflexives sur les barrières sociales liées à la PF et la diffusion des nouvelles idées dans les réseaux sociaux. Testée avec succès, TJ a été utilisée, de 2015 à 2016 par quatre ONGs dont trois locales, dans 88 villages du Couffo et l'Ouémé, au Bénin. Elle a été intégrée dans des projets de Nutrition, Alphabétisation, Eau, Hygiène et Assainissement, et Epargne et Crédit. Plusieurs méthodes quantitatives et qualitatives sont appliquées pour évaluer son efficacité dans le contexte de la mise à échelle et les effets sur les projets intégrateurs.

Résultats :

Les quatre ONGs ont entièrement mise en œuvre le paquet d'intervention TJ et les changements ont été constatés dans les résultats des différentes évaluations. Les projets intégrateurs ont constaté des améliorations de leurs principaux produits livrables en plus des résultats attendus pour TJ. Le personnel a certifié que l'utilisation des matériels de TJ a facilité leur propre réflexion et le changement de leur attitude (par rapport à la PF, genre, etc) et que leur capacité est améliorée dans la mise en œuvre de l'approche TJ, la collecte et l'utilisation des données.

Par ailleurs, dans les communautés d'intervention des projets intégrateurs, l'utilisation du paquet TJ a amené des changements dans les attitudes, comportements par rapport au genre et l'utilisation d'une méthode de PF. Au cours des interviews sur le changement le plus significatif un homme témoigne « Enfin ce changement a aussi impacté positivement mon propre foyer. . . 3 de mes épouses . . . ont pu avec mon entendement adopté une méthode de leur choix. ». Dans les résultats des enquêtes de ménage, l'utilisation des méthodes modernes de PF a augmenté de 38.5% à 59.4% chez les femmes et la perception des besoins satisfaits chez les hommes a diminué de 45.7% à 7%.

Au cours de l'étude sur la durabilité des effets de TJ, presque à l'unanimité, les répondants ont souligné qu'après TJ, les gens discutent plus aisément de la PF dans les communautés et au sein du couple, ils ont confirmé que des gens ont changé d'attitudes et de comportements envers l'utilisation de la PF.

Conclusion :

Le paquet TJ a été utilisé par des ONGs dans de contextes socioculturels différents avec les mêmes effets attendus. La pratique est efficace pour briser les barrières socioculturelles afin de favoriser l'utilisation de la PF. Avec une simple adaptation et appui de l'IRH, actuellement, l'approche est mise à échelle au Mali par trois ONGs dans le domaine d'éducation des filles, résilience et sécurité alimentaire et santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes. Un leader religieux a encouragé la pratique car au lieu d'imposer un changement des normes et de comportements, elle amène les gens à réfléchir, discuter et décider

Recommandation :

L'approche de réseau social de TJ, nous a incités à réfléchir différemment à la création de la demande de PF. Ainsi, elle encourage la comparaison sociale et le flux des nouvelles idées et attitudes à travers les réseaux au lieu d'atteindre les personnes avec des informations statiques.

Nos résultats prouvent donc, une approche légère-mais constante de changement de comportement individuel à travers le changement des normes sociales et de genre est une option précieuse de programmation qui doit être étendue à un plus large nombre de communauté.

Bien que TJ priorise la réduction du BNS en PF plutôt que l'augmentation de la prévalence contraceptive, chez les hommes du groupe d'intervention, l'utilisation actuelle d'une méthode moderne et le besoin satisfait ont baissé mais l'intention d'utiliser les méthodes de PF a augmenté contrairement aux groupes de contrôle. Ces réponses diffèrent profondément des réponses chez les femmes et méritent une exploration plus approfondie.

AF11 : Amélioration de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes /planification familiale au Niger grâce à l'introduction de l'éducation complète a la sexualité dans le curricula des collèges et lycées du Niger

Auteur : Ali Halima Moumoni, Lucien Marcel Omar

Introduction :

Au Niger, les indicateurs démographiques de santé sont alarmants. Selon le rapport de l'Etude Démographique et de Santé du Niger 2012 51,7% de la population âgée de moins de 15 ans, L'âge médian au premier mariage est de 15,8 ans pour les filles et de 24,3 ans pour les garçons avec une forte fécondité avec en moyenne 7,6 enfants par femme et. Le taux de fécondité des filles de 15 à 19 ans est de 201 pour 1 000 naissances et à 19 ans, 68% sont déjà devenues mères.

L'âge médian au premier mariage est de 15,8 ans pour les filles et de 24,3 ans pour les garçons. Au Niger, le taux de mortalité maternelle est de 535 décès maternels pour 100 000 naissances et les adolescents contribuent à 14%. La prévalence du VIH chez les jeunes est 0.5% et 63% des enfants du Niger subissent au moins un des types de violence.

Face à cette situation, le Niger avec l'appui de l'UNFPA a procédé à l'intégration de l'Education Sexuelle Complète (ESC) dans le curricula du secondaire dans les disciplines de Science de la Vie et de la Terre (SVT), d'Economie Familiale et Géographie. Deux années après la mise en œuvre, une évaluation du contenu des programmes les acquis des élèves a été réalisée.

Méthodologie :

Une phase pilote en deux étapes : Pair éducation dans 10 écoles (1) Adaptation des modules génériques ; (2) Elaboration des outils de collecte des données ; (3) Formation des pairs éducateurs et infirmiers ; (4) Production de supports de communication ; (5) Lancement du pilote ; (6) Collecte mensuelle des données (7) Revues trimestrielles (8) partages d'expérience puis Extension aux enseignants de SVT et EF. .

Phase d'Intégration ESC dans le curricula du secondaire après un plaidoyer auprès des parties prenantes ; Révision des modules ; (3) formation et suivi, (4) Evaluation du contenus et acquis scolaire.

Résultats :

Phase pilote: 80 pairs éducateurs et 60 enseignants formés pour une cible de 15.079. 1280 séances réalisées pendant 8 mois, 9 681 adolescents et jeunes touchés. 459 consultations mensuelles dont 607 cas d'IST, 11 séropositifs et plus 5000 contraception offerte.

En 2014 intégration de l'ESC dans le curricula avec plus de 57 %enseignants formés. Ce qui a contribué à développer l'empowerment des adolescentes et jeunes, à réduire le cout des formations et rehausser le niveau de connaissance en SR

Un contrôle des acquis scolaires des élèves a montré une réussite au moins à la moitié des Items: 81.1% 6eme; 84% 5eme; 73 % 4eme ; 88% 3eme ; 93% seconde ; 50% première A ; 69.1% première C/D ; 75.1% terminale A et 75.1% en terminale C/D.

Résultats questionnaire des enseignants :

57% sont beaucoup aidés par la formation ceux d'Economie Familiale et Sociale sont les plus nombreux (69,7%) contre 30% Histoire Géographie par contre 37,5% éprouvent des difficultés

Résultats questionnaire "encadreur pédagogique"

41,4% sont beaucoup aidés par la formation à mieux encadrer les Enseignants et 48,3% déclarent avoir constaté une amélioration. Par contre 41,4% déclarent rencontrer des enseignants formés éprouvant des difficultés

Résultats de l'évaluation du programme ESC par l'outil serat

L'évaluation par l'outil SERAT à portée: Objectifs et principes du programme d'ESC au Niger, Contenus du programme, Mise en œuvre du programme, Intégration dans les curricula, Formation des enseignants, Suivi-Evaluation et du Contexte institutionnel

Les résultats montrent 53% d'éléments forts, 35% de faibles ou moyens et 12% de Non Applicables

Conclusion :

L'intégration de l'ESC dans le curricula est une bonne pratique à promouvoir dans les pays où le niveau de connaissance en SR/VIH et la demande Pf reste faible. Elle a fortement augmenté la création de la demande ainsi que l'utilisation des services SR. Elle a aussi contribué à la réduction de discrimination et des jugements des adolescents et jeunes par les prestataires des infirmeries des écoles pendant offre des prestations. En outre l'évaluation des acquis scolaires des élèves et du contenu intégré dans les disciplines a permis d'identifier les forces et faiblesses du programme recommandant ainsi l'élaboration des modules complémentaires

Recommandations :

- Rechercher un fort engagement de l'état et de tous les décideurs :

- Impliquer fortement toutes les parties prenantes et à tous les niveaux ;
- Elaborer et mettre en œuvre un plan cohérent de mise à l'échelle
- Mettre en place un comité multisectoriel le suivi des actions à entreprendre,
- S'assurer de l'appui technique et financier des partenaires ;
- Assurer la disponibilité permanente du produit et en assurer une bonne gestion des stocks
- Mettre en place un système fiable de collecte des données d'offre et de consommation du produit pour juger de l'opportunité de l'intervention ;
- Organiser périodiquement des supervisions de l'offre des services SR/PF aux adolescentes et jeunes
- Partager périodiquement les résultats de l'offre aux différents acteurs intervenant dans le domaine.
- Documenter les résultats de l'intervention.

AF12 : Planification Familial et Santé Reproductive pour les Parents pour la Première Fois : Une approche combinée de changement de comportement à Zinder, Niger

Auteur : Assani Osseni Akim, Ousseini Abdoulaye, Claire Moodie

Introduction :

La forte croissance démographique du Niger est le résultat d'une longue période de forte fécondité avec en moyenne 7,6 enfants par femme et 51,7% de la population âgée de moins de 15 ans. Le taux de fécondité des filles de 15 à 19 ans est de 201‰ naissances et à 19 ans, 68% sont déjà devenues mères¹. Au niveau national, l'âge médian au premier mariage est de 15,8 ans pour les filles et 24,3 ans pour les garçons². Dans leur foyer, les adolescentes mariées dépourvues de bonnes informations sur la santé sexuelle et reproductive, subissent la pression sociale pour une maternité précoce et fréquente. Cette situation est à l'origine d'une très forte mortalité et morbidité maternelles et infantiles. Au Niger en 2015, le taux de mortalité maternelle est de 520 pour 100 000 NV et le taux de mortalité infantile est de 126‰ NV³. Dans ce contexte, Pathfinder International, en collaboration avec le gouvernement et des partenaires locaux, a mis en œuvre le projet de planification familiale et santé reproductive pour les Parents pour la Première Fois (PPF) au Niger destiné aux jeunes femmes mariées (24 ans et moins) enceintes ou ayant eu un premier accouchement et à leurs partenaires.

Méthologie:

L'approche s'inscrit dans un paquet complémentaire d'intervention de changement social et comportemental suivant les 3 niveaux du modèle socio-écologique à savoir : personnel, social et structurel. Ainsi au niveau individuel, des visites à domicile et des réunions de petits groupes sont organisées pour sensibiliser les adolescentes, et les accompagner aux formations sanitaires. Au niveau social, des réunions de petits groupes et des activités communautaires sont menées auprès des maris, coépouses, belles-mères et leaders communautaires en vue de créer un environnement favorable à la PF. Au niveau structurel, le projet a appuyé l'intégration des services adaptés aux besoins des jeunes.

Résultats :

Niveau individuel/Couple

- 288 relais communautaires formés
- 6 200 visites à domicile
- 4 300 discussions en petits groupes
- Plus de 1 950 jeunes couples PPF touchés ;
- Plus de 1000 jeunes femmes référées aux centres de santé ;

Niveau social/communautaire

- Plus de 8 200 contacts avec des belles-mères, des beaux-pères, des coépouses et d'autres personnes influentes au moyen de VAD ;
- Près de 150 théâtres forum menées dans 48 villages d'intervention (12000 participants) ;
- 15 spots radio produits en trois langues (Haoussa, Kanouri, Fulfulde) et diffusés plus de 850 fois ;
- Près de 120 chefs religieux formés sur la planification familiale ;

- Perfectionnement perçu de la communication au sein des couples, et augmentation de la prise de décision conjointe.
- Plus grande implication des maris dans les tâches ménagères lourdes
- Plus de soutien des maris pour que leurs jeunes femmes utilisent les services de santé ;

Niveau structurel/Système

- Plus de 50 agents de santé formés à l'offre de services adaptés aux jeunes ;
 - Plus de 350 cliniques mobiles organisées en collaboration avec IMPACT au Niger pour couvrir les villages du projet FTP.
 - Sur 16 centre de santé soutenus par le projet :
- 1 845 CPN au T4 2017 (266 CPN au T4 2016).
 - 12 695 femmes ont adopté des méthodes de planification familiale (dont 60% avaient moins de 24 ans).

Conclusion :

Pour susciter un changement efficace des normes sociales les actions doivent être menées de façon combinée à plusieurs niveaux du système socio-environnemental de la cible. La combinaison des VAD (visite à domicile), discussions de petits groupes et dialogues communautaires ont été des actions qui ont non seulement touchées les jeunes filles mariées au niveau personnel mais aussi leur entourage (maris, influents, etc.). Tout ceci doit être soutenu par le renforcement permanent de la qualité des services de santé pour répondre à la demande ainsi créée.

Recommandation

- Tenir compte des importants besoins non satisfaits en santé sexuelle et reproductive des adolescentes mariées et surtout des parents pour la première fois dans les programmes de sante en combinant plusieurs approches réussies du modèle socio-écologique pour pouvoir y répondre efficacement en Afrique de l'Ouest ;
- Considérer les facteurs liés à l'entourage des jeunes mères pour première fois qui constituent quelques fois une barrière a la recherche de l'information et de services de santé dans le processus.
- Mettre en œuvre des actions ciblées à l'endroit des influenceurs clés pour générer un environnement favorable à l'expression et à la jouissance des droits en matière de santé sexuelle et reproductive par les adolescentes mariées.

AF13 : Financement des interventions de Planification Familiale par les collectivités locales

Auteur : Zekpa Apoté Tovinyéawu N'gani Simtokina

Introduction :

Dans le cadre du repositionnement de la planification familiale (PF) pour la réduction de la mortalité maternelle et en vue de profiter du dividende démographique, le Togo a pris des engagements ambitieux aux niveaux national et international.

Entre 2016 et 2020, le Togo devra inclure 141000 utilisatrices additionnelles dans le programme de contraception moderne. Il contribuera ainsi à hauteur de 6,40% du résultat du Partenariat de Ouagadougou qui est de recruter 2,2 millions d'utilisatrices additionnelles et 1 200 000 pour FP 2020 en 2020.

L'une des barrières identifiées dans le financement de la santé est le Faible financement alloué à la Planification Familiale sur le budget national et le budget des communes et délégations spéciales des préfectures, incluant la sécurisation des produits PF.

En prévision pour la Gestion Budgétaire 2018, le Réseau des Champions pour le Financement Adéquat de la Santé au Togo (RCPFAS- Togo) avec l'appui technique et financier dans le compte de Opportunity Fund s'est proposé de poursuivre le plaidoyer auprès des communes du Togo afin qu'elles consacrent 5% de leur budget au profit de la Planification Familiale.

Méthodologie :

Cette initiative a démarré par l'implication effective du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale et de l'Union des Communes du Togo. Dans chaque commune, avant la signature publique de l'engagement du Maire, le plaidoyer s'est fait à travers la présentation du RAPID Togo 2014 (Ressources pour l'analyse de la Population et de son impact sur le Développement) à l'endroit des responsables communaux ainsi que les autres acteurs (décideurs, prestataires de santé, sociétés civiles impliqués dans la santé, partenaire, leaders religieux, bénéficiaires, garant des US et coutumes, groupement des femmes, club des hommes, comité de développement local, médias).

Résultats :

- 420 responsables communaux et autres acteurs (décideurs, prestataires de santé, Organisation de la Société Civile, partenaires, leaders religieux, bénéficiaires, garant des US et coutumes, groupement des femmes, comité de développement local, médias) ont été impliqués dans ce plaidoyer
- 19 communes sur 21 ont signé l'engagement de consacrer 5% de leur budget annuel à la Planification Familiale à partir de l'année 2018
- Chaque commune dispose d'un plan de travail axé sur les activités de création de la demande
- 17 communes sur 21 ont effectivement alloué 36 229 828 FCFA pour la Planification Familiale pour l'année 2018
- 79 acteurs communaux ont renforcé leur capacité sur la mobilisation de ressources selon l'approche AFP SAMRT

Conclusion :

La Planification Familiale est une stratégie qui permet aux couples d'engager un dialogue franc et sincère sur l'espace idéal des naissances, de discuter des conséquences des violences conjugales basées sur le genre et surtout sur les droits des femmes en matière de la SR; la PF permet aussi d'éviter le nombre élevé de grossesses, les grossesses trop rapprochées et non désirées sources d'avortement clandestins corollaires de décès chez les adolescents et les jeunes. L'augmentation du financement des collectivités locales aux interventions de PF aura un impact positif dans leur localité par l'assurance de la disponibilité des services de qualité offerts.

Recommandations :

- Former les acteurs sur l'outil AFP SMART et les avantages du financement de la Planification Familiale
- Impliquer les réseaux et les OSC intervenant en Santé de la Reproduction et de Planification Familiale
- Mettre en place un mécanisme efficace de Suivi et Evaluation des interventions de Planification Familiale
- Veiller au respect de cet engagement pris par les communes pour la planification familiale
- Maintenir le partenariat réseaux/OSC intervenant en Santé de la Reproduction et de Planification Familiale, district sanitaire et les communes pour garantir l'effectivité des résultats en termes d'amélioration significative des indicateurs relatifs à la planification familiale au Togo

AF14 : La page Facebook 'Entre Nous', un canal prometteur pour améliorer les connaissances et attitudes en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR) chez les adolescents et jeunes en Côte d'Ivoire.

Auteur : Marie Fedra Baptiste, Adou Kouablana Arsene, Gaby Kasongo

Introduction :

En Côte d'Ivoire, les 10-24 ans représentent 21,3% de la population (RGPH 2014). En 2012, le taux de prévalence contraceptive moderne (TPCm) était de 11,9% (15-19 ans) et 16,9% (20-24 ans) alors que les besoins non satisfaits en contraception étaient estimés à 60% pour les deux groupes (EDS-CI 2011-2012).

Conscient du faible accès aux services de soins par la population jeune, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) a mis en place un Programme National de la Santé Scolaire et Universitaire (PNSSU) qui regroupe 77 Services de Santé Scolaires et Universitaires (SSSU) au niveau national dédiés aux jeunes.

Dans ce contexte, le projet Ignite, financé par les Pays-Bas et mis en œuvre par Population Services International (PSI), vient appuyer les efforts du MSHP pour améliorer la SSR chez les jeunes. Le projet a notamment comme objectif de créer la demande en contraceptifs. Et c'est dans ce cadre que PSI a co-créé avec les jeunes la page 'Entre Nous', en s'appuyant sur un média très utilisé par ceux-ci. L'objectif étant de créer la demande en produits et services SSR auprès des adolescentes et des jeunes filles en améliorant l'accès à des informations pertinentes, motivantes et adaptées.

Méthologie:

L'approche adoptée s'inspire des approches de conception centrée sur l'utilisateur (human centered design), qui consistent à co-créer avec la population cible, après une 'phase d'immersion' destinée à mieux comprendre leurs réalités. Lors des échanges issus de ce procédé, l'équipe de PSI a pu comprendre les aspirations et attentes des participantes, leurs intérêts en termes de santé et leurs besoins en conseils sur la contraception.

Les informations recueillies ont permis de créer la page Facebook "Entre Nous". L'objectif étant de créer une communauté de jeunes qui, en toute confiance, partagent leurs préoccupations sur la sexualité et la contraception et ont accès à une source d'information fiable.

Résultats :

A ce jour, (après 5 mois d'existence), "Entre Nous" regroupe une communauté de 29 792 abonnés exposés aux messages de sensibilisation sur la contraception à travers Facebook.

Les statistiques révèlent que nous avons enregistré respectivement 4417 abonnés en mars 2018, 5605 en mai 2018, 4572 en juin 2018, 8521 en juillet. Depuis le mois d'août, ce sont 6 677 nouveaux abonnés qui ont été enregistrés.

Les publications quotidiennes se font du lundi au vendredi, avec 2 à 3 posts par jour portant sur la :

- SSR : 2 à 3 fois par semaine;
- beauté : 2 à 3 fois par semaine;
- contraception : 2 à 3 fois par semaine.

La rubrique phare est « La sage-femme Gabi » tous les mardis. Cette rubrique offre aux abonnés l'opportunité d'exposer directement leurs préoccupations à une experte en SSR. La première session a été lancée le 29 mai 2018, et elle a atteint 6700 utilisateurs et enregistré 481 réactions.

Nous avons pu établir que 98% de nos abonnés sont des femmes avec 53% de 18-24 ans, 16% de 13-17 ans et 28% de 25-34 ans. Plus de 96% des abonnés vivent en Côte d'Ivoire. Les questions les plus communes chez les moins de 25 ans sont liées aux troubles des cycles menstruels, au calcul du cycle menstruel, à l'impact des méthodes de contraception sur la fécondité. Pour les plus de 25 ans, ce sont les questions liées aux désirs de maternité, à la grossesse et aux effets secondaires des méthodes contraceptives.

Conclusion :

La croissance très importante de la page « Entre Nous » démontre que les efforts de conception et d'opérationnalisation ont payé. Les jeunes ont besoin d'une plateforme interactive qui puisse créer une relation de proximité à la fois entre les jeunes eux-mêmes, car ils partagent les mêmes préoccupations, mais entre les abonnés et les animateurs de la page, car les jeunes ont souvent l'impression que les structures existantes ne permettent pas d'avoir ce dialogue et cet espace d'échange libre et sans tabou. C'est pourquoi la page 'Entre Nous' est le fer de lance de la dimension 'communication' du programme Ignite.

Recommandation :

- Prendre en compte les commentaires des abonnés pour améliorer le contenu de la page ;
- Être créatif et innover constamment dans la manière de communiquer et d'interagir avec les abonnés. Cela évite que ceux-ci se lassent des rubriques et finissent par ne plus les visiter. On peut par exemple créer des concours ou publier des photos qui sortent du contexte formel de la page afin de renforcer la proximité avec les abonnés. On peut aussi penser à créer des onglets et ainsi personnaliser la page ;
- Faire de la veille sur Facebook et observer les « concurrents ». En effet, il est important de se renseigner voire de s'inspirer des techniques que ceux-ci utilisent ;
- S'ouvrir à d'autres plateformes (WhatsApp, Instagram) pour capter une partie des jeunes qui les utilisent ;
- Rédiger une charte d'utilisation des réseaux sociaux pour les employés de PSICI afin de bien cadrer la stratégie.

AF15 : Faisabilité de la chirurgie de la fistule obstétricale au niveau 1 de la pyramide sanitaire du Mali (centres de santé de référence): Expériences pilote du CSRéf de Koulikoro

Auteurs : Demba. Traoré, C.O. TOURE, M.Keita, R. Fomba , S. Diakité, S. Guindo

Introduction :

Le Mali est un pays de l'Afrique de l'Ouest dans lequel on estime que le nombre de femmes courant le risque d'une fistule obstétricale (FO) se situe entre 1804 et 2405 par an. La fistule obstétricale est une communication acquise entre le vagin et les organes de voisinage

survenant lors d'un accouchement, ayant pour conséquence une perte permanente des urines et/ou des matières fécales à travers le vagin. Les femmes qui en souffrent subissent l'isolement social en plus du mal physique.

Pour faire face à ce drame, le Ministère de la Santé du Mali avec l'appui de ses partenaires techniques et financiers dont l'USAID, a élaboré une Stratégie Nationale de Prévention et Prise en Charge de la Fistule Obstétricale depuis 2009.

L'appui de l'USAID au MSHP dans la mise en œuvre de cette stratégie s'est fait à travers deux projets : Fistula Care (2008-2013) et Fistula Mali (2014- 2019)

Dans le but de rapprocher les services de traitement de la fistule à la majorité des femmes souffrantes et pour réduire le coût des interventions, le projet USAID/Fistula Mali, en collaboration avec la Direction Nationale de la Santé, a mené une recherche opérationnelle. Cette recherche a consisté à piloter la faisabilité de la chirurgie de la FO dans les Centres de Santé de Référence (CSRéf), qui sont plus proches des populations, mais ne réalisent pas cette opération selon la stratégie nationale.

Le CSRéf de Koulikoro a été choisi pour mener cette expérience pilote parce que c'est l'une des capitales régionales du Mali ne disposant pas d'un établissement public hospitalier de deuxième référence. En plus, il s'agit d'être une zone d'intervention du projet où la stratégie nationale de Prévention et de Traitement de la FO n'avait pas encore été mise en œuvre.

Méthologie:

La méthodologie de mise en œuvre de cette approche sur le site de Koulikoro s'est faite en quatre étapes centrées sur les besoins des clientes :

- 1) **L'analyse situationnelle du site de traitement pour identifier les besoins du CSRéf en compétences et matériels pour mieux servir les clientes.**
- 2) **Le renforcement des capacités** du site par les actions suivantes : formation des prestataires en counseling et soins infirmiers de la cliente souffrant de fistule ; prévention des infections et gestion des urgences obstétricales ; introduction de l'approche OPQ (Optimisation de la Performance et de la Qualité) ; dotation en matériels et équipements médico-chirurgicaux, l'aménagement du cadre d'accueil et d'hospitalisation.
- 3) **La création d'un environnement favorable à la lutte contre la fistule** basée sur l'implication des autorités politico-administratives, des gestionnaires des programmes de santé et les organisations de la société civile.
- 4) **L'organisation des campagnes** ayant un double objectif : assurer la prise en charge chirurgicale des cas de fistule obstétricale et former les équipes de soins à prendre en charge les clientes.

Résultats :

Après avoir renforcé les capacités du CSRéf de Koulikoro, le projet a organisé six campagnes qui ont permis de prendre en charge 151 femmes victimes de FO durant la période de mai 2015 à mars 2018. Par ailleurs les clientes sont les plus vieilles par rapport aux autres sites, ce qui peut rendre difficile le pronostic chirurgical. Malgré ces conditions inadéquates, 60,2 % (91/151) des fistules sont fermées et séchées. Ce résultat est même mieux que certains hôpitaux de 2ème et 3ème référence, qui ont plus de ressources et de compétence, comme l'atteste le graphique 1 ci-dessous.

L'approche a renforcé les capacités de cinq chirurgiens locaux en traitement de la FO, ce qui a permis de mettre en place un mécanisme de démarrage de la chirurgie de routine dans le site de Koulikoro. Ce nouveau service élargit la gamme de soins fournis à la population, car lors de l'évaluation de base, le site ne disposait d'aucun chirurgien de la fistule agréé par le Ministère de la Santé.

En plus de la formation des chirurgiens, le site dispose des ressources humaines (sages-femmes, infirmiers, aides-soignants, anesthésistes, etc.) compétentes et motivées pour assurer tous les soins pré, per et post opératoires, de même que le soutien psychosocial aux clientes et leurs familles.

Conclusion et Recommandations

La prise en charge chirurgicale de la FO dans les CSRéf est faisable grâce à cette approche centrée sur trois axes d'intervention : le

renforcement des capacités du site, l'implication de tous les acteurs locaux et l'information des communautés sur la disponibilité des services de traitement. Grace aux résultats encourageants de l'approche, le MSHP la retenue comme l'une des approches clés pour la mise en œuvre de son nouveau Plan Stratégique d'élimination de la fistule obstétricale (2018-2022). Les principales recommandations formulées lors de l'atelier de partage des résultats de cette approche sont

- L'extension de la chirurgie de la fistule à tous les CSRéf du pays des disposants des ressources humaines en santé spécialisées (gynéco-obstétriciens, chirurgiens généralistes, urologues) pour meilleure accessibilité géographique des victimes de la fistule.
- Le renforcement des plateaux techniques des structures de santé du niveau de la pyramide sanitaire afin de réduire le coût de la référence –évaluation et/ou des soins curatifs.
- L'Extension de l'approche à d'autres composantes de la santé maternelle et infantile.

AP1 : Planification en santé et les bonnes pratiques : analyse de la disponibilité et de la promptitude des services de santé maternelle, du nouveau-né, de l'enfant, des adolescents et des jeunes à Bissau et Biombo

Auteur: André Beja, Vany Moreira, Augusta Biai, Agostinho N'Dumbá, Clotilde Neves, Marta Temido, Paulo Ferrinho

Introduction :

Le système de santé de la République de Guinée Bissau (RGB) fait face à des défis qui affectent négativement l'accès aux soins ainsi que les indicateurs de santé, notamment ceux de la santé maternelle, du nouveau-né, des enfants, des adolescents et des jeunes (SMNEAJ) 1 et 4. Ceci a motivé la proposition de la mise en place d'un Complexe Hospitalier à Bissau (CHB), qui vise à mutualiser les moyens et les capacités des unités du secteur public, du secteur conventionné (Organisations Non Gouvernementales à But non Lucratif, entités confessionnelles). Pour encadrer la prise de décision, en 2017, il a été procédé à une évaluation des services disposant de capacités d'hospitalisation du Secteur autonome de Bissau et de la Région du Biombo (une partie du territoire qui concentrent près d'un tiers de la population et l'ensemble des infrastructures hospitalières de référence de la RGB2). Cette évaluation a été orientée par le Service Availability and Readiness Assessment (SARA), autrement dit évaluation de la disponibilité et de la promptitude des services, une méthodologie mise au point par l'OMS pour collecter des informations pertinentes et standardisées sur les services de santé et pour le suivi régulier de leur disponibilité et de leur promptitude qui sont des facteurs essentiels devant appuyer le processus de planification, la réforme de la couverture universelle, et l'atteinte des objectifs du développement durable 5 et 7. Cet article présente et analyse les principaux résultats de l'étude, en donnant un aperçu du profil de ces structures sanitaires ainsi que de la disponibilité et de la promptitude des services de SMNEAJ.

Méthologie :

Le système de santé de la République de Guinée Bissau (RGB) fait face à des défis qui affectent négativement l'accès aux soins ainsi que les indicateurs de santé, notamment ceux de la santé maternelle, du nouveau-né, des enfants, des adolescents et des jeunes (SMNEAJ) 1 et 4. Ceci a motivé la proposition de la mise en place d'un Complexe Hospitalier à Bissau (CHB), qui vise à mutualiser les moyens et les capacités des unités du secteur public, du secteur conventionné (Organisations Non Gouvernementales à But non Lucratif, entités confessionnelles). Pour encadrer la prise de décision, en 2017, il a été procédé à une évaluation des services disposant de capacités d'hospitalisation du Secteur autonome de Bissau et de la Région du Biombo (une partie du territoire qui concentrent près d'un tiers de la population et l'ensemble des infrastructures hospitalières de référence de la RGB2). Cette évaluation a été orientée par le Service Availability and Readiness Assessment (SARA), autrement dit évaluation de la disponibilité et de la promptitude des services, une méthodologie mise au point par l'OMS pour collecter des informations pertinentes et standardisées sur les services de santé et pour le suivi régulier de leur disponibilité et de leur promptitude qui sont des facteurs essentiels devant appuyer le processus de planification, la réforme de la couverture universelle, et l'atteinte des objectifs du développement durable 5 et 7. Cet article présente et analyse les principaux résultats de l'étude, en donnant un aperçu du profil de ces structures sanitaires ainsi que de la disponibilité et de la promptitude des services de SMNEAJ.

Résultats :

L'analyse de la disponibilité générale des services a été limitée par l'inexistence de données sur la population de référence de ces services et leur utilisation, ainsi que par la fragilité des systèmes d'information qui est commune à la région africaine 8. Les données collectées montrent une concentration dans le secteur public (23% des Unités de soins) de la majorité des travailleurs (77,4%), des lits d'hôpitaux (73,59%) et de maternités (79,89%). Les Unités gérées par des organisations religieuses (23% des unités de soins) présentent une plus grande capacité opérationnelle (l'indice de promptitude de 76%), suivies de celles qui sont gérées par des ONG (73%), les unités publiques (59%) et les unités privées (56%). La promptitude générale des services est affectée, surtout, par la faible disponibilité des médicaments de base et des ressources pour assurer la capacité de diagnostic. La disponibilité et la promptitude des services de SMNEAJ suivants ont

été analysées : La Planification Familiale, la Santé prénatale, les Services obstétriques de base et avancés ; la vaccination des Enfants ; la Santé de l'Enfant (Prévention et traitement) et de l'Adolescent. Seule le secteur public dispose de l'ensemble de ces services. Dans l'ensemble des unités de soins, aucun service ne présente un taux de promptitude supérieur à 63% (qui est celui des services obstétriques de base) et les services de santé de l'adolescent sont ceux qui présentent les taux de promptitude les plus bas (22%). Le manque de personnel formé et de directives contribuent aux indices de promptitude constatés. Par ailleurs, il ressort de l'analyse que les unités de soins privées ont une promptitude plus faible par rapport aux entités publiques. Il a été également observé une faible disponibilité moyenne des médicaments essentiels pour la mère (36%) et pour l'enfant (34%) et aucune des unités de soins ne met à disposition les 13 produits permettant de sauver des vies qui sont définis comme essentiels par l'Organisation des Nations Unies 9.

Conclusion :

A l'instar d'autres descriptions du réseau sanitaire de la RGB, les résultats indiquent un manque d'équipements, d'infrastructures et de ressources, la prédominance du secteur public, la croissance du secteur conventionnel et du privé ainsi qu'un déséquilibre dans l'offre et la promptitude des services. En plus de renforcer la pertinence de la création d'une réponse intégrée, rationnelle et adaptée aux défis auxquels le pays fait face au niveau de la santé maternelle, du nouveau-né, de l'enfant, des adolescents et des jeunes, ces données seront fondamentales pour une réorganisation du réseau sanitaire selon les objectifs du système de santé et conformément aux recommandations et aux bonnes pratiques de planification sanitaire .

Recommandation :

Articuler les objectifs et stratégies de SMNEAJ déjà définis avec les objectifs de la campagne pour l'accélération de la réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique dans un Programme nationale de Santé de la Reproduction ; réorganiser et renforcer la disponibilité et la préparation des services de SMNEAJ, pour assurer et promouvoir un accès plus effectif des adolescents, des jeunes et des femmes de tous les âges à ces services ; adopter des directives pour une action commune de toutes les unités de soins, tout en renforçant l'utilisation des directives existantes ou, si nécessaire, en accueillant les directives existantes ou appropriées ; renforcer la formation et l'éducation des professionnels de la SMNEAJ, conformément aux stratégies de recrutement, du développement professionnel et de la rétention des Ressources Humaines en Santé. Un renforcement de la capacité de diagnostic et de la disponibilité permanente des médicaments et des produits à usage clinique. L'adoption de la pratique de suivi régulier de la disponibilité et de l'état de préparation des services de Santé de la RGB, avec une attention particulière à la SMNEAJ.

ABSTRACTS - PRESENTATIONS ORALES

Partenariat Public-Privé et des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) dans l'amélioration de la Santé de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant, de l'Adolescent et du Jeune (SMNEAJ)

BE1 : Comment et pourquoi les agents de santé de première ligne dans un milieu à ressources limitées ont eu recours à l'intervention « mhealth » à multiples facettes pour soutenir la prise de décisions en matière de santé maternelle et néonatale liées aux soins primaires.

Auteur : Hannah Brown Amoakoh, Kerstin Klipstein-Grobush, Evelyn K Ansah, Diederick E. Grobbee, Lucy Yevoo et Irene Akua Agyepong

Introduction :

En dépit du recours croissant aux interventions « mHealth » (utilisant le téléphone portable pour les interventions de santé), on dispose d'une documentation limitée sur « comment et pourquoi » ces interventions sont utilisées pour produire les effets observés. Nous avons exploré « comment et pourquoi » l'on a recours à une intervention « mHealth » pour soutenir la prise de décision clinique par les prestataires de services de santé maternelle et néonatale de première ligne dans un milieu à ressources limitées. L'intervention consistait à réaliser des appels téléphoniques (vocaux), des messages texte (SMS), l'accès Internet (données) et l'accès aux protocoles obstétriques et néonataux d'urgence via des codes courts (Données de service supplémentaires non structurées ou USSD). Ces éléments sont fournis par le biais de téléphones mobiles à usage individuel et à infrastructure partagée dotés de cartes à Module d'identification d'abonné (SIM) unique mis en réseau dans un groupe fermé d'utilisateurs.

Méthodologie :

La conception de l'étude consistait en une étude de cas uniques comportant de multiples sous-unités intégrées d'analyse dans le contexte d'un essai aléatoire contrôlé en grappes (CRCT) de l'impact de l'intervention sur les résultats de santé néonatale dans la région de l'Est du Ghana. Nous avons analysé les données liées à l'activité des cartes SIM pour les appels vocaux, les SMS, les données et l'utilisation des USSD. Nous avons également mené des entretiens avec des informateurs clés et des discussions de groupe avec les utilisateurs de l'intervention. Les données liées à l'activité des cartes SIM ont été analysées dans le logiciel Stata et les données qualitatives ont été analysées de façon manuelle pour identifier les thèmes.

Résultats :

Les appels vocaux ont été les plus utilisés, suivis des données, des SMS et des USSD dans cet ordre. Au fil du temps, l'utilisation de l'ensemble des quatre composantes de l'intervention a connu une baisse. On a noté un nombre limité de communications entre les membres d'un groupe fermé d'utilisateurs (GFU). Les téléphones à utilisation partagée et les téléphones destinés aux établissements de santé situés dans des localités éloignées ont utilisé l'intervention moins souvent que les téléphones à utilisation individuelle ou ceux destinés aux établissements de santé situés dans des localités non éloignées. Les facteurs individuels liés aux agents de santé (démographie, besoins personnels et liés au travail, rapidité perçue de l'intervention, connaissances tacites et utilité du GFU), les facteurs organisationnels (disponibilité des ressources, flux d'information, disponibilité et possession de téléphones), les facteurs technologiques (attrition des téléphones et qualité du réseau) et la perception que les clients se faisaient de l'utilisation des interventions des agents de santé expliquent la tendance observée dans le recours à l'intervention.

Conclusion :

Le fait de savoir comment et pourquoi les téléphones portables sont utilisés pour les interventions de santé (ou non) va au-delà de la technologie elle-même et est influencé par des facteurs individuels et contextuels spécifiques. Il convient d'en tenir compte lors de la conception de ces interventions, afin d'en optimiser l'efficacité.

Recommandation

Les interventions « mhealth » de soutien à la prise de décision clinique reposant sur les appels vocaux et l'utilisation de l'Internet pour accéder aux protocoles et aux conseils sont plus susceptibles d'être efficaces dans le contexte de l'étude. La conception des interventions « mhealth » de soutien à la prise de décision clinique de telle sorte que les agents de santé de première ligne puissent avoir accès à ces interventions en se servant de leur téléphone personnel peut potentiellement permettre de faire en sorte que tous les agents de santé jouissent d'un accès équitable en tout temps. Les interventions « mhealth » doivent, dans leur conception, disposer de caractéristiques qui assurent une sensibilisation continue et un renforcement des capacités sur l'utilisation de l'intervention et de ses composantes au niveau de ses utilisateurs actuels et futurs.

BE2: Approche multi-systèmes visant à améliorer les résultats en matière de santé maternelle et néonatale : étude de cas de l'initiative « Sauver les mères qui donnent la vie » (SMGL) dans l'État de Cross River au Nigéria.

AUTEURS : Kazeem Arogundade, Oluwayemisi Femi-Pius, Eberechukwu Eke, Sulaiman Gbadamosi, Olayiwola Jaiyeola, Farouk Jega

INTRODUCTION

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, environ 830 femmes meurent chaque jour des suites de complications liées à l'accouchement ou à la grossesse, 99 % des décès survenant dans les pays en développement.

Chaque année, 3,3 millions de mort-nés et plus de 4 millions de nouveau-nés meurent au cours des 28 premiers jours de leur vie. Le Nigéria se classe au deuxième rang mondial avec 576 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes et un taux de mortalité néonatale (TMN) de 37 décès pour 1000 naissances vivantes. Dans l'État de Cross River, l'initiative « Sauver les mères qui donnent la vie » (SMGL) a évalué 812 établissements de santé pour déterminer s'ils étaient prêts à fournir des services de santé maternelle et néonatale complets et intégrés tout en identifiant les lacunes qui nécessitent des interventions, afin de réduire le TMM et le TMN. Les résultats de l'évaluation des établissements de santé ont révélé un taux de mortalité maternelle de 872/100 000 naissances vivantes et un taux de mortalité néonatale de 160/1 000 naissances vivantes. En se basant sur les données d'évaluation des établissements de santé, 97 établissements de santé (publics, privés et confessionnels) ont été sélectionnés pour mettre en œuvre le projet en fonction de critères d'inclusion qui comprennent notamment les données sur les accouchements, leur répartition géographique et la disponibilité d'accoucheuses qualifiées. Les données de référence recueillies auprès des 97 établissements ayant bénéficié du soutien de SMGL ont révélé un taux de mortalité maternelle de 313/100 000 naissances vivantes et un taux de mortalité périnatale avant l'autorisation de sortie de 58 pour 1000 naissances vivantes.

MÉTHODOLOGIE

L'initiative SMGL a permis à plus de 400 agents de santé des établissements de santé publics et privés de bénéficier d'un renforcement de capacité portant sur les services de soins obstétricaux d'urgence et de soins aux nouveau-nés (EmONC), y compris l'utilisation du partographe, de renforcer la collaboration entre les secteurs public et privé de la santé en activant un modèle de réseau d'orientation par grappe à travers un système d'orientation par voie électronique (CommCare) et en transmettant des messages numériques de santé. En outre, l'initiative a institutionnalisé les réunions d'évaluation des réponses et données relatives à la surveillance des décès maternels et périnataux et a facilité la mise en place de systèmes de transport en cas d'urgence (ETS) dirigés par les communautés dans 63 quartiers dans tout l'État, afin de remédier au retard qui occasionne la mortalité maternelle.

RESULTATS/ PRINCIPALES CONCLUSIONS

Depuis la mise en place des services de transport en cas d'urgence et des systèmes de réseaux d'orientation dans l'État de Cross River, plus de 1000 femmes en travail et/ou présentant des complications pendant l'accouchement ont été ainsi transportées à partir des communautés vers les établissements de santé (publics, privés, primaires et secondaires) pour y recevoir des soins obstétricaux dans les meilleurs délais. Ces interventions ont donné de bons résultats chez la mère et le nourrisson dans 95 % des cas. Grâce à l'amélioration de la capacité de plus de 400 agents de santé en matière d'interventions de santé maternelle et néonatale fondées sur des données probantes, le taux d'utilisation du partographe pour surveiller le travail et l'accouchement est actuellement de 78 %, contre 15 % en 2015. Cette intervention a permis d'identifier rapidement les cas de travail prolongé/obstrué et de pratiquer des interventions chirurgicales en temps opportun pour sauver la vie des mères et éviter les mortinances. Les interventions en santé numérique (HelloMama et CommCare) et les trousseaux d'accouchement sans danger ont permis d'augmenter de 24 % le nombre d'accouchements en milieu sanitaire par rapport au chiffre de référence. En l'espace des trois ans qui ont suivi la mise en œuvre de l'initiative SMGL dans l'État de Cross River, celle-ci a permis de réduire de 28 % (225) et de 24 % (44) le taux de mortalité maternelle et le taux de mortalité périnatale institutionnel par rapport aux données de base institutionnelle de 313/100 000 et 58/1 000.

CONCLUSION

Il ressort clairement de ce qui précède que l'amélioration des résultats en matière de santé maternelle et néonatale exige une forte synergie de systèmes, tels que les activités de création de la demande à l'échelle communautaire, le renforcement des capacités des agents de santé, les systèmes fonctionnels de transport en cas d'urgence, la collaboration avec les organisations professionnelles (d'obstétriciens et de néonatalogistes), la modernisation des infrastructures, notamment la fourniture d'équipements de santé aux mères et aux nouveau-nés, des systèmes de réseaux d'orientation dans tous les établissements (publics et privés), des réunions de revue de données, la surveillance des décès maternels et périnataux (MPDSR) et une intervention chirurgicale rapide (y compris par césarienne).

RECOMMANDATIONS

Pour pérenniser les premiers acquis de la réduction de la mortalité maternelle et périnatale, il est impératif que les partenaires et les acteurs gouvernementaux mobilisent les membres de la communauté dans la planification et la mise en œuvre des programmes d'intervention sanitaire dans un souci de durabilité. La collaboration constante entre les secteurs public et privé de la santé, les établissements de santé primaires et secondaires et les organisations professionnelles, telles que la Société des obstétriciens et gynécologues du Nigeria (SOGON) et la Société nigériane de médecine néonatale (NISONM) est essentielle à l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux. Des accoucheuses qualifiées appropriées doivent être mises à la disposition des établissements de santé et des réunions régulières d'évaluation des réponses et données relatives à la surveillance des décès maternels et périnataux devraient être organisées dans les établissements et au niveau des États. Le gouvernement doit intensifier les interventions de santé numérique (HelloMama et CommCare) pour améliorer l'utilisation des services de maternité dans les établissements de santé.

BF1 : Contribution de la santé mobile à la dissémination de l'information sanitaire auprès des femmes enceintes et des mères d'enfants de moins de 5ans.

Auteur : Hamidou Sanou, Ali Sié, Maurice Yé, Moubassira Kagoné

Introduction :

La pratique s'inscrit dans le cadre du projet Mobile santé (MOS@N) mis en œuvre par le Centre de recherche en santé de Nouna pendant 3 années. Le projet a doté des mairies choisies dans 26 villages et 5 CSPP de téléphones portables pour sensibiliser les femmes enceintes et mères de moins de 5ans à travers la fonctionnalité vocale. En effet, les messages de sensibilisations élaborés par le ministère de la santé ont été transcrits dans 5 langues locales (bwamu, peulh, dafing, bobo, moaga) et en français et ont été incorporés dans les téléphones. Les

marraines ont également été dotées de vélos pour faciliter leurs déplacements dans les villages et étaient motivées financièrement à hauteur de 5000FCFA par mois. Au niveau des CSPS, des ordinateurs étaient offerts pour permettre l'enregistrement des données des patients dans un dossier électronique. Ces données étaient envoyées au niveau d'un serveur central qui transférait les rappels des dates de consultations sur les portables des marraines et leur permettaient de faire écouter les messages de sensibilisation. Tous les téléphones étaient incorporés dans une flotte prépayée et des raccourcis y ont été fait pour faciliter leur utilisation par les marraines.

Méthologie:

La méthodologie d'identification de la bonne pratique repose sur une analyse mixte (qualitative et quantitative) faite des données recueillies grâce à une étude transversale et descriptive du projet MOS@N. Les différents documents (articles, note d'expansion pour la mise à échelle de MOS@N, rapport de rencontre du comité national de suivi) ainsi que les documents de cyberstratégie du ministère de la santé ont été dépouillés.

Résultats :

La bonne pratique identifiée fut mise en œuvre dans le district sanitaire de Nouna, en milieu rural, de 2014-2016. Elle est facilité l'accès aux messages de sensibilisation et renforce les capacités des acteurs communautaires. Dans le cadre de MOS@N, elle a permis de suivre 2161 femmes enceintes en CPN par les marraines et a numérisé 2897 accès au contenu de sensibilisation (CPN, vaccination et PVVIH) malgré les défis liés au réseau téléphonique. Elle a permis d'engranger un gain de 12,6% en CPN4 (58,07 zone test vs 45,47 zone contrôle), une augmentation de 3.5% polio et BCG et un gain de plus de 46 points dans la référence des grossesses à risque. Elle se décline ainsi qu'il suit: il s'agit de doter les agents de santé à base communautaire de téléphone portable et des cartes mémoires contenant des messages vocaux de sensibilisation dans les langues locales du Burkina (moore, dioula, fulfuldé, dafing, bwaba) et en français. la mise à échelle s'avère facile parce que les messages vocaux sont disponible et le ministère de la santé dispose déjà d'une direction de la cybersanté. il suffira de faire un plaidoyer auprès de cette direction qui faisait partie du comité de suivi du projet MOS@N pour la coordination de la pratique à l'échelle nationale. En termes d'incident financier, il faut dire que l'expansion de la pratique s'avère simple parce qu'elle ne nécessite pas trop d'intrants comme dans le projet initial, MOS@N, d'autant plus que les agents de santé à base communautaire sont déjà intégré dans le système de santé et que la pratique ne nécessite ni une flotte prépayée ni le réseau téléphonique pour fonctionner. il suffira d'acheter les portables et les cartes mémoires, et d'impliquer les districts sanitaires dans la mise en œuvre de la pratique.

Conclusion :

La pratique s'avère, somme toute, efficace et pertinente parce qu'elle répond aux défis d'accès des populations à l'information sanitaire. Elle est reproductible et durable parce qu'elle repose sur des acteurs du système de santé et s'inscrit dans la logique de la politique nationale de cybersanté.

Recommandation

Avant toute mise en œuvre de la pratique, il faut d'abord identifier les langues locales dans lesquelles les bénéficiaires peuvent comprendre au mieux les messages vocaux en minimisant le problème lié aux dialectes linguistiques. Ensuite, c'est de se baser sur la méthode participative des populations aux choix des relais communautaires qui travailleront avec les outils technologiques au cas où ce ne sont pas les agents de santé communautaires de l'État qui seront investis. Enfin, c'est aussi d'accompagner les téléphones de systèmes de recharge solaire parce qu'en milieu rural, le défis d'électrification demeure problématique.

BF2 : Les TICs et médias sociaux moteur de promotion de la SR/PF par les Jeunes Ambassadeurs

Auteur : Emilienne Adibone Assama, Moctar Diallo, Baba Coulibaly, Cheick Oumar Toure, Mamoutou Diabate, Soumaïla Moro, Ilyasse Bore, Sorofing Traoré, Khoudiedi Camara, Ibrahima Fall, Jonas Haba

Introduction :

La Conférence de Ouagadougou et celle de Sally en 2011 a engagé les pays d'Afrique de l'Ouest francophone à faire de la planification familiale une priorité dans les politiques de développement. D'où l'Initiative Civil Society For Family Planning Plus (CS4FP Plus) couvrant les 09 pays du partenariat de Ouagadougou (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal, Togo). Financée par la fondation William et Flora Hewlett et le Royaume des Pays Bas, elle met l'accent sur les jeunes, car étant la couche la plus vulnérables, afin qu'ils aient accès à des programmes de santé sexuelle et reproductive adaptés garantissant leurs droits. CS4FP Plus s'assure que les gouvernements prennent en compte les besoins des jeunes dans l'élaboration et le suivi des Plans d'Action Nationaux Budgétisés (PANBs) pour la PF, respectent leurs engagements pour accélérer l'utilisation de la PF par les jeunes. CS4FP Plus a initié la stratégie "Jeunes

Ambassadeurs SR/PF (JAs/SR/PF)”. Recrutés au sein des OSC membres des coalitions PF, les JAs SR/PF sont formés à l’utilisation des Technologies de l’Information et de la Communication (TICs) et médias sociaux permettent d’innover dans la sensibilisation des pairs à l’utilisation des services de Santé de Reproduction Adaptés aux Jeunes (SRAJ).

Méthologie:

- Recrutement et formation des JAs des 09 pays en utilisation des TICs (Internet, sites webs, Skype, création de contenus), Blogging et gestion des médias sociaux (Facebook, Twitter, WhatsApp, Viber, Instagram) par une agence spécialisée dans le digital
- Formation des JAs sur la Santé Reproductive/PF y compris le VIH/Sida pour renforcer la qualité des contenus ;
- Production et diffusion des contenus de sensibilisation des pairs sur les pages Facebook, Internet et Twitter, les groupes WhatsApp, et les blogs
- Promotion des activités des JAs, des coalitions et des partenaires sur les pages Facebook, Internet et Twitter, les groupes WhatsApp, et les blogs.

Résultats :

L’utilisation des TICs et médias sociaux par les JAs a permis d’enregistrer les principaux résultats suivants : • 364 JAs formés en animation des médias sociaux, en TICs, et en blogging pour la promotion de la SRAJ, dans les 09 pays PO • 34 blogs de la SRPF régulièrement animés par les JAs • 73 articles sur la planification familiale publiés dans les blogs • 337.987 impressions (avec 55% de jeunes filles) enregistrées sur les réseaux sociaux au terme du second trimestre 2018 contre 285.285 impressions en 2017 et 5503 en 2015 • 02 plateformes WhatsApp animées « Sexualité Responsable » et « Jeunes et sexualité », avec 46 thèmes débattus et 300 participants • 20 Tweet Up organisés sur la thématique des SRAJ dans les 09 pays du PO • 28 campagnes Saint Valentin sans grossesse organisées et diffusées sur Facebook, Twitter, WhatsApp et les blogs et le site web www.mafamilleplanifiee.org • 01 campagne de sensibilisation des Jeunes sur les méfaits du tabagisme organisée sur les réseaux sociaux par les JAs au Bénin • 01 Campagne de sensibilisation sur la fistule obstétricale organisée sur les réseaux sociaux par les JAs au Mali • La promotion des actions et activités des JAs dans les plateformes digitales internationales (K4Health, Le Monde, RFI, Youth for Family Planning, FP2020, www.partenariatouaga.org) • La diffusion du clip vidéo promotionnel de la PF relayée par les médias sociaux sur: <http://mafamilleplanifiee.org/clip-jeunes-ambassadeurs-planification-familiale-pays-po/>

Conclusion :

L’utilisation des TICs et médias sociaux par les JAs a permis de renforcer: - Le plaidoyer pour la mobilisation des ressources en vue de la contribution des jeunes dans la mise en œuvre des PANBs pour la Planification Familiale ; - L’exposition des jeunes aux messages de sensibilisation sur la SR/PF et le VIH/Sida à travers la mise en œuvre d’activités de communication synchronisées ; - La visibilité de la contribution des coalitions des OSC/PF à la mise en œuvre des PANBs - Les JAs sont désormais des acteurs clés sollicités par l’ensemble des intervenants du PO

Recommandations :

L’initiative CS4FP Plus recommande de : - Augmenter le nombre de stratégies adressant les jeunes dans les PANBs ; - Poursuivre le renforcement des jeunes en TICs et médias Sociaux - Renforcer la Communication pour la mobilisation sociale et le changement de comportement auprès des jeunes - Accroître les ressources pour la mise en œuvre de stratégies efficaces adressant les jeunes.

BF3 : L’Informatisation de la Gestion des Ressources Humaines en Santé, un outil d’aide à la prise de décision pour l’amélioration de l’offre des services de Santé : Expérience du Mali.

Auteur : Mamadou M'bo, Djénèba Togora Touré, Jeanne Tessougue, Hamidou Cisse, Cheick Touré

Introduction :

L’une des stratégies majeures d’accélération de la réduction de la mortalité maternelle ; néonatale et infantile repose sur le renforcement des politiques de gestion des ressources humaines. Le Mali est l’un des 57 pays en crise de ressources humaines, selon l’organisation mondiale de la santé. Pour faire face à cette situation, le Ministère de la Santé et de l’Hygiène Publique (MSHP) a élaborée une stratégie nationale de gestion des ressources humaines depuis 2007 dont l’un des axes stratégiques est l’informatisation du système de gestion des ressources humaines en santé (SI-GRH). La mise en œuvre de cet axe a bénéficié de l’appui des partenaires dont l’USAID à travers ces projets Capacity Plus et Human Resources for Health (HRH). Pour rappel, le Ministère de la santé du Mali disposait de très peu d’informations à jour sur ses ressources humaines et utilisait la méthode d’archivage papier. L’objectif de la mise en œuvre du SI-GRH est de doter le MSHP, d’une base de données complète, fiable et sécurisée des Ressources Humaines, pour une prise de décision éclairée (recrutement, formation, déploiement).

Méthologie:

Cinq étapes clés ont marqué le processus de mise en place du SI - GRH • la Customisation du logiciel iHRIS qui consistait à l'adaptation du logiciel au contexte du système de santé du Mali • la dotation en équipements et matériels informatiques et bureautiques • la conception et validation des outils de collecte et enregistrement des données sur les ressources humaines, • la formation des acteurs impliqués dans la gestion des ressources humaines à différents niveaux de la pyramide sanitaire • la collecte et la saisie des données • la vérification des données et leur analyse pour la prise de décision un processus de suivi et de supervision facilitante à toutes les étapes.

Résultats :

Le SI-GRH a été reconnu par le gouvernement Malien comme outil de référence nationale dans la gestion des RH pour les trois composantes du secteur de la santé (Santé, développement social et promotion de la femme). Il est utilisé comme instrument de planification pour le recrutement à court et long terme, des RH et de déploiement des prestataires en fonction des besoins. C'est aussi un outil de plaidoyer auprès des partenaires techniques et financiers. L'exploitation des données du SI- GRH permet au MSHP de connaître l'évolution du ratio de personnel de santé pour 10000 habitants par rapport aux normes de l'OMS (23/10.000 habitants). Ainsi de 2014 à 2017, le ratio national est passé de 4 à 6/10.000, avec des extrêmes entre 3 et 23 respectivement à Mopti et à Bamako en 2017. Le SI-GRH a permis de produire un annuaire statistique annuel et d'établir une cartographie des ressources humaines selon le genre, la qualification et les sources de financement. A ceci, il faut ajouter leur répartition selon le type de structure de santé aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain La Direction des ressources humaines exploite la base comme outil de prise de décision au quotidien pour la gestion des plans de carrière. Le partage des résultats issus de l'exploitation de la base SI-GRH a contribué au renforcement du leadership de la DRH. En effet elle assure la coordination des partenaires et la synergie des interventions relatives à la problématique des RHS dans le pays.

Conclusion :

L'informatisation de la gestion des ressources humaines pour la prise de décision éclairée est une réalité au Mali grâce à l'engagement des plus hautes autorités du pays et l'accompagnement des partenaires dont l'USAID. L'information à temps réel sur les RHS et sa gestion décentralisée devront continuer à améliorer les mécanismes de planification et de plaidoyer pour une gestion adaptée au contexte local pour l'amélioration de l'offre des services de santé.

Recommandations :

Pour mieux renforcer le SI-GRH, les recommandations suivantes ont été formulées par les acteurs concernés: • Faire le plaidoyer auprès des décideurs pour l'interopérabilité du SI – GRH avec le DHIS2 et les autres plateformes d'information des prestataires de service de santé (mHero ; mHealth...) • L'extension de la gestion décentralisée au niveau des districts sanitaires • Le renforcement des capacités des gestionnaires des ressources humaines à différents niveaux de la pyramide sanitaire • L'implication du secteur privé dans le processus d'exécution du SI-GRH.

BF4 : Amélioration de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfants (CIME), de la planification familiale et du suivi des nouveau-nés et des grossesses : Cas de la mise en œuvre de l'application CommCare au Bénin

Auteur : Gbadébô Aude-Elvis Odeloui, Eunice Pedro, Marius Awonon

Introduction :

Ces dernières années, l'analyse et le diagnostic de la situation de la mortalité maternelle et néonatale au Bénin montrent que d'importants efforts ont été consentis. Cependant, malgré ces efforts, la mortalité maternelle reste élevée avec un taux qui depuis 2014 stagne autour de 350 décès pour cent mille naissances vivantes (RGPH4 2013) Ce dysfonctionnement est caractérisé par les trois retards suivants : (i) retard dans la prise de décision de recourir aux services de santé; (ii) retard d'acheminement vers un service de santé approprié; (iii) retard à la prise en charge après l'arrivée dans les services de santé. Comment améliorer grâce aux Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) la prise en charge de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant afin d'éliminer ce dysfonctionnement ?

Pour accompagner le Gouvernement Béninois, L'USAID, à travers le programme d'amélioration de la santé de la reproduction, du nouveau-né et de l'enfant (ANCRE) a lancé l'initiative « CommCare » en 2015 dans les Communes de Tchaourou et de Bassila. CommCare permet d'assister les Relais Communautaires dans l'application du protocole de Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), de la planification familiale, du suivi des stocks, de la femme enceinte et du nouveau, nouveau de même que le suivi des cas contacts de Maladie à Virus Ebola (MVE)

Méthologie:

La phase pilote de ce projet sa démarré en août 2015 dans les zones sanitaires de Tchaourou et de Bassila. Les premiers modules ont été

développés pour assister les Relais Communautaires dans la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et de la planification familiale. En 2016, un autre module de suivi des stocks puis encore un autre, pour la femme enceinte et du nouveau-né. Les étapes de la conception et de la mise en œuvre sont : la conception des programmes, la gestion guidée par les données collectées, la Formation à l'utilisation et à la maintenance des téléphones.

Résultats :

En juillet 2017, 235 Agents de Santé Communautaires (ASC) et 29 chefs de poste dans les deux zones utilisaient la demande, ce qui représente 100% des ASC dans les deux zones. En moyenne, 500 formulaires ont été soumis par mois en 2016, démontrant que les utilisateurs sont techniquement capables d'utiliser l'application mobile

La phase pilote de CommCare permet aux RC d'utiliser les téléphones portables Android pour la résolution des problèmes de santé au niveau communautaire. L'application permet également de diminuer les risques d'erreur dans la prise en charge des cas d'enfants malades ainsi que de prodiguer des conseils en PF pour le bien-être de la communauté. Quelques résultats illustratifs obtenus depuis la mise en place de CommCare comme outil décisionnel sont :

- En 2016, 195 femmes conseillées en PF contre 505 conseillées en 2017, soit une progression de 259% de femmes atteintes
- Le nombre de femmes acceptantes de méthodes de PF est passé de 54 à 222 femmes entre 2016 à 2017.
- Sur 5 853 enfants reçus par les RC, 350 ont été référés au CP pour signes généraux de danger, soit 6% (jan.-déc. 2017).

Sur 4 804 Tests de Diagnostic Rapide positif (TDR+), 4 727 cas ont été traités par les RC avec la Combinaison thérapeutique à base d'Artémisinine (CTA), soit 98% de traitement d'enfants à domicile et 2% référés au centre de santé (jan.-déc. 2017).

Conclusion :

CommCare est une solution mobile interopérable avec le DHIS2.

Grâce aux contrôles automatisés intégrés dans cette solution et au partenariat avec l'opérateur mobile MTN, la prise de décision en matière de prise en charge de la santé des enfants de 0 à 5 ans s'est améliorée dans les communautés rurales bénéficiaires du projet. De plus, on observe une augmentation de la prévalence contraceptive et une évolution positive des indicateurs de performance. Une autre conséquence positive est l'amélioration de la référence, la réduction des décès maternels et néonataux. La solution peut être pérenne. Elle est retenue dans la stratégie nationale de cybersanté.

Recommandations :

- Poursuivre l'intégration CommCare/DHIS2 ;
- Renforcer le partenariat avec les opérateurs GSM pour assurer la transmission des données des populations difficiles à atteindre ;
- Maintenir les téléphones et assurer l'appropriation technique et la supervision de la solution ;
- Renforcer l'adhésion des élus locaux et assurer la motivation des RC ;
- Documenter et partager l'expérience CommCare aux instances de coordinations pour une meilleure capitalisation des acquis ;
- Définir le modèle économique qui soutient la solution ;
- Mettre en œuvre les projets m-Health de la stratégie nationale en Cybersanté élaborée et validée par le Bénin
- Assurer le passage à l'échelle de la solution.

BF5 : Utilisation des Techniques de l'Information et de la Communication (TIC) pour la formation continue des professionnels de santé sur les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) : cas de l'application « safe delivery »

Auteur : Adegnika Epouse Bangbola Karamatou Ognilola, Zannou F. Robert, Tossou Boco Thierry, Kohoun Rodrigue

Introduction :

La mortalité maternelle et néonatale demeure un problème de santé publique au Bénin malgré les nombreux efforts de réduction de l'indicateur. Le ratio de mortalité maternelle est de 347 décès pour 100000 Naissances Vivantes et le taux de mortalité néonatale est de 38 pour mille NV selon l'enquête MICS 2014. Après analyse de la situation, la compétence en SONU et la disponibilité des agents au poste sont deux déterminants importants pour l'amélioration de la qualité des soins en vue de la réduction ces décès. Lors des formations

formelles sur les SONU, les prestataires ne disposent pas suffisamment de temps pour la pratique sur mannequin mais aussi elles n'ont pas toutes l'occasion de pratiquer sur le vivant lors des sessions cliniques à l'hôpital. L'application « Safe Delivery » offre l'opportunité de poursuivre le renforcement des compétences en SONU des professionnels de santé tout en les maintenant à leur poste de travail. C'est dans cette optique que le Ministère de la Santé à travers la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant a opté l'expérimentation « safe Delivery » par un projet pilote dénommé « Maternity Project » avec l'appui financier de BornFonden.

Méthologie:

Le projet a été mis en œuvre de mars à octobre 2017 dans 8 communes du Bénin. La stratégie d'intervention est focalisée sur le renforcement de capacité de 100 agents de santé des localités ciblées sur respectivement les SONU et les signes de danger chez la femme enceinte, l'accouchée et le nouveau-né.

La mise en œuvre du projet a connu :

- Une appropriation et une validation de l'Application ;
- La formation des formateurs et des prestataires de 88 maternités à l'utilisation de l'application installée sur smartphone ;

Le suivi des performances des utilisateurs et leur perception.

Résultats :

Après six mois de mise en œuvre, les suivis de terrain, l'évaluation à mi-parcours et l'évaluation finale ont donné les résultats suivants :

- 92% et 95% des utilisatrices de l'application ont amélioré leur niveau de connaissance en SONU de base respectivement après 4 et 6 mois.
- 74% des utilisatrices de l'application ont amélioré leur niveau de connaissance pour l'AMIU ;
- 73% des utilisatrices ont amélioré leur niveau de connaissance pour la gestion de l'hypertension artérielle ;
- 73% des utilisatrices de l'application ont amélioré leur niveau de connaissance pour la gestion du travail prolongé ;
- 75% des utilisatrices de l'application ont amélioré leur niveau de connaissance dans les soins usuels du nouveau-né ;
- 78% des utilisatrices de l'application ont amélioré leur niveau de connaissance pour gestion de l'hémorragie du post-partum ;
- 71% des utilisatrices de l'application ont amélioré leur niveau de connaissance dans la prévention des infections.
- En terme de la contribution de l'utilisation de l'application dans l'amélioration de la qualité des soins, les statistiques révèlent, entre autres, que : i) le nombre d'accouchement par ventouse est passé de 112 en 2015 à 211 en 2017 ; ii) le nombre de nouveau-né réanimé est passé de 375 en 2015 à 247 en 2017.

Leçons apprises :

- La bonne utilisation de l'application contribue au renforcement sur poste des compétences des professionnels de santé ;

L'utilisation de l'application contribue à améliorer la confiance des professionnels de santé à gérer les cas.

Conclusion :

L'application « Safe Delivery » est un véritable outil de formation continue sur site, d'aide-mémoire et d'évaluation des connaissances pour les professionnels de santé. La création du forum sur « WhatsApp » a permis de capitaliser les expériences et faciliter les échanges entre les utilisatrices de l'application

Recommandations :

Afin de maintenir les acquis de la phase expérimentale de « Maternity project » et de les améliorer, les recommandations suivantes ont été formulées :

- Poursuivre le suivi de la performance des utilisatrices de l'application ;
- Organiser un atelier de partage des résultats de Maternity Project avec les principales parties prenantes ;
- Mettre à l'échelle l'utilisation de l'application « safe delivery » ;

Etendre l'utilisation des TIC pour le renforcement de compétence des prestataires de santé pour les autres interventions à haut impact sur la santé maternelle, néonatale.

ABSTRACTS - PRESENTATIONS ORALES

Maladies Non Transmissibles et la Santé de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant, de l'Adolescent et du Jeune (SMNEAJ)

DE1 : Prévention des Maladies Non Transmissibles chez les Adolescents et les Jeunes Adultes à Haut Risque : Une étude d'intervention au Nord du Sénégal

Auteur : Sidy Mohamed SECK, Ismaila THIAM, Amamdou DIOP DIA et Diatou GUEYE DIA

Introduction

Les maladies non transmissibles (MNT) représentent un problème sanitaire de taille pour les jeunes d'aujourd'hui et de demain. Les deux tiers des décès prématurés chez les adultes sont liés aux conditions et aux comportements adoptés depuis l'enfance. En outre, la lutte contre les maladies non transmissibles fait partie du Programme d'intensification de la nutrition (1000 jours), adopté par tous les pays de la CEDEAO. Les tendances mondiales montrent que les comportements liés aux MNT sont en hausse chez les jeunes et que ceux-ci adoptent des modèles de comportement qui persistent tout au long de la vie et sont souvent difficiles à enrayer. Comme sur d'autres continents, les facteurs de risque de MNT les plus courants chez les jeunes africains sont la consommation de tabac et d'alcool, la sédentarité, la mauvaise alimentation et le surpoids. Les interventions communautaires ont été identifiées comme priorités de recherche clés pour une prise en charge efficace et durable des MNT, en particulier lorsque les ressources sont limitées. Cependant, ces types de programmes de recherche font cruellement défaut en Afrique. En outre, les MNT sont coûteuses pour les ménages et ont un impact économique négatif dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. La présente étude vise à évaluer la faisabilité et l'efficacité d'une intervention communautaire ciblant la tension artérielle et le contrôle glycémique chez les adolescents et les jeunes adultes sénégalais présentant un profil de risque cardiométabolique élevé.

Méthodologie

Nous avons réalisé une étude aléatoire en grappes à Saint-Louis et Gueoul (au Nord du Sénégal) ciblant les adolescents et les jeunes adultes présentant un risque cardiométabolique élevé issus de communautés urbaines et rurales. Les participants ont été affectés soit au groupe d'intervention qui a reçu un encadrement médical intensif dispensé par une équipe d'agents de santé, soit au groupe témoin qui a reçu des soins standard. Les principaux paramètres étaient l'indice de masse corporelle (IMC), le tour de taille, la glycémie à jeun, l'HbA1C et la tension artérielle (TA). Les variables cliniques et biologiques ont été comparées entre les groupes à l'aide d'un t-test indépendant, du test de Mann Whitney ou du test de chi carré, selon le cas. Un niveau significatif $<0,05$ a été envisagé pour tous les tests.

Principaux résultats

Sur les 4 des 21 collectivités urbaines et 5 des 36 collectivités rurales, nous avons inclus 276 participants (144 issus des collectivités urbaines et 132 issus des collectivités rurales) dont l'âge moyen était de 20,6 ans (tranche de 18 à 25 ans). Après une période de suivi de 5 ans, les sujets du groupe d'intervention ont présenté une réduction significative de l'IMC (-3,28 cm ; intervalle allant de -1,66 à -6,57, $p<0,01$), de la glycémie à jeun (-0,39 g/l ; intervalle allant de -0,11 à -0,79, $p<0,05$), HbA1C (-0,53 % ; intervalle allant de -0,26 à -0,65, $p=0,01$), systolique (-15,1 mm Hg ; intervalle allant de -8,15 à -23,48, $p<0,01$) et la tension artérielle diastolique (-6,30 mm Hg ; intervalle allant de -2,73 à -10,21, $p<0,01$) comparativement à ceux du groupe témoin. Il n'y avait pas de différence entre les participants issus des zones urbaines et rurales.

Des améliorations significatives ont également été observées au niveau du cholestérol total sérique, le cholestérol LDL et le cholestérol HDL chez les adolescents et les jeunes adultes du groupe d'intervention. À la fin du suivi, une proportion plus élevée de participants du groupe d'intervention est passée d'un profil de risque élevé à un profil de risque modéré/faible comparativement au dépistage initial (33 % contre 10 %).

Conclusion

La présente étude démontre que les interventions communautaires réalisées par des agents de santé sur le terrain peuvent être une solution intéressante pour la prévention et la prise en charge des MNT chez les adolescents et les jeunes adultes dans les zones urbaines où les ressources sont insuffisantes. D'autres études de plus grande envergure sont nécessaires pour évaluer l'efficacité des interventions communautaires de prévention des MNT chez les adolescents et les jeunes adultes sénégalais.

Principales recommandations

Les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire sont ceux qui souffrent le plus de l'intensification des problèmes sanitaires et économiques liés aux maladies non transmissibles. Le manque de ressources humaines et financières constitue un obstacle à la diminution des taux élevés actuellement observés. C'est en partie pour ces raisons que la lutte contre les MNT est inscrite dans les priorités sanitaires au Sénégal. Pour y parvenir, l'élaboration de documents d'orientation est une priorité absolue. Cependant, cela ne doit pas être un frein à la mise en œuvre d'interventions communautaires innovantes pour la maîtrise des facteurs de risque comportementaux ainsi que la prise en charge des cas. Notre étude souligne la nécessité d'élargir et de renforcer l'intervention, afin de contribuer de manière significative à la prévalence observée. Par ailleurs, le manque de ressources financières dans la plupart de nos pays est un facteur qui freine la promotion de telles initiatives.

DF1 : Stimulation psycho-cognitive et Kinésithérapie de stimulation des enfants malnutris

Auteur: BAGNOA Tuenwa Clément, Caroline Boltz, Rafik Bedoui, Uta Prehl

Introduction:

La crise alimentaire et nutritionnelle au Sahel est aujourd'hui aggravée par l'érosion de la résilience des populations due à une rapide succession de crises, à l'insuffisance de services de base et aux ramifications des conflits sévissant dans la région. La malnutrition constitue de plus un véritable problème de Santé Publique dont les conséquences retentissent négativement surtout sur les groupes les plus vulnérables que sont les femmes et les enfants de moins de 5 ans.

Si le traitement de la malnutrition aiguë est aujourd'hui effectif et standardisé, le volet stimulation et accompagnement psychosocial reste difficile à appliquer. Plusieurs études montrent la corrélation entre les déficits nutritionnels et les déficits cognitifs profonds dans la vie des jeunes enfants dont les conséquences peuvent être invalidantes, voire fatales dans le cas de la malnutrition aiguë sévère. C'est dans ce contexte que Humanité & Inclusion met en œuvre avec les services nutritionnels et ses partenaires, différentes interventions pour répondre de façon holistique aux besoins spécifiques des enfants malnutris et de leurs familles dans trois districts sanitaires au Burkina, Mali et Niger. Le projet comporte trois volets:

- Stimulation psycho Cognitive
- Kinésithérapie de stimulation
- Accompagnement psychosocial et communautaire

La bonne pratique décrite dans ce document concerne les deux premiers volets

Méthologie:

Entre 2015 et 2017, le projet a mis en œuvre des activités de stimulation psycho-cognitive afin d'aider les enfants à rattraper les retards de développement. Cette prise en charge commence par une évaluation de l'état de développement de l'enfant à l'aide d'un outil spécifique portant sur 7 compétences: la motricité fine, la motricité globale, le langage, l'écoute, la vision, les soins personnels et les compétences sociales. Si un retard est décelé, des exercices de stimulation individuelle ou collective sont proposés. Un kit de stimulation composé de jouets modernes et traditionnels est utilisé dans chaque formation sanitaire et l'enfant reçoit un minimum de cinq séances sur une période d'environ 5 semaines.

Résultats:

A travers les séances de stimulation, environ 90% des enfants malnutris ont pu rattraper le retard constaté. Les exercices psychomoteurs ont favorisé un meilleur renforcement musculaire; l'interaction entre les enfants et leur accompagnant a permis de renforcer le lien affectif mère-enfant. Selon les données du projet, la kinésithérapie de stimulation a permis une amélioration des scores de récupération psychomoteur et le développement des enfants:

- Au Burkina Faso, 379 enfants ont amélioré leur score de développement après évaluation sur un total de 429 enfants ayant reçus les soins de kinésithérapie d'éveil soit un pourcentage d'amélioration de 88%.
- Au Mali, 517 sur 621 enfants pris en charge ont amélioré leur score de développement soit 83,2% de taux de récupération.
- Au Niger, 803 enfants ont été pris en charge dont 740 ont amélioré leur score soit 92% de taux de récupération.

Un des changements inattendus générés par l'activité de stimulation est sans doute le renforcement de la socialisation et le développement des relations interpersonnelles entre les mères des enfants malnutris. Elles ont pu communiquer entre elle lors des séances collectives de stimulation. Les enfants pris en charge en kinésithérapie ont bénéficié d'une bonne intégration sociale dans leur communauté.

Sur le plan du renforcement des capacités, différents modules ont été développés et dispensés à 233 agents socio-sanitaires: développement de la petite enfance, stimulation précoce, importance de l'éducation parentale, soins pour le développement du jeune enfant, anomalies du développement et kinésithérapie de stimulation, nutrition, techniques de communication et appui psychosocial.

Conclusion:

À travers ce projet, HI se positionne comme une ressource technique sur la stimulation psycho cognitive et physique des enfants malnutris. Cette expérience a démontré qu'il était possible d'organiser dans les services nutritionnels, des séances de stimulation affective et physique, collectives et individuelles en présence de la mère. Au fil du temps, les professionnels de santé travaillant dans les formations sanitaires ont montré un intérêt pour la pratique des activités de stimulation. La Kinésithérapie d'éveil améliore le développement physique et moteur chez les enfants malnutris. Mais sa mise en pratique se heurte à la disponibilité des Kinésithérapeutes dans nos pays.

Recommandations:

La mise en œuvre réussie de la stimulation psycho cognitive dans les unités de récupération nutritionnelle, nécessite au préalable:

- la formation et la supervision des agents socio-sanitaires à la stimulation;
- l'ouverture ou la réhabilitation des espaces de stimulation au niveau des unités de prise en charge nutritionnelles;
- l'identification, le référencement, l'évaluation des enfants, et l'organisation de séances de stimulation individuelles et collectives au sein du service nutritionnel;

la sensibilisation des médecins et autres paramédicaux sur la prise en charge des enfants en séance de kinésithérapie de stimulation: l'offre de soin «kinésithérapie pédiatrique liée à la nutrition» n'existait pas dans les structures sanitaires des zones d'intervention. Pour une mise en œuvre optimale du volet kinésithérapie dans la prise en charge intégrée de la malnutrition, il est nécessaire de sensibiliser sur l'approche de kinésithérapie pédiatrique et sur le diagnostic du retard moteur pour faciliter le référencement.

DF2 : Titre : faciliter les services de planification familiale chez les malades mentales.

Auteur : Amy Sakho

INTRODUCTION :

Au Sénégal, les malades mentales sont oubliées dans la prise en charge dans les services de planification familiale. Il n'y a aucune disposition les prenant en compte et souvent leur famille les abandonne à elle-même les exposant ainsi aux grossesses à risque. C'est la raison pour laquelle, la Boutique de Droit de l'Association des Juristes Sénégalaises a initié dans la banlieue dakaroise, une série de sessions d'éducation pour une prise en charge des malades mentales afin de leur faciliter l'accès aux services de planification familiale. Ces sessions visent à sensibiliser les parents de ces malades sur la nécessité de veiller sur leur droit à des services de santé et de planification familiale adéquats. Mais aussi de dire aux personnels de santé qu'ils ont l'obligation de leur fournir des services de planification sans aucune discrimination. Que l'Etat a l'obligation de mettre en place des services de santé de la reproduction afin d'assurer le respect et la promotion des droits de la femme à la santé, y compris la santé sexuelle et reproductive conformément à l'alinéa 1 de l'article 14 du protocole de Maputo.

METHODOLOGIE

L'intervention a consisté à identifier les familles concernées par des focus groupe avec l'appui des marraines de quartier et l'implication des districts de santé. Une fois identifiées, les marraines les referent au niveau des services de santé.

Notre démarche vise à éviter les conséquences des viols et agressions sexuelles.

Dans cette même logique l'article 13 al 3 de la loi sur la santé de la reproduction complète ce qui précède : « L'État et les collectivités locales ont l'obligation de veiller à la sauvegarde, à la promotion et à la protection de la santé de la reproduction des individus . . . »

RESULTATS

Ce qui a permis d'avoir sur les 15 ciblées, 10 malades mentales âgées entre 15 à 34 ans vivant dans des familles démunies et non instruites. Ces malades mentales ont bénéficié des services de planification afin d'éviter des grossesses non désirées et à risque dont sont fréquemment victimes ces dernières. Dans de pareils cas, les parents n'hésitent pas à trouver des moyens à leur disposition pour les faire avorter dans la clandestinité. Selon une étude menée en 2012 par l'institut Guttmacher, 51500 avortements provoqués ont eu lieu au Sénégal avec 16700 femmes qui ont eu des complications suite à des avortements clandestins.

Depuis la réalisation de cette activité qui a été largement vulgarisée à travers les medias communautaires et lors des activités de

sensibilisation communautaires, c'est devenu une bonne pratique qui est très prisée par les familles afin d'éviter les grossesses non désirées et à risque.

CONCLUSIONS

Ce qui nous a motivé à adopter cette bonne pratique, c'est d'abord le souci d'éviter à ces malades mentales les grossesses non désirées et à risque mais aussi de lutter contre les avortements clandestins et forcés qui peuvent être les voies de recours de leur famille. A travers cette bonne pratique nous avons voulu aussi montrer qu'il nécessaire de faire appliquer les dispositions du protocole de Maputo que notre pays a ratifié depuis 2005 mais qui n'est pas appliqué dans toutes ses dispositions surtout concernant le droit à la santé de la reproduction.

RECOMMANDATIONS

Comme recommandations, nous suggérons un maillage du territoire national pour démultiplier cette bonne pratique afin que toutes les malades mentales du Sénégal puissent en bénéficier. Mais aussi de prévoir ces services au niveau de l'offre de services planification familiale. Et enfin élaborer un programme spécial pour cette bonne pratique en l'institutionnalisant

DF3 : Titre: DEMARCHE COMMUNAUTAIRE POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES MORSURES DE SERPENTS DANS UNE COMMUNE RURALE DE GUINEE « Expérience du Centre Médical Associatif (CMA) de Timbi Madina »

Auteur: Dr Abdoulaye Aguibou Barry

Introduction:

Timbi-Madina est l'une des communes rurales de la préfecture de Pita, située à 25km de la Préfecture et à 425km de la capitale Conakry en République Guinée. Avec une superficie de 300km², la population est estimée à 60 000 habitants répartie dans 14 districts.

Essentiellement agro-pastorale, elle renferme quelques galeries forestières, des bas-fonds et des plaines agricoles aménagées.

La morsure de serpent est une blessure occasionnée par un serpent, résultant généralement de la pénétration des crochets, pouvant s'ensuivre d'une envenimation.

Il est difficile d'estimer la fréquence des morsures de serpents, du faite que leur reportage n'est pas obligatoire dans divers régions du monde.

Toutes fois, on estime dans le monde, tous les ans 5,4 millions de personnes sont mordues dont 2,5 millions d'envenimations avec 125000 décès

A Timbi-Madina, plusieurs espèces de serpents venimeux y sont rencontrées. Les morsures de serpents sont fréquentes et constituent une urgence médicale avec un taux de létalité très élevée. . Les recours sont quasi-absents, devenant ainsi un véritable problème de santé dans la localité. C'est dans ce contexte que le CMA de Timbi-Madina, structure de soins de première ligne, a initié une démarche communautaire pour répondre à cette préoccupation des populations de la commune.

Méthologie:

-un dialogue communautaire est organisé sur les morsures de serpent ;

-l'institut Pastoriat de Kindia est sollicité pour élucider les autorités et les prestataires de soins sur la problématique des morsures de serpent en Guinée ;

-les ressources financières sont mobilisées par la communauté à travers des cotisations répartie entre les 14 districts

-un comité de gestion est mit en place

-un dispositif de prise en charge des cas de morsure de serpents est défini

Les contraintes et solution :

-Le financement du processus/il est pris en charge par le C MA

-Le non engagement des autorités / information et sensibilisation des autorités

Résultats:

1- Le 04 Novembre 2016, le dialogue communautaire a permis de constater:

-la fréquence des morsures de serpents 19 cas avec 10 décès courant 2015(52,63);

-L'absence de SAV (sérum antivenimeux) dans les centres de santé, les Hôpitaux de références et les officines;

-l'absence de formation du personnel de santé sur la prise en charge des envenimations

2- Le 06 mai 2016, le Chef du département de vénérologie de l'Institut Pastoriat de Kindia a fait le déplacement, pour élucider les différents

acteurs sur la problématique des envenimations en Guinée à savoir la disponibilité, l'accessibilité du SAV et la formation des agents de santé;

-le SAV coûte 1200000 Fg(75000 FCFA) non accessible à la population paysanne;

-16 agents de santé ont été formés sur la prise en charge

3- Le 10 mai 2016, fixation des cotisations entre districts:

- la cotisation par district a été définie et varie selon la taille de la population: 1000000fg (moins de 1000Hbts),1500000 fg (1500 à 2000 Hbts), 2000000 fg(plus de 2000 Hbts);

- 13000000 fg ont été mobilisés par la communauté;

- un comité de pilotage a été installé de 4 membres

4- Le 31 mai 2016, 1350000FG des cotisations ont été perçus sur une prévision de 29500000FG, ainsi10 flacons de SAV ont été achetés, les modalités de gestion ont été définies.

5- Du 1er juin 2016 au 31 mai 2017 soit 19 mois, 41 cas de morsure dont 16 cas d'envenimation, décès 3, taux de létalité 7,32 par morsure et par envenimations 5,33

Conclusion:

Les morsures de serpent constitue un problème de santé publique à Timbi-Madina .ce fléau identifié par une structure de santé de 1ere ligne et partagé avec la communauté a permis de mettre en place un dispositif de prise en charge adéquate grâce à un financement participatif de la communauté.

Ainsi, cette action a permis de réduire le taux de létalité de 52,62 à 7,2.

L'engagement des autorités a beaucoup contribué à la réussite du projet ainsi que l'intervention du spécialiste, ce qui montre l'interdisciplinaire de l'action menée.

La démarche communautaire reste aujourd'hui l'outil permettant à une communauté de résoudre ses problèmes de santé

Recommandation

- L'organisation de dialogue communautaire en impliquant tous les acteurs concernés à la fin de chaque année autour des activités du Centre de santé ;
- La Formation des autorités locales sur la bonne gouvernance en santé ;
- La Formation des agents de santé sur l'approche santé communautaire.

ABSTRACTS - PRESENTATIONS ORALES

Médecine Traditionnelle et la Santé de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant, de l'Adolescent et du Jeune (SMNEAJ)

CF1: Titre: Approche des Interventions à Base Communautaire des Praticiens de Médecine Traditionnelle pour l'amélioration des indicateurs de Santé de la Mere et de l'Enfant

Auteur: KROA Ehoulé, TOURE L.D.T., BLE BK, AMESSAN BM

Introduction:

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP), avec l'appui technique et financier du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) du bureau de Côte d'Ivoire, développe des activités pour améliorer la santé de l'enfant et de la femme. Les activités sont menées aussi bien dans les structures de santé, dans les structures communautaires qu'au sein même de la communauté, allant jusqu'à domicile. Ces activités ont permis une amélioration générale de la survie de l'enfant. Le Programme National de la Santé Mère-Enfant (PNSME) et le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT) avec l'appui technique et financier de l'UNICEF mettent en œuvre depuis 2016, une initiative intégrant les Praticiens de Médecine Traditionnelle (PMT) dans la stratégie nationale de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) par la sensibilisation de leurs pairs et de leurs malades sur les Pratiques Familiales Essentielles (PFE) et par l'encadrement des ménages pour l'adoption des PFE de la survie et du développement du jeune enfant (PCIME Communautaire).

Méthologie:

La formation de 74 leaders de PMT identifiés par les Directeurs Départementaux de la Santé et les Associations locales de PMT des 41 Districts Sanitaires ciblés sur les PFE avec un accent particulier sur la référence des cas (cibles PFE) dans les structures sanitaires conventionnelle, la supervision des PMT mettant en œuvre les activités de vulgarisation des PFE par les DS et le suivi des PMT mettant en œuvre les activités de vulgarisation des PFE par les DS avec une attention particulière sur la qualité des données collectées par les PMT.

Résultats:

1 113 séances de sensibilisation organisées par les PMT impliqués dans la vulgarisation des PFE (902 causeries individuelles et 211 Causerie de groupes) sur le calendrier vaccinal, les CPN, l'allaitement exclusif, l'alimentation de l'enfant, les signes de danger chez la femme enceinte et chez l'enfant, l'importance de la MILDA, le lavage des mains, la déclaration de naissance. Un total de 4 585 personnes a été sensibilisée dont 1 315 PMT sensibilisés à l'adoption des PFE et à leur vulgarisation auprès des pairs, de leurs malades et des ménages, 3 270 personnes (chef de famille, ménage, personne à charge d'enfant) sensibilisées sur les PFE. Une adoption a été constatée chez 2 851 d'entre eux pour les PFE auxquelles ils sont éligibles, 263 femmes enceintes référées pour hémorragies de la délivrance, accouchement assisté en milieu hospitalier, diagnostic de grossesse, consultation prénatale, vaccination, suspicion de diabète et d'hypertension, paludisme grave, 308 enfants de moins de cinq ans référés pour vaccination, paludisme grave, saignement du cordon, anémie, convulsions, boutons sur le corps, vomissements, diarrhée, fièvre élevée, etc.

Conclusion:

L'implication des praticiens de médecine traditionnelle dans les activités de vulgarisation des PFE et des AEN et dans la surveillance communautaire des MPE organisée par la Direction Générale de la Santé à travers le PNPMT, le PNSME et le PNN, encadrés par les DS et soutenue par l'UNICEF a permis de : - renforcer la couverture sanitaire ivoirienne en personnel qualifié ; - améliorer la collaboration entre médecine conventionnelle et médecine traditionnelle ; - lutter contre les pratiques traditionnelles néfastes à la santé de la mère et de l'enfant ; - améliorer l'offre de santé en matière de survie de la mère et de l'enfant en milieu communautaire. La stratégie de collecte des données des activités des PMT doit être améliorée et le suivi des PMT par les DS mérite d'être soutenu et renforcé. RECOMMANDATIONS - Impliquer les PMT dans les activités promotionnelles et préventives relatives à la santé de la mère et de l'enfant - Mettre en place un cadre de collaboration entre les Districts Sanitaires et les PMT - Sensibiliser les médecins, Infirmiers et Sages-femmes sur les activités des PMT - Intégrer les données issues de la médecine traditionnelle dans les rapports sur la situation sanitaire ou Système National de l'Information Sanitaire.

Recommandation

- Impliquer les PMT dans les activités promotionnelles et préventives relatives à la santé de la mère et de l'enfant - Mettre en place un cadre de collaboration entre les Districts Sanitaires et les PMT - Sensibiliser les médecins, Infirmiers et Sages-femmes sur les activités des PMT - Intégrer les données issues de la médecine traditionnelle dans les rapports sur la situation sanitaire ou Système National d'Information Sanitaire (SNIS)

CF2 : Titre: Implication des Accoucheuses Traditionnelles dans le système de gestion des urgences obstétricales au Mali

Auteur: Prof Rokia Sanogo, Dr Sergio Giani

Introduction:

Depuis les années 1980, beaucoup d'expériences de recyclage des AT ont été soutenues par le Ministère de la Santé et les Organismes de Coopération Internationale. Les résultats sur la réduction de la mortalité maternelle et infantile ont été en deçà des attentes. A partir de 1990, un grand effort a été consenti pour la conception et la mise en place d'un système des urgences obstétricales. Les ressources humaines et techniques des CSRéf et CSCom ont été ainsi renforcées. Un système de partage des coûts a permis la prise en charge solidaire des frais d'évacuation et d'intervention chirurgicale. En 2005, la gratuité de la césarienne devait participer à ces efforts collectifs. Dans ce nouveau contexte, l'accès au système et son impact sur la mortalité maternelle et néo-natale restaient insatisfaisants. Les taux étaient respectivement de 368 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes et de 34 décès d'enfants pour 1.000 naissances L'hypothèse de notre intervention était que la prise en compte des AT, avec approches et méthodologies adéquates, peut participer à briser les barrières entre les femmes à risque et les CSCom, permettant un accès plus équitable et élargi aux services de suivi pré et post natale et aux soins obstétricaux d'urgence.

Méthologie:

L'objectif était de développer une collaboration efficace entre système traditionnel d'assistance à la grossesse et à l'accouchement, dont

les AT sont responsables, et système conventionnel de prise en charge des urgences obstétricales. Le but était de détecter et de référer à temps les cas critiques. Au lieu d'une formation classique, il s'agissait de faciliter les échanges interculturels, le partage d'informations et d'expériences et le renforcement des compétences, par l'organisation d'Ateliers d'information et d'organisation, avec la participation des AT, de l'équipe socio-sanitaire et des autres acteurs locaux. Un système local de collecte des données et d'autoévaluation assistée a été mis en place.

Résultats:

De 1999 à 2009, les activités d'organisation et suivi des AT menées par Aidemet Ong, en partenariat avec les structures techniques de l'État, ont permis d'impliquer 390 AT de 195 villages dans 13 aires de santé qui comprennent environ 325.000 habitants dans les Districts Sanitaires de Kolokani, Kadiolo, Sikasso, Bandiagara e Kati. Un ouvrage de capitalisation de ce travail a été édité en 2009. De 2012 à 2015, les activités du Projet HURAPRIM, financé par l'UE, ont permis d'impliquer 45 AT de 3 aires de santé dans les Districts Sanitaires de Kolokani et Sikasso. L'analyse des données collectées a confirmé les résultats des expériences précédentes : les AT peuvent bien être considérées comme des ressources humaines pour la santé maternelle et néonatale, dans le cadre d'une collaboration organisée et évaluée avec le personnel socio-sanitaire du système conventionnel. En comparant les résultats de l'année avant et de l'année après l'intervention, nous avons constaté à Kolokani l'augmentation des consultations prénatales, des accouchements assistés et des références des urgences obstétricales. Les différences étaient presque toujours statistiquement significatives. L'augmentation de la couverture en vaccination Polio 0 a été significative aussi dans la zone du projet HURAPRIM. Ces résultats ont été confirmés aussi par la revue de la littérature internationale sur le rôle des AT dans la chaîne pour sauver la vie des mères et des nouveau-nés. Une intervention sur plus de sites ou pour une plus longue durée permettrait d'attendre des résultats statistiquement significatifs aussi sur les données de la mortalité maternelle et néonatale.

Conclusion:

La démarche d'implication des AT peut contribuer à diminuer les premiers deux retards sur les quatre qui peuvent empêcher aux femmes à risque de recevoir les soins nécessaires pour sauver leurs vies et celles des nouveaux nés. Au niveau des villages, la détection rapide des signes de danger par les AT et la prise de décision rapide concernant la référence des femmes en détresse obstétricale doivent être supportées par des moyens de transport adéquats. Pour l'efficacité du système, une réponse rapide, de bonne qualité et à un coût abordable aux différents niveaux du système de santé conventionnel est enfin indispensable.

Recommandation

Aux autorités de santé et partenaires de : (i) Prendre en compte le renforcement de la collaboration entre AT et personnel socio-sanitaire, pour améliorer la santé maternelle et infantile ; (ii) Rendre disponibles des moyens de transport adéquats entre les villages et les CSCom ; (iii) Renforcer les capacités du personnel socio-sanitaire sur la démarche afin de l'outiller à utiliser cette bonne pratique ; (iv) Prendre en compte les activités des AT organisées et informées dans le SLIS ; (v) Répliquer cette bonne pratique sur un plus grand nombre d'aires de santé et pour une plus longue période à fin d'obtenir les données statistiquement significatives nécessaires à valider la stratégie d'implication des AT sur la base de données factuelles ; (vi) Soutenir ce processus par une vaste campagne de plaidoyer et de dialogue politique pour la prise en compte des AT dans la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale.

ABSTRACTS - PRESENTATIONS SOUS FORME D’AFFICHES

Maladies Non Transmissibles et la Santé de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant, de l'Adolescent et du Jeune (SMNEAJ)

DE2 : Renforcement de la prestation de services aux femmes souffrant de dépression périnatale dans le contexte des soins primaires : expérience de l'étude des spectres

Auteur : Bibilola Oladeji, Jibril Abdulmalik, Lola Kola, Olufemi Idowu, Oye Gureje

Introduction :

La dépression périnatale est un problème de santé mentale courant qui se manifeste chez les femmes pendant la grossesse et peu après l'accouchement. Cette pathologie est associée à un handicap considérable chez les mères et à une croissance et un développement

insuffisants chez les nourrissons. Même s'il existe des traitements efficaces, les mères touchées par cette pathologie reçoivent rarement le traitement dont elles ont besoin, principalement parce que les prestataires de soins de première ligne sont incapables d'identifier les femmes atteintes de cette pathologie. Il est donc utile de se pencher sur les goulets d'étranglement qui entravent la détection de la maladie dans le cadre des soins maternels primaires dans la perspective d'introduire des remèdes appropriés, de sorte à permettre aux femmes qui en souffrent de recevoir les soins dont elles ont besoin. Le Nigéria compte moins de 500 psychiatres au service d'une population de plus de 160 millions d'habitants que compte le pays. Pour améliorer les soins de santé mentale, il faudra mettre au point et tester des méthodes novatrices visant à former les prestataires de soins de santé primaires de première ligne, qui sont généralement le premier point de contact pour la plupart des femmes souffrant de dépression périnatale. La présente étude a pour but de se pencher sur la détection de la dépression périnatale par les agents de soins de santé primaire (ASSP) avant et après la formation des prestataires de soins de santé, ainsi qu'à examiner les effets de l'introduction d'un bref outil de dépistage (le Questionnaire sur la santé du patient en deux questions (QSP-2)) et d'une formation d'approfondissement accompagnée d'une supervision de soutien sur la détection de la dépression périnatale.

Méthodes :

SPECTRA est une étude de mise en œuvre menée dans 18 centres de soins de santé primaires (CSSP) sélectionnés à Ibadan, au Nigéria. Un programme de formation en cascade a été utilisé pour former les agents de santé communautaire, les agents de vulgarisation en santé communautaire et les infirmiers/infirmières de première ligne à l'utilisation du Guide d'intervention du Programme d'action « Comblent les lacunes en santé mentale » (mhGAP-IG), un outil conçu pour aider les non spécialistes dans la fourniture des soins en santé mentale fondés sur les données factuelles. La connaissance de la dépression périnatale chez les ASSP a été évaluée avant, immédiatement après et six mois après la formation. Les femmes inscrites consécutivement qui se présentaient pour des soins prénatals ont été dépistées à l'aide de l'Échelle de dépression postnatale d'Edimbourg (EPDS) après avoir été suivies par les ASSP et le dossier de la visite a été évalué pour y consigner le diagnostic de la dépression.

Résultats :

Avant la formation initiale, les ASSP n'ont identifié que 1,4 % des cas de dépression périnatale. Après la formation, les taux de détection se sont améliorés pour atteindre environ 4,4 % dans les centres de santé n'utilisant pas les questions de dépistage du PHQ-2 et 13,8 % dans ceux qui utilisent le PHQ-2. La détection de la dépression s'est améliorée après la formation, mais il y a eu une légère baisse des résultats six mois après celle-ci (résultats moyens : $46,6 \pm 14,1$ avant la formation ; $61,4 \pm 12,7$ immédiatement après la formation et $58,2 \pm 12,4$ six mois après la formation). Malgré le dépistage et la rétention considérable des connaissances, les taux de détection sont restés faibles après la première série de formations. Cela donne à penser que l'amélioration des connaissances ne se traduit pas nécessairement par une meilleure identification. Suite à la formation d'approfondissement ainsi qu'à l'intégration d'une supervision de soutien structurée mise en œuvre deux fois par mois par les formateurs, les taux de détection sont passés à 51 % dans les établissements de santé qui utilisent le PHQ-2. Dans ceux n'utilisant pas le PHQ-2, où il n'y a eu que la mise en œuvre d'une supervision de soutien sans la formation d'approfondissement, les taux de détection se sont améliorés pour atteindre 9,0 %.

Conclusion :

De multiples facteurs influent sur la détection adéquate et le traitement approprié de la dépression périnatale. Bien que la formation soit importante pour améliorer les connaissances des prestataires de soins de santé, l'utilisation d'outils de soutien et la fourniture d'une supervision de soutien sont essentielles pour améliorer la prestation de services de qualité aux femmes souffrant de dépression périnatale.

Recommandations :

Des politiques devraient être élaborées pour accompagner la formation des prestataires de soins maternels de première ligne, afin d'améliorer leur capacité à fournir des soins de santé efficaces aux femmes ayant des problèmes de santé mentale périnatale. La prestation de soins de santé efficaces devrait être améliorée par la fourniture d'outils de soutien clinique tels que le PHQ-2 pour le dépistage dans le but de faciliter l'identification et de garantir également un soutien et une supervision clinique permanents.

DE3 : Exploitation du capital social pour intégrer des activités spécifiques à la nutrition et qui tiennent compte des enjeux nutritionnels en vue d'améliorer les résultats en matière de nutrition dans le nord du Ghana

Auteur : Joseph Jutile Loiseau, Mariama Bogobire Yakubu , Yunus Abdulai, Joseph Ashong,

Introduction :

La prévalence de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans demeure élevée dans le nord du Ghana, avec une prévalence de retard

de croissance, d'insuffisance pondérale et d'émaciation atteignant respectivement 33,1 %, 20,0 % et 6,3 % contre 18,8 %, 11,0 % et 4,7 % au niveau national (EDS, 2014). Les données des rapports sur les systèmes d'information sanitaire de routine indiquent une amélioration dans la région (DHIMS, 2017), mais cette amélioration est relativement faible comparativement aux niveaux de ressources et aux efforts déployés par diverses institutions telles que l'USAID et l'UNICEF. Selon la série d'articles de la revue *The Lancet* portant sur la santé maternelle et infantile, pour réaliser les progrès escomptés en ce qui concerne les résultats en matière de nutrition, il est nécessaire d'adopter une approche multisectorielle des programmes de développement spécifiques à la nutrition et qui tiennent compte des enjeux nutritionnels. Les programmes qui tiennent compte des enjeux nutritionnels s'attaquent aux principaux déterminants sous-jacents de la malnutrition. Le projet *Resiliency in Northern Ghana (RING)* est un projet intégré d'une durée de cinq ans financé par l'Initiative alimentaire pour l'avenir (FtF) de l'USAID, conçu pour contribuer aux efforts du gouvernement du Ghana (GdG) visant à réduire durablement la pauvreté et à améliorer l'état nutritionnel des populations vulnérables. Les Associations villageoises d'épargne et de crédit (AVEC), une activité de subsistance clé dans le cadre du projet RING, offre la possibilité de combiner des activités agricoles (culture de soja, de patates douces à chair orange ou de légumes à feuilles vertes), des activités de nutrition des groupes de soutien de mère à mère, des démonstrations culinaires, des durbars ou une autre activité de subsistance (élevage de petits ruminants, de volaille).

Méthodologie :

Une AVEC est composée de 25 à 30 femmes qui contribuent à un fonds d'épargne chaque semaine, discutent de la gestion des fonds, contractent des prêts et les remboursent. Deux femmes de chaque AVEC sont formées comme facilitatrices de groupes par le Département de la santé du district (DHA) et l'établissement sanitaire dont la communauté fait partie, ce qui leur fournit une formation en Alimentation du nourrisson et du jeune enfant sur une base communautaire (C-IYCF). Les facilitatrices de groupes formées deviennent des facilitatrices de groupes de soutien de mère à mère (MTMSG) qui dirigent les discussions sur les thèmes de l'IYCF lors des réunions des MTMSG qui se tiennent après la réunion de l'AVEC. Les personnels de santé et les encadreurs au niveau de l'établissement de santé fournissent des orientations techniques à ces groupes jusqu'à ce que ce qu'ils deviennent fonctionnels, le plus souvent aux bout de 4 à 6 mois.

Résultats :

L'objectif de l'activité de l'AVEC est de garantir un impact durable sur les ménages vulnérables en renforçant la sécurité alimentaire, en donnant aux femmes la possibilité d'investir dans des activités génératrices de revenus et en répondant aux besoins familiaux tels que la nourriture supplémentaire, les soins de santé, l'éducation et le renforcement de la cohésion sociale dans les communautés. Le projet RING a pour objectif de toucher la totalité (100 %) des AVEC, soit un total de 2874 AVEC dans 1472 communautés, par le biais de diverses interventions. En conséquence, 1723 MTMSG ont été formés, dont 15 122 femmes ayant bénéficié de la formation sur les vignes de la patate douce à couleur à chair orange (OFSP) pour la culture de l'OFSP. En outre, 180 397 personnes ont bénéficié d'une démonstration culinaire et 10 918 ont pris part à la diffusion de la vidéo et à des discussions de plaidoyer sur les retards de croissance grâce à l'approche des MTMSG. Par le biais de cette approche unique, les connaissances et compétences des femmes de ces groupes ont été enrichies pour diriger les discussions sur la C-IYCF lors des réunions de groupes qui ont aussi fait office de réunions des AVEC et permis aux membres à se faire reconnaître dans leurs diverses communautés et auprès des leaders communautaires. La plupart des groupes ont exploité les connaissances en matière de C-IYCF acquises lors des discussions dans le cadre des MTMSG pour s'engager dans des projets qu'ils ont eux-mêmes initiés avec l'appui des leaders d'opinion et des membres de la communauté en général. Au nombre de ces activités, figurent la conduite d'exercices de nettoyage, la réalisation de campagnes sur l'adaptation des pratiques appropriées en matière d'IYCF par le biais de visites porte à porte et d'autres plateformes sociales comme les cérémonies d'attribution de noms, les funérailles, entre autres, ainsi que la fourniture d'un soutien aux autres femmes qui ont des difficultés à adopter des pratiques positives en matière de nutrition et de santé, ainsi que la promotion de l'utilisation des « tippy-taps » (installations de lavage des mains) dans leurs foyers pour améliorer les habitudes d'hygiène.

Conclusion :

La combinaison des activités qui tiennent compte des enjeux nutritionnels et des activités spécifiques à la nutrition s'est avérée être une approche viable, acceptable pour les bénéficiaires, efficace, rentable et durable pour renforcer la capacité des membres des communautés à adopter des pratiques positives en matière de nutrition, de moyens de subsistance, de santé et d'assainissement. On suppose que la combinaison des activités agricoles et de subsistance avec les activités de nutrition et d'eau, d'hygiène et d'assainissement (WASH) aura une incidence accrue sur le statut nutritionnel des enfants et des femmes âgées de moins de cinq ans.

Recommandation :

Sur la base des données factuelles, cette approche fournit un moyen d'autonomiser les soignants grâce à la constitution d'un capital social afin de garantir un moyen plus complet de fournir une nutrition adéquate aux familles. Il est fortement recommandé de reproduire cette

approche dans un contexte similaire à celui du nord du Ghana, car cette région a le taux de prévalence de la malnutrition le plus élevé du pays. En tant que propriétaire et utilisateur de cette approche, le Service de santé du Ghana devrait en garantir la durabilité à travers la fourniture d'un soutien de qualité. Cette plateforme est une voie opportune pour communiquer avec les différents segments de la population. Les leaders des groupes de soutien devraient être impliqués dans les services d'approche afin de faire preuve de plus de leadership et d'obtenir une meilleure appréciation de la part de leurs pairs.

DF4 : Approche "World Health Organization Package of Essential Non communicable Disease" WOPEN : un outil de prévention et de prise en charge des principales MNT au niveau des Centres de Santé Périphériques.

Auteur : Houinato Dismand, Houehanou Corine, Mizehoun Carmelle ; Amidou Salmane.

Introduction :

Le MNT sont responsables de 68 % des décès dans le monde (2012) dont 80% des décès dans les pays pauvres. Parmi eux plus de 40% étaient des décès prématurés. Les MNT provoquent des pertes économiques considérables et poussent des millions de personnes à la pauvreté.

Au Bénin, à la faveur de l'enquête STEP de 2015, il a été observé chez les sujets de sexe féminin les résultats suivants :

- Une prévalence de diabète de 12,2% ;
- Une prévalence de l'hypertension de 23,4% ;
- Une prévalence de l'obésité de 10,1% ;
- Une prévalence de la consommation de tabac de 0,5% ;
- Une prévalence de la consommation nocive d'alcool de 16,9% ;
- Une prévalence de la pratique insuffisante d'activité physique de 18,7% ;
- Une prévalence de la consommation insuffisante de fruit et légumes de 92,8%.

Le plan de la mise en œuvre de la stratégie mondiale visant à prévenir et à combattre les Maladies Non Transmissibles (MNT) a été approuvé par l'Assemblée Mondiale de la santé en mai 2008. L'objectif 2 de ce plan insiste sur la nécessité de mettre en place des politiques et plans nationaux pour prévenir et combattre les MNT.

Méthologie:

La phase pilote du WHO-PEN a été initié en 2009 dans neuf centres de santé périphériques au sud du Bénin. Cette phase s'est faite en 06 étapes :

- Etape 1 : Evaluation de la capacité des CSP candidat aux WHO-PEN
- Etape 2 : Formation des formateurs par l'OMS Afro
- Etape 3 : Elaboration des documents
- Etape 4 : Formation des agents et mise à disposition du matériel (glucomètre, toise, pèse-personne, tensiomètre, mètre-ruban)
- Etape 5 : Application des protocoles par les agents formés sur le terrain
- Etape 6 : Monitoring

Résultats :

- **De 2009 à 2015**, au niveau national, 21 zones sanitaires ont été couvertes sur les 34 présentes. La formation WHO-PEN a permis d'atteindre 1022 participants dont 42 médecins et 980 paramédicaux.
- **De 2015 à ce jour**, avec l'appui d'ENABEL, 9 zones sanitaires sur 9 où 582 participants ont été formés. Parmi eux, 81 sont des médecins et 501 sont des paramédicaux.

Outre ces réalisations, les modules de formations ont été révisés ; 134 Centres de Santé ont été équipés dans les 4 départements appuyés par ENABEL en glucomètre, pèse-personne, débitmètre de pointe, chambre d'inhalation, monofilament. La supervision du WHO-PEN a été intégrée au plan de supervision des équipes d'encadrement de zone.

Des supervisions réalisées, il ressort une volonté affichée de la part du personnel de mettre en pratique les protocoles de prise en charge. Toutefois les cas de diabète sont immédiatement référés et non notifiés dans les registres des centres de santé. Des réajustements

seront faits pour rendre la fiche clinique plus complète, digeste et précise.

Nous pouvons retenir les leçons suivantes nécessaires pour une bonne mise en œuvre du WHO-PEN :

- Une bonne supervision régulière des agents formés ;
- Une allocation de ressources suffisante au niveau des zones sanitaires pour encourager une implication des autorités locale ;
- Une fidélisation des agents formés à leurs postes ;
- Une formation de formateurs locaux ;

Une dotation des centres de santé périphérique en matériel et équipements techniques et leur renouvellement régulier.

Conclusion :

Le Bénin a été le deuxième pays après l'Erythrée à mettre en œuvre le WHO-PEN dans la région africaine de l'OMS. Après une phase d'expérimentation et de mise à échelle progressive nous avons été confrontés à certaines difficultés entravant la mise en œuvre de cette intervention. Cet état de chose nous a amené à revoir notre stratégie et à suggérer la nécessité d'un bon appui technique et financier et surtout d'une bonne supervision formative régulière des agents formés.

Recommandations :

Les recommandations clés pour assurer la mise en œuvre de l'approche sont :

- Renforcer la supervision formative du WHO-PEN au niveau de l'équipe d'encadrement de zone ;
- Appuyer la mobilisation de ressources financières BN et PTF pour la régularité de la supervision intégrée ;
- Faire un plaidoyer à l'endroit de toutes les parties prenantes pour la mise à échelle au niveau national du WHO-PEN ;
- Faire un plaidoyer à l'endroit du gouvernement pour la fidélisation des agents aux postes ;
- Doter les structures sanitaires dont les agents ont été formé en équipements standards minimum de prise en charge des MNT;
- Rendre disponibles les médicaments essentiels à tous les niveaux de la pyramide sanitaire à travers un bon système d'information et de gestion logistique.



Ankasa Conservation Area, Western Region. Ankasa is the only area in the Wet Evergreen Forest Zoo in Ghana. It covers about 500km² .

ABSTRACTS - PRESENTATIONS SOUS FORME D’AFFICHES

ABSTRACTS - PRESENTATIONS SOUS FORME D’AFFICHES

Bonne Gouvernance et la Redevabilité pour la Santé de la Mère, du Nouveau-né, de l’Enfant, de l’Adolescent et du Jeune (SMNEAJ)

AE14 : Rénovation des laboratoires spécialisés en soins infirmiers et obstétricaux dans les établissements de formation afin d’améliorer l’enseignement et l’apprentissage des compétences au Ghana

Auteur : Amos Asiedu, Martha Serwaa Appiagyei, Karen Caldwell, Etta Forson Addo, Patience Darko et Dora Agbodza

Introduction :

La présente étude avait pour but d’évaluer les incidences des interventions spécifiques mises en œuvre par le Programme pour la survie de la mère et de l’enfant (MCSP) financé par l’USAID sur les compétences de base des étudiants diplômés issus des écoles de formation en soins infirmiers de santé communautaire au Ghana sélectionnés. Les interventions intègrent la création/le renforcement des laboratoires spécialisés, afin d’améliorer les connaissances et compétences des apprenants et mieux les préparer à la pratique sur le marché du travail.

Méthodologie :

Des tests de connaissances et des examens cliniques objectifs structurés ont été réalisés à deux reprises en utilisant un plan d’échantillonnage indépendant successif : au démarrage et un an après le début du soutien du projet. Chaque échantillon a été obtenu auprès des étudiants en dernière année d’études de ladite année. Des évaluations à mi-parcours ont été réalisées dans les écoles de formation en soins infirmiers de santé communautaires de Fomena, Winneba, Tamale et Navrongo, qui disposaient de données provenant d’une évaluation de base. Les domaines thématiques évalués intégraient : le paludisme, les soins de maternité respectueux, les pratiques d’allaitement maternel, la septicémie du nouveau-né, le VIH et la planification familiale. L’approbation de l’éthique a été obtenue auprès de l’Institut mémorial de Noguchi du Conseil institutionnel d’évaluation des recherches médicale (NMIMR-IRB) et de l’École de santé publique John Hopkins du Conseil institutionnel d’évaluation (JHSPH IRB).

Résultats :

La proportion d’apprenants qui ont expliqué les procédures au client s’est accrue par rapport à celle à mi-parcours de l’étude, passant de 63 à 97 % à la fin de l’étude. Le lavage des mains a enregistré une hausse, passant de 47 % à mi-parcours à 100 % à la fin de l’étude et la mise à disposition des outils nécessaires à l’exécution de la tâche s’est accrue, passant de 45 à 78 % à mi-parcours de l’étude. Par ailleurs, pour les services de conseil en allaitement, le nombre de bébé nourri au sein avec les doigts en forme de C a enregistré une hausse, passant de 50% à mi-parcours à 86 % à la fin de l’étude. De même, les conseils sur les méthodes de planification familiale sélectionnées, qui correspondent au désir du client pour le choix du moment et l’espacement des naissances, sont passés de 40 % à mi-parcours à 87 % à la fin de l’étude. La bonne interprétation et la documentation des résultats est en hausse, passant de 20% à mi-parcours à 100 % à la fin et quelques-uns ont documenté leurs résultats, passant ainsi de 0 % à mi-parcours à 47% à la fin de l’étude.

Conclusion :

Le renforcement des laboratoires spécialisés au niveau de l’école de formation des infirmiers et sages-femmes (NMTC) peut contribuer à améliorer les connaissances et compétences des prestataires dans les domaines de la santé maternelle, néonatale, du paludisme et de la planification familiale. Lors de l’examen des ressources, les parties prenantes devraient envisager de rénover les établissements de formation initiale, étant donné que l’amélioration des compétences des apprenants aura une incidence directe sur les résultats pour la santé des clients.

Recommandation :

Afin d’améliorer les soins de santé maternelle et infantile, les écoles de formation en soins infirmiers et obstétricaux devraient être suffisamment dotées en laboratoires spécialisés et en plateforme d’apprentissage en ligne en vue d’améliorer l’enseignement et l’apprentissage des compétences et connaissances.

AE16 : Pratiques de prise en charge de la douleur du travail dans deux hôpitaux tertiaires du sud-ouest du Nigéria

Auteur : Akinmade Adekunle Adepoju, Oluseyi Isaiah Odelola , Adebayo Adekunle Akadri

Introduction :

L'accouchement est un événement heureux, mais qui expose la mère à l'une des pires formes de douleur qui existent. De nombreux hôpitaux au Nigéria ne disposent pas de protocole pour le soulagement de la douleur du travail, occasionnant ainsi la sous-utilisation de l'analgésie obstétricale. La présente étude visait à évaluer les pratiques de prise en charge de la douleur au cours du travail dans deux hôpitaux tertiaires situés au sud-ouest du Nigéria.

Méthodologie :

Il s'agissait d'une étude transversale portant sur 132 femmes en état de grossesse ayant accouché par voie basse. Un questionnaire structuré a été soumis aux femmes dans les 24 heures suivant leur accouchement afin d'enregistrer les détails lors du travail et de l'accouchement ; et la forme d'analgésie du travail administrée. La perception de la douleur du travail a été évaluée à l'aide de l'échelle visuelle analogique (SVA). L'analyse des données a été effectuée en utilisant l'application IBM-SPSS Statistics pour Windows version 21.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA)

Résultats :

L'âge moyen des parturientes était de $30,6 \pm 4,8$ ans. Soixante-six (50%) femmes ont évalué la douleur du travail comme étant aiguë (SVA 7.1). Trente-huit femmes (28,8%) n'ont reçu aucune prise en charge visant à soulager la douleur. Les pratiques non pharmacologiques de prise en charge de la douleur telles que le massage de dos, les exercices respiratoires et la compagnie ont été administrées respectivement à 45 femmes (34,1%), 79 femmes (59,8%) et 45 femmes (34,1%). Seulement 9 femmes (6,8%) ont reçu des analgésiques au cours du travail. La méthode de massage du dos avait la plus forte proportion de femmes qui étaient satisfaites du soulagement de la douleur (82,2%). Les probabilités de percevoir la douleur du travail comme étant pénible étaient respectivement de 2,1, 1,2, 1,4 et 2,1 chez les femmes qui sollicitaient un massage du dos, des exercices respiratoires, de la compagnie et des médicaments contre la douleur. La majorité des femmes interrogées 114 (86,4 %) ont exprimé le désir de disposer des techniques plus efficaces de prise en charge de la douleur au cours leurs futures grossesses.

Conclusion :

La prise en charge de la douleur du travail dans le sud-ouest du Nigéria implique en général l'utilisation de méthodes non pharmacologiques avec une utilisation occasionnelle de médicaments contre la douleur. Il est nécessaire de mettre en place des services d'analgésie obstétricale organisés afin de soulager la forte proportion de femmes désirant des méthodes plus efficaces d'analgésie au cours du travail.

Recommandation :

Les conclusions de la présente étude contribueront à atteindre l'Objectif de développement durable consistant à assurer l'accès universel aux services de santé en matière de sexualité et de procréation, notamment l'information, l'éducation et l'intégration de la santé génésique dans les stratégies et programmes nationaux.

AE17 : Amélioration de l'accès aux services de santé maternelle, néonatale et infantile au niveau communautaire ; rôle des promoteurs de la santé maternelle et infantile et introduction de la méthode des 5S au Ghana

Auteur : Shoko Enomoto

Introduction :

Le défi auquel sont confrontés les membres de la communauté ghanéenne tient à l'accès limité aux services de santé de base, qui est devenu un obstacle à l'amélioration de la santé maternelle, néonatale et infantile dans le cadre du continuum des soins. Dans la zone cible du présent projet, à savoir le district de Kwahu Est, dans la région de l'Est, l'accès aux installations sanitaires est limité et il existe un risque de mettre en péril la santé des femmes enceintes en ne répondant pas aux complications liées aux grossesses et en raison du nombre limité de personnels de santé, ce qui se traduit par un nombre limité d'accouchements en présence de personnel qualifié. L'accès à des services de santé maternelle, néonatale et infantile de meilleure qualité est indispensable et le soutien pour faire comprendre aux membres des communautés l'importance de recourir aux services de santé maternelle, d'améliorer l'accès aux services sanitaires par davantage de services de proximité et de consolider un partenariat entre établissements sanitaires et communautés est essentiel pour répondre à la

situation actuelle. Financé par l'Agence japonaise de coopération internationale et le secteur privé au Japon, le projet a été mis en œuvre sur le site du projet au Ghana de 2017 à 2019 dans le but d'améliorer l'accès des femmes, des nouveau-nés et des enfants aux services de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI).

Méthodologie :

Le projet a entrepris les activités suivantes : l'amélioration de la santé maternelle, néonatale et infantile (SMI) à l'aide du système existant de bénévoles agissant pour la santé communautaire au Ghana et à travers le système des Promoteurs de la santé maternelle et infantile (ci-après dénommé « Promoteur de la SMI ») qui a vu le jour au Japon ; la formation des bénévoles agissant pour la santé communautaire et des membres des communautés agissant en tant que promoteurs de la SMI qui entreprennent des activités visant à prendre soin des mères et des enfants dans la communauté ; l'élaboration de trousseaux pour les promoteurs de la SMI ; l'organisation de formations à l'éducation sanitaire par le biais de discussions de groupes/individuelles dispensées par les promoteurs de la SMI ; la formation du personnel de santé aux services conviviaux pour les clients (soins aux clients) et à la méthode des 5S (méthode d'organisation du lieu de travail) ; et le renforcement des activités dans le domaine de la SMI au niveau communautaires.

Résultats :

À ce jour, cinq (5) formations à l'intention des promoteurs de la SMI sur le site du projet ont été organisées pour renforcer les capacités en matière d'éducation sanitaire au niveau communautaire et d'appui à l'orientation vers les établissements de santé pour les femmes enceintes et allaitantes ainsi que pour les enfants âgés de moins de 2 ans. En conséquence, 150 promoteurs de la SMI ont été formés avec une moyenne de 92,79 % pour le post-test contre une moyenne de 73 % pour le pré-test. Les promoteurs de la SMI mènent leurs activités dans leurs communautés et l'une des zones a démarré de manière spontanée le « cours à l'intention des femmes enceintes » par le personnel de santé et les promoteurs de la SMI dans un établissement sanitaire. La formation du personnel de santé aux services conviviaux à la clientèle et à la méthode « 5S-KAIZEN-TQM » a été dispensée à 90 membres du personnel. La méthode des 5S repose sur les principes d'amélioration de l'environnement de travail et met l'accent sur une organisation efficace du lieu de travail, depuis l'environnement physique et graduellement vers les aspects fonctionnels, qui permettent à la méthode des 5S de simplifier l'environnement de travail, de réduire le gaspillage et les activités sans valeur, tout en améliorant la qualité, l'efficacité et la sécurité. Les principes de la méthode des 5S sont des instruments fiables qui permettent de réaliser des progrès notables dans l'amélioration de l'environnement de travail et du personnel occupant divers types d'emplois dans les établissements de santé. Il ne s'agit pas seulement d'un concept, mais également d'un ensemble d'actions qui doivent être systématiquement menées avec la pleine participation du personnel en poste dans les établissements. La mise en œuvre de la méthode des 5S par les stagiaires est mise en pratique dans un véritable élan participatif en vue d'améliorer la qualité aussi bien de l'environnement des établissements de santé que du contenu des services fournis aux clients dans les établissements sanitaires dans la zone du projet.

Conclusion :

Il est attendu des Promoteurs de la SMI qu'ils contribuent à fournir des informations sur la SMI et qu'ils orientent les clients vers les établissements de santé au niveau communautaire. Étant donné que les promoteurs travaillent en étroite collaboration avec la communauté, ils pourraient gagner sa confiance, ce qui rendrait leur action plus efficace. La mise en œuvre de la méthode des 5S dans les établissements sanitaires pourrait améliorer leur environnement et fournir rapidement des services de santé aux clients. Grâce à l'amélioration simultanée, aussi dans les communautés que dans les établissements sanitaires, l'accès aux services de santé maternelle, néonatale et infantile pourrait s'améliorer pour les femmes enceintes et allaitantes et les enfants âgés de moins de deux ans.

Recommandation :

Au niveau communautaire, les promoteurs de la SMI semblent jouer un rôle de fournisseurs d'informations de première ligne sur la santé en ce qui concerne la santé maternelle, néonatale et infantile. Les points clés pour un encouragement significatif des promoteurs de la SMI sont la collaboration avec les prestataires de services de santé, les formations, notamment les formations de recyclage, la supervision positive, le soutien logistique et la mobilisation des ressources pour les activités communautaires. En ce qui concerne ces points clés, il est essentiel de coopérer avec les autorités nationales et locales, les leaders communautaires, les personnes influentes dans les communautés, les ONG locales, les organisations internationales, etc. En outre, le système de bénévolat deviendrait plus efficace si les différents systèmes de bénévoles en santé communautaire existants au Ghana pouvaient être intégrés en un seul système. La méthode des 5S pourrait se révéler être une méthode efficace pour améliorer l'environnement des établissements sanitaires, tant au niveau des hôpitaux qu'au niveau de l'Initiative à base communautaire de planification et services de santé (CHPS). Par conséquent, elle devrait être étendue aux niveaux régional et national. Les points clés de la mise en œuvre de la méthode des 5S sont la formation adéquate du personnel de santé et des autres personnels concernés dans les établissements de santé (personnel logistique, personnel de sécurité, personnel comptable, etc.), le

partage des informations et des bonnes pratiques de mise en œuvre de la méthode des 5S, le mécanisme de suivi des établissements, un engagement positif continu, etc.

AE18 : Intégration des accoucheuses traditionnelles (AT) dans le système de soins de santé primaires de l'État de Lagos : Une mesure positive durable pour la réalisation de résultats en matière de santé maternelle et infantile.

Auteur: Onyemelukwe, Akaoma, Ibironke Dada, Sumbo Makinde

Introduction :

Avec un taux de mortalité maternelle de 545 pour 1000 naissances et un taux d'accouchement en milieu hospitalier de 30 %, il est impératif de relever les défis qui se posent à l'amélioration des résultats en matière de santé maternelle et infantile, afin de sauver des vies, d'atteindre les résultats sanitaires et les objectifs de développement durable. Les données probantes disponibles montrent que l'État de Lagos compte plus de 5 000 praticiens de la médecine traditionnelle qui fournissent divers services de santé aux communautés dans divers domaines de la santé. L'on compte plus de 2 800 accoucheuses traditionnelles dans tout l'État dans le domaine de la santé maternelle et infantile.

Les accoucheuses traditionnelles (AT) pratiquent environ 19 000 accouchements par an, ce qui montre la préférence de la communauté pour celles-ci. Les risques de résultats négatifs dans le domaine de la santé maternelle et infantile sont élevés. Il est donc urgent d'intervenir et d'intégrer la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) dans le système de soins de santé primaires. Une réglementation est nécessaire pour garantir que les accoucheuses traditionnelles travaillent dans le cadre de la loi, mais la capacité institutionnelle du conseil de la médecine traditionnelle est limitée.

Il est essentiel de renforcer le système de soins de santé primaires pour fournir des soins de santé de qualité en veillant à ce que les femmes et les enfants soient préservés si l'on veut atteindre un plus grand nombre de personnes et assurer une couverture sanitaire universelle. L'intégration du secteur informel de la santé est nécessaire pour améliorer l'accessibilité et la disponibilité des services de soins de santé dans les communautés et faciliter la collaboration et les partenariats dans le but de réduire la mortalité maternelle.

Méthodologie :

Une cartographie a été réalisée à l'aide d'une carte de localisation ; les accoucheuses traditionnelles se trouvent dans des endroits densément peuplés où vivent les personnes démunies et vulnérables. L'Assistance technique au Conseil de la médecine traditionnelle (TMB) pour la collecte et la compilation des rapports d'accouchement provenant des accoucheuses traditionnelles et de l'enregistrement. Un processus de partenariat avec le collège des technologies de la santé a démarré. Un programme d'études à l'intention des accoucheuses traditionnelles a été élaboré et adapté. Ces accoucheuses traditionnelles ont bénéficié d'une formation sur la SMNI de base, la planification familiale et la santé reproductive. Le domicile de chaque accoucheuse traditionnelle a été relié à un établissement de soins de santé primaires (SSP) ou à un hôpital privé où l'on effectue des enquêtes sur les consultations des femmes enceintes et des infirmières, afin de procéder à la vaccination, de recueillir des données et de soutenir les efforts de lutte contre les infections.

Résultat :

Il a été produit des données probantes sur les accouchements, qui révèlent environ 18 000 accouchements effectués par les accoucheuses traditionnelles contre 22 100 pour le secteur public dans son ensemble. Les données probantes ont été diffusées, montrant la nécessité de l'intégration. Des activités de plaidoyer en faveur de l'intégration ont été menées. L'intégration a été mise en place avec l'institution par le Conseil des soins de santé primaires (PHCB) d'une réunion mensuelle sur les données avec les accoucheuses traditionnelles à travers les zones de gouvernement local (LGA). Des orientations basées sur les LGA ont été facilitées pour mobiliser les communautés et davantage d'accoucheuses traditionnelles. Plus de 500 accoucheuses traditionnelles ont été formées et transformées en accoucheuses communautaires pour soutenir d'autres actions au niveau communautaire. La collaboration et le partenariat entre les secteurs formel et informel ont été créés. La qualité des soins reçus par les femmes et les enfants s'en est trouvée améliorée, ce qui a réduit le risque de résultats négatifs en matière de SMNI. Les obstacles à l'orientation ont été d'autant plus levés que les accoucheuses traditionnelles ont orienté des cas vers des examens cliniques, en particulier concernant les femmes qui pourraient présenter des complications. Une base de données a été élaborée avec plus de 800 accoucheuses traditionnelles recensées et environ 790 accoucheuses traditionnelles faisant des accouchements dans les communautés.

Conclusion :

L'intégration des accoucheuses traditionnelles dans le système de soins de santé primaires a offert l'occasion de fournir des services de

santé de meilleure qualité à un nombre plus important de femmes ; ceci a été possible grâce à la collaboration mutuelle visant à faciliter l'orientation en temps opportun ainsi que le recours accru aux investigations et avis d'experts, garantissant que les accoucheuses traditionnelles opèrent dans le cadre de la loi, ce qui a permis de sauver davantage la vie des femmes et des enfants. Cette intégration a fourni l'occasion de développer les connaissances et compétences des accoucheuses traditionnelles sur des thèmes de santé de base, tels que la planification familiale, la santé reproductive et les soins de santé maternelle et infantile. Les accoucheuses traditionnelles formées soutiennent actuellement d'autres interventions au niveau communautaire dans l'État de Lagos.

Recommandation :

Des Conseils de médecine traditionnelle devraient être constitués dans d'autres États pour soutenir la réglementation du travail des accoucheuses traditionnelles.

Le programme d'études devrait être adopté pour une utilisation et une mise à l'échelle au niveau national.

Les États devraient faciliter l'intégration des accoucheuses traditionnelles dans le système de soins de santé primaires, afin de fournir des services qui touchent un plus grand nombre de femmes et de sauver plus de vies.

Des liens et un réseau devraient être créés avec les domiciles des accoucheuses traditionnelles pour assurer la collecte de données, le soutien à la lutte contre les infections et la vaccination.

Il faudrait dresser, maintenir et actualiser la liste des accoucheuses traditionnelles qui opèrent dans les États.

AE19 : Approche intégrée de diagnostic électronique : Évaluation de la qualité de la prise en charge des maladies de l'enfant au Burkina Faso

Auteur : Some Satou Arsene, Blanchet Karl, Somda A. Serge, Lewis James, Sarrasat Sophie et Cousens Simon

Introduction :

Au Burkina Faso, le taux élevé de mortalité des enfants de moins de cinq ans (89/1000) s'explique principalement par la faible conformité (15 %) des agents de santé formés à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) aux directives sur la PCIME qui fournissent une approche normalisée et intégrée des soins aux enfants. L'utilisation de l'Approche intégrée de diagnostic électronique (leDA), un ensemble de plusieurs interventions, vise à améliorer la qualité des soins de santé infantile dans les centres de santé pour réduire, au bout du compte, la morbidité et la mortalité infantiles. Après la phase pilote de l'leDA dans 3 districts de deux régions sanitaires du Burkina Faso, l'approche a été étendue à 4 autres districts des mêmes régions sur la base de l'amélioration des indicateurs de santé recueillis régulièrement dans les districts pilotes pendant trois ans. Pour évaluer la qualité de la prise en charge des enfants de moins de cinq ans en recourant à l'leDA dans les centres de soins de santé primaires au Burkina Faso, nous avons mené une étude selon la méthodologie suivante.

Méthodologie :

Nous avons réalisé quatre étapes de l'essai par étapes de septembre 2014 à octobre 2016 dans 10 centres de soins de santé primaires sélectionnés de manière aléatoire dans chacun des 8 districts de deux régions du Burkina Faso (Boucle du Mouhoun et Nord) en recourant à l'leDA qui intégrait : le Registre électronique des consultations (REC) : le protocole PCIME traduit en un outil informatique destiné à guider les infirmières lors des consultations ; la formation des infirmières sur la PCIME et le REC ; un mécanisme d'assurance-qualité ; un système de supervision ; un système d'information sanitaire basé sur les données collectées au moyen du REC. Des données sur 1 805 consultations d'enfants ont été recueillies par l'observation directe des consultations. Les mêmes enfants ont ensuite été réexaminés par un expert de la PCIME, afin d'obtenir une évaluation conforme aux « références absolues » des classifications et du traitement de la PCIME de l'enfant. Les résultats des deux consultations ont été comparés aux fins d'analyse.

Résultats :

Parmi les 53 enfants identifiés par l'expert comme présentant au moins un signe de danger, 38 enfants ont été identifiés par les agents de soins de santé (75 % dans les districts d'intervention contre 71 % dans les districts témoins). Sur 100 enfants ayant besoin d'une orientation ou d'une hospitalisation, selon la classification de l'agent de santé, seulement 58 (58 %) ont été orientés ou hospitalisés avec une proportion

légèrement supérieure d'orientations correctes dans les districts d'intervention (67 % contre 55 %). La conformité globale au protocole de la PCIME pour l'évaluation clinique (pneumonie, paludisme, diarrhée, malnutrition et anémie) était plus faible dans les districts témoins (48 % contre 68 %). Dans l'ensemble, 47 % des enfants ont été correctement classés, les districts d'intervention enregistrant une meilleure performance (54 % contre 46 %). Les agents de santé ont prescrit des ordonnances conformes à leurs propres classifications pour 69 % des enfants ayant une performance légèrement supérieure dans les districts d'intervention comparativement aux districts témoins (71 % contre 69 %). Les agents de santé ont fait des prescriptions conformes aux classifications de l'expert dans 57 % des cas enregistrant une performance légèrement meilleure dans les districts d'intervention (61 % contre 57 %).

Conclusion :

L'on a noté quelques indications initiales d'une amélioration de la qualité globale de la prise en charge des maladies de l'enfant après la mise en œuvre de l'leDA. Selon nos suggestions, il s'agit du résultat de l'orientation donnée par le REC, du renforcement des capacités par le biais de la formation des infirmières sur la PCIME et le REC, du soutien fourni aux centres de santé pendant la période de supervision, et enfin de l'amélioration de la pratique des infirmières par la recherche de solutions appropriées en réponse aux besoins locaux des soins de santé primaires grâce au mécanisme d'assurance-qualité.

Recommandation

Les résultats susmentionnés laissent penser qu'il faut poursuivre l'étude et que les résultats finaux conduiront à la rédaction d'une note d'orientation pour la mise à l'échelle de l'ensemble des interventions en général.

AE20 : Réduction de la mortalité infantile prématurée dans le nord du Togo : évaluation de l'Initiative intégrée de renforcement des systèmes de santé communautaire

Auteur : Komlan Kenkou , Kevin Fiori, Molly Lauria, Jennifer Schechter, , Sex Gbeleou, Sandra Braganza, Sebabe Agoro,

Introduction :

En 2014, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (U5M) au Togo était de 80 pour 1000 naissances vivantes. Les principales causes de mortalité prématurée sont les complications à la naissance, la pneumonie, la diarrhée, le paludisme et la malnutrition. Bien que 62 % de la population vive dans un rayon de 5 km du centre de santé publique le plus proche, seulement 30 % de la population utilise ces établissements de santé. En 2014, nous avons lancé une initiative triennale dénommée Initiative intégrée de renforcement des systèmes de santé communautaire (ICBHSS) dans les communautés couvertes par quatre centres de santé du secteur public, en collaboration avec le ministère de la Santé. Le modèle de l'ICBHSS comprend l'ensemble suivant d'interventions fondées sur des bases factuelles : 1) l'élimination des frais d'utilisation ; 2) la gestion proactive des cas par des agents de santé communautaire (ASC) ; 3) le mentorat clinique et la surveillance renforcée ; et 4) la gestion de la chaîne d'approvisionnement. Dans le cadre de ce modèle, tous les secteurs publics ont fait l'objet d'une évaluation des sites et, le cas échéant, des investissements en capital appropriés ont été consentis. L'objectif global de l'étude est d'évaluer la mise en œuvre de l'initiative ICBHSS à l'aide d'un cadre d'évaluation scientifique adapté de la mise en œuvre dénommée RE-AIM (portée, efficacité, adoption, mise en œuvre et maintien).

Méthodologie :

Contexte : Quatre communautés du nord du Togo dont le bassin de population maternelle et infantile est estimé à 5843 habitants et dont le taux d'utilisation moyen de base des établissements de santé est de 27 % (allant de 12 à 40 %) en 2013.

Conception : Nous avons structuré les données du programme par domaines respectifs de RE-AIM : portée, efficacité, adoption, mise en œuvre et maintien. En nous basant sur un échantillonnage pondéré en fonction de la population, nous avons procédé à une conception de séries chronologiques interrompues à l'aide d'enquêtes auprès des ménages pour estimer les taux de mortalité annuels. Nous avons procédé à une analyse du retour sur investissement en utilisant l'Outil de planification et d'établissement des coûts et des vies sauvées en santé communautaire. Ensuite, nous avons compilé les données du programme pour faire le résumé des indicateurs de processus.

Résultats :

Nous avons résumé une sélection d'indicateurs structurés par domaines du cadre RE-AIM de la mise en œuvre de l'initiative ICBHSS dans le nord du Togo, d'août 2015 à août 2017.

Portée : Les consultations pédiatriques ont été au nombre de 23 181 pour la première année et de 22 053 pour la deuxième année. En ce qui concerne les consultations prénatales et postnatales, elles ont été de 2712 pour la première année et 4087 pour la deuxième année.

Efficacité : Le taux de mortalité de base des enfants de moins de cinq ans était de 70 (pour 1000 naissances vivantes) et de 36 pour 1000

et 25 pour 1000, respectivement pour les premières et deuxièmes années après l'intervention. L'estimation du retour sur investissement était d'environ 10:1 avec un coût total par habitant de l'intervention d'une valeur de US \$7,74.

Adoption : Les taux d'accouchements en milieu hospitalier étaient respectivement de 67 % et de 75 % pour la première et la deuxième année après l'intervention.

Mise en œuvre : Les cas pédiatriques (0 à 5 ans) évalués dans les 72 heures suivant l'apparition du/des symptôme(s) étaient de 76 % pour la première année et de 86 % pour la deuxième année. Le taux moyen d'adhésion des agents de santé communautaire au protocole était de 97 % pour la première année et de 98 % pour la deuxième année.

Conclusion :

Les résultats préliminaires suggèrent que l'initiative ICBHSS va de pair avec une réduction de la mortalité prématurée grâce à une couverture médicale accrue, des différences dans les comportements de recherche de soins de santé et une amélioration de la qualité des soins. En raison des limites de la conception de l'étude, il est impossible d'attribuer de façon définitive la réduction de la mortalité à l'intervention, bien qu'il y ait peu de facteurs alternatifs qui pourraient expliquer cette réduction. Les discussions initiales avec le ministère de la Santé et le personnel de terrain suggèrent que les réductions observées dans les consultations pédiatriques de la première à la deuxième année pourraient être attribuables à une diminution de la demande en raison de l'efficacité des agents de santé communautaire. L'augmentation du nombre de soins maternels est probablement liée à l'amélioration de la qualité des soins et à l'élimination des frais d'utilisation.

Recommandations :

Ces premiers résultats prometteurs pourraient représenter une occasion de prévenir la mortalité infantile dans des milieux aux ressources limitées. En nous basant sur nos données préliminaires sur 24 mois, nous formulons les recommandations ci-après :

- intégrer les programmes des agents de santé communautaires dans l'infrastructure de santé du secteur public pour optimiser l'impact et renforcer les capacités du secteur de la santé ;
- investir dans une équipe d'agents de santé communautaire qui intègre la formation, la supervision et le salaire, afin de maximiser le retour positif sur l'investissement ;
- adopter une approche « proactive » de recherche de cas pour les agents de santé communautaire, afin de prolonger la durée des soins ;
- accroître l'accès aux services de santé en mettant l'accent sur l'amélioration de la qualité des soins, notamment en investissant dans le mentorat clinique, l'infrastructure physique et les pratiques de gestion ;
- éliminer les frais d'utilisation associés aux services de soins cliniques essentiels dans les régions pauvres, afin de surmonter les obstacles financiers à l'accès, de promouvoir la demande préventive et précoce de soins et de réduire les frais administratifs.

AF 16: Projet santé de la reproduction et droit sexuel (DEBO ALAFIA) dans 2 communes du district sanitaire de Tenenkou région de Mopti

Auteur : Diaby Abasse , Mossa Yattara, Abdoul Abass Koina, Safiatou Doucoure

Introduction :

Les indicateurs liés aux pratiques traditionnelles néfastes font état de l'amplification de ces pratiques (excision, mariage forcé et précoce, gavage etc.). Cette densification tire essentiellement sa source de la richesse de l'histoire de cette région qui depuis 16e siècle a été un carrefour de développement de l'islam et surtout des différents royaumes (Dina de Sékou Amadou) qui ont une influence sans précédent sur le développement de l'enseignement coranique. La mauvaise interprétation des dispositions de l'islam par certains, le manque d'éducation (51% de TBS), le poids des us et coutumes font de nos jours qu'une grande partie de la population pense que ces pratiques sont à l'antipode des dispositions coraniques et de l'esprit des aïeux.

Les indicateurs de développement liés aux trois thématiques du programme (santé sexuelle et reproductive, violences basées sur le genre et pratique traditionnelles néfastes à l'endroit des filles et des femmes) placent la région de Mopti dans une situation de vulnérabilité et justifient le choix de Mopti site d'implantation du projet.

Méthologie:

La méthodologie d'approche du Consortium se fonde sur la participation effective et responsable des bénéficiaires dans un cadre de partenariat fécond. Cette approche participative vise à :

Valoriser et renforcer le savoir être et le savoir-faire des groupes cibles par la participation responsable des acteurs locaux. Ces derniers participeront activement à toutes les étapes de mise en œuvre du projet à savoir l'identification des actions, la planification, la mise en œuvre et le suivi/évaluation des actions identifiées. Toutes les actions qui seront réalisées dans le cadre du projet devront contribuer à améliorer l'utilisation des services de santé de la reproduction et l'accès des populations aux produits contraceptifs de qualité, l'accroissement du niveau de prise de décision des jeunes et leur appropriation de leur santé de la reproduction et la réduction voire l'abandon des pratiques traditionnelles néfastes (l'excision, le mariage précoce et autres violences faites aux femmes et aux filles). Assurer la pérennisation des actions entreprises par les populations après le retrait du Consortium à travers leur formation, leur organisation et leur responsabilisation ;

Résultats :

Une série de formation sur les thématiques a été effectuée concernant 82 relais dont 62 hommes et 20 femmes, 24 pairs éducateurs dont 22 hommes et 2 femmes, 28 élus communaux dont 27 hommes et 1 femme, 14 exciseuses, 10 accoucheuses traditionnelles et 6 Agents de santé dont 3 hommes et 3 femmes, 12 enseignants dont 8 hommes et 4 femmes.

L'équipe PMO a mené durant le de cette période des activités de CIP.

Elle a consisté à des émissions radios, des causeries éducatives et à des projections vidéo.

Durant la période, l'équipe PMO a réalisé : 144 causeries éducatives sur la planification familiale ; 1034 Visite à domicile sur PF ; 144 causeries sur les pratiques traditionnelles néfastes (Mariage précoce et excision) 144 causeries éducatives sur l'éducation sexuelle ; 96 Projection vidéo sur PTN (Mariage précoce et excision) ; 22 Emissions radio sur SR/PTN et la signature de Six convention d'abandon des pratiques traditionnelles néfastes

Conclusion :

Les activités menées durant le quatrième trimestre ont permis de conscientiser surtout à travers la projection vidéo un grand nombre de personnes au sein de la communauté, et qui continuent à se prononcer sur l'abandon des pratiques traditionnelles néfastes vues les complications qu'elles engendrent.

Par ailleurs nous avons constatés une augmentation du taux d'utilisation de service de la planification familiale surtout avec l'organisation de la campagne de planification familiale durant ce trimestre.

Le but ultime du renforcement des capacités est l'appropriation du projet en vue d'une pérennité des acquis et assurer la pérennisation des actions entreprises par les populations après le retrait du Consortium à travers leur formation, leur organisation et leur responsabilisation ;

Le consortium de l'ACD AMAC a pu réaliser la signature de cinq conventions d'abandon de pratique traditionnelle néfaste.

Il est à signaler que les activités de sensibilisation ont eu un grand impact sur la réussite de ces signatures et que le suivi de ces acquis par le PMO et les comités de défense reste le garant de la pérennité des actions menées.

Recommandation :

L'augmentation du taux de planification familiale dans les deux communes d'intervention. La signature de convention de réduction et ou d'abandon des pratiques traditionnelles néfastes. L'appropriation par les jeunes de leur droit sexuel.

AF17 : La délégation des tâches en planification familiale au niveau communautaire : « une stratégie pour réduire les grossesses non désirées et les avortements à risque »

Auteur : Ouedraogo Boureihiman , Sore Idrissa

Introduction :

Les agents de santé à base communautaire ne sont autorisés que pour le réapprovisionnement des pilules et la distribution à base communautaire. L'intervention avait pour but essentiel de démontrer par la pratique que les agents de santé à base communautaire peuvent, avec un renforcement approprié de leur capacité, prescrire initialement la pilule et offrir l'injectable au niveau communautaire. Les femmes en âges de procréer et les jeunes filles sont les cibles primaires et les hommes, les garçons secondaires.

Méthologie:

- Un plan de suivi avec les indicateurs du projet a été élaboré avec la participation de tous les acteurs
- Les ASBC ont été dotés d'outils de collecte des données suivant les indicateurs définis dans le plan de suivi Collecte des données de

base ; y compris une fiche de rapport d'évènements indésirables qui sert à identifier les cas potentiels de blessure aux clientes ou aux ASBC lors de l'offre de contraceptifs injectables ainsi que les complications pouvant survenir. La fiche sera remplie et transmise pour chaque évènement indésirable et/ou complication. Cette information est aussi être intégrée dans les rapports mensuels d'activités des ASBC.

- Les données sont collectées quotidiennement par les ASBC et compilés mensuellement avec l'appui d'animateurs superviseurs
- Les données mensuelles sont transmises au CSPS
- Une réunion de vérification des données est organisée par l'infirmier chef de poste avec la participation des ASBSC et de l'animateur superviseur
- Les données validées et consolidées sont transmises au niveau District pour être saisie dans le système national d'information sanitaire
- Une réunion trimestrielle de validation des données est organisée au niveau du district avec la participation de la coordination nationale et régionale du projet
- A cette étape les résultats sont partagés avec le niveau régional, le niveau national, et avec les partenaires
- Produire et diffuser au rythme défini des rapports sur les progrès réalisés,

Dissémination des résultats ;

Résultats :

- Les deux cent vingt-quatre (224) agents de santé à base communautaire sont des communautaires qui ont le niveau du certificat d'études primaires, savent lire et écrire. Ils ont été sélectionnés par la direction de la promotion et de l'éducation pour la santé en collaboration avec les districts sanitaires et les autorités administratives ;
- Ils ont été formés en prescription initiale de la pilule et l'administration de l'injectable Sayana Press pendant 10 jours (soit 5 jours de théories et 5 jours de pratiques dans les formations sanitaires) pour un coût total d'environ vingt-cinq millions de FCFA ;
- Après leur formation, ils ont été placés en stage pendant 3 mois dans leur formation sanitaire sous la supervision des infirmiers chefs de postes. Chaque ASBC devrait administrer cinq (05) injectables selon les normes prescrites avant d'être déclarés aptes ;
- Hormis les trois abandons, les 221 ASBC sont aptes et offrent initialement les pilules et administrent les injectables au niveau communautaire ;
- Jusqu'au jour d'aujourd'hui, aucun cas d'incident ou de complication n'a été signalé ou renseigné dans les supports appropriés ;
- Le nombre d'utilisatrices de méthodes contraceptives dans les zones concernées a augmenté ;
- Le désengorgement des centres de santé est effectif ;
- Le rapprochement des services de santé aux bénéficiaires est une réalité ;

Le nombre de grossesses non désirées et d'avortement clandestins est réduit.

Conclusion :

: la délégation des tâches est une pratique novatrice à plusieurs avantages :

- Rapprochement des services à la communauté
- Contribution à la résolution du déficit en personnel de santé
- Désengorgement des CSPS
- Amélioration de l'accès aux services de PF
- Contribution à la réduction des grossesses non désirées et le recours à l'avortement à risque

Contribution à l'accélération de la capture du dividende démographique

Recommandation

Une allocation suffisante de de ressource, une étude de l'impact sur la qualité de vie en termes de l'amélioration de l'accès aux services de santé sont recommandées pour réussir le passage à l'échelle.

AF18: Accès à base communautaire des produits et services de planification familiale (ABCP/PF) y compris des injectables : Introduction du contraceptif injectable sous-cutané Sayana Press au Bénin (SP)

Auteur : Adegnika Epouse Bangbola Karamatou Ognilola, Zannou F. Robert, Tossou Boco Thierry Ahounou D. Gaston, Affo A. Jean, Djihoun Ahouangassi Florence, Tossou Justin

Introduction :

La Planification familiale (PF) représente le premier pilier de réduction de la mortalité maternelle (RMM) car sans grossesse, pas de décès maternel. C'est une stratégie efficace pour la RMM. Au Bénin, le ratio de Mortalité Maternelle reste élevé, 347/100000 naissances vivantes (MICS 2014), les besoins non satisfaits en PF sont importants (33%) ; la prévalence contraceptive (PC) moderne est à 7,9% (EDS 2011). Les injectables représentent 25% de la PC.

L'amélioration de l'accès aux méthodes contraceptives modernes par la Distribution à Base Communautaire a été jugée efficace dans plusieurs pays comme une stratégie de réponse à la demande potentielle. La stratégie de réapprovisionnement des contraceptifs oraux et l'offre des préservatifs par les Relais Communautaires (RC) ont été testées avec succès et passée à l'échelle au niveau communautaire (NC). En vue d'élargir la gamme de méthodes contraceptives et de contribuer à l'augmentation du taux de PC de 12,5% (MICS 2014) à 20% d'ici fin 2018, la DSME avec l'appui de l'UNFPA et de l'USAID, à travers le projet APC et l'ABMS, a procédé à l'introduction de l'injectable sous cutané SP au niveau communautaire. Le développement de cette approche devrait contribuer à améliorer l'offre des services de PF au niveau communautaire.

Méthologie:

La phase pilote de mise en œuvre est en cours depuis mai 2017 dans 10 Zones Sanitaires (ZS). La procédure consiste à réaliser une série d'activités telles que :

- L'adaptation des outils de formation/communication/suivi-évaluation ;
- L'élaboration des outils de surveillance/des effets indésirables ;
- La formation les journalistes

Dans chaque ZS :

- plaider envers les leaders politico-administratifs et religieux
- former les sages-femmes/infirmières,
- former les RC (niveau d'instruction de 5ème au moins) en 3 jours suivis de validation en 2-5 semaines ; superviser ces derniers mensuellement et trimestriellement; -coordonner l'ensemble des activités par aire sanitaire.

Résultats :

Les prestataires (Sages-femmes/Infirmières de maternité) sont les formateurs/ superviseurs directs des RC. Il existe au niveau national une équipe de 15 Maîtres-formateurs.

- 713 leaders religieux/traditionnels, 536 élus locaux et 115 journalistes ont été sensibilisés,
- 15 Maîtres formateurs ont été initiés à cette approche. Dans dix ZS, ils ont formé 242 formateurs qui eux-mêmes ont formé à leur tour 817 RC dont 417 ont validé avec succès leur formation soit un taux de validation de 50,67% sous la supervision de la DSME.
- La formation des RC est validée selon des critères bien précis. Après 3 jours de formation, ils doivent poursuivre la pratique pendant 2-5 semaines pour valider leur formation après 5 injections réussies sous la supervision des formateurs. Coût environ 80 000 \$/RC
- 172 prestataires de maternités ont été orientés.

Au 30 juin 2018, 17 684 clientes ont été reçues en communauté pour counseling dont 5232 acceptantes de Sayana Press. Les RC ont effectivement administré le Sayana Press aux 5232 clientes.

Nombre total de nouvelles acceptantes :

- suivi post formation des RC 6 semaines après la formation
- supervision conjointe six semaines après le suivi post formation
- Aucune complication post injection enregistrée durant la période

Leçons apprises :

- L'implication des RC dans cette approche augmente sensiblement le nombre de NA

- Selon les clientes, l'adoption d'une MC favorise la paix dans le foyer.
- l'accès à la PF communautaire de qualité est une pratique à fort impact acceptée comme norme mondiale pour atteindre les populations vulnérables/marginalisées.

Conclusion :

L'ABC PF a permis de rapprocher les services de PF de la population, et de ce fait leur permet de mettre le temps à profit pour leurs activités génératrices de revenu. La disponibilité permanente du personnel soignant et des intrants est un gage de réussite de l'approche. L'implication des journalistes, des leaders religieux et des élus locaux a favorisé l'adhésion de la communauté. Très peu d'effets secondaires ont été rapportés. Le plan de mise à échelle élaboré prend en compte le marketing social pour assurer la disposition du produit dans les structures sanitaires privées et la couverture de toutes les ZS.

Recommandation

- Mettre en place une équipe de suivi des activités de PF au niveau de l'EEZS
- Valider les rapports mensuels au CODIR au même titre que les rapports SNIGS pour assurer la pérennisation des activités
- Faire le suivi de la disponibilité des produits PF dans les centres de santé
- Encadrer les SFE/Infirmières dans la gestion des effets secondaires et des rumeurs
- Documenter toutes les activités exécutées sur la PF (causerie, stratégie avancée, intrants, réunion de suivi,.....)
- Renforcer les RC sur les techniques d'animation
- Renforcer les supervisions de proximité à l'endroit des RC
- Rendre disponible tous les produits de PF dans tous les centres de santé
- Rendre disponible toute la gamme des produits de PF du niveau communautaire auprès du RC
- exhorter les chefs de poste à superviser régulièrement les RC

AE19 : Une approche multi-composante pour améliorer l'allaitement maternel dans une région du Burkina Faso

Auteur : Jenny A Cresswell, Rasmané Ganaba, Fodié Maguiraga, Sophie Sarrassat, Henri Somé, Abdoulaye Hama Diallo, Simon Cousens, Veronique Filippi

Introduction :

Au Burkina Faso un sur cinq enfants souffrent de retard de croissance et 27 sur chaque 1000 enfants meurent dans les 30 jours suivant la naissance. L'initiation précoce de l'allaitement (IPA) et l'allaitement maternel exclusif (AME) sont des pratiques efficaces pour réduire la morbidité et mortalité néonatale et infantile et promouvoir un développement optimal de l'enfant. Depuis 2014, l'initiative Alive & Thrive (A&T) a soutenu le gouvernement du Burkina Faso dans la mise en œuvre du Plan National de Passage à l'échelle de la promotion des pratiques d'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE). Dans la région de la Boucle du Mouhoun, A&T avec les partenaires de mise en œuvre Mwangaza Action et L'Entraide universitaire mondiale du Canada ont testé la faisabilité de la promotion de l'AME en alliant la communication interpersonnelle (CIP) et la mobilisation communautaire (MC). L'intervention a compris la formation des agents de santé pour faire le CIP de haute qualité aux centres de santé et la formation des agents communautaires pour faire les visites à domicile, la mise en œuvre d'un système de suivi et supervision formative des agents, et les sessions de facilitation de groupe et des réunions d'échange au niveau des villages.

Méthologie:

L'évaluation d'impact de l'intervention a randomisé 19 communes pour servir de zones témoins) et 18 communes comme zones d'intervention. Deux enquêtes transversales représentatives de la population ont été menées : une enquête de base en juillet 2015 (N = 2 288) et une enquête finale en juillet 2017 (N = 2 253). L'échantillon était des mères avec des bébés de moins de douze mois. L'indicateur principal de l'évaluation était la pratique de l'AME défini comme la proportion de nourrissons âgés de moins de 6 mois n'ayant reçu que le lait maternel pendant la journée et la nuit précédant l'enquête.

Résultats :

L'analyse principale était basée sur un modèle de régression binomiale ajusté aux données de niveau individuel avec des erreurs standard

robustes qui permettaient une corrélation intragroupe. Les données au niveau de cluster ont été analysées avec les méthodes différence en différence. La prévalence de l'AME dans le groupe d'intervention a augmenté de 42 points de pourcentage par rapport au groupe témoin (différence de risque: 42,1%, 95% IC: 33,1%, 51,1%, $p < 0,001$). Les mères du groupe d'intervention étaient plus susceptibles de déclarer une initiation précoce de l'allaitement maternel (différence de risque: 22,4%, 95% IC: 4,2%, 30,6%, $p < 0,001$); donner du colostrum à la naissance (différence de risque: 21,6%, 95% CI: 15,0%, 28,2%, $p < 0,001$); et aucun aliment pré-lacté (différence de risque: 9,9%, 95% IC : 5,8%, 13,9%, $p < 0,001$). Les mères du groupe d'intervention avaient une meilleure connaissance, et étaient plus susceptibles d'être d'accord avec les affirmations positives concernant l'allaitement maternel.

Une étude de validation biologique a comparé les déclarations maternelles à la technique de renouvellement de l'oxyde de deutérium dans la zone d'étude en 2016. Comparativement à la prévalence de l'AME mesuré à l'aide de la technique du deutérium, les déclarations des mères ont surestimé l'AME. Cette sur-déclaration était plus importante dans le groupe d'intervention que dans le groupe témoin. En 2016, lorsque l'étude de validation a eu lieu, l'intervention avait commencé mais n'avait pas encore été complètement déployée, donc il est possible que leurs réponses aient été influencées par un biais de désirabilité sociale.

Conclusion :

Le paquet intégrant la communication interpersonnelle et mobilisation sociale a été une approche efficace qui a permis d'améliorer significativement les pratiques d'allaitement selon la déclaration des mères dans la Boucle du Mouhoun. La forte implication de la direction régionale de la santé ainsi que de la communauté a été un facteur important dans la réussite de l'intervention. Il est plausible que des changements dans les connaissances et la désirabilité sociale précèdent un changement de comportement réel, expliquant les résultats de l'étude de validation. Cette approche pourra être adaptée et mise à l'échelle par le gouvernement du Burkina Faso.

Recommandation :

Les recommandations suivantes permettent de faciliter et assurer le succès de la réplication ou de la mise à l'échelle de la présente intervention. En premier lieu, une analyse contextuelle avec le ministère de la santé et partenaires clés permet de faire un choix consensuel de la zone d'intervention. En second lieu, la mise en œuvre et le suivi doivent impliquer les structures de santé régionales à travers les activités de routines et nationales à travers un partage fréquent des résultats de processus et résultats finaux d'évaluation. En troisième lieu, l'intervention proposée doit être acceptée par la communauté et répondre à un besoin réel de la communauté. Finalement, l'utilisation des données collectées pendant la mise en œuvre à travers le suivi de routine et enquêtes (de processus ou d'évaluation) doivent être partagées avec l'ensemble des acteurs impliqués dans le processus afin de garantir l'appropriation et la pérennité des acquis.

AF20 : Problématique des grossesses non désirées en milieu scolaire dans la région du Sahel au Burkina Faso

Auteur : Managawindin Sandrine Bénédicte Konsimbo, Sidwaya Hamed Ouedraogo, André Yolland Ky, Ahmed Kabore

Introduction :

Depuis 2017, le ministère de la santé du Burkina Faso en collaboration avec le ministère de l'éducation nationale et le soutien de l'UNFPA s'est engagé dans la réduction des grossesses non désirées en milieu scolaire qui représentent un véritable problème de santé publique. L'objectif de cette étude était d'analyser la problématique des grossesses non désirées dans la région du Sahel.

Méthodes :

Il s'agit d'une approche transversale mixte combinant un volet quantitatif descriptif basé sur l'analyse de données collectées auprès de 3578 élèves dans 10 établissements secondaires et un volet qualitatif avec des entretiens individuels et focus groups auprès 106 personnes composées des enseignants, des agents de santé, des élèves et leurs parents. Dix établissements sur onze ont été inclus. Sur la période du 1er Janvier au 30 juin 2018 les données quantitatives ont été collectées avec un questionnaire et les qualitatives par des guides d'entretiens semi-structurés. Un choix raisonné a été fait pour retenir les personnes pour l'entretien.

Résultats :

Parmi les filles enquêtées, 3,2% ont déjà eu une grossesse. En plus 15,1% avaient moins de 18 ans et 75% moins de 25 ans. Dans 51 % des cas, les auteurs des grossesses en milieu scolaire ne reconnaissaient pas la grossesse ou ne l'assumaient pas. Une faible proportion de 13,21% des filles en grossesse étaient vu pour la quatrième consultation prénatale. Pour les résultats scolaires, 16,98% des filles ayant un enfant ou une grossesse ont réussi leur année scolaire. Cependant, il a été rapporté que 73,58% des filles ayant eu une grossesse vivaient

en couple. L'étude a rapporté que les principaux auteurs des grossesses non désirées des filles en milieu scolaire étaient les fonctionnaires, les chauffeurs, les commerçants, les enseignants, les orpailleurs, les jeunes du secteur informel et surtout les élèves. Les conséquences les plus fréquemment rapportées au cours de notre étude étaient les complications de la grossesse et à l'accouchement, la perte d'estime de soi, la destruction des projets de vie, la baisse des rendements scolaires des jeunes filles, les abandons scolaires, les mariages précoces et forcés et les avortements provoqués clandestins ont été soulignés.

Conclusion :

Nos résultats démontrent la persistance des grossesses non désirées en milieu scolaire avec son lot de conséquence les grossesses non désirées. Celle-ci constitue un problème de santé publique et interpellent à une mobilisation de ressources pour la santé sexuelle et reproductive, mais aussi à un renforcement de la collaboration entre les services de l'éducation, les services sociaux et ceux de la santé pour une protection réelle de ces filles.

Recommandations :

- 1) Renforcer la collaboration entre les services de l'éducation et les services de santé pour un meilleur accès et utilisation des services prénatals par les filles.
- 2) Plaider pour une prise en compte la Santé Sexuelle et Reproductive des adolescents et des Jeunes dans les curricula d'enseignements.
- 3) Mobiliser des ressources et le financement des activités de promotion de la Santé Sexuelle et reproductive des adolescents et des Jeunes.
- 4) Renforcer l'implication des services de santé dans l'organisation des cadres de regroupement de scolaires (dans le sens d'une prise en compte d'activités de communication en Santé Sexuelle et Reproductive)

AF21 : Implication de la communauté dans la lutte contre la stigmatisation liée aux grossesses non désirées et à l'avortement : passer du refus à la tolérance

Auteur : Tarnagda Ganda Généviève Clémentine, Ba Youssouf ; Ouedraogo Boureihman

Introduction :

La stigmatisation est un obstacle majeur à l'accès des jeunes aux services de santé sexuelle et reproductive. Il en résulte un plus grand nombre d'IST, de grossesses non désirées et d'avortements non médicalisés même dans les pays où cela est autorisé. L'ABBEF met en œuvre avec l'appui de l'IPPF un projet de lutte contre la stigmatisation sur la période de 2016 à 2018. Ce projet veut permettre aux jeunes femmes de connaître et de faire valoir leur droit à l'avortement médicalisé, en réduisant la stigmatisation liée à l'avortement. L'ABBEF a entrepris des interventions spécifiques pour lutter contre la stigmatisation de l'avortement aux niveaux individuel, communautaire et organisationnel à travers des dialogues communautaires, l'information, l'éducation, la communication, l'offre de services. La population cible est les femmes de 15 à 24 ans. Selon une étude réalisée par Guttmacher Institute il est estimé en 2008 à 25 interruptions de grossesse pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans. Ce taux est de 23 pour 1000 dans les zones rurales, et 28 pour 1000 à Ouagadougou. Selon la même étude, les femmes les plus susceptibles d'avoir récemment mis fin à une grossesse étaient celles âgées de 15 à 24 ans

Méthologie:

La méthodologie utilisée pour la mise en œuvre du projet. L'identification, formation de pairs éducateurs en milieu scolaire et non scolaires pour conduire des activités IEC/CCC et références, de deux jeunes champions pour des activités de plaidoyer, rédaction d'articles sur les questions liées à la stigmatisation, de prestataires de services, des leaders communautaires, des parents d'élèves, des responsables d'établissements, des jeunes en clarification des valeurs sur l'avortement en vue de changer leurs attitudes sur le sujet en amenant à passer du refus à la tolérance ; Conduite d'enquêtes de satisfaction dans tous les sites pour réduire tout phénomène de stigmatisation

Résultats :

Ce projet a permis de réduire le niveau de stigmatisation dans les zones d'interventions.

Ainsi nous sommes passés de 38% de taux de stigmatisation en 2004 à 18% en 2016 puis à 5% en 2017. Ces résultats ont été mesurés en réalisation l'enquête SABAS qui est un questionnaire. Ce questionnaire a été utilisé pour collecter les données au sein de la communauté. En plus de cela il a permis de susciter un changement de comportements sur divers acteurs. L'intervention a permis de soutenir le programme global de l'ABBEF notamment à travers :

- L'existence de référentiel de lutte contre la stigmatisation liée à l'avortement (à travers les enquêtes de satisfaction, le recueil de témoignages des différents acteurs);

- Le soutien aux interventions des services de soins après avortements mis en œuvre au sein des cliniques de l'association ;
- L'identification de jeunes champions, engagés dans la lutte contre la stigmatisation liée à l'avortement ;
- L'implication des jeunes dans les actions de lutte contre la stigmatisation ;
- Une présence digitale accrue des jeunes sur les réseaux sociaux pour lutter contre la stigmatisation.

Conclusion :

Les résultats de l'enquête montrent qu'il y a de l'espoir dans le changement des attitudes et perceptions des populations vis-à-vis des femmes qui ont recouru à l'avortement. La comparaison des résultats de ceux qui ont participé aux activités du projet et ceux n'ayant pas participé le démontre et cela attire l'attention sur le fait qu'on ne peut pas changer du jour au lendemain les mentalités sur des questions aussi sensibles comme l'avortement.

Le projet stigma doit encore soutenir l'offre des services d'avortement en mettant l'accent sur les activités de communication et de conscientisation les plus efficaces

Recommandation :

Engager des jeunes champions de la SSRAJ pour passer des messages auprès des jeunes

Faire appel à des artistes musiciens célèbres et apprécier des jeunes pour passer des messages auprès des jeunes.

Intégrer l'éducation sexuelle complète dans les programmes scolaires en vue de lutter contre les grossesses non désirées et les avortements clandestins, et partant la stigmatisation liée à l'avortement.

Intégrer la thématique de la stigmatisation liée à l'avortement et aux grossesses non désirées dans les séances de causeries éducatives des formations sanitaires publiques en vue de faire changer les attitudes.

AF22 : La semaine nationale de planification familiale (SNPF), une fenêtre d'opportunité pour la satisfaction des clientes de PF : Expérience du Burkina Faso

Auteur : Ouoba/Kabore Boezemwendé , Ky André Yolland, Bougma S Mathieu, Dadjoari Moussa, Sanon Djéneba, Nassa Michel, Dialla M, Ouedraogo A, Nacro A, Zotin C

Introduction :

Dans le cadre de la réduction de la mortalité maternelle au Burkina Faso, la planification familiale (PF) a été retenue comme une des stratégies majeures. Le Pays s'est doté d'un plan national d'accélération de la planification familiale (PNA/PF) pour la période 2017-2020 dont l'objectif est d'augmenter la prévalence contraceptive moderne de 22,5% (EMDS2015) à 32% en 2020, ce qui correspond à recruter 452095 utilisatrices additionnelles en quatre ans. Dans le cadre de la mise en œuvre de ce plan, la poursuite de la tenue de la semaine nationale de la planification familiale (SNPF) instituée depuis 2012 par le Ministère de la santé avec l'appui technique et financier du Fonds des Nations-Unies pour la Population (UNFPA) a été retenue. La première SNPF de l'édition 2018 s'est tenue du 14 au 20 mai 2018. Cette semaine par l'offre gratuite des prestations de PF a été une opportunité de couvrir de nombreux besoins non satisfaits.

Méthodologie :

Trois temps forts ont marqué l'organisation et la réalisation de cette semaine à savoir la préparation de la semaine, la mise en œuvre des activités de la semaine avec offre gratuite des méthodes de contraception aux clientes et le bilan de la SNPF. Les principales activités de la SNPF ont été la cérémonie de lancement de la semaine, les activités de mobilisation sociale (conférences dans les lycées et collèges, jeux concours sur la PF, des animations grand public et animations de stands, des projections de films et théâtres fora, des émissions radio et des causeries éducatives), les prestations gratuites de services de PF (counseling et offre gratuite de toutes les méthodes contraceptives) et les sorties de suivi des activités. Les données de la SNPF ont été collectées et transmises quotidiennement à la DSF. Ces données ont fait l'objet de validation au niveau des districts sanitaires et des régions avant d'être présentées et validées au niveau national lors de la rencontre bilan de la SNPF.

Résultats :

Au total, 1 535 259 personnes ont été touchées par les activités de sensibilisation. Ces activités ont touché d'avantage les femmes (60%)

que les hommes (40%). Les émissions radio ont été le canal qui a permis de toucher plus de personnes (62%) suivi des causeries (27,41%). Les clientes de PF satisfaites étaient au nombre de 117 499 clientes dont 62 062 nouvelles utilisatrices ce qui représente 53% des clientes satisfaites. On constate que les implants notamment le jadelle et les injectables (Depo Provera) ont été les méthodes les plus utilisées au cours de la Semaine respectivement 42% et 41%. L'objectif fixé pour la 1ère édition de la SNPF 2018 a été atteint. Sur 51 843 nouvelles utilisatrices attendues, 62 062 ont été recrutées soit un nombre supplémentaire de 10 219 nouvelles utilisatrices. Les résultats montrent que la quasi-totalité des régions ont largement dépassé leurs cibles avec une moyenne nationale de 119%. 63,2% des nouvelles utilisatrices sont des jeunes de 10 à 24 ans. Cette première semaine de l'année 2018 a permis d'obtenir 231 849 CAP.

Le financement de la première édition de la SNPF 2018 a été principalement assuré par l'UNFPA qui a contribué à hauteur de 214 374 260 FCFA.. En plus de ces fonds, l'Etat Burkinabè, l'OOAS, l'OMS et les ONG/Associations telles que Jhpiego, Pathfinder, Maies Stopes Burkina ainsi que les partenaires locaux et des comités de gestions des formations sanitaires (COGES) ont également contribué à la réalisation de cette édition.

Conclusion :

La première SNPF 2018 a été un succès au niveau pays en témoigne les résultats atteints avec le recrutement de 62 062 nouvelles utilisatrices soit 53,5% de l'objectif 2018 du PANPF (116 097 utilisatrices additionnelles). Cela a été possible grâce à l'implication des autorités nationales, régionales et locales en faveur de la PF et la mobilisation sociale à grande échelle. Cette semaine a été une fenêtre d'opportunité pour couvrir de nombreux besoins non satisfaits. Les résultats sont forts appréciables et de résultats encore meilleurs pourront être obtenus si les recommandations sont mises en œuvre.

Recommandation :

Il s'agit d'impliquer davantage le Ministère de l'Enseignement National et de l'Alphabétisation (MENA) à travers des formations, conférences à l'endroit des enseignants SVT afin de mieux les outiller sur les questions de santé sexuelle et reproductive et la planification familiale, revoir le canevas de collecte des données quotidiennes SNPF pour l'alléger et l'adapter, intégrer les données des ONG/associations au niveau district et régional lors des rencontres bilan districts et régionales, rendre disponible les intrants au moins un mois avant le début de la semaine.

AF23 : Délégation des tâches dans le domaine de la planification familiale au Burkina Faso : qualité des services offerts par le délégataire dans le district sanitaire de Tougan

Auteur : Souleymane Kabore, Robert. Karama, Roland Sanou, Boureima. Baillou, Isabelle. Zongo, Alidou Zongo, Elizabeth Konde, Ramatou.W. Sawadogo, George Coulibaly

Introduction :

Plus de 300 000 femmes meurent chaque année dans le monde en raison des problèmes liés à la grossesse ou à l'accouchement. Près de 99% de ces décès maternels se produisent dans les pays en développement dont plus de la moitié en Afrique sub-saharienne. Un quart de ces décès pourrait être évité si ces femmes avaient accès à la contraception.

Le Burkina Faso est marqué par des besoins non satisfaits en matière de contraception très alarmants (19,4%). En plus, le document de politiques et normes en matière de santé de la reproduction du Burkina n'autorise pas les agents de santé de première ligne (APL) à offrir ni les méthodes de longues durées d'action (DIU et implants), ni les injectables.

Pour améliorer l'accessibilité des méthodes contraceptives, il a été initié un projet pilote de transfert des compétences (délégation des tâches) de l'offre des méthodes contraceptives aux agents de niveau inférieur dans 20 centres de santé du district sanitaire de Tougan. Il expérimente l'offre du DIU, de l'implant par les APL ainsi que l'offre des injectables par les agents de santé communautaire (ASC).

La présente étude visait à apprécier la qualité des services de planification familiale (PF) offerts par ces délégataires (APL et ASC).

Méthodologie :

Une étude de type transversale à visée descriptive et analytique a été réalisée. La collecte des données s'est étalée du 13 au 17 décembre 2017 et a combiné les méthodes quantitatives et qualitatives. Elle a porté sur l'ensemble des 20 centres de santé de la zone d'intervention du projet et sur tous les prestataires (54) impliqués dans l'offre des produits contraceptifs (délégants et délégataires). Dix-neuf (19) bénéficiaires dont 10 nouvelles utilisatrices d'une méthode contraceptive ont été enquêtées.

Les techniques de collecte étaient constituées d'observations des prestations de services de PF et de l'environnement de travail, de revue documentaire et d'entretiens individuels. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel Epi info 7 et Open Epi version 3.01. Le test du Chi carré et le test t de Student ont été utilisés pour déterminer s'il y existe une différence significative entre la qualité des services de PF offerts par les délégants (infirmiers d'Etat et sages-femmes) et celle des délégataires. Le seuil de signification de 5% a été utilisé. Une analyse multivariée a été également réalisée afin d'éliminer des éventuels biais de confusion. De même, les données collectées auprès des prestataires ont été triangulées avec celles collectées auprès des bénéficiaires.

Résultats :

L'étude a porté sur 54 agents de santé (35 APL, 19 sages-femmes et infirmiers d'état) et 35 agents de santé communautaire. L'âge moyen des enquêtés était de 34 ans ($\pm 5,3$), leur Sex ratio était de 1,5 en faveur des hommes. Pour le niveau d'étude, 63% des délégants avaient le niveau secondaire, contre 47% des APL. Plus de 70% des ASC avaient le niveau d'étude primaire.

Pour les utilisatrices enquêtées, 11 avaient bénéficié des méthodes contraceptives auprès des agents communautaires et 8 auprès des APL. L'âge moyen des bénéficiaires était de 33,7 ans. Neuf (9) des bénéficiaires étaient sous une méthode de longue durée d'action, 6 sous une méthode injectable et 4 sous une contraceptive orale.

Le score de qualité générale du service de PF était de 73% chez les délégataires contre 69% chez les délégants. Il n'y a pas de différence scientifiquement significative entre ces scores. Les services de PF étaient intégrés au système local de santé. Les délégataires profiteraient des autres demandes de soins pour parler de la contraception.

« C'est lors des pesées de mes enfants qu'ils nous ont parlé de la planification familiale. Ils nous ont dit de bien nous occuper des enfants et si on veut leur donner à manger, de laver les plats sinon si les assiettes sont sales les enfants feront la diarrhée. Ils nous ont dit de faire la contraception afin d'espacer les naissances entre 2 à 3 ans ou 5ans pour pouvoir nous reposer » (femme de 34 ans sous méthode injectable).

Cependant, Il existait une différence statistiquement significative entre le score de qualité des agents de santé communautaire (75,8 %) et celui des délégants (87,5 %) en matière counseling ($P = 0,05$). Il en était de même pour le score de qualité en matière de détermination des critères d'éligibilité des implants où la qualité chez les APL semble supérieure à celle des délégants : 79% pour les délégataires, 64% pour les délégants.

Quatre erreurs ont été commises par les délégataires dans la détermination du statut nouvelle ou ancienne utilisatrice (3 chez les agents communautaires et 1 chez les APL).

Conclusion :

Dans le contexte de rareté de la ressource humaine qualifiée, la restriction de l'offre des méthodes contraceptives de longue durée d'action aux sages-femmes, aux médecins et infirmiers d'Etat comme le stipule le document de politiques et normes en matière de santé de la reproduction de la plupart de nos pays aujourd'hui, réduit fortement l'accessibilité et l'adhésion des femmes à ces méthodes. Cette restriction remet également en cause le principe du choix volontaire et indépendant de la méthode contraceptive par les utilisatrices.

Cette expérience de délégation des tâches (transfert des compétences) dans le domaine de la planification familiale à l'avantage d'améliorer la couverture géographique de l'offre des méthodes contraceptives de longue durée d'action. Elle améliore également le respect du droit de la femme.

Toutefois, sa mise en œuvre recommande de maintenir un niveau de qualité et de sécurité des services PF irréprochable comme le recommande l'OMS.

Nonobstant les limites de cette étude, elle nous donne une idée de la qualité des services PF offerts ainsi que la capacité des délégataires à fournir les méthodes contraceptives dont l'offre ne leur étaient pas autorisées. Sous certaines conditions (renforcement des compétences, suivi, coaching), il est bien possible d'étendre l'offre des méthodes contraceptives de longues durées aux agents de 1ère ligne ainsi que celle des injectables aux agents de santé communautaire comme le recommande l'OMS

AF24 : Stratégie d'amélioration du traitement complet de la Chimio Prévention du paludisme Saisonnier (CPS) des enfants âgés de 3 à 120 mois dans le District de Goudomp (Sénégal) : Initiative du Traitement Directement Observé (TDO) de 3 jours par les relais dans six postes de santé

Auteur : Malick Anne, Ibrahima Mamby Keita, Abdel K Dieye, Mamadou Coulibaly, Doudou Sene, Youssoupha Ndiaye

Introduction :

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en 2016, 212 millions de cas de paludisme et 429 000 décès dans le monde, ont été dénombrés.

En 2015, 90% des cas de paludisme et 92% des décès dus à cette maladie sont survenus dans cette région. 76% des cas de paludisme et 75% des décès dus à cette maladie surviennent dans 13 pays – principalement en Afrique subsaharienne. Dans les régions où la transmission du paludisme est intense plus des deux tiers (70%) des décès dus au paludisme surviennent chez les enfants de moins cinq ans.

En effet Dans la sous-région du Sahel, la mortalité et la morbidité due au paludisme chez les enfants durant la saison des pluies, continuent à préoccuper les Etats. L'administration, à intervalles appropriés, d'un traitement complet avec un médicament antipaludique efficace au cours de cette période prévenait la morbidité et la mortalité infantiles dues au paludisme.

C'est dans ce cadre que le Sénégal a introduit cette nouvelle intervention dans sa politique de prévention et de prise en charge du paludisme. Ainsi depuis 2014, cette intervention est menée au niveau du district de Goudomp lors des périodes de fortes transmissions.

Méthodologie :

Description de la mise en œuvre d'une campagne de Chimio Prévention du Paludisme Saisonnier dans six structures sanitaires du District de Goudomp durant le mois de Septembre 2017. L'indicateur : Nombre d'enfants âgés de 3 à 120 mois ayant bénéficié des doses de J1, J2 et J3 sous TDO

Le choix des structures sanitaire est raisonné prenant en compte les critères de taille de la population et d'accessibilité.

Formation préalable des acteurs communautaires

Les mêmes relais reviennent trois jours de suite dans ce même ménage pour procéder à l'administration des médicaments sous TDO

Résultats :

Les doses de J1, J2 et J3 ont été administrés sous TDO. Ainsi pour une cible de 16912 enfants âgés de 3 à 120 mois, 15304 ont reçu leur traitement complet sous TDO soit une performance de 90,5%. Seul le poste de Kaour nouvellement crée à partir du centre de Goudomp affiche une performance de 46,6% par surestimation de sa cible. Le PS de Kaour 46,6% et le Centre de santé Goudomp 119,8% ont une performance de 83,2% d'enfants sous TDO. 41 cas d'effets secondaires ont été notifiés et pris en charge avec une bonne évolution clinique. Durant la campagne 3375 ménages ont été visités et des messages ont été délivrés aux parents sur l'importance de la CPS

Le coût moyen dans la stratégie de TDO traitement de trois jours comparativement à celui du TDO d'un jour a été respectivement en passant du premier au troisième passage de 989 FCFA, 809 FCFA et 812 FCFA contre 823 FCFA, 646 FCFA et 732 FCFA.

Le ratio coût-efficacité (RCE) est de 379 468 FCFA par cas évités pour la stratégie de traitement complet contre 814 426 FCFA par cas évités pour la stratégie de TDO d'un jour, conférant à la stratégie TDO de trois jours la plus coût-efficace

Conclusion :

La mise en œuvre de la stratégie de traitement complet sous TDO lors de la CPS a permis de traiter 15 304 enfants avec un remplissage correct des cartes. Elle a permis de s'assurer de l'observance et a renforcé la surveillance des effets indésirables. La participation communautaire, l'engagement des acteurs, des partenaires techniques et financiers ont été déterminants pour la réussite de cette importante activité.

Recommandation :

Assurer l'extension de la stratégie à tous les postes de santé

Former l'ensemble des acteurs sur la nouvelle stratégie

Assurer un traitement complet à tous les enfants cible de la CPS

Renforcer la participation communautaire dans la résolution des problèmes de santé

Mettre en place dans chaque poste de santé un comité de mobilisation sociale et un comité de gestion des cas de refus

Renforcer la communication vers les mères et gardiennes d'enfants

Renforcer la surveillance des effets secondaires

Mettre à disposition les intrants pour la prise en charge des effets secondaires

Assurer le remplissage des outils de gestion par les acteurs communautaires

Assurer une dotation complète en intrants lors des activités

Elaborer un plan de campagne

Partager les résultats avec les populations à travers des fora

AF25 : Améliorer l'accès aux services de SSR chez les adolescents du Sahel grâce à une mobilité des services adaptée à leurs besoins.

Auteur: Emmanuel Diop, Georgina Page, Bama Barthelemy, Hedwige Hounon, Edouard Keita Maimouna Ba

Introduction :

Près des deux tiers de la population du Sahel à moins de 20 ans. Dans les années à venir, le nombre de jeunes femmes en âge de procréer de la région va augmenter et par conséquent les besoins en services de santé sexuelle et reproductive (SSR) aussi. Dans toute la région, les services de SSR destinés aux adolescents sont tabous et jusque-là peu d'investissements significatifs ont été faits. La littérature existante suggère que les obstacles clés qui empêchent les adolescents d'avoir accès aux services de SR/PF sont d'abord les parents qui ignorent les avantages des méthodes PF mais aussi la discrétion de certains prestataires de soins, qui se montrent parfois réticents à offrir une méthode PF aux filles et jeunes femmes célibataires, et enfin cette situation de vulnérabilité est souvent amplifiée par le manque de confidentialité et les indiscretions des adultes qui colportent des ragots sur la sexualité des filles qui fréquentent les services de santé.

Marie Stopes International (MSI) a commencé ses opérations dans le Sahel en 2009 au Burkina Faso et au Mali, suivi par le Sénégal en 2011 et le Niger en 2014. Afin d'augmenter l'accès aux services SSR aux adolescents (15-19 ans) dans les 4 pays. MSI met en œuvre des stratégies dans deux canaux de prestation de services mobiles (équipes mobiles et Marie Stopes Ladies/Mens) en s'appuyant sur une segmentation efficace des adolescent(e)s selon leurs besoins et emplacements, sur une offre de service qui est bien adaptée à leurs besoins, et sur le développement de partenariats pour créer un environnement favorable pour améliorer l'accès aux services de la cible.

Méthologie:

Deux sources de données permettent à MSI de suivre le succès de stratégies pour mieux toucher les adolescent(e)s à travers les 4 pays, entre Janvier 2017 et Juin 2018 :

- Les données de routine des journées prestation de services suivent les caractéristiques démographiques des clients, l'utilisation de contraceptifs antérieurs et les services reçus au cours de la visite.
- Les entretiens de sorties annuels qui visent à évaluer le niveau de satisfaction des clients par rapport au service pris et de la qualité du counseling reçu par les clients accédant aux services, ainsi que le profil sociodémographique de ces derniers.

Résultats :

Entre 2017 et 2018 les équipes mobiles (EMs) et les Marie Stopes Ladies/Mens (MSL/M) ont reçu environ 69 000 visites de clientes (-19ans) pour des services de SSR de qualité. Ainsi grâce à la mise en œuvre de cette approche innovante le pourcentage de clientes adolescentes qui ont eu accès à nos services de planification familiale est passé de 14% pour les EMs et MSL/M en 2017 à 17% pour les EMs et 18% pour les MSL/M en 2018. De plus, les données des entretiens de sorties montrent que les clients adolescents ont eu une expérience positive des services reçus chez MSI. La majorité recommanderait nos services MSI à un ami, ou à un membre de la famille (96% au Burkina Faso, 100% au Niger 97% au Mali et 94% au Sénégal). Ils montrent également que le counseling reçu par les clients adolescents était de la même qualité que celui reçu par les autres clients. La majorité (80% ou plus) des clients adolescents de chaque pays ont bénéficié d'un counseling répondant aux critères de l'indice d'information méthode FP2020 (qui déterminant dans quelle mesure les femmes et les jeunes filles ont reçu des informations spécifiques quand elles recevaient des services de planification familiale).

Conclusion :

MSI a apporté des changements structurels et des investissements significatifs pour placer les adolescents au centre de notre travail. Nos résultats montrent que, bien qu'il n'y ait pas de solution miracle pour atteindre les adolescents, avec des ressources adéquates, une visibilité sur les indicateurs clés, une volonté collective, un engagement organisationnel, ainsi qu'un engagement à documenter et partager les leçons apprises, il est possible de réaliser une adaptation originale et innovante pour mieux atteindre les adolescents à grande échelle.

Recommandation

Au Sahel si nous voulons améliorer l'accessibilité aux services de SSR pour adolescentes et assurer la qualité de ces derniers il est important avant tout de recourir à des approches multidimensionnelles. À travers les différentes stratégies utilisées par les équipes mobiles et les Marie Stopes Ladies/Mens de MSI plusieurs leçons clés ont émergé :

- La recherche a été essentielle pour comprendre les besoins et les comportements des adolescents dans les quatre pays du Sahel et

pour orienter et réadapter les stratégies de prestation de services et de changement social et de comportement ;

- Les canaux de prestation de services existants peuvent être adaptés en concentrant l'offre de services là où il y a les besoins les plus élevés pour toucher plus d'adolescents

Les partenariats au niveau national et au niveau des districts d'intervention sont importants pour atteindre certains segments d'adolescents et créer un environnement favorable.

AP2: Santé de la Mère et de l'Enfant en République de Guinée Bissau : De la planification aux indicateurs

Auteur : Cátia Sá Guerreiro , Paulo Ferrinho , Patrícia Carvalho, Zulmira Hartz

Introduction :

Considéré en 2008 comme le 16ème pays le plus fragile au monde, la République de la Guinée Bissau (RGB) est un Etat marqué par des situations d'instabilité politique et institutionnelle, avec une économie fragile et une grande dépendance de la communauté internationale. Environ 90% du financement du secteur de la santé est assuré par les partenaires à la coopération. Malgré une faible performance de la plupart des indicateurs de santé, la RGB présente des progrès significatifs en matière de réduction de la mortalité néonatale et de l'enfant, en comparaison avec des pays de l'Afrique de l'Ouest, de l'Afrique Subsaharienne ou les Pays à Faibles Revenus. La Planification Stratégique en Santé (PES) est une réalité en RGB. Le Plan National de Développement Sanitaire III (PNDSIII-2018-2022), en vigueur dans le pays, est le document qui définit la stratégie nationale de santé. Le POPEN est le document stratégique / guide pour les intervenants au niveau de la santé de la mère et de l'enfant (SME), en RGB. Des initiatives comme le PIMI et le Programme H4+ s'en inspirent. Des rapports d'évaluation de la mise en œuvre de plans et de programmes sont disponibles. Notre objectif était de comprendre l'évolution des indicateurs SME de la RGB, en les mettant dans le contexte de la fragilité de l'Etat, en les reliant au soutien des partenaires et en mettant davantage l'accent sur l'évaluation en tant que stratégie de PES utile à la prise de décision.

Méthodologie :

Dans un premier temps, nous avons analysé les documents de PES de la RGB, de 1998 à ce jour, et nous avons réalisé une méta-évaluation du PNDS, en ayant recours au contenu des PNDS II et III et aux documents d'évaluation de la mise en œuvre des PNDS I et II. Nous avons cherché à vérifier l'utilisation des données d'évaluation dans des processus de planification précédents. Dans cette même dynamique, nous avons analysé les documents stratégiques de la SME et leurs rapports de mise en œuvre. Nous avons réalisé onze entretiens semi-structurés avec des acteurs-clés de la PES et de la SME en RGB, en procédant à l'analyse des données obtenues et en permettant la lecture contextuelle des résultats de la méta-évaluation.

Résultats :

Nous avons constaté que les résultats des évaluations de la mise en œuvre du PNDS sont utilisés dans les planifications subséquentes. Mais jusqu'en 2017, en matière de SME, plusieurs initiatives et divers programmes ont émergé, de même qu'un grand réseau d'acteurs qui ont interagi de manière peu articulée entre eux et avec le Ministère de la Santé Publique de la RGB. Nous avons aussi assisté à une tension, en matière de SME, entre les programmes verticaux et la tentative d'avoir une stratégie nationale. Cette tension a été le résultat de la politique de financement. Nous avons également constaté que le processus de rédaction du PNDS III reposait sur des données d'évaluation de la mise en œuvre du PNDS précédent et de la contextualisation / analyse de la situation sanitaire actuelle dans le pays. Le nouveau plan reflète un alignement avec les lignes directrices internationales sur la santé et les stratégies des partenaires financiers. Les programmes verticaux et les programmes prioritaires sont inclus. La justification de l'évolution des indicateurs SME semble refléter les mécanismes d'adaptation interne, mettant en évidence la résilience et le capital social de la société de la Guinée Bissau. La résilience étant un processus de transformation, fondé sur la force innée des individus, des communautés et des institutions, pour prévenir et réduire les impacts, ainsi que pour tirer des enseignements de l'expérience, peut être à l'origine d'un engagement, par exemple, pour la prévention / promotion de la santé à travers les programmes de la SME. Le capital social semble avoir favorisé le développement des réseaux sociaux, qui ont contribué aux besoins de la population en matière de santé et qui représentent un point de départ pour la construction d'espaces et d'environnements plus sains, favorable au développement communautaire et ayant un impact sur les SME.

Conclusion :

La pratique de l'évaluation, bien que motivée par les exigences des bailleurs de fonds, s'est révélée être une stratégie importante dans les processus de PSE. Le PNDS III est un exemple de bonne pratique dans le domaine politico-stratégique, dans la mesure où il traduit une

tentative d'adapter les agendas des bailleurs des Programmes et du Gouvernement à une réflexion sur les acquis de santé. Cette tentative de convergence est activement ressentie dans la phase de mise en œuvre actuelle du PIMI II. Les processus d'adaptation, de résilience et de capital social sont liés à l'évolution favorable des indicateurs de SME et devraient être pris en compte en matière de développement.

Recommandation :

Dans la mise en œuvre des programmes / projets de SME, nous recommandons que les efforts d'adaptation au PNDS III ne soient pas réalisés en fonction de la convergence des programmes, mais en visant toujours les acquis en matière de santé. Nous recommandons des cycles de mise en œuvre des PSE plus courts et leur décentralisation, en plus d'un suivi étroit, pouvant offrir une opportunité pour la coordination et le leadership du Gouvernement, même face à une forte dépendance extérieure. Ces cycles peuvent également favoriser l'adoption / la correction de stratégies / des directives répondant mieux aux besoins du pays en matière de SME. Lors de la mise en œuvre des programmes / projets SME, nous suggérons qu'on prenne en compte les caractéristiques culturelles et la pertinence stratégique pour les individus / institutions, sans ignorer l'influence du contexte sur les acquis en matière de santé. Enfin, nous encourageons la pratique de l'évaluation dans la mise en œuvre de programmes / projets de la SME, en considérant les évaluations comme des projets complexes, profondément influencés par le contexte, en améliorant l'utilisation des résultats des évaluations pour fonder les décisions et / ou promouvoir des actions.

AP2 : Santé de la Mère et de l'Enfant en République de Guinée Bissau : De la planification aux indicateurs

Auteur : Cátia Sá Guerreiro

Autres auteurs : Paulo Ferrinho ; Patrícia Carvalho; Zulmira Hartz

Introduction :

Considéré en 2008 comme le 16ème pays le plus fragile au monde, la République de la Guinée Bissau (RGB) est un Etat marqué par des situations d'instabilité politique et institutionnelle, avec une économie fragile et une grande dépendance de la communauté internationale. Environ 90% du financement du secteur de la santé est assuré par les partenaires à la coopération. Malgré une faible performance de la plupart des indicateurs de santé, la RGB présente des progrès significatifs en matière de réduction de la mortalité néonatale et de l'enfant, en comparaison avec des pays de l'Afrique de l'Ouest, de l'Afrique Subsaharienne ou les Pays à Faibles Revenus. La Planification Stratégique en Santé (PES) est une réalité en RGB. Le Plan National de Développement Sanitaire III (PNDSIII-2018-2022), en vigueur dans le pays, est le document qui définit la stratégie nationale de santé. Le POPEN est le document stratégique / guide pour les intervenants au niveau de la santé de la mère et de l'enfant (SME), en RGB. Des initiatives comme le PIMI et le Programme H4+ s'en inspirent. Des rapports d'évaluation de la mise en œuvre de plans et de programmes sont disponibles. Notre objectif était de comprendre l'évolution des indicateurs SME de la RGB, en les mettant dans le contexte de la fragilité de l'Etat, en les reliant au soutien des partenaires et en mettant davantage l'accent sur l'évaluation en tant que stratégie de PES utile à la prise de décision.

Méthodologie :

Dans un premier temps, nous avons analysé les documents de PES de la RGB, de 1998 à ce jour, et nous avons réalisé une méta-évaluation du PNDS, en ayant recours au contenu des PNDS II et III et aux documents d'évaluation de la mise en œuvre des PNDS I et II. Nous avons cherché à vérifier l'utilisation des données d'évaluation dans des processus de planification précédents. Dans cette même dynamique, nous avons analysé les documents stratégiques de la SME et leurs rapports de mise en œuvre. Nous avons réalisé onze entretiens semi-structurés avec des acteurs-clés de la PES et de la SME en RGB, en procédant à l'analyse des données obtenues et en permettant la lecture contextuelle des résultats de la méta-évaluation.

Résultats :

Nous avons constaté que les résultats des évaluations de la mise en œuvre du PNDS sont utilisés dans les planifications subséquentes. Mais jusqu'en 2017, en matière de SME, plusieurs initiatives et divers programmes ont émergé, de même qu'un grand réseau d'acteurs qui ont interagi de manière peu articulé entre eux et avec le Ministère de la Santé Publique de la RGB. Nous avons aussi assisté à une tension, en matière de SME, entre les programmes verticaux et la tentative d'avoir une stratégie nationale. Cette tension a été le résultat de la politique de financement. Nous avons également constaté que le processus de rédaction du PNDS III reposait sur des données d'évaluation de la mise en œuvre du PNDS précédent et de la contextualisation / analyse de la situation sanitaire actuelle dans le pays. Le nouveau plan reflète un alignement avec les lignes directrices internationales sur la santé et les stratégies des partenaires financiers. Les

programmes verticaux et les programmes prioritaires sont inclus. La justification de l'évolution des indicateurs SME semble refléter les mécanismes d'adaptation interne, mettant en évidence la résilience et le capital social de la société de la Guinée Bissau. La résilience étant un processus de transformation, fondé sur la force innée des individus, des communautés et des institutions, pour prévenir et réduire les impacts, ainsi que pour tirer des enseignements de l'expérience, peut être à l'origine d'un engagement, par exemple, pour la prévention / promotion de la santé à travers les programmes de la SME. Le capital social semble avoir favorisé le développement des réseaux sociaux, qui ont contribué aux besoins de la population en matière de santé et qui représentent un point de départ pour la construction d'espaces et d'environnements plus sains, favorable au développement communautaire et ayant un impact sur les SME.

Conclusion :

La pratique de l'évaluation, bien que motivée par les exigences des bailleurs de fonds, s'est révélée être une stratégie importante dans les processus de PSE. Le PNDS III est un exemple de bonne pratique dans le domaine politico-stratégique, dans la mesure où il traduit une tentative d'adapter les agendas des bailleurs des Programmes et du Gouvernement à une réflexion sur les acquis de santé. Cette tentative de convergence est activement ressentie dans la phase de mise en œuvre actuelle du PIMI II. Les processus d'adaptation, de résilience et de capital social sont liés à l'évolution favorable des indicateurs de SME et devraient être pris en compte en matière de développement.

Recommandation

Dans la mise en œuvre des programmes / projets de SME, nous recommandons que les efforts d'adaptation au PNDS III ne soient pas réalisés en fonction de la convergence des programmes, mais en visant toujours les acquis en matière de santé. Nous recommandons des cycles de mise en œuvre des PSE plus courts et leur décentralisation, en plus d'un suivi étroit, pouvant offrir une opportunité pour la coordination et le leadership du Gouvernement, même face à une forte dépendance extérieure. Ces cycles peuvent également favoriser l'adoption / la correction de stratégies / des directives répondant mieux aux besoins du pays en matière de SME. Lors de la mise en œuvre des programmes / projets SME, nous suggérons qu'on prenne en compte les caractéristiques culturelles et la pertinence stratégique pour les individus / institutions, sans ignorer l'influence du contexte sur les acquis en matière de santé. Enfin, nous encourageons la pratique de l'évaluation dans la mise en œuvre de programmes / projets de la SME, en considérant les évaluations comme des projets complexes, profondément influencés par le contexte, en améliorant l'utilisation des résultats des évaluations pour fonder les décisions et / ou promouvoir des actions.

ABSTRACTS - PRESENTATIONS SOUS FORME D'AFFICHES

Partenariat Public-Privé et des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) dans l'amélioration de la Santé de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant, de l'Adolescent et du Jeune (SMNEAJ)

BE3 : Partenariats et renforcement des systèmes pour réduire la mortalité néonatale précoce - L'expérience de l'initiative « Sauver les mères qui donnent la vie »

Auteur : Oluwayemisi Femi-Pius

Introduction :

Chaque année, 3,3 millions de mortinaissances surviennent dans le monde et plus de 4 millions de nouveau-nés meurent pendant les 28 premiers jours de leur vie. L'État de Cross River (CRS) au Nigeria a un taux de mortalité néonatale estimé à 120 pour 1000 naissances vivantes. Ce chiffre est bien plus élevé que la moyenne nationale de 37 pour 1000 naissances vivantes. L'initiative « Sauver les mères qui donnent la vie » (SMGL) a évalué 812 établissements de santé dans l'État de Cross River, afin de déterminer dans quelle mesure ces derniers étaient prêts à fournir des services de santé maternelle et néonatale complets et intégrés, y compris des soins obstétricaux d'urgence et des soins néonataux (EmONC). Les conclusions découlant de l'évaluation des établissements de santé ont révélé un taux de mortalité maternelle de 872/100 000 naissances vivantes et un taux de mortalité néonatale de 160/1000 naissances vivantes. Seulement quatre pour cent des établissements de santé visés par l'enquête ont assuré toutes les fonctions caractéristiques de base des soins obstétricaux

et néonataux d'urgence. Soixante pour cent des membres du personnel étaient des accoucheuses qualifiées et la majorité d'entre elles n'avaient pas la capacité de fournir la gamme complète de services de soins obstétriques d'urgence et de soins aux nouveau-nés (EmONC), y compris la réanimation néonatale. Moins de 5 % des établissements évalués possédaient des équipements fonctionnels de réanimation néonatale. Les données de référence recueillies auprès des 97 établissements ayant bénéficié du soutien de l'initiative SMGL ont révélé des décès périnataux avant l'autorisation de sortie de 58/1000 naissances vivantes.

Méthodologie :

L'initiative SMGL au sein de l'État de Cross River noue des partenariats avec de multiples parties prenantes pour améliorer les résultats en matière de santé maternelle et néonatale. Le ministère de la Santé de l'État de Cross River et l'Agence de développement des soins de santé primaires de l'État de Cross River collaborent pour coordonner les interventions de santé maternelle et néonatale et effectuer une supervision régulière de soutien aux établissements. Il existe un partenariat avec la Société nigériane de médecine néonatale (NISONM) pour former les prestataires de soins de santé sur les soins néonataux essentiels, notamment l'assistance respiratoire aux bébés. L'initiative s'associe également à des organisations communautaires pour susciter la demande en sensibilisant les acteurs communautaires à la préparation à la naissance et aux complications. Des réunions d'évaluation sont régulièrement organisées pour évaluer les résultats de ces différents partenariats.

Résultats :

L'appropriation et la coordination des activités du ministère de la Santé par le gouvernement de l'État se sont améliorées, comme en témoigne la réactivation par le ministère de la Santé de l'État de Cross River (CRSMOH) des réunions du forum des partenaires et du comité technique de base sur la SRMNI dans l'État. Le partenariat a également conduit à la création de comités de réponses liées à la surveillance des décès maternels et périnataux (MPDSR) au niveau de l'État et des établissements pour examiner les décès maternels et périnataux évitables, l'État créant une ligne budgétaire pour pérenniser lesdits comités. La Société nigériane de médecine néonatale, section de l'État de Cross River, fournit actuellement des néonatalogistes bénévoles pour soutenir la qualité des soins dans les établissements publics. Le CRSMOH est en train de signer un Protocole d'accord avec la société en vue d'utiliser les installations de l'État comme sites ruraux d'affectation pour les résidents. Des partenariats au niveau communautaire ont abouti à la mise en place d'un système de transport en cas d'urgence dirigé par les communautés pour les femmes enceintes, dont plus de 700 femmes enceintes ont été transférées dans des établissements de santé par des chauffeurs bénévoles. Grâce à l'amélioration de la capacité de plus de 300 agents de santé en matière de services obstétriques d'urgence et de soins néonataux essentiels dans l'État de Cross River, le taux d'utilisation du partographe pour surveiller le travail et l'accouchement est actuellement de 78 % contre 15 % en 2015, date de référence. Cette intervention a permis d'identifier rapidement les cas de travail prolongé/obstrué et de pratiquer des interventions chirurgicales en temps opportun pour sauver la vie des mères et éviter les mortinaissances. Tous les établissements ayant bénéficié de soutien disposent de sacs et de masques néonataux fonctionnels et 98 % des nouveau-nés asphyxiés ont pu être réanimés avec succès à la naissance, contre un taux de 15 % au départ. En l'espace de trois ans, l'initiative a permis de réduire de 24 % (44) le taux de mortalité périnatale institutionnel préalable à l'autorisation de sortie par rapport au taux de base institutionnel de 58/1000.

Conclusion :

L'initiative SMGL a démontré que la collaboration et le partenariat avec toutes les parties prenantes à la santé maternelle et néonatale ainsi que le renforcement des systèmes de santé sont essentiels pour prévenir la mortalité néonatale précoce. Une collaboration intra- et intersectorielle est nécessaire pour améliorer les résultats chez les nouveau-nés. Le rôle du gouvernement dans la coordination de tous les partenariats connexes favorise également l'appropriation et la pérennité. Il est également clair que des examens réguliers pour suivre et évaluer les résultats des divers partenariats permettront d'obtenir des informations en retour et de renforcer davantage les partenariats en cours.

Cette conclusion est illustrée par le lancement par le ministère de la Santé de l'État de Cross River du processus de signature d'un Protocole d'accord avec le Centre hospitalier universitaire de l'Université de Calabar pour utiliser les hôpitaux dudit État comme sites d'affectation en milieu rural pour les pédiatres résidents, y compris les néonatalogistes.

Recommandations :

Afin de pérenniser les résultats positifs de ces partenariats, le gouvernement de l'État de Cross River doit continuer à coordonner étroitement tous les intervenants concernés. On ne saurait trop insister sur la nécessité de veiller à ce que l'offre et la demande de services de santé néonatale soient constamment renforcées. Les partenariats avec des organisations professionnelles, telles que la NISONM sont essentiels pour assurer la qualité des soins au niveau des établissements, d'autant plus qu'il existe actuellement d'importantes ressources humaines

pour combler les lacunes en matière de santé dans les établissements de santé de l'État de Cross River. Des efforts constants devraient être déployés pour explorer d'autres partenariats connexes au sein et à l'extérieur du secteur de la santé, afin d'améliorer davantage les résultats pour la santé des nouveau-nés. Des revues régulières pour surveiller et évaluer les données et les résultats permettront de prendre des décisions éclairées en vue de promouvoir les résultats pour la santé des nouveau-nés.

BE4 : Partenariat public-privé pour une programmation intégrée : Pfizer et CARE

Auteur : Dr. Jimmy Nzau, Ghislaine Alinsato, Dora Curry, Erin Dumas et Alfred Makavore

Introduction :

L'intégration effective des services de planification familiale (PF) et de vaccination systématique a montré qu'il était possible de renforcer la prestation et l'utilisation des services de planification familiale et de vaccination, mais il faut disposer d'un nombre plus important de données probantes pour bien comprendre l'impact de cette approche d'intégration. Généralement, les services de vaccination sont utilisés pour orienter les femmes vers les services de planification familiale lors des visites de vaccination systématique des enfants. Les efforts déployés pour accroître l'adoption des services de planification familiale visent principalement les femmes dans la période post-partum prolongée. Si les grossesses rapprochées augmentent les risques de morbidité et de mortalité maternelle et infantile, la recherche a montré que dans les pays en développement, deux tiers des femmes de ce groupe ont un besoin non satisfait en planification familiale (Guttmacher 2001). Il est également vrai que les femmes en période post-partum prolongée sont en contact plus fréquent avec le système sanitaire pour les soins postnataux et infantiles, ce qui ouvre des possibilités pour réaliser l'intervention. Ce résumé explore comment le modèle de prestation de services intégrés influe sur l'adoption et la qualité de la prestation des services. Il va plus loin en identifiant les éléments du système de santé qui facilitent ou entravent le succès de l'intégration des services, en utilisant nos résultats sur la qualité du conseil, l'achèvement des orientations et les perceptions des prestataires, ainsi que les résultats en matière de vaccination et d'utilisation de la planification familiale.

Méthodologie :

CARE Bénin/Togo met actuellement en œuvre le projet VIVO ! financé par la Fondation Pfizer dans 20 établissements de santé au Sud-est du Bénin en collaboration avec les autorités sanitaires. Le projet oriente les femmes vers des consultations de planification familiale co-localisées, le jour même, pendant les visites de vaccination systématique des enfants. L'approche consiste à fournir des messages éducatifs de groupe, suivis d'orientations individuelles systématiques et normalisées à l'aide de supports éducatifs et d'outils de travail. Une formation approfondie sur la fourniture des services de planification familiale et le processus d'intégration renforce l'offre tandis que l'engagement communautaire soutient, quant à lui, une demande accrue. En s'attaquant aux obstacles tant du côté de l'offre que de la demande, CARE et Pfizer améliorent l'accessibilité de la contraception et de la vaccination au Bénin et constituent la base des données probantes pour des approches intégrées.

Résultats :

Pour contribuer à créer un environnement favorable, CARE Bénin, par le biais du projet VIVO, a formé des facilitateurs et organisé des séances de dialogue de groupe où les membres de la communauté, les leaders communautaires et les prestataires de soins de santé ont pu se poser mutuellement des questions, identifier les défis et opportunités de collaboration et forger la confiance tout en dissipant les mythes et les préjugés à propos de l'utilisation des contraceptifs ou des vaccins. Cette démarche a rendu possible l'intégration de la planification familiale et de la vaccination dans la zone du projet, en ayant recours à un processus participatif qui exige du temps et qui implique activement les parties prenantes - avec des priorités potentiellement concurrentes - à tous les niveaux. De plus, le modèle d'intégration élaboré a également entraîné une hausse de l'adoption de la planification familiale et un accroissement de la proportion des orientations découlant des vaccinations chez les nouveaux utilisateurs de la planification familiale sans influencer négativement les services de vaccination. Depuis le lancement du projet à ce jour, plus de 50 000 enfants ont été vaccinés et plus de 32 000 femmes ont reçu des informations sur la contraception grâce à des conseils. Le nombre de nouveaux utilisateurs des services de planification familiale a plus que doublé, avec plus de 6 000 femmes qui ont commencé une nouvelle méthode moderne de planification familiale. La plupart des femmes ont choisi des méthodes réversibles très efficaces et à longue durée d'action, qui par le passé étaient difficiles ou impossibles d'accès. Les sites du projet ont connu une forte augmentation de la proportion de nouveaux utilisateurs des services de planification familiale qui ont déclaré les services de vaccination comme source de leur orientation.

Conclusion :

Le modèle d'intégration du projet HIN NOU VIVO ! s'est avéré faisable dans la zone du projet au Sud-est du Bénin. Dans la mesure où la majorité des femmes qui fréquentent les services de vaccination infantile sont des femmes en période post-partum prolongée, il semble que le modèle d'intégration touche cette population vulnérable - qui connaît souvent des niveaux particulièrement élevés de besoins non satisfaits en matière de contraception - avec des messages et services de planification familiale dépassant largement la seule fourniture des services de planification familiale. Bien que ces premiers résultats soient encourageants, il est jusqu'à présent difficile de contrôler l'exactitude du suivi des orientations, qui semble sous-déclarer le nombre d'orientations vers les services de planification familiale.

Recommandations :

Bien qu'il existe déjà des preuves convaincantes montrant une augmentation sensible de l'adoption de la planification familiale avec une plus grande proportion d'orientations de nouveaux utilisateurs des services de planification familiale sans impact négatif sur les services de vaccination, il est néanmoins toujours difficile pour le projet de surveiller efficacement l'exactitude du suivi des orientations, qui semble sous-évaluer le nombre d'orientés vers les services de planification familiale. Compte tenu de ce fait, il est recommandé d'entreprendre des recherches approfondies pour évaluer de manière critique la fidélité du modèle d'intégration sur le terrain, ainsi que la contribution des différents éléments du projet aux résultats. De cette manière, on comprendra clairement les modèles et les composantes de cette approche qui fonctionnent dans différents milieux à ressources limitées.

BF6: YouthConnect

Auteur : Denise Epiphany Haba, Cécé Jonas Haba

Introduction :

Dans le but de faire la promotion des droits en santé sexuelle et reproductive, une nouvelle initiative appelée Youth Connect a été mise en place par le Conseil Exécutif Régional de la Fédération Internationale pour la planification Familiale (l'IPPF) Afrique pour promouvoir l'utilisation des médias sociaux par les jeunes en Afrique.

Tout en prenant en compte les recommandations du Conseil exécutif Régional, le YouthConnect a principalement appuyer les efforts de répliation et d'amélioration des expériences existantes de la promotion des Droits en Santé Sexuelle et Reproductive (DSSR) à travers les réseaux sociaux.

Conformément à cette recommandation, le Youth Connect n'a appuyé que les Projets qui visent à répliquer et à améliorer une partie ou la totalité des pratiques présentées, tout en contribuant aux objectifs de l'initiative précités.

A cet effet, le Mouvement d'Action des Jeunes (MAJ) de Guinée a préparé un projet pour participer à l'appel à projet, tout en prenant soin de mentionner les coordonnés du Membre MAJ leader dans la mise en œuvre et du point focal MAJ pour fournir les informations supplémentaires sur le projet.

Dans l'exécution de ce projet, le MAJ de Guinée fait des innovations sur les médias sociaux.

Méthodologie :

L'équipe de gestion du projet était composée uniquement que des jeunes avec la définition des rôles et responsabilités clairement repartis. Un plan de communication était élaboré mensuellement pour déterminer les sujets de discussion pour chaque période et pour chaque plateforme. Nous avons formé les jeunes sur les Droits en santé sexuelle et reproductive et l'utilisation des médias sociaux pour administrer deux groupes de discussion WhatsApp, le groupe Facebook et le compte tweeter créée à travers plusieurs activités décrites dans le projet. Des réunions mensuelles étaient organisées pour l'évaluation des activités.

Principaux résultats :

Dans la mise en œuvre du projet plusieurs résultats ont été obtenus :

- 20 000 adolescents et jeunes ont reçu des messages sur les Droits en Santé Sexuelle et Reproductive (DSSR) à travers les réseaux sociaux et cela a eu une augmentation du nombre de jeune fréquentant le centre jeunes BlueEcoute de la BlueZone de kaloum à travers les références lors des discussions et les contacts sur les publications ;
- Un groupe Facebook et 2 groupes WhatsApp ont été créés et 2 000 personnes ajoutées pour des discussions et débats axées sur plusieurs thématiques en DSSR à partir de 20h tous les jours, ce qui nous a permis au cours des discussions de comprendre et d'identifier les problèmes d'information auxquels les jeunes sont confronté à travers les multitudes de questions posées lors des

débats ;

- Un compte tweeter est ouvert avec 1 000 abonnés qui suivent pour des publications et des retweets des activités du MAJ, de l'Association Guinéenne pour le Bien Etre familial (AGBEF), de la Fédération Internationale pour la planification Familiale et Youth Action Mouvement (Yam) Afrique sur la planification familiale, les IST/VIH/SIDA, les Mutilations Génitales Féminines, le mariage précoce, l'hygiène corporel, la sexualité précoce . . .
- 10 jeunes ont été identifiés et formés sur les DSSR et l'utilisation des réseaux sociaux (WhatsApp, Facebook et compte tweeter créés) pour constituer l'équipe de projet et administrer les groupes WhatsApp, le groupe Facebook et le compte Tweeter
- 3 campagnes de plaidoyer en ligne pour la gratuité des services de santé sexuelle et reproductive et de planification familiale à l'endroit des décideurs et ce qui a joué un grand rôle dans l'engagement pris par le Ministre de la Santé à entamer le processus de gratuité des produits contraceptifs lors de la 6ème Réunion annuelle du partenariat de Ouagadougou ;
- 6 tweet-up ont été organisés pour des réponses questions sur les thématiques de DSSR et des messages sont publiés sur les activités du MAJ, de l'Association Guinéenne pour le Bien Etre familial (AGBEF) et participer aux activités de la Fédération Internationale pour la planification Familiale et Youth Action Mouvement (Yam) Afrique ;

Facebook

- Page du MAJ : <https://www.facebook.com/groups/1885411888398714/?ref=bookmarks>
- Page de l'AGBEF : https://www.facebook.com/agbeippfra/?ref=aymt_homepage_panel

Groupe de discussion sur WhatsApp

- Infos Santé Ados-jeunes : <https://chat.whatsapp.com/GhGsoooFOaH3mSDh6BTZiS>
- Sexualité Responsable : <https://chat.whatsapp.com/3a28Nf0gyj183IEynYiukt>

Tweeter

- Compte Tweeter MAJ : https://twitter.com/majguinee_ssr
- Compte Tweeter AGBEF : https://twitter.com/agbef_pf

Conclusion :

Pour conclure, L'animation de nos groupes whatsapp a été un succès pour nous, elle se fait de 20h à 22h.

Dans l'animation du groupe whatsapp nous avons un invité par jour qui expose sur un thème, ces invités sont des jeunes leaders parfois de d'autres pays. Ils exposent comme dans une conférence et après nous attaquons la phase des débats qui est très intéressante. Le lendemain nous lançons un sujet sans invité que nous allons appeler libre antenne et donc tout le monde donne son avis, autrement dit un jour pour un invité et le jour suivant la libre antenne.

Recommandations :

Au terme de la réalisation de ce projet nous recommandons :



- La pérenniser le projet et le mettre à échelle pour toucher beaucoup plus de jeunes
- L'acheter les tablettes pour beaucoup plus de jeunes afin de renforcer l'animation des plateformes
- Inclure la publication des articles sur des blogs gérés par les jeunes
- Faire la cartographie des Organisations non Gouvernementales (ONG) de jeunes au niveau national et faire la promotion de leurs actions sur les médias sociaux.





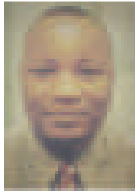

Canopy Walkway, Kakum National Park, Cape Coast

**Facilitateur et conférenciers principaux
lors des séances plénières.
DÉSIGNATION / STATUT BIOGRAPHIES**

Facilitateur et conférenciers principaux lors des séances plénières.

<p>Prof. Akinyinka OMIGBODUN</p>	 <p>Facilitateur principal</p> <p>Prof. Akinyinka O. Omigbodun a été nommé professeur d'obstétrique et de gynécologie à l'Université d'Ibadan, Nigeria, en octobre 1997. Ses travaux de recherche portent sur la biologie de la reproduction, en particulier sur les cancers du tractus génital féminin, la santé publique et la formation des professionnels de la santé. Il est le lauréat de plusieurs prix prestigieux, dont la bourse Audrey Meyer Mars de l'American Cancer Society en 1992 et un prix de l'American Society for Reproductive Medicine pour sa contribution remarquable à la science en 1996. Il a été doyen du Département de médecine de l'Université d'Ibadan, d'août 2006 à juillet 2010. Il a occupé plusieurs postes clés au Collège Ouest-africain des Chirurgiens (WACS) avant de se retrouver à la tête de l'organisation comme son 28e président pour la période 2015 - 2017.</p> <p>Le professeur Omigbodun a présidé le Conseil d'administration du Consortium pour la formation en recherche avancée en Afrique (CARTA) et est à ce jour président du Conseil régional pour la formation des professionnels de la santé, un organe de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS). En septembre 2010, le Prof Omigbodun se voit décerné le prix du mérite de l'État par le gouvernement de l'État nigérian d'Osun, pour sa contribution à la science et à la pratique de la médecine. Il a été élu Fellow de l'Académie nigériane des sciences en 2012 et membre honoraire du Collège royal des obstétriciens et gynécologues du Royaume-Uni, en 2017. Il a publié plus de 130 articles scientifiques et plusieurs chapitres d'ouvrage. Il est rédacteur en chef des Proceedings of the Nigerian Academy of Science et conseiller éditorial auprès de plusieurs autres revues.</p> <p>Courriel : omigbodun@yahoo.com</p>
<p>Prof. Irene Akua AGYEPONG</p> <p>Collège des médecins et chirurgiens du Ghana</p>	 <p>Conférencier principal de la séance plénière 1 (Gouvernance et responsabilité)</p> <p>Irene A. Agyepong est médecin de santé publique au Dodowa Health Research Center de la Direction de la recherche et du développement du Ghana Health Service. Elle est également membre de la faculté de santé publique du Collège des médecins et chirurgiens du Ghana. Auparavant, elle a été directrice régionale des services de santé de la région du Grand Accra au Ghana, directrice des services de santé du district de Dangme West et détachée à temps plein à l'École de santé publique de l'Université du Ghana par le Ghana Health Service en octobre 2012 pendant deux ans. Elle enseigne à temps partiel à l'École de santé publique depuis sa fondation en 1994, en plus d'assurer la supervision sur le terrain des étudiants en santé publique. Elle a occupé le poste de professeur titulaire de la chaire Prince Claus en développement et équité (2008 - 2010) à l'Université d'Utrecht, aux Pays-Bas. Elle a reçu le prix Arnold Kalunzy 2008, honorant les anciens élèves émérites de l'Université de Caroline du Nord à Chapel Hill, programme de leadership en santé publique de l'École de Santé Publique.</p> <p>Le Dr Agyepong est actuellement membre du Comité consultatif indépendant (CCI) sur la charge mondiale de morbidité. Elle a occupé divers autres postes nationaux et internationaux. Elle a été présidente du conseil d'administration de Health Systems Global (2012-2014), membre du Conseil des doyens du 1er et du 2e colloque mondial sur les politiques de santé et la recherche sur les systèmes de santé et à la fois membre du groupe consultatif sur la stratégie mondiale de l'OMS pour la recherche sur les systèmes de santé. Dr Agyepong a été membre, puis présidente du Comité consultatif scientifique et technique (CCST) de l'Alliance pour la politique et la recherche sur les systèmes de santé, OMS Genève, ainsi que présidente du Groupe de surveillance scientifique (GSS) de la plate-forme de mise en œuvre de la recherche (PMR), OMS, Genève. Ses travaux de recherche s'intéressent aux politiques et aux systèmes de santé.</p> <p>Courriel : irene.agyepong@gmail.com</p>


<p>Namoudou KEITA,</p>	 <p>Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) Bobo-Dioulasso, Burkina Faso Introduction à la séance plénière 1 (Gouvernance et responsabilité)</p> <p>KEITA Namoudou est responsable des soins de santé primaires et du renforcement des systèmes de santé à l'OOAS de 2008 à ce jour. Il est titulaire d'un diplôme de troisième cycle en santé publique et médecine sociale et d'une maîtrise en sciences biologiques et médicales et d'un DEA. Il possède 30 ans d'expérience dans les soins de santé primaires, le renforcement des capacités cliniques et de gestion, y compris le leadership et la gouvernance, la promotion de la recherche sur la mise en œuvre, la promotion de la santé, les interventions communautaires, l'assurance qualité et la sécurité des patients. Il coordonne actuellement le processus du Forum des meilleures pratiques de la CEDEAO en matière de santé depuis 2013. Courriel : nkeita@wahooas.org</p>
<p>Stefano Bertozzi</p> <p>Projet HEARD de l'USAID</p>	 <p>Stefano Bertozzi, Doyen émérite, professeur, École de santé publique, Université de Californie, Berkeley : Le Dr Bertozzi est Doyen émérite et professeur de politique et de gestion de la santé à la Berkeley School of Public Health de l'Université de Californie à Berkeley. Il est coprésident du groupe de travail sur la santé de l'initiative UC-Mexique et coéditeur du volume intitulé Disease Control Priorities (DCP3) on HIV/AIDS, Malaria & Tuberculosis. Auparavant, il a dirigé les programmes VIH et tuberculose de la Fondation Bill et Melinda Gates. Le Dr Bertozzi a travaillé à l'Institut national mexicain de santé publique en tant que directeur de son Centre de recherche et d'enquêtes d'évaluation. Il a été le dernier directeur du Programme mondial de lutte contre le sida de l'OMS et a également occupé des postes à l'ONUSIDA, à la Banque mondiale et au gouvernement de la RDC. Il est membre de l'Académie nationale de médecine. Il détient un baccalauréat en biologie et un doctorat en politique et gestion de la santé du Massachusetts Institute of Technology. Il a obtenu son diplôme de médecine à l'Université de San Diego et a suivi une formation en médecine interne à l'Université de San Francisco.</p>
<p>Maeve MCKEAN</p>	<p>Conférencier principal à la séance plénière 2 (Gouvernance et responsabilité) à confirmer</p>  <p>Maeve McKean, JD, MSFS, est conseillère principale en politiques pour le projet HEARD (Health Evaluation and Applied Research Development) de l'USAID et chargée de cours émérite à la School of Public Health de la City University of New York. Avocate spécialisée dans les droits de l'homme, elle était auparavant conseillère principale auprès du secrétaire adjoint aux affaires mondiales du département américain de la Santé et des Services sociaux, où elle était responsable des questions de politique en matière de droits de l'homme, notamment la santé des femmes et des enfants et la santé des LGBT, ainsi que de la Health Data Collaborative. En tant que première conseillère principale pour les droits de l'homme au bureau du coordonnateur mondial de la lutte contre le sida du département d'État, M. Maeve a été la principale responsable de la priorisation des droits de l'homme dans le cadre du programme PEPFAR du gouvernement américain, doté de six milliards de dollars. Maeve est diplômée de l'Université de Georgetown, où elle a obtenu un diplôme conjoint en droit international de Georgetown ainsi qu'une maîtrise de la Walsh School of Foreign Service. Après ses études de droit, elle a passé un an en tant que juriste à la Ford Foundation et dans le cadre du Women's Law and Public Policy Fellowship Program de Georgetown, où elle s'est consacrée à la protection des droits génésiques des femmes séropositives. Avant de retourner aux études supérieures, Maeve a travaillé pour la sénatrice américaine Dianne Feinstein dans son bureau régional de San Diego ainsi qu'au Capitole. Elle était volontaire du Corps de la paix au Mozambique. Courriel : mmckean@URC-CHS.COM ; dcharlet@URC-CHS.COM</p>

<p>Mario FESTIN, OMS</p>	 <p>Conférencier principal de la séance plénière 3 (Gouvernance et responsabilité - Transfert et délégation des tâches) Le Dr Mario Philip R. Festin est médecin de l'équipe de reproduction humaine du Département de la santé et de la recherche génésiques de l'OMS. Il est obstétricien-gynécologue et détient des diplômes d'études supérieures en épidémiologie clinique et en enseignement des professions de la santé. Auparavant, il a été directeur exécutif des National Institutes of Health Philippines, vice-chancelier de l'Université des Philippines à Manille et directeur adjoint des opérations sanitaires à l'hôpital général des Philippines. Courriel : festinma@who.int</p>
<p>Rodrigue NGOUANA Partenariat de Ouagadougou Dakar ; Sénégal</p>	 <p>Rodrigue NGOUANA, est le Directeur Technique de l'Unité de Coordination du Partenariat de Ouagadougou. Entièrement dévoué à l'amélioration du bien-être des populations en Afrique, M. NGOUANA considère les partenariats et le partage d'expériences comme des maillons essentiels dans ce travail. Il s'efforce à promouvoir la création des alliances collaboratives parmi un large éventail de partenaires, d'organisations et de gouvernements, afin de surmonter les défis majeurs auxquels font face les pays africains. Il cumule plusieurs années d'expérience en Afrique centrale et en Afrique de l'ouest dans la coordination, le développement des collaborations, le plaidoyer et la mobilisation de ressources pour des programmes de santé sexuels et droits reproductifs et toute particulièrement la planification familiale. Il est économiste démographe de formation et possède un Master en Economie Conseil et Gestion Publique de l'Université de Rennes 1 en France. Courriel : rngouana@intrahealth.org</p>
<p>Simtokina N'GANI, Ministère de la Santé, Togo</p>	 <p>Conférencier principal de la séance plénière 3 (Gouvernance et responsabilité - Transfert et délégation des tâches) Expert en santé reproductive et planification familiale ; Responsable des projets de santé ; Chef de la Section de planification familiale au DSMIPF ; Point focal du Partenariat de Ouagadougou au Togo.</p>
<p>Asa CUZIN-KIHL, OMS</p>	 <p>Conférencier principal de la séance plénière 3 (Gouvernance et responsabilité - Transfert et délégation des tâches) Asa est agent technique au Département des droits de l'homme de l'OMS, où elle a d'abord travaillé au cours des 19 dernières années à la création de la Bibliothèque de la santé génésique de l'OMS (RHL), animant des ateliers sur la prise de décision fondée sur des données probantes en matière de reproduction, la mise en œuvre de l'Initiative des meilleures pratiques, les activités de renforcement des capacités nationales, la participation aux projets de recherche opérationnelle et à l'exécution. Elle est titulaire d'un diplôme de troisième cycle en santé publique de l'Université de Genève (Suisse) et d'un diplôme en droits humains. Courriel : cuzina@who.int</p>

<p>Séni KOUANDA, (MD, PhD) (Institut de Recherche en Sciences de la Santé – IRSS Ouagadougou)</p>	 <p>Conférencier principal de la séance plénière 3 (Gouvernance et responsabilisation - Transfert et délégation des tâches)</p> <p>Épidémiologiste médical, chercheur senior, chef du département de santé publique de l'Institut de recherche en sciences de la santé (IRSS), responsable du site Kaya Health and Demographic surveillance system (Kaya HDSS), professeur d'épidémiologie et directeur adjoint de l'Institut Africain de Santé Publique (IASP), chercheur senior EDCTP. Courriel : skouanda@irss.bf</p>
<p>M. Mbaye Khouma SYLLA</p>	<p>Conférencier principal de la séance plénière 4 (Partenariat public-privé et TI)</p>  <p>Mbaye Khouma est Ingénieur d'Agronomie Tropicale diplômé de Sup Agro/Montpellier. De retour au Sénégal, il a travaillé au Ministère des Eaux et Forêts dans la Fixation des dunes du littoral Nord entre Dakar et St Louis (Kayar-Lompoul) A la suite de son MBA obtenu au CESAG de Dakar, il fait une riche carrière de plus de 25 années, dans la gestion d'entreprise au sein des grandes multinationales que sont Nestlé, Coca-Cola et Airtel. Stratège reconnu, il a exercé ses talents dans tous les domaines du marketing, passant des produits de grande consommation au marketing social, marketing politique et le marketing des pays pour la promotion du tourisme et des Investissements privés. Reconverti consultant, il s'est concentré au cours des 5 dernières sur le Partenariat Public Privé (PPP) dans le domaine des infrastructures et des services aux usagers notamment dans le domaine des systèmes de santé</p>
<p>Gloria Quansah Asare Ghana Health Service</p>	<p>Speaker at Plenary Session 4 (Public Private Partnership & IT)</p> <p>Directrice générale adjointe, Service de santé du Ghana Gloria Quansah Asare (BSc. Biologie humaine, MB, ChB, MPH, Dr.PH, FGPCS) est docteur en médecine; consultante en santé publique et actuellement directrice générale adjointe du Service de santé du Ghana. Elle possède une vaste expérience en gestion de programme et en recherche et est une ardente défenseuse de la santé reproductive / planification familiale, de la santé des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents, de la nutrition et de la promotion de la femme et du développement. Elle a été la première directrice de la division de la santé familiale; et avant cela, la responsable du programme national pour la planification familiale et les programmes élargis de vaccination et de lutte contre les maladies diarrhéiques (PEV / LMD) du Service de la santé du Ghana. Elle est membre de la Fondation (faculté de santé publique) du Collège des médecins et chirurgiens du Ghana et ancienne chef adjointe du département Population, famille et santé génésique de l'École de santé publique de l'Université du Ghana. Elle a été membre (représentante de la région du Sud) du comité de direction de la Coalition pour l'Approvisionnement en Produits de Santé Génésique (2013-2017). Elle est chargée de cours à la « Ensign School of Public Health », au Ghana.</p> 
<p>Temitayo Erogbogbo MSD for Mothers</p>	<p>Speaker at Plenary Session 4 (Public Private Partnership & IT)</p>  <p>Temitayo Erogbogbo possède 20 ans d'expérience combinée dans le secteur privé et dans celui du développement international, dont 10 années passées dans l'industrie pharmaceutique dans des rôles variés tels que les relations avec les communautés, les affaires gouvernementales, le marketing et les ventes. En tant que directeur du plaidoyer, Tayo est chargé de développer et diriger stratégiquement l'engagement du programme de Merck pour les Mères (Merck for Mothers) dans des initiatives de plaidoyer. Il a contribué à l'élaboration de la Stratégie Mondiale pour la Santé des Femmes, des Enfants et des Adolescents 2016-2030.</p>

<p>Arinze Awiligwe Concept Foundation</p>	 <p>Speaker at Parallel Session (Public Private Partnership & IT)</p> <p>Arinze a des années d'expérience dans la pratique pharmaceutique et réglementaire combinées à la gestion de projets internationaux dans des contextes de développement où il a travaillé sur des projets visant à combler le fossé entre le discours universitaire, les intérêts privés et les politiques publiques afin d'améliorer l'accès aux médicaments par le biais de programmes, de plaidoyers et d'innovations. Il est diplômé en pharmacie de l'Université de Lagos et en santé mondiale de l'Institut de santé mondiale de l'Université de Genève en Suisse. Il soutient actuellement le portefeuille africain du programme de la Fondation Concept à Genève pour des Produits de Santé Maternelle de Qualité.</p>
<p>KNOWLEDGE CAFE</p>	
<p>Ginette Hounkanrin, EZA/Pathfinder</p>	 <p>Ginette est médecin spécialiste en Population et Santé. Au cours des 12 dernières années, elle a travaillé à l'intégration de la Santé, Droits Sexuels des Jeunes et Adolescents (SDSJA) et de la Santé Sexuelle et Reproductive et Planification Familiale (SSR/PF) dans les programmes de Santé Maternelle et Infantile (SMI) qui fournissent une assistance technique aux Organisations de la Société Civile (OSC) et aux gouvernements. Elle a rejoint EZA/Pathfinder en mai 2017 en tant que Senior. Conseiller Jeunesse.</p>
<p>Sheila Mensah Conseillère principale en communications, suivi et évaluation</p>	 <p>Sheila est la principale personne-ressource pour les communications au Bureau Régional de la Santé de l'USAID, responsable de la diffusion des résultats, de l'information et des récits sur les interventions sanitaires en Afrique de l'Ouest et du Centre, en utilisant des outils tels que le trimestriel de santé qu'elle a fondé, ParlerHealth. Elle gère également l'accord phare du bureau en matière de renforcement des capacités régionales avec l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) et son contrat d'évaluation et de recherche avec International Business & Technical Consultants, Inc. Auparavant, elle a occupé des postes et des consultantations dans le secteur privé aux États-Unis et au Ghana. Elle est titulaire d'un baccalauréat ès sciences en Génie Chimique de l'Université de Pennsylvanie et d'une Maîtrise en Administration des Affaires de l'Université de Cincinnati.</p>
<p>Matié YANOGO, Coordonnateur de Projet à MSBF.</p>	 <p>Attaché de santé en soins infirmiers et obstétricaux et titulaire d'un master en gestion de projets, Matié est coordonnateur du projet délégation des tâches dans le domaine de la planification familiale à Marie Stopes Burkina Faso depuis janvier 2017. Il a une expérience de plus de 18 ans dans la santé publique. Il a travaillé au niveau communautaire, dans les équipes d'encadrement des agents des structures publiques périphériques. Il a une expérience tant dans le secteur public que dans le secteur privé notamment dans la santé maternelle et néonatale.</p>
<p>Anne TAIWO, Research, Responsable de Métriques et Evaluation à Marie Stopes International Organization Nigeria</p>	 <p>Anne Taiwo est directrice de l'ERM chez MSION depuis juin 2015. Auparavant, elle a travaillé pendant plus de dix ans comme agent de recherche principale pour l'Association of Reproductive and Family Health. Elle est titulaire d'un doctorat en santé publique de l'Université d'Atlanta et d'une maîtrise en géographie de la santé de l'Université d'Ibadan.</p>
<p>Elise Petitpas, Equilibres & Populations</p>	 <p>Elise a environ 10 ans d'expérience en tant que défenseur des droits humains et des droits des femmes dans différents contextes, y compris au niveau européen et africain. En tant qu'experte en innovation et plaidoyer pour Equilibres & Populations, elle travaille avec les OSC francophones d'Afrique de l'Ouest dans la construction, la mise en œuvre et le suivi de projets novateurs de mobilisation sociale et de plaidoyer sur les SDSR des adolescents et des jeunes.</p>

<p>Mariam Diakitè, Conseillère Technique régionale en Suivi, Apprentissage, et Evaluation Institute for Reproductive Health (IRH), Georgetown University, Mali</p>	 <p>Spécialisé en promotion et éducation pour la santé, Mariam Diakitè travaille avec l'IRH, depuis plus de sept ans dans le suivi, apprentissage et évaluation des interventions sur le changement des normes sociales en faveur de la SR/PF et la mise à échelle de ces interventions. Elle a des expériences du Mali, Sénégal, Niger, Benin et en RDC. En outre, elle est familière avec les approches de genres et les interventions qui ciblent les femmes, les hommes, les adolescents et jeunes au niveau communautaire..</p>
<p>Norbert Coulibaly, Norbert Coulibaly, Spécialiste en Planification Familiale et Sécurité des produits de santé de la reproduction, UNFPA Afrique de l'Ouest et du Centre</p>	 <p>Norbert Coulibaly a rejoint le Bureau Régional de l'UNFPA pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre en tant que spécialiste technique de la Planification Familiale et de la sécurité des produits de santé reproductive (FP/RHCS) depuis mars 2016. Le Dr Norbert Coulibaly a commencé sa carrière au Ministère de la Santé du Burkina Faso au niveau des districts avant d'être nommé directeur régional de la santé pour la région Centre-Est. Au cours des 16 années (1993 à 2009) pendant lesquelles il a travaillé au Ministère de la Santé, il a acquis une solide expérience dans le développement de la santé, la gestion des programmes de santé et le renforcement des systèmes de santé. Plus récemment, le Dr Coulibaly a travaillé pour le bureau pays de l'UNFPA au Burkina Faso, d'abord en tant qu'agent de programme RHCS de 2009 à 2014, puis en tant qu'analyste de programme en santé reproductive/planification familiale (RH/FP) de mars 2014 à février 2016.</p>
<p>Blami Dao Directeur Technique, Afrique de l'Ouest et du Centre, Jhpiego</p>	 <p>Le Dr Dao est un gynécologue obstétricien burkinabé ayant plus de 20 ans d'expérience de terrain en MNH et PF en Afrique. Il a rejoint Jhpiego il y a 8 ans en tant que directeur de la MNH, puis il est passé au poste de directeur technique pour l'Afrique occidentale et centrale il y a quelques mois. Son expérience inclut la mise en place d'une unité d'oncologie dans un service hospitalier d'obstétrique-gynécologie et le travail avec des groupes de femmes et des ONG pour promouvoir le dépistage du cancer du col utérin et du sein au Burkina Faso.</p>
<p>Bethany Arnold, Coordinateur à JHPIEGO Corporation</p>	 <p>Bethany Arnold est titulaire d'une maîtrise ès sciences en santé publique (MSPH) de la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Elle a plus de 10 ans d'expérience dans le domaine de la santé mondiale, avec un accent particulier sur les jeunes et les adolescents ainsi que sur la planification familiale et la santé génésique (PF/SR). Mme Arnold est une agente de programme technico-centrée qui travaille avec les équipes d'Afrique de l'Ouest et de PF/SR de Jhpiego, fournissant des conseils techniques et collaborant à des initiatives organisationnelles axées sur les soins après avortement, la planification familiale post-partum et le changement social et comportementa</p>
<p>Prof. Ama AIKINS Université du Ghana CO/ Dr William BOSU (wbosu@wahooas.org)</p>	 <p>Conférencier principal de la séance plénière 5 La professeure Ama de-Graft Aikins est psychologue sociale qui s'intéresse principalement aux expériences et aux représentations des maladies physiques et mentales chroniques et au fardeau des maladies chroniques non transmissibles (MNT) en Afrique. ses recherches collaboratives actuelles portent sur le diabète et l'obésité chez les Ghanéens au Ghana et en Europe, les convictions et pratiques alimentaires des Ghanéens au Ghana et aux États-Unis, les maladies cardiovasculaires et les interventions communautaires en santé mentale au Ghana. Elle enseigne des cours de troisième cycle en psychologie, en philosophie des sciences sociales et en méthodes de recherche qualitative à l'Université du Ghana. Elle a supervisé des thèses en psychologie sociale, politique sociale, santé publique et études démographiques à l'Université du Ghana, à la London School of Economics and Political Science (LSE), à la London School of Hygiene and Tropical Medicine, à New York University et à l'Université du Sussex. Courriel : adaikins@ug.edu.gh York University and the University of Sussex.Email: adaikins@ug.edu.gh</p>

<p>Prof Olanrewaju Rita-Marie AWOTONA</p> <p>Professeur nigérian de pharmacognosie Université Legacy à Banjul - Gambie</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;">  </div> <div style="width: 65%;"> <p>Conférencier principal de la séance plénière 6 (Médecine traditionnelle)</p> <p>Elle a été nommée première femme Directrice de la planification académique par intérim en 2008, est devenue la première femme professeur titulaire de l'Université du Delta du Niger en octobre 2011 et Directrice de la planification académique de 2011 à 2012. Rétablissement de la Direction de l'avancement et des liens en tant que directeur de 2012 à 2013. Elle était Chef par intérim du Département de Pharmacognosie et de Phytothérapie 2009/2010. Elle est devenue la première femme doyenne de la Faculté de Pharmacie de l'Université du Delta du Niger, du 1er août 2013 à 2016. Elle est actuellement chef du département de pharmacie et des sciences pharmaceutiques de l'Université Legacy, en Gambie, où elle développe les programmes de pharmacie et de phytothérapie. Elle est membre de plusieurs sociétés et organisations savantes, de la Nigerian Society of Pharmacognosy (NSP), de la Nigerian Association of Academic Pharmacognosy (NAAP), de la Pharmaceutical Society of Nigeria (PSN), de la Third World Organisation for Women in Science (TWOS), de la American Society of Phamacognosy, de Phytochemical Society of North America (GA) et de The Society for Medicinal Plant Research.</p> <p>Elle a reçu plusieurs bourses et subventions. Parmi ces bourses figurent la bourse Alexander von Humboldt, la bourse de formation du PNUD en médecine traditionnelle et la bourse de recherche assistée de la Banque mondiale. Ses recherches se sont concentrées sur les enquêtes sur les herbes et les herboristeries, les enquêtes ethnobotaniques de l'état de Baylesa, la normalisation des plantes médicinales et de la phytothérapie, la phytochimie et la formulation des plantes médicinales. Récemment, elle a montrée plus d'intérêt à aider donner de la visibilité à la phytothérapie en aidant à documenter les preuves vérifiables de l'utilisation de la médecine traditionnelle. Elle est actuellement membre du comité d'experts de l'OOAS sur le deuxième volume de la pharmacopée ouest-africaine des plantes médicinales.</p> <p>Courriel : olanrewajuadegbola@gmail.com</p> </div> </div>
---	--



Slave Castle, Cape Coast, Central Region.



University of Ghana, Legon



REPUBLIC OF GHANA

