



REVUE DE PERFORMANCE DES DONNÉES DE PLANIFICATION FAMILIALE AU SÉNÉGAL

2013–2015

REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un Peuple – Un But – Une Foi

**MINISTERE DE LA SANTE
ET DE L'ACTION SOCIALE**

**DIRECTION GENERALE DE
LA SANTE**

**DIRECTION DE LA SANTE DE
LA REPRODUCTION ET DE LA
SURVIE DE L'ENFANT**

**DIVISION DE LA
PLANIFICATION FAMILIALE**



TABLE DES MATIÈRES

I.	INTRODUCTION	8
II.	METHODOLOGIE	10
2.1.	DÉVELOPPEMENT ET DESCRIPTION DES OUTILS	10
2.1.1.	SUIVI DES ACTIVITÉS.....	10
2.1.2.	DONNÉES D'UTILISATRICES	10
2.1.3.	DONNÉES DE CONSOMMATIONS.....	11
2.2.	PROCESSUS DE COLLECTE DES DONNÉES ET ANALYSE INITIAL AU NIVEAU RÉGIONALE	11
2.3.	ANALYSE DES DONNÉES AU NIVEAU CENTRAL	11
2.3.1.	LA FEUILLE « SUIVI DES ACTIVITÉS »	11
2.3.2.	LE FEUILLE « DONNÉES D'UTILISATRICES »	12
2.3.3.	LA FEUILLE « DONNÉES DE CONSOMMATION »	12
III.	PERFORMANCES NATIONALES ET REGIONALES	13
3.1.	ÉVOLUTION DES PERFORMANCES	13
3.1.1.	RÉGIONS À POTENTIEL FORT : DAKAR, THIÈS ET DIOURBEL.....	14
3.1.2.	RÉGIONS À POTENTIEL MOYEN : SAINT LOUIS, KAOLACK, FATICK, LOUGA, ZIGUINCHOR	16
3.1.3.	RÉGIONS À POTENTIEL FAIBLE : MATAM, TAMBACOUNDA, KAFFRINE, KOLDA, SÉDHIOU, KÉDOUGOU.....	17
3.2.	LE RECRUTEMENT.....	18
3.3.	LES INACTIVES	20
3.4.	LE POIDS DE L'INJECTABLE	20
3.5.	LE GAP EN FORMATION.....	22
3.6.	LE PROFIL DES UTILISATRICES.....	24
3.7.	IMPACT DU PROGRAMME NATIONAL DE LA PLANIFICATION.....	25

REVUE DE PERFORMANCE DES DONNÉES DE PLANIFICATION FAMILIALE AU SÉNÉGAL

2013-2015

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple – Un But – Une Foi

MINISTERE DE LA SANTE
ET DE L'ACTION SOCIALE

DIRECTION GENERALE DE
LA SANTE

DIRECTION DE LA SANTE DE
LA REPRODUCTION ET DE LA
SURVIE DE L'ENFANT

DIVISION DE LA
PLANIFICATION FAMILIALE



I. INTRODUCTION

Pour repositionner la Planification Familiale, le Sénégal a rédigé un Plan d'Action National 2012-2015 (PANPF). Le principal objectif de ce plan est d'offrir les services de la planification familiale à 350 000 femmes additionnelles en union et d'atteindre un taux de prévalence contraceptive de 27% en 2015. Pour ce faire l'accent a été mis sur une bonne communication sur la planification familiale, un plaidoyer fort en faveur de la planification familiale, la disponibilité de toute la gamme de produits de la planification familiale au niveau de tous les points de prestation, et l'extension et le renforcement de l'offre au niveau des structures privées et, surtout, des structures publiques, y compris au niveau communautaire.

C'est ainsi que chaque région en fonction de ses potentialités démographiques et ses réalités socioculturelles a défini un plan d'accélération aussi bien au niveau régional et district et s'est attribuée une part contributive dans l'atteinte d'un taux de prévalence contraceptive de 27% d'ici 2015 de même que le recrutement de 350 000 femmes additionnelles.

Afin d'assurer l'implémentation efficace du PANPF, un mécanisme de suivi-évaluation a été établi. Ce mécanisme a permis le suivi des indicateurs de processus et les indicateurs de résultats et de compléter le suivi de certains indicateurs par l'Enquête Démographique et de Santé (EDS). Le mécanisme de suivi-évaluation repose, d'une part, sur les cadres de concertation mise en place lors du développement du PANPF, c'est-à-dire trois groupes de travail (disponibilité des produits, accès au service et création de la demande) et un comité technique. Ces groupes ont permis une bonne coordination entre le gouvernement et ses partenaires au niveau national. Durant la deuxième année de mise en œuvre un quatrième comité nommé comité de gestion des données a été créé pour réfléchir sur le mécanisme du suivi en général mais plus particulièrement statuer sur les données collectées.

D'autre part, le mécanisme de suivi-évaluation repose sur l'utilisation des outils de collecte de données simples, développés par la

Division de la Planification Familiale afin de suivre la mise en œuvre du plan d'action national après une longue phase de rétention des données de 2012-2013.

Ce processus de suivi de la mise en œuvre a été rendu possible grâce à l'appui de FHI360 à travers un financement de l'USAID. Ceci s'est matérialisé par la mise en place des deux agents au niveau de la DSRSE dont un spécialiste en suivi-évaluation, et un conseiller technique SR.

FHI 360 en collaboration avec la DSRE a apporté un appui technique et financière pour l'élaboration des outils pour l'évaluation des performances et pour la réalisation d'activités de suivi-évaluation décrites dans ce document

Ce document décrit les outils du mécanisme de suivi-évaluation mis en place par la Division de la Planification Familiale pour voir l'état de mis en œuvre dans une première partie.

Dans une seconde partie le document revient sur les performances enregistrées par les régions médicales depuis le début de la mise en œuvre du plan d'action national de la planification jusqu'en décembre 2015

La troisième partie du document est consacrée à la mesure de l'impact du programme nationale de planification familiale en terme de grossesses non désirées évitées, le nombre de couple année de protection (CAP), etc.

II. METHODOLOGIE

Le mécanisme de suivi-évaluation mis en place par la Division de la Planification Familiale repose sur l'utilisation d'outil simple et flexible pour permettre une meilleure appropriation par le niveau opérationnel.

2.1. DÉVELOPPEMENT ET DESCRIPTION DES OUTILS

Étant donné qu'il y avait une rétention des données et que l'outil de collecte de données précédant qui comprenait les données PF ne répondait pas à tous les indicateurs de PANPF, la Division de la Planification Familiale a développé un nouvel outil de suivi-évaluation spécifique au PANPF appelé « la maquette PF » pour la collecte des données pendant la période de mise en œuvre du PANPF 2012-2015. Cet outil comprend trois feuilles :

- Une feuille de suivi des activités
- Une feuille de données d'utilisatrices
- Une feuille de données de consommation

Cet outil a permis de suivre le niveau de la mise en œuvre des activités prioritaires ainsi que les indicateurs de résultats. L'outil a été développé par la Division PF avec l'appui technique et la contribution significative de ses partenaires.

2.1.1. SUIVI DES ACTIVITÉS

Afin d'aider chaque région médicale à suivre la mise en œuvre des activités dans leur plan d'accélération, une feuille Excel était conçue contenant les 6 domaines stratégiques du PANPF à savoir l'offre, la communication, le plaidoyer, la disponibilité des produits, le suivi-évaluation et la coordination.

Ainsi donc chaque région médicale en fonction des 6 domaines stratégiques pourra renseigner sur le niveau de réalisation de ces activités (Réalisées, Non Réalisées ou en Cours) qu'elle a eu à dérouler pendant le trimestre. Elle pourra aussi préciser le montant alloué et le bailleur qui a financé l'activité.

2.1.2. DONNÉES D'UTILISATRICES

Une deuxième feuille Excel permet de collecter les données d'utilisatrices par méthodes pour chaque trimestre. Chaque trimestre est représenté par un tableau qui permet de renseigner les nouvelles dans la structure, les nouvelles acceptantes du programme, les actives, les inactives et les

abandons selon les différentes méthodes. Le total est généré sur une ligne totale pour chaque méthode et selon le trimestre.

2.1.3. DONNÉES DE CONSOMMATIONS

Une troisième feuille Excel contient l'ensemble des données de consommation du district. Donc de Janvier à Décembre chaque district donne la consommation en Pilules, Injectables, Implant, DIU, Préservatifs et la Contraception d'Urgence. Il y'a une colonne qui génère le total annuel pour chaque produit.

2.2. PROCESSUS DE COLLECTE DES DONNÉES ET ANALYSE INITIAL AU NIVEAU RÉGIONALE

Les outils sont envoyés par la DSRSE/DPF/ Cellule de Suivi Evaluation et Recherche à toutes les 14 régions qui partagent la maquette avec ses districts pour compiler les données du niveau communautaire (case de santé) au niveau des postes de santé de la zone de responsabilité. Les districts remplissent les outils dans un délai de 20 jours afin de permettre à la région médicale de venir avec tous les données disponibles à la revue au niveau central. Lors de cette réunion de revue, les coordinatrices SR et leur Médecin Chef de Région présentent les

données et discutent avec les représentants du niveau national et des partenaires techniques et financiers pour permettre une évaluation du PANPF au niveau régional.

Si les données sont incomplètes lors de la revue nationale, il est demandé à la Région Médicale de s'assurer de la complétude et transmettre les données au niveau central.

2.3. ANALYSE DES DONNÉES AU NIVEAU CENTRAL

Après la compilation des données, une analyse des données est effectuée par la Cellule de Suivi Evaluation et de la Recherche. Chaque fichier fait l'objet d'analyse complète et approfondie.

2.3.1. LA FEUILLE « SUIVI DES ACTIVITÉS »

Le feuille « suivi des activités » permet de renseigner sur les indicateurs de processus qui sont obtenus chaque trimestre. Ces indicateurs sont :

- Taux de réalisation des activités de diffusions (télé et radio) dans les médias et d'affichage par rapport au plan de communication
- Nombre d'activités de plaidoyer menées sur le nombre prévu (%)

- Pourcentage de PPS couverts par le Push Model (%)
- Pourcentage des prestataires formés en PF (%)
- Nombre de services de PF offerts par les franchises sociales et les unités mobiles (#)
- Nombre de cases de santé aptes à distribuer l'OIP/OII (#)

La feuille permet de mesurer le taux des activités en fonction du niveau de réalisation, non réalisation et en cours de réalisation ainsi que le niveau d'exécution du budget nécessaire.

2.3.2. LE FEUILLE « DONNÉES D'UTILISATRICES »

La feuille « données d'utilisatrices » permet d'évaluer le PANPF par rapport à l'objectif de 350 000 femmes additionnelles et de voir

l'évolution des indicateurs de résultats au niveau des districts et des régions. Ainsi donc l'analyse de ce fichet permet de classer les régions et les districts en trois catégories : les régions qui sont à moins de 50% de leurs objectifs, les régions qui sont entre 50 et 80% de leurs objectifs et les régions qui sont à plus de 80% de leurs objectifs. Ces résultats sont analysés avec une cartographie qui permet de voir clairement le niveau de progrès de chaque district sanitaire et région médicale.

2.3.3. LA FEUILLE « DONNÉES DE CONSOMMATION »

La feuille « données de consommation » permet d'analyser la consommation des produits contraceptifs au niveau de chaque district sanitaire et région, mais surtout de faire une analyse sur l'indicateur Couple Année Protection (CAP).

III.PERFORMANCES NATIONALES ET REGIONALES

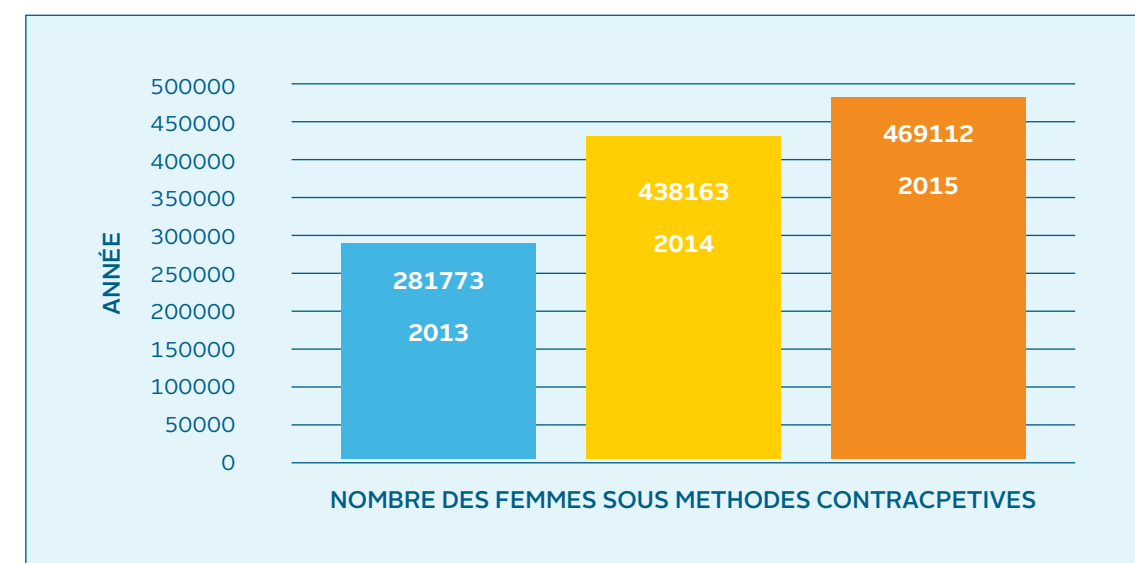
Une analyse des données de routines de 2013 – 2015 montre une évolution croissante des utilisatrices PF au niveau national. Cette progression linéaire est confirmée par les données de l'EDS continue 2013-2014 et 2015 où le taux de prévalence contraceptive est passé de 18% en 2013 à 20% en 2014 et 23% en 2015.

L'augmentation du TPC se justifie par l'intensification des activités de la création de la demande comme les causeries, les émissions radio et Spot, les Visites à Domicile, les entretiens interpersonnels au niveau opérationnel, la formation des prestataires, mais aussi le renforcement de la communication et du plaidoyer envers les hommes et les chefs religieux. A côté de ces stratégies, il faut noter le leadership fort des MCR et MCD mais aussi la disponibilité de toute la gamme PF en permanence au niveau des structures sanitaires.

3.1. ÉVOLUTION DES PERFORMANCES

Le tableau ci-dessous montre l'évolution des utilisatrices par région. Ainsi donc sur les 622 816 femmes actives attendues en fin 2015, le Sénégal se situe à plus 75% de l'objectif en Décembre 2015. Cependant ces performances cachent des disparités régionales voir intra régionales.

Evolution des femmes sous méthodes contraceptives de 2013 à 2015



Evolution des actives 2013-2015

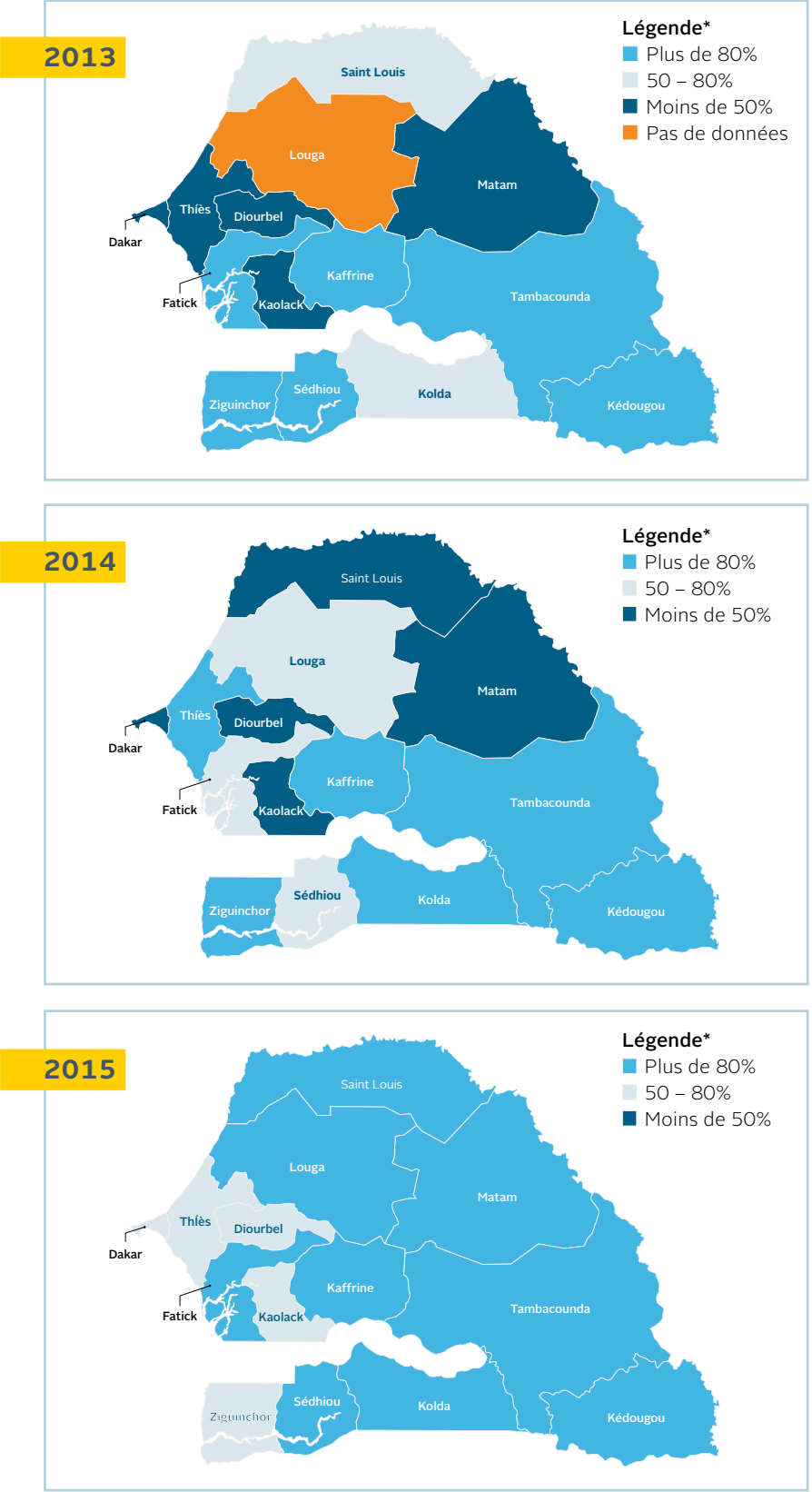
RÉGIONS	Actives 2013	Actives 2014	Actives 2015	Actives Attendues 2015
Dakar	89411	103241	124656	233633
Diourbel	25956	35340	26458	51017
Fatick	9107	29598	23754	25826
Kaffrine	54299	109937	19358	23754
Kaolack	21428	16953	32984	46189
Kédougou	5506	19589	4498	2733
Kolda	2527	47517	23515	18212
Louga	9696	17436	44217	25508
Matam	12521	14672	10552	6803
Saint-Louis	3560	8219	34891	50045
Sédhiou	22055	6803	13744	34891
Tambacounda	2280	2280	14345	9339
Thiès	13429	19889	76054	110521
Ziguinchor	9998	4182	20086	25406
TOTAL	281,773	438,163	469,112	622,816

3.1.1. RÉGIONS À POTENTIEL FORT : DAKAR, THIÈS ET DIOURBEL

Les régions à fortes potentialités constituent plus 63% de l'objectif 2015 du fait de leurs poids démographiques. Ces régions sont caractérisées par une forte population urbaine plus 60% de la population, ce qui se traduit par l'existence de plusieurs pôles urbains. Une analyse de l'évolution des performances atteintes en 2015 montre que les régions de Dakar, Thiès et Diourbel sont au jaune c'est-à-dire entre 50% et 80% de leurs objectifs attendus. Les facteurs explicatifs de ce succès sont le renforcement du personnel sur les MLDAs et la présence du push model (IPM) qui a permis la disponibilité de toute la gamme PF en permanence. Au niveau communautaire on note aussi le passage à l'échelle des différentes interventions comme

l'offre des contraceptives injectables. La communication au niveau de la cité religieuse avec la tenue d'une conférence au niveau de Tivaoune a permis de jeter les bases de l'adhésion des religieux au programme PF. Il faut noter que par rapport à ces régions à fort potentialités il y'a aussi des efforts à faire pour maintenir les acquis. Ce qui signifie d'énormes efforts doivent être consentis dans certaines zones de ces régions. Pour ce faire il y'a un besoin de renforcement du personnel à travers le renouvellement et la formation. A côté de ces aspects il faudra ajouter l'équipement des structures de santé en matériels d'insertion et retrait DIU. Il faudrait aussi renforcer la formation des prestataires sur le fichier PF. Dans le domaine suivi évaluation il faudra capitaliser les données des officines privées et hôpitaux.

Evolution des performances des régions de 2013–2014–2015



3.1.2. **RÉGIONS À POTENTIEL MOYEN :** **SAINT LOUIS, KAOLACK, FATICK,** **LOUGA, ZIGUINCHOR**

Toutes régions à potentiel moyen sont à plus de 50% de leurs objectifs au quatrième trimestre 2015.

Par rapport à la région de Saint Louis, elle est passée d'un TPC de 16 à 32%. Selon les données du quatrième trimestre la région est entre 50 et 80% de l'objectif de 2015 et que dans deux des sept districts qui sont le district sanitaire de Saint Louis et le district sanitaire de Richard Toll on est à plus 30% de TPC. Malgré les distances assez longues entre les districts la région médicale a pu réaliser des performances satisfaisantes. Cependant ces performances risquent d'être compromises par la mobilité du personnel de santé mais aussi le manque de matériels de stérilisation.

Au niveau des régions du centre qui sont Kaolack et Fatick des progrès sont notés au cours de la mise en œuvre du PANPF

2012–2015. La région de Fatick est à plus 80% de son objectif en fin 2015 et la région de Kaolack au jaune c'est-à-dire entre 50% et 80% de son objectif. ce qui signifie que si les acquis sont maintenus les régions vont atteindre voire dépasser leurs objectifs assignés. Ainsi donc la présence du modèle IPM de même les interventions de Marie Stopes International (MSI) comme les services mobiles ont fini de booster l'utilisation de la contraceptive dans un milieu à forte croyances traditionnelles. A cela s'ajoute le recrutement des sages femmes, la mise en œuvre du Sayana Press de même que la redynamisation des cases qui offrent la pillule (OIP) et la mise à l'échelle de l'offre des injectables au niveau communautaire.

Malgré les difficultés de la région de Ziguinchor liées à l'accessibilité géographiques, les résultats des données de 2015 affichent une performance forte de la région avec plus de 2300 femmes sous une méthode contraceptive au 31 décembre 2015.

3.1.3. **RÉGIONS À POTENTIEL FAIBLE :** **MATAM, TAMBACOUNDA, KAFFRINE,** **KOLDA, SÉDHIOU, KÉDOUGOU**

Bien qu'elles soient des régions à potentiel faible, elles affichent une satisfaction totale en termes d'atteinte des objectifs de 2015.

La région de Matam connue comme une région difficile liée à l'accessibilité mais aussi comme une zone à forte croyances religieuses, le TPC attendu en 2015 est de 7%. La région de Matam est à 80% de l'objectif de 2015 grâce à des campagnes de communication intensives envers les religieux mais aussi aux initiatives innovantes de MSI.

Tambacounda a recruté plus de 2600 nouvelles acceptantes dans le programme au courant du dernier trimestre ce qui justifie l'atteinte des objectifs 2015. Cependant pour un maintien des acquis il est nécessaire de pallier au retard dans la mobilisation du financement des activités planifié dans le PTA mais aussi à l'instabilité des prestataires formés.

La combinaison du Financement Basé sur le Résultat, de l'approche tutorat, la mise en œuvre de IPM ainsi que la valorisation de l'approche communautaire et le renforcement du personnel (les sages femmes) ont été les piliers du succès de la région de Kaffrine. Pour maintenir les avancées il s'avère nécessaire de renforcer le matériel mais aussi mieux équiper les centres de santé comme celui de Kaffrine, Birkilane et Malem Hodard qui ne répondent pas aux normes.

3.2. LE RECRUTEMENT

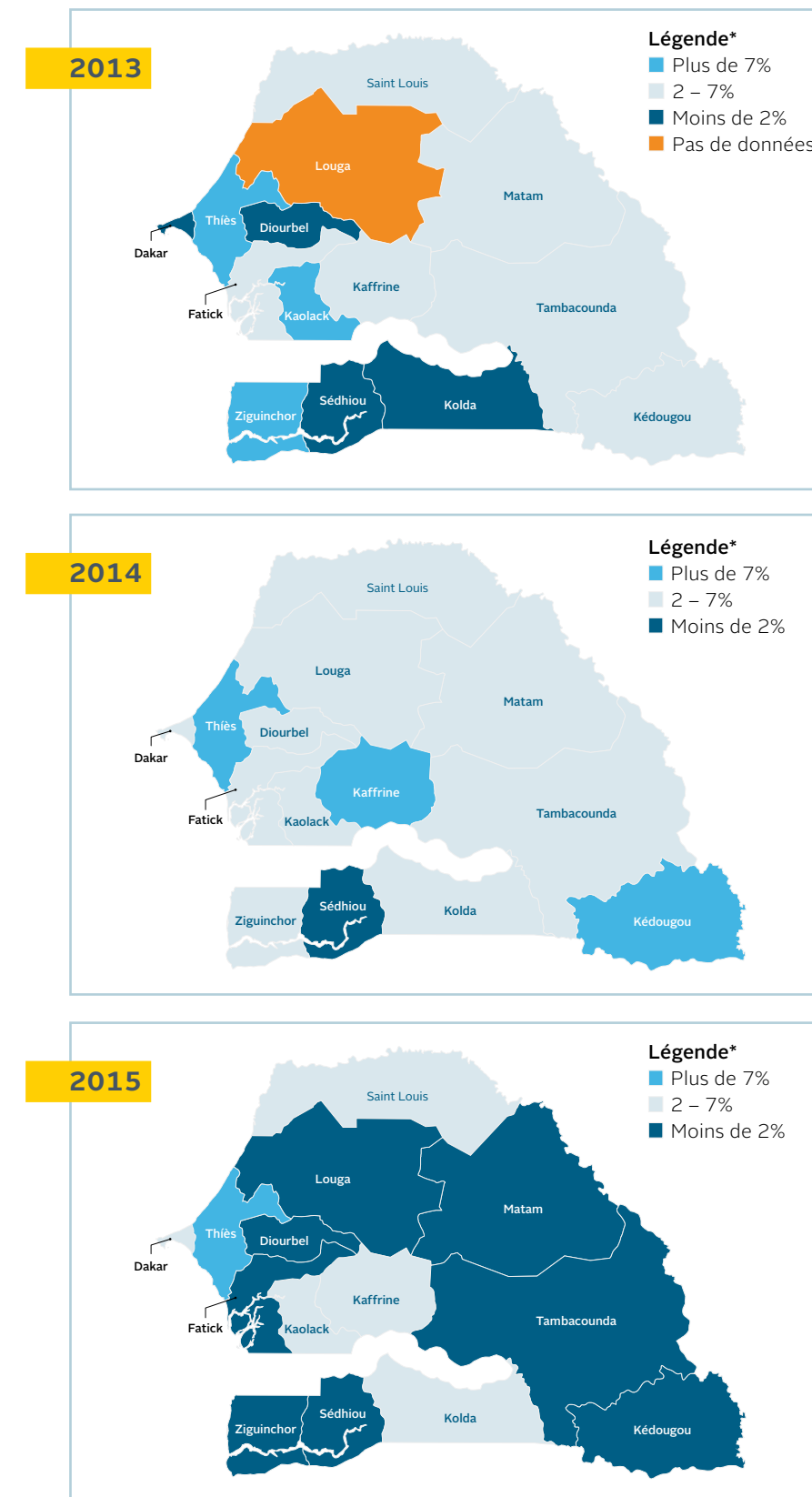
Le recrutement est le nombre de nouvelles dans le programme rapporté au nombre total de Femme en âge de reproduction.. Au Sénégal actuellement la moyenne est 4.6%. Cependant cette moyenne cache des disparités régionales.

Les régions à potentiel fort comme Dakar et Thiès ont un très bon taux de recrutement dépassant la moyenne nationale. La combinaison des nouvelles stratégies dans le cadre du programme ISSU a permis de réaliser de bons résultats au niveau des grands pôles urbains. Le recrutement reste faible dans trois régions à savoir la région de Diourbel, Louga et Sédhiou. Au niveau de la région de Louga où les performances en termes de femmes actives se situent entre 50 et 80% il y'a nécessité de développer une

stratégie pour relever le taux de recrutement. Cependant la région de Diourbel qui est entre 50% et 80% de ces objectifs a aussi un taux de recrutement très faible. Des efforts doivent être faits pour relancer la région pour l'atteinte des objectifs. L'accent doit être mis sur le plaidoyer et la communication envers les chefs religieux et coutumier mais aussi sur le renforcement des prestataires aussi bien sur le counseling que sur les différentes méthodes contraceptives.

Il faut noter que au cour l'année 2015 beaucoup de régions ont connu des taux de recrutement très faible inférieur à 2%. Il y'a une nécessité de réfléchir sur ce phénomène pour voir s'il y'a pas une saturation dans l'atteinte de la cible ou bien les méthodes proposées ne répondent plus aux préoccupations des clientes.

Cartographie du Taux de recrutement de 2013–2014–2015:



3.3. LES INACTIVES

Les inactives sont les femmes qui ont pris une méthode au niveau d'une structure de la sante mais qui ne se sont pas présentées lors de leur dernier rendez-vous au moment de faire le rapport. Combinées aux actives et abandons il peut être un indicateur de performance qui renseigne sur les faiblesses du programme. Les inactives traduisent aussi la sortie des femmes en âge de reproduction pour autres raisons que le désir de grossesse.

Le taux des inactives varie entre moins de 15% à plus de 30%. Les régions de Thiès, Fatick, Sédhiou et Ziguinchor ont les taux les plus élevés. Ce qui veut dire par rapport à la région de Thiès il y'a un bon taux de recrutement mais le maintien des actives peut poser un problème à long terme dans l'atteinte des objectifs. La région de Fatick est dans le même cas de figure sauf que le taux de recrutement est moyen. Par contre pour la région de Sédhiou, non seulement elle ne

recrute pas mais le taux des inactives est très élevé. Pour endiguer ce problème la région doit s'investir dans de nouvelles approches pour assurer le maintien des utilisatrices de la planification familiale.

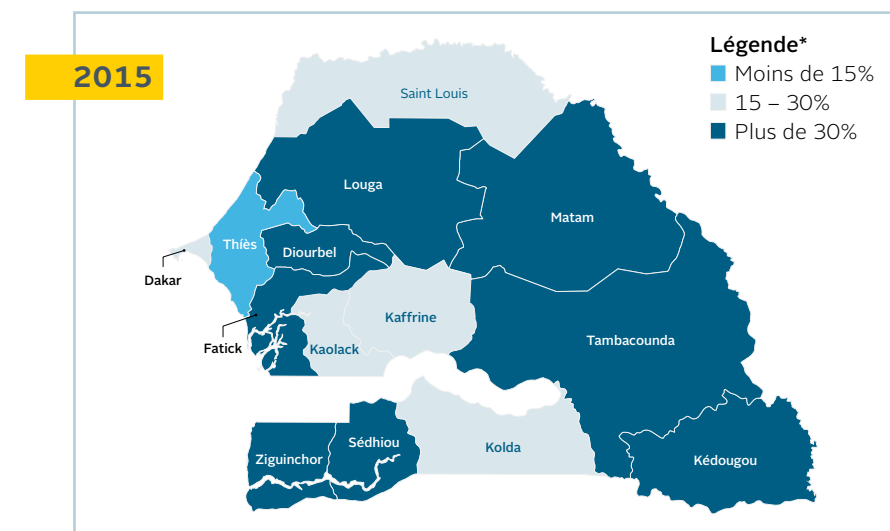
3.4. LE POIDS DE L'INJECTABLE

Parmi la proportion des inactives, les utilisatrices de l'injectable constituent un part non négligeable. Elle constitue plus de 60% des inactives avec une variation allant d'une région à une autre.

Dans les régions de Sédhiou, Kolda et Kédougou ce taux dépasse les 40%.

Les raisons devraient être recherchées aussi bien au niveau du counseling que dans la gestion du fichier du PF. On devrait investiguer au niveau des inactives est-ce que sont les effets secondaires qui ont entraîné un changement de statut des utilisatrices de la planification familiale.

Cartographie du Taux des inactives de 2013–2014–2015 :



***Légende**
Taux d'inactives par régions

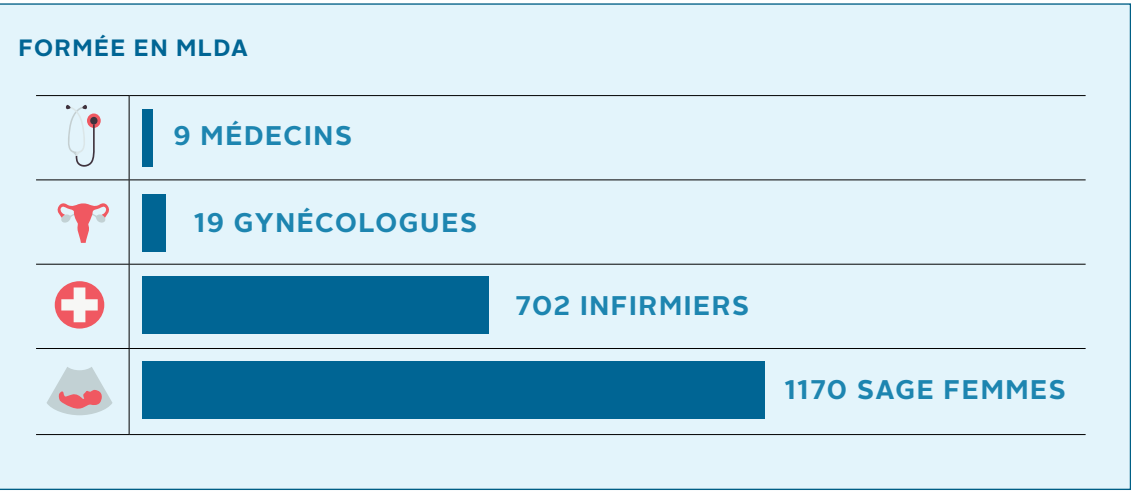
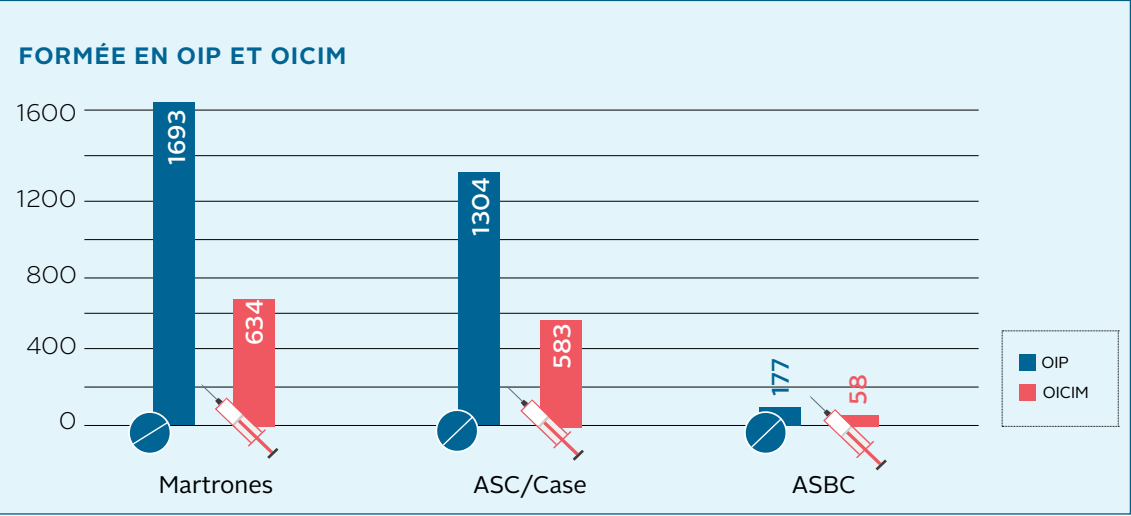
3.5.
LE GAP EN FORMATION

La formation constitue un aspect fondamental pour l'atteinte des objectifs. C'est ainsi une analyse de la formation des prestataires de santé au cours du premier trimestre révèle des gaps importants.

Ainsi donc sur un ensemble de 296 Médecins seuls 14 ont été formés en technologie contraceptive (TC). Le tableau montre aussi

un gap en formation sur les MLDA (03/296), le fichier PF (08/296) et en counseling (09/296). Donc il est nécessaire d'adresser ces gaps si on sait que les MCD sont les managers des districts qui sont les entités primaires dans la mise œuvre du PANPF ce qui veut dire qu'il est nécessaire de les outiller pour qu'ils assurent le leadership du programme.

Seuls les sages-femmes et les infirmiers bénéficient d'une part dans la formation en TC et en MLDA.



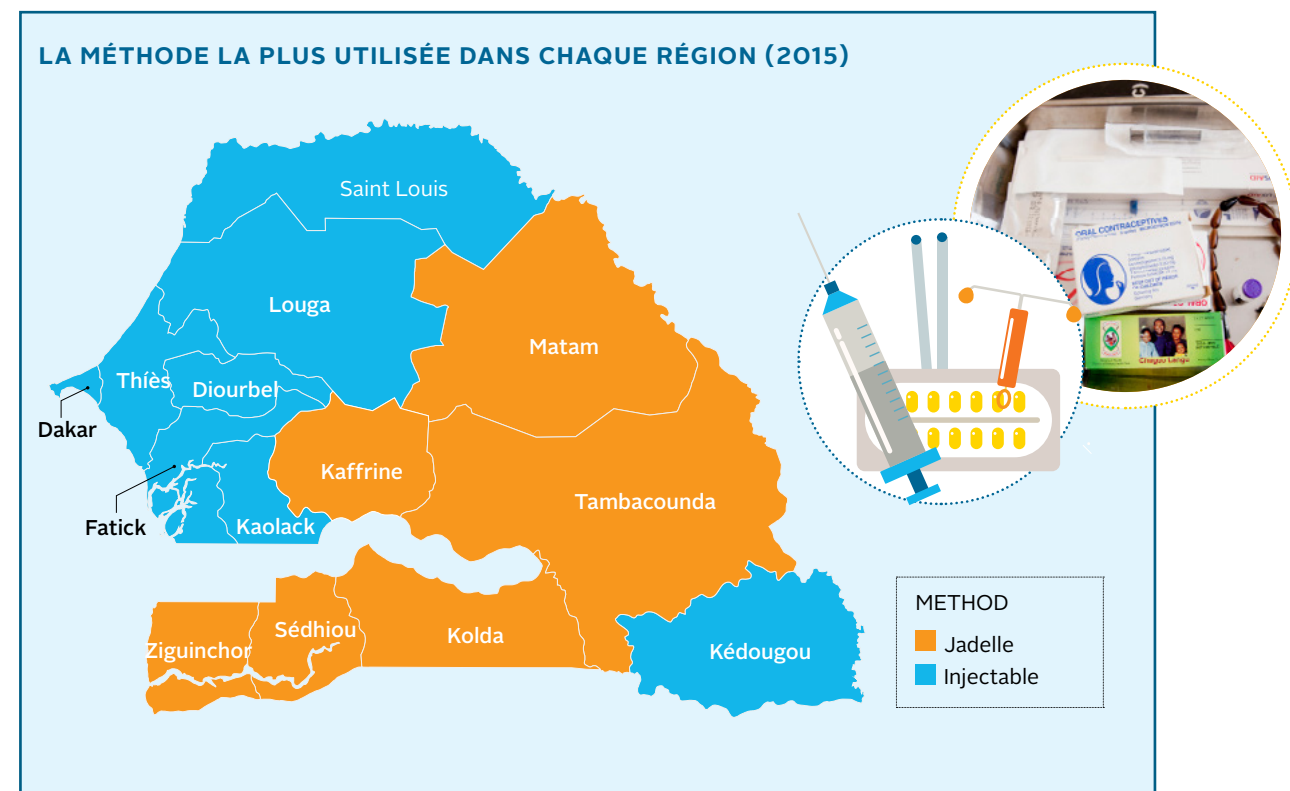
3.6. LE PROFIL DES UTILISATRICES

Les utilisatrices varient d'une région à une autre. Les méthodes les plus utilisées sont le l'injectable et le Jadelle durant l'année 2015.

Les régions de Dakar à Saint Louis en passant par Thiès, Diourbel et Louga sont des régions où la majorité des femmes adopte l'injectable comme principale méthode contraceptive. L'injectable aussi est utilisé au niveau des régions du sud comme Sédhiou et Kolda.

La majeure partie des utilisatrices au niveau des régions de Kaffrine, Matam, Ziguinchor, Tambacounda et Kédougou adoptent le Jadelle comme méthode contraceptive.

Cependant pour une meilleure compréhension des facteurs justificatifs de la prédominance d'une méthode dans une région par rapport à une autre région il est nécessaire de procéder à une analyse plus poussée des données d'enquête comme les EDS.



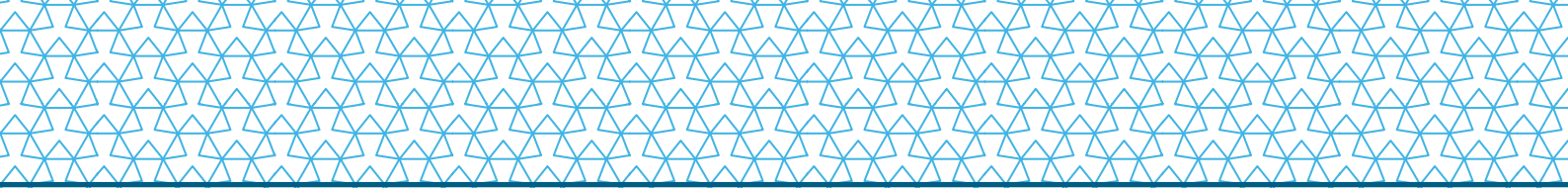
3.7. IMPACT DU PROGRAMME NATIONAL DE LA PLANIFICATION

Ces résultats d'impact ont été estimés grâce à l'utilisation de l'outil « impact tool » V.3 développé par Track20.

L'outil permet à partir des données de routines et les données d'enquêtes collectées par le pays d'estimer :

- ✓ Nombre de grossesses non désirées
- ✓ Nombre de grossesses non désirées évitées grâce à l'utilisation de contraceptifs modernes
- ✓ Nombre de décès maternels évités grâce à l'utilisation de contraceptifs modernes
- ✓ Nombre d'avortements à risque évités grâce à l'utilisation de contraceptifs modernes

Quelques résultats d'impact atteints	
332,143 Couples années protection (CAP)	CAP est une estimation de la protection assurée par les méthodes de planification familiale au cours d'une période d'un an, sur la base de la quantité de produit PF vendus ou offert gratuitement aux clients
92,689 grossesses non désirées évitées	Les données collectées ont permis d'estimer les grossesses non désirées évitées grâce à l'utilisation de la contraception moderne
378 décès maternels évités	L'utilisation de la contraception permet une réduction de la mortalité maternelle
29,660 avortements évités	L'impact de la contraception se mesure par rapport au nombre considérable d'avortements évités grâce à l'utilisation de la contraception moderne.



Cette publication a été produite par Advancing Partners & Communities (APC), un accord de coopération de cinq ans financé par l'Agence Américaine pour le Développement International en vertu de l'Accord n° AID-OAA-A-12- 00047, à compter du 1er octobre 2012. APC est mis en oeuvre par JSI Research & Training Institute, Inc., en collaboration avec FHI 360. Les points de vue des auteurs exprimés dans cette publication ne reflètent pas nécessairement les points de vue de l'Agence des États-Unis pour le développement international ou le gouvernement américain.