
SYNTHÈSE

RAPPORT ANNUEL

FSP MUSKOKA 2016

Pour la réduction de la mortalité maternelle,
néonatale et infantile dans dix pays
francophones d'Afrique



LE FONDS FRANÇAIS
MUSKOKA

Réduire la mortalité maternelle,
néonatale et infantile

AU TCHAD, COMMENT SE RECONSTRUIRE APRÈS LES DÉGÂTS D'UNE GROSSESSE PRÉCOCE

Texte et photos de Mattéo Maillard pour le Monde Afrique - extrait



Aïcha raconte sa reconstruction après le traumatisme d'un terrible accouchement.



Aïcha chez elle, à N'Djamena, avec sa fille Fatime, 10 ans.

Aïcha Hamid est née il y a vingt-huit ans sur une île isolée du lac Tchad dans le département de Dagana. Une enfance de village comme tant d'autres, avant une adolescence difficile. « *Ma famille m'a donnée en mariage à 14 ans et je suis tombée enceinte juste après, confie-t-elle. A l'accouchement, le travail a été très compliqué. Je suis restée plusieurs jours à la maison sans réussir à mettre au monde malgré les contractions. Au bout d'une semaine, on m'a amenée à l'hôpital de Dagana en charrette. J'y suis restée en travail pendant trois jours encore. Les médecins disaient que mon bassin était trop petit. Quand l'enfant est finalement sorti, il était mort-né.* »

En soignant Aïcha, les sages-femmes remarquent que de l'urine s'écoule en permanence par son vagin. L'appui prolongé de la tête du bébé contre la filière pelvienne a arrêté l'afflux sanguin dans les tissus qui séparent la vessie, du vagin et du rectum. Ce qui a entraîné une nécrose puis une fissure. En termes médicaux, c'est une fistule obstétricale. « *Ce sont des pratiques comme le mariage des enfants et les grossesses précoces qui sont à l'origine des fistules obstétricales, car le corps de ces filles n'est pas encore prêt à accueillir un enfant* », explique Micheline Youtoudjim, ambassadrice au Centre national du traitement des fistules à N'Djamena. Une structure qui opère plus de 130 femmes tchadiennes atteintes de fistule chaque année.

N'ayant pas les compétences pour réaliser une opération de reconstruction à Dagana, les sages-femmes conseillent à Aïcha de se rendre dans la capitale, où l'intervention chirurgicale sera gratuite. La famille s'y oppose. Le voyage coûte cher. Il faut louer une voiture pour 50 000 francs CFA (76 euros). Pendant trois mois, Aïcha reste à la maison, où elle est mise en quarantaine dans une case isolée, car la fistule a engendré une incontinence chronique. Sa famille dit ne plus « supporter les odeurs ». « Ils disaient que ce n'était pas la fistule qui me troublait et que, de toute façon, je ne pouvais pas être guérie », avance-t-elle. *Dans les milieux traditionnels, la fistule est souvent considérée comme la punition de Dieu pour un adultère ou le résultat d'un maléfice, non celui d'un accouchement juvénile compliqué.*

« Après trois mois, les douleurs étaient toujours aussi fortes et je ne pouvais toujours pas me tenir debout. » Coupant court aux débats familiaux, la mère d'Aïcha décide de vendre toute sa vaisselle au village pour payer à sa fille le trajet jusqu'à N'Djamena. Arrivée à la capitale, Aïcha passe un mois avec sa tante. Elles arrivent à prendre rendez-vous à l'Hôpital de la liberté. L'opération se déroule bien et elle n'aura pas besoin de revenir, ce qui est assez rare dans les cas de fistule.

Comprenant sa situation familiale compliquée, les infirmières lui proposent de rester à N'Djamena pour intégrer un atelier de réinsertion où elle pourra apprendre la couture, gagner un peu d'argent et débiter une nouvelle vie dans la capitale. Aïcha accepte et emménage chez sa tante. Son mari, resté au village, s'inquiète de voir sa femme partir ainsi. Il décide de la rejoindre. Elle l'accepte et une année plus tard, tombe enceinte à nouveau. « Quand je lui ai dit qu'à cause de la fistule, je ne pourrai plus accoucher par voie basse mais qu'on devra me faire une césarienne, il s'est fâché, raconte Aïcha. *Il a dit qu'il me croyait guérie, mais que si c'était pour refaire une opération, il préférerait partir. Et c'est ce qu'il a fait.* » Elle sert son pouce dans son poing : « Tu sais, ce sont les principes du village. »

Pour ses 18 ans, Aïcha donne naissance à une petite Fatime, qu'elle élève seule. Aujourd'hui Fatime a 10 ans et quand elle est à l'école, Aïcha en profite pour se rendre dans un nouvel atelier de couture de l'Association pour la réinsertion de femmes victimes de la fistule.

Mère célibataire, elle a bien tenté de se remarier. Et elle y est parvenu, mais le jour où Aïcha a osé raconter à son second époux son histoire et qu'elle ne pourrait plus accoucher de manière traditionnelle, il ne l'a pas accepté et a divorcé, se souvient-elle avec amertume : « *Même guérie, beaucoup de gens me considèrent toujours comme une fistuleuse et m'évitent* ». Penser à sa mère qui a tout vendu pour la sauver la reconforte. « Je la porte dans mon cœur », dit-elle simplement.

Le Fonds Français Muskoka (FFM) est un financement de la France, créé en 2010, en réponse à un appel urgent à l'action pour améliorer la santé des mères, des nouveau-nés, des enfants, adolescent(e)s et jeunes. L'appel a été lancé lors du sommet du G8 au Canada, afin d'accélérer l'atteinte, en 2015, des OMD 4 et 5, liés à la santé maternelle et infantile.

- Un **mécanisme novateur** de coordination, d'appui technique et de mise en œuvre aux niveaux régional et national.
- Initialement prévu pour 5 ans, **prolongé pour 2 années supplémentaires**, (2017 et 2018).
- Réunit les mandats complémentaires et les avantages comparatifs distincts de **4 agences des Nations Unies**.

PARTENAIRES

				
Bénin	x	x	x	x
Burkina Faso			x	
Côte d'Ivoire	x	x	x	x
Guinée	x	x	x	x
Mali	x	x	x	x
Niger	x	x	x	x
RDC			x	
Sénégal	x	x	x	x
Tchad	x	x	x	x
Togo	x	x	x	x

 **10 pays d'Afrique** de l'Ouest et du Centre

 **202 millions habitants**

 **45 millions de femmes en âge de procréer**

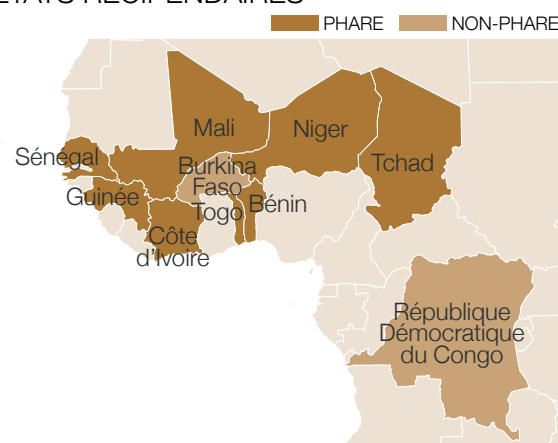
Chaque année, environ :

55.000 décès maternels

838.000 décès infantiles

décès des enfants < 5 ans, dont 40% de nouveaux-nés

ÉTATS RÉCIPENDAIRES



CONTENU

- I. Le Fonds Français Muskoka
- II. Objectifs et axes d'intervention
- III. Budget et bilan financier
- IV. Évolution globale dans les pays phares du FFM
- V. Les résultats au niveau régional et au niveau des pays
- VI. Muskoka, un label et outil d'influence SRMNIA dans la région
- VII. Les perspectives



OBJECTIFS ET AXES D'INTERVENTION



Le FFM met en oeuvre des **interventions à haut impact ciblées pour améliorer la santé des femmes, des enfants et des jeunes**. Il s'aligne avec les politiques nationales, appuie les mécanismes de coordination, assure la synchronisation des activités inter-pays et offre des synergies avec les initiatives régionales.



SANTÉ AMÉLIORÉE DES MÈRES, NOUVEAU-NÉS, ENFANTS ET ADOLESCENTS

- Agenda 2063 – Stratégie de Santé en Afrique – Plan d'action de Maputo –
- Cadre Catalytique pour mettre fin au Sida, à la Tuberculose et au Paludisme –
- Feuille de Route de l'Union Africaine sur le dividende démographique –



SANTÉ MATERNELLE,
NÉONATALE ET INFANTILE



SSRAJ



NUTRITION



RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ

PRODUITS MÉDICAUX ET MÉDICAMENTS
Qualité, disponibilité

PERSONNEL DE SANTÉ
Qualifié, motivé et bien distribué

INFORMATION STRATÉGIQUE
M&E - Gestion des Connaissances

GOUVERNANCE

FINANCEMENT



APPROCHE FONDÉE SUR LES DROITS DE L'HOMME ET DU GENRE



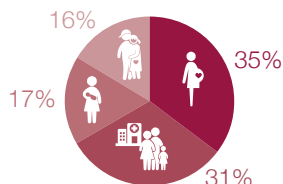
BUDGET ET BILAN FINANCIER



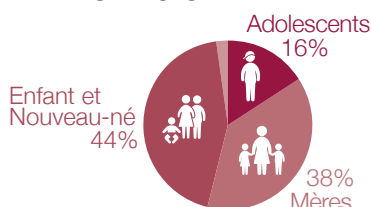
VENTILATION DES BUDGETS SELON LES INTERVENTIONS À HAUT IMPACT POUR L'ANNÉE 5

RSS SSRAJ NUTRITION SMNI - PF

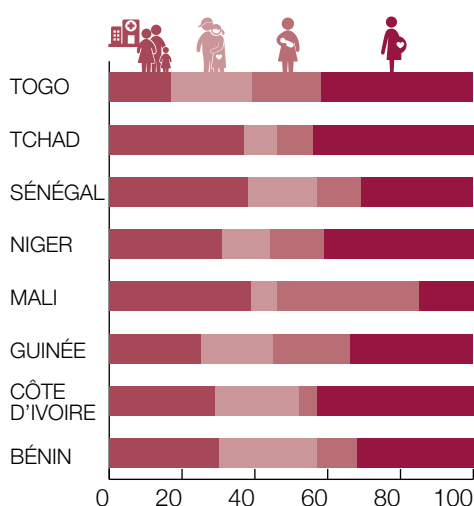
PAR ACTIVITÉ



PAR PUBLIC CIBLE



PAR PAYS PHARE



RÉPARTITION DES FINANCEMENTS PAR PAYS ET PAR AGENCE (2016)

	unicef	UNFPA	Organisation mondiale de la Santé	ONU FEMMES	Total par pays
Bénin	599 375	400 000	185 329	45 000	1 229 704
Côte d'Ivoire	150 000	150 000	312 596	50 000	662 596
Guinée	810 185	450 000	357 296	45 000	1 662 481
Mali	707 083	346 666	346 264	87 000	1 487 013
Niger	675 250	400 000	250 683	88 000	1 413 933
Sénégal	150 000	120 000	187 938	50 000	507 938
Tchad	817 160	400 000	241 339	90 000	1 548 499
Togo	777 200	400 000	170 000	63 450	1 410 650
Autres pays			29 071		29 071
Total Composante 1	4 686 253	2 666 666	2 080 516	518 450	9 951 885
Composante 2	537 784	666 667	1 193 820	129 700	2 527 971
Composante 3	563 000				563 000
Frais administratifs	462 963	266 667	425 664	51 850	1 207 144
Total année 5	6 250 000	3 600 000	3 700 000	700 000	14 250 000

Les détails de l'utilisation des fonds se trouvent dans le rapport global année 5 du FFM

VALEUR AJOUTÉE DU FFM

- Programmation conjointe au niveau régional et des pays
- Assistance technique aux pays harmonisée et fondée sur des preuves
- Redevabilité et traçabilité du financement aux niveaux régional et national
- Suivi et rapportage conjoint des dépenses, des activités et des résultats
- Documentation des meilleures pratiques et stimulation de la collaboration Sud-Sud
- Meilleure communication externe et visibilité
- Élaboration conjointe de stratégies régionales
- Effet levier : mobilisation de partenaires et de ressources



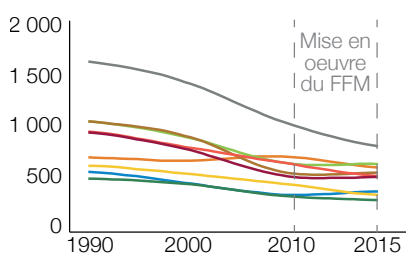
IV. ÉVOLUTION GLOBALE DANS LES PAYS PHARES MUSKOKA



La mortalité maternelle et la mortalité des enfants de moins de 5 ans ont diminué en Afrique sub-saharienne sur la période des OMD (1990-2015) mais à un rythme insuffisant pour atteindre les objectifs du Millénaire, à l'exception du Niger qui est le seul pays à avoir atteint l'OMD 4. Dans les pays ciblés par le FFM, 1.755 décès maternels et 64.000 décès d'enfants ont été évités entre 2010 et 2015 témoignant de leurs efforts que le FFM a contribué à renforcer depuis 2012.

— BÉNIN — CÔTE D'IVOIRE — GUINÉE — MALI — NIGER — SÉNÉGAL — TCHAD — TOGO — ASS - Afrique sub-saharienne

ÉVOLUTION DU RATIO DE MORTALITÉ MATERNELLE¹



MORTALITÉ MATERNELLE

Dans les 8 pays phares du FFM, le ratio de mortalité maternelle est passé de 942 à 549 pour 100 000 naissances vivantes entre 1990 et 2015, soit une réduction de 40 %²

= 2 X taux mondiaux

= 60 X taux des pays industrialisés

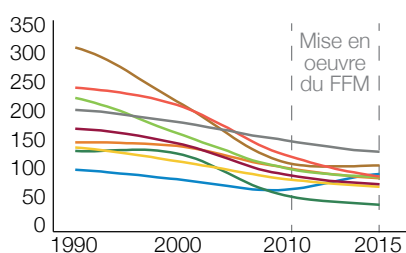
Le risque de décès maternels est très variable d'un pays à l'autre. En 2015 :

Tchad > 1 sur 18

ASS > 1 sur 36

Sénégal > 1 sur 61

ÉVOLUTION DU TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE³

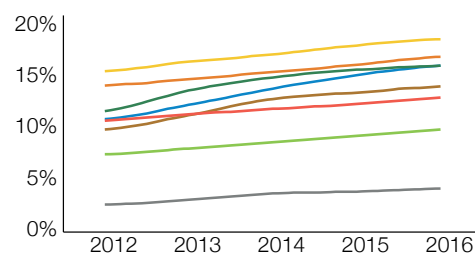


SURVIE DE L'ENFANT

Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans a baissé de 55% entre 1990 et 2015, passant de 213/1000 à 96/1000, en dépit de tous les challenges auxquels cette région fait face (mauvaise gouvernance, instabilité politique, conflits, épidémie à virus Ebola, pics épidémiques récurrents, choléra, rougeole, méningites, etc.).

Le Niger (qui est l'avant dernier pays le plus pauvre du monde), fait partie des très rares pays d'Afrique sub-saharienne à avoir atteint l'OMD 4.

ÉVOLUTION DE LA PRÉVALENCE DE LA CONTRACEPTION⁴



PRÉVALENCE DE LA CONTRACEPTION MODERNE

Bien que le niveau d'utilisation de la contraception moderne demeure faible comparé aux autres régions du monde, des évolutions encourageantes sont à noter dans l'ensemble des pays FFM ces 5 dernières années. Entre 2012 et 2016, le nombre cumulé de nouvelles utilisatrices de méthodes modernes de PF se chiffre à 1 149 000.

Dans les pays cibles Muskoka, qui représentent seulement 1,6% de la population mondiale, on compte chaque année, environ 8,5% de la totalité des enfants qui meurent dans le monde avant leur 5^{ème} anniversaire, soit environ 500 000 enfants, et chaque jour, près de 1000 décès infantiles liés à des causes en grande partie évitables sont enregistrés. La mortalité néonatale constitue 35% de la mortalité des enfants de moins de 5 ans dans la région. Les taux de mortalité infantiles et infanto-juvéniles sont 2 fois supérieurs aux taux mondiaux.

En 2030, les 8 pays bénéficiaires Muskoka, compteront 182,9 millions d'habitants, avec un taux d'accroissement moyen de 52%, supérieur à celui de l'Afrique sub-saharienne, de 45%. La région représentera alors 13% de la population totale de l'ASS.

Les moins de 18 ans seront 95,4 millions (52% de la population totale) et les moins de 5 ans 32,3 millions (18% de la population totale).

1, 2. UNICEF, l'Etat des enfants dans le monde, 2016.

3. 1970 et 1990 : World Fertility Data 2105 ; United Nation, Department of Economic and Social Affairs - 2012 : UNICEF, Situation des enfants dans le monde 2014 - 2015 : UNICEF, Situation des enfants dans le monde 2016.

4. FP2020

V LES RÉSULTATS AU NIVEAU RÉGIONAL ET AU NIVEAU DES PAYS



SANTÉ MATERNELLE, NÉONATALE ET INFANTILE DÉVELOPPEMENT DES SOINS OBSTÉTRICAUX ET NÉONATALS D'URGENCE (SONU)

L'accessibilité et la disponibilité de services offrant les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de qualité sont la clé de voûte de la réduction des mortalités maternelles et néonatales. Les SONU jouent un rôle décisif en cas de complications pendant la grossesse, l'accouchement et ses suites, pour sauver la vie de la mère comme celle de l'enfant.

La stratégie déployée consiste à développer et mettre en place un réseau de maternités SONU fonctionnel dans chaque pays, **l'objectif étant la prise en charge du plus grand nombre d'urgences obstétricales et néonatales ainsi que les soins essentiels aux nouveau-nés.**

La disponibilité de données est essentielle pour connaître la disponibilité de l'offre de SONU et prendre les mesures correctrices nécessaires. Des méthodes innovantes ont été élaborées et mises en place : l'élaboration d'une méthodologie d'enquête rapide pour l'identification des besoins en SONU, immédiatement appliquée dans plusieurs « pays Muskoka » après des tests de faisabilité en 2015 (Bénin, Niger, Sénégal, Tchad) et étendues aux autres pays de la région. Un système de monitoring en temps réel est testé au Togo.

TOGO

Fin 2016, les fonctions essentielles des SONU ont été intégrées dans 69 sur 109 formations sanitaires, soit une couverture de 65% atteinte en 4 années : 9% en 2012, 30% en 2014, 46% en 2015.

- > Enquête /inventaire des SONU et leur état fonctionnel + Cartographie des structures sanitaires potentielles SONU
- > Elaboration d'un référentiel pour la mise en œuvre des SONU
- > Mise à niveau de l'infrastructure, de l'équipement et des ressources humaines
- > Validation de l'outil de monitoring SONU.

NIGER

La disponibilité des SONU est passée de 83 structures offrant les soins obstétricaux et néonataux d'urgence à 102, sur 192 attendus au minimum en 2015 (soit 43%) et sur 200 attendus (51%) en 2016. Au premier semestre 2016, 898 césariennes réalisées et 25 617 accouchements assistés.

- > Evaluation rapide des SONU conduite (2015)
- > Matériel et médicaments SONU fournis à 207 maternités réparties sur l'ensemble du pays, dont 107 maternités grâce aux FFM et 100 avec les fonds RMNCH (2016)
- > Dotation de kits césariennes et de soins essentiels aux nouveau-nés (2016).

L'hémorragie reste la première cause de mortalité maternelle. **L'accès à la transfusion sanguine est crucial pour sauver des vies.**

- **Au Niger, en 2016, 967 poches de sang ont été collectées**, dont 583 poches pour la région de Niamey et 384 poches pour la région de Zinder.
- **En Côte d'Ivoire, 3456 poches de sang ont été acquises et 900 produits sanguins ont été mis à la disposition du dépôt de sang de Centre Hospitalier Régional de Bouaflé** de juin à décembre 2016.



SURVEILLANCE DES DÉCÈS MATERNELS ET RIPOSTE (SDMR)

La SDMR réalise en routine l'identification, la notification, la quantification et la détermination des causes des décès maternels et des possibilités de les éviter. Ces informations permettent de mettre en place des actions correctrices, immédiates et à long terme, de prévention de décès, et donc de réduction de la mortalité maternelle.

Il est essentiel de connaître le nombre de femmes qui meurent, où et pourquoi elles meurent, informations dont on ne dispose pas habituellement de façon satisfaisante.

Les axes d'intervention en matière de santé maternelle sont très liés : l'établissement d'un réseau fonctionnel de maternités SONU ne peut se faire sans la mise en place concomitante de la SDMR, les deux activités étant liées dans la réduction de la mortalité maternelle.

Évaluer l'amplitude de la mortalité maternelle et y apporter les réponses multisectorielles appropriées. Il s'agit de traduire des données sanitaires en langage politique et d'alimenter le plaidoyer en faveur de la santé maternelle.

Les agences œuvrent pour :

- l'effectivité de l'appel à l'action lancé par la Commission de l'Union Africaine en 2013. Les Etats-Membres doivent s'assurer que la SDMR est intégrée au système existant de surveillance intégrée des maladies et riposte (SIMR), et est institutionnalisée à tous les niveaux du système de santé.

SÉNÉGAL

> La Conférence Nationale multisectorielle sur la SDMR présidée par le Ministre de la Santé et financée par les FFM a enregistré la participation des 14 régions médicales et a permis de réaliser une analyse plus détaillée des données, d'où il ressort que (i) 74% comités d'audit sont fonctionnels, (ii) 66% des décès sont notifiés (384/578) et (iii) 57% des décès notifiés ont fait l'objet de revues (218/384).

En 2016, les FFM ont couvert la formation de 421 prestataires sur la SDMR à Dakar et dans 5 régions du Sénégal, permettant aux prestataires de comprendre la stratégie et de partager l'outil d'audit des décès maternels. Ceci a facilité :

> Le passage à l'échelle de la notification des décès maternels dans les 14 régions médicales du pays,

> L'identification des recommandations communes notamment (i) la transmission systématique des fiches de notification et d'audit au niveau central, (ii) la systématisation de la notification communautaire des décès maternels, (iii) la systématisation des revues, (iv) le suivi de la mise en œuvre des recommandations, (v) l'intégration systématique de la SDMR comme question prioritaire dans les CRD présidés par les Gouverneurs de régions pour une meilleure réponse multisectorielle, (vi) l'institutionnalisation de la Conférence nationale multisectorielle sur la SDMR et (vii) la diffusion périodique d'un bulletin sur la SDMR. Cette activité a d'ailleurs été reconnue comme une bonne pratique en santé lors du 2e forum de l'OOAS à Abidjan en octobre 2016.

La SDMR est une démarche d'évaluation de la qualité des soins. Évaluer la qualité des soins, c'est identifier dans les structures de soins : faiblesses, lacunes et dysfonctionnements dans les domaines-clés des soins maternels, néonataux et infantiles, afin de proposer des recommandations et de prendre action pour résoudre les problèmes et optimiser la prise en charge des patient(e)s.

Ces activités pays sont directement corrélées aux activités régionales de formation à la SDMR.

En 2016, c'est au Niger et au Tchad qu'ont été mises en œuvre des activités de renforcement des capacités en matière d'évaluation de la qualité des soins pour les mères, les nouveau-nés et les enfants. Pour chaque pays, une équipe multidisciplinaire d'une cinquantaine de personnes a été mobilisée dans les établissements de soins : pédiatres, gynécologues obstétriciens et sages-femmes, gestionnaires de programme de santé de la reproduction au ministère de la santé.



PLANIFICATION FAMILIALE (PF)

Une des interventions les plus performantes pour améliorer la santé des mères et des enfants. La Planification Familiale permet de planifier les naissances, éviter les grossesses non désirées et ainsi réduire le nombre d'avortements à risque. **On estime qu'environ 30% des décès maternels peuvent être évités grâce aux services de planification familiale.**

Dans les pays concernés de la région, l'accès aux services de planification familiale est toujours limité pour beaucoup de femmes sexuellement actives qui souhaitent éviter une grossesse et n'utilisent pas de méthodes contraceptives à cause des pesanteurs culturelles ou de la désapprobation de la communauté, des coûts des méthodes contraceptives modernes, des longues distances à parcourir pour accéder à des services de planification familiale, du manque d'accès à l'information et les ruptures fréquentes de stocks auxquelles les prestataires font face.

Plus généralement, la PF aide à assurer une meilleure santé de la mère, l'équité des femmes, la survie des enfants, la prévention du VIH et autres MST, l'épanouissement de la femme et le bien-être des familles.

A l'échelle régionale, la mise à l'échelle progressive au cours des 4 dernières années de services de haute qualité en planification familiale du postpartum (PFPP)

- 2013** - Formation intensive et pratique des prestataires en counseling PF et formation pratique en insertion du DIU de 6 pays (Bénin, Côte d'Ivoire, Guinée, Niger, Sénégal, Tchad).
- 2014** - Suivi et renforcement de la pratique in-situ des équipes formées en 2013 dans les 6 pays ainsi que l'identification de ceux qui rejoindront le pool de formateurs régionaux au cours de l'année 2015. Egalement en 2014, parmi ces six pays, deux (Bénin et Niger) ont pu bénéficier d'un appui à l'extension de cette formation à des maternités en zone rurale.
- 2015** - Constitution du pool régional de formateurs et atelier de formation pour ces 18 prestataires (Gynécologues Obstétriciens, Gynécologues Chirurgiens et Sages-femmes) formateurs sur l'insertion du Dispositif Intra-utérin (DIU) du postpartum provenant de cinq pays de la région (Bénin, Côte d'Ivoire, Niger, Sénégal, Togo).
- 2016** - Qualification des formateurs à travers des visites in situ et des exercices pratiques évalués dans deux pays (Togo et Bénin) à ce stade.

NOMBRE DIU INSÉRÉS	2016	2015	2014	TOTAL
Nombre de DIU insérés	1 515	801	194	2 510
Nombre de couples années-protection* grâce à la PFPP	5 302,5	2 803,5	679	8 785

* Données cumulées pour tous les sites couverts/tous partenaires, calculé par las PSMI/PF

Le développement des services à base communautaire.

La mise à disposition de gammes complètes de contraceptifs modernes

MALI

- > Les visites à domicile ont permis de toucher 10.000 personnes dont 79% des femmes et 21% d'hommes,
- > Les activités menées par les 352 Relais (séances de causeries, counseling, visites à domiciles) ont pu toucher plus de 9.100 personnes dont 79% de femmes et 21% d'hommes
- > Les ardents défenseurs ont, selon les mêmes approches, touchées près de 6.400 personnes dont 73% de femmes et 27% d'hommes.

A travers cette intervention, il s'agit de garantir les droits des utilisatrices ; elle comprend entre autres la contraception d'urgence et la PF en post-partum dans les formations sanitaires.



La mise à disposition de gammes complètes de contraceptifs modernes

BÉNIN

> Le nombre de femmes utilisant une méthode moderne de contraception est en progression constante. Les contraceptifs acquis en 2016 représentent près de 858 000 Couple Année Protection (CAP) pouvant permettre d'éviter plus de 90 000 grossesses non désirées (contre 75 000 en 2014), 45 000 naissances non désirées (contre 37 000 en 2014), 32 500 avortements clandestins (contre 27 000 en 2014) et près de 220 décès maternels (contre 192 en 2014).

TOGO

> Le CAP obtenu grâce aux stratégies innovantes et en routine est de plus de 214 500 en 2016. La prévalence de la contraception moderne est estimée à 18,7%. Au total 420 ASC sont outillés pour la distribution des trois méthodes PF (pilule, injectable et préservatifs) dans les sept districts sanitaires où cette stratégie est mise en œuvre.

PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES ET AUX FILLES



Au Mali, 1 125 élèves dont environ 80% de filles ont participé à des séances de sensibilisation et conférences-débats sur les VBG dans les établissements scolaires des régions de Mopti, Ségou, Sikasso et Bamako. Ces élèves ont été désignés comme points focaux pour la sensibilisation de leurs pairs en vue de la prévention des violences faites aux filles notamment les mariages et grossesses précoces, les mutilations génitales féminines et les violences physiques en milieu scolaire.

La mise en œuvre en 2016 au Mali a aussi été marquée par l'extension du numéro vert 80 333, à la disposition de la population pour la prévention et la dénonciation des VBG. Ce numéro vert est fonctionnel dans les 8 principales villes et sur les deux réseaux téléphoniques du pays. Il a enregistré entre janvier et août 2016, plus de 1000 appels dont 398 cas de VBG sur l'étendue du territoire (225 cas de violences conjugales et 81 cas de mariages précoces et forcés).

L'étude exploratoire sur les violences faites aux femmes dans les services de santé de la reproduction en milieu hospitalier financée par les FFM a mis en exergue des niveaux élevés de violences faites aux femmes dans les services de la Santé de Reproduction. On peut citer entre autres :

- le refus d'informer les patientes sur leur état morbide du moment et les précautions à prendre pour l'éviter (66%),
- l'abandon des parturientes sur le lit d'accouchement (58%),
- les difficultés des patientes à avoir des médicaments dans la pharmacie des hôpitaux (31%),
- le non-respect par la sage-femme de l'ordre d'arrivée des gestantes et parturientes (29%),
- le paiement parallèle aux prestataires des soins malgré la gratuité (14%), les négligences pendant les visites postnatales (13%),
- le mauvais accueil des patientes (14%).

Les recommandations issues de cette étude porte sur la formation et la sensibilisation des agents de santé, notamment les sages-femmes. A cet effet, il est prévu pour l'année 2017, la mise en place d'un pool de formateurs des formateurs des sages-femmes sur la thématique « genre et droits humains » et la révision des curricula des formations utilisés dans les écoles de formation des sages-femmes pour intégrer les aspects relatifs au genre et droits humains.



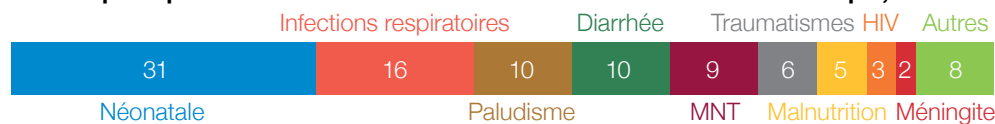
APPROCHES À BASE COMMUNAUTAIRE

PRISE EN CHARGE INTÉGRÉE DES MALADIES DE L'ENFANT AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE (PCIME)

Pour diminuer la mortalité infanto-juvénile, il faut faciliter l'accès aux soins. **La stratégie PCIME donne aux agents de santé communautaires (ASC) les compétences nécessaires pour offrir des soins de proximité,** réduisant ainsi considérablement la morbidité et la mortalité dans la population des enfants de moins de cinq ans.

Cette stratégie répond efficacement au problème de l'accessibilité aux soins d'une large proportion de la population vivant dans les endroits éloignés ou difficilement accessibles, défi majeur pour la plupart des pays où la morbidité et la mortalité chez les enfants sont élevées.

Causes principales des décès chez les enfants de moins de 5 ans en Afrique, en %



GUINÉE

Renforcement des compétences des agents de santé communautaires en 2016

- > 526 agents de santé communautaires ont bénéficié d'un renforcement des capacités sur les soins du nouveau-né à domicile et la référence des cas graves
- > 288 agents de santé ont vu leurs capacités renforcées en soins essentiels et réanimation du nouveau-né, en maintenance préventive des équipements et ont bénéficié de la mise à disposition de matériels et équipements
- > 136 agents de santé communautaires ont bénéficié d'un renforcement des capacités sur le dépistage et la prise en charge de la malnutrition
- > 2 961 ASC ont été renforcées en PCIMNE communautaire sur les Pratiques Familiales Essentielles

Prise en charge du paludisme, de la diarrhée et de la pneumonie

- > Près de 173.000 enfants ont été pris en charge en 2016
 - 34 400 (20%) pour le paludisme, 15 600 (9%) pour la diarrhée,
 - 14 300 (8%) pour toux/pneumonie, 1 150 (1%) cas de malnutrition détectée

TOGO

Au cours des trois dernières années les investissements Muskoka ont permis aux ASC de prendre en charge :

- > 217 252 cas de paludisme (24%, 22% et 33% des cas attendus)
- > 45 020 cas de diarrhée (59%, 50% et 49% des épisodes attendus)
- > 21 861 cas de pneumonie (58%, 44% et 60% des cas attendus)

BÉNIN

Le nombre de relais formés, équipés et dotés en médicaments, outils de gestion et de communication est passé de 3 234 à 3 818 entre 2015 et 2016. Ces relais communautaires ont contribué à prendre en charge les cas de paludisme (31%), de diarrhée (39%) et de pneumonie (28%).

Six pays phares de Muskoka (Togo, Sénégal, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali et Niger) ont participé à une conférence sur l'institutionnalisation de la santé communautaire, organisée par USAID et UNICEF (en collaboration avec l'OMS et la Fondation Bill et Melinda Gates) en mars 2017 à Johannesburg.

Les expériences appuyées par le FFM ont permis de contribuer à l'établissement de dix principes essentiels visant à institutionnaliser la santé communautaire par des politiques fortes et basées sur les évidences, des financements plus importants, l'engagement solide des communautés, la clarification et le renforcement des agents de santé communautaire, la réduction des inégalités de genre, et l'amélioration des systèmes de collecte de données.



PRATIQUES FAMILIALES ESSENTIELLES

(Soutenue par un financement complémentaire du Comité Français de l'UNICEF) visant à promouvoir l'utilisation des services disponibles et l'adoption des Pratiques Familiales Essentielles (PFE) à la survie de l'enfant et à son développement).

La promotion au niveau familial et communautaire des Pratiques Familiales Essentielles vise à promouvoir l'utilisation des services disponibles et l'adoption des Pratiques Familiales Essentielles (PFE) à la survie de l'enfant et à son développement.

Les activités mises en œuvre ont contribué dans l'ensemble des pays Muskoka :

- ▶ à la réalisation des études sur les barrières et les facteurs facilitants l'adoption de comportements favorables à la SMNI,
- ▶ au développement des stratégies nationales pour la promotion des PFE,
- ▶ au renforcement des capacités des acteurs clés au niveau local (autorités locales, leaders, relais communautaires et média),
- ▶ à la promotion des PFE à l'échelle à travers un mix des media locaux et de communication interpersonnelle (causeries éducatives et visites à domicile).

TOGO

- > Dans les deux régions les plus défavorisées, où se focalisent les interventions du FFM, 76% des enfants sont allaités au sein (enquête CAP 2015) contre 58% au niveau national (EDS 2013-2014)

LA MORTALITÉ NÉONATALE

La mortalité néonatale constitue 35% de la mortalité des enfants de moins de 5 ans dans la région.

Elle reste la plus élevée au monde malgré une lente diminution depuis 1990. Un programme mondial de lutte contre la mortalité néonatale a vu le jour en 2013 « Plan d'Action Chaque Nouveau-Né ». Grâce à Muskoka les quatre agences ont organisé en novembre 2016 à Dakar un Forum Inter-Agences sur la Santé du Nouveau-Né afin de faire avancer le Plan d'Action « Chaque Nouveau-Né » dans la région.

L'ensemble des partenaires, agences Muskoka, USAID, Bill & Melinda Gates Foundation, JHPIEGO, Save The Children, LSHTM ont décidé de créer une Task Force Régionale en Santé Néonatale, sur base de l'expérience Muskoka, afin de pousser cet agenda dans la région. Cinq pays phares de Muskoka sont en train de développer des plans «Chaque Nouveau-né» (Côte d'Ivoire, Togo, Bénin, Tchad et Mali).

NIGER

- > Renforcement des capacités des agents et des matrones des cases de santé ciblées en soins essentiels du nouveau-né et en soins maternels
- > Renforcement du plateau technique des cases de santé par un équipement standardisé et approprié
- > Mobilisation des communautés pour l'utilisation des services de santé maternelle et néonatale offerts par les cases de santé
- > Mobilisation des communautés pour l'adoption des pratiques clés favorables à la santé maternelle et infantile (Communication pour le changement de comportement)
- > Renforcement du partenariat avec les autres acteurs intervenant en faveur de la santé maternelle et néonatale.
- > Assurer la supervision régulière des Agents de santé communautaire

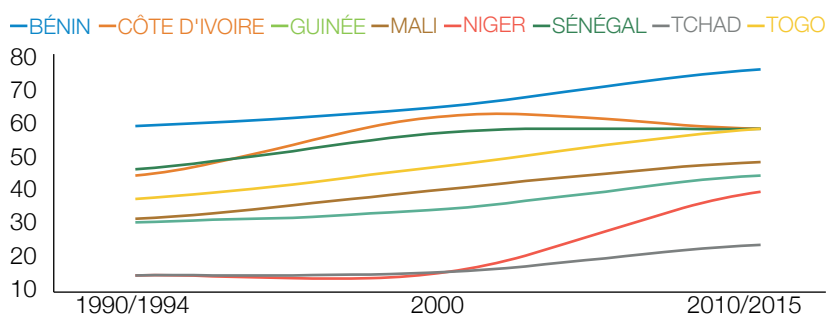
Mise à l'échelle de la prise en charge communautaire des mères et des nouveau-nés : (de 45 cases de santé (CDS) dans 3 districts sanitaires en 2014 à 188 CDS dans 15 districts sanitaires en 2015.

RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ ACCÈS ÉQUITABLE À DU PERSONNEL QUALIFIÉ

Au niveau mondial, **le FFM a contribué au plaidoyer en faveur de l'investissement dans les ressources humaines de la santé comme pilier de la croissance économique. Le FFM a permis de rassembler des représentants de 20 pays francophones lors d'une consultation en Côte d'Ivoire, en juin 2016.** Cette consultation a permis de formuler des messages clés à adresser à la «Commission sur l'Emploi et la Croissance économique» qui les a intégrés dans son rapport déposé au mois de septembre au Secrétaire Général des NU.

En moyenne, dans des conditions optimales, une sage-femme peut prendre en charge, chaque année, environ 500 femmes enceintes.

Evolution du personnel qualifié lors de l'accouchement depuis 1990



Au niveau des pays, par l'action conjuguée des 4 agences du FFM, c'est au total, pour l'année 2016, un personnel sur 4, soit plus de 15 000 personnels de santé (médecins, infirmiers, sages-femmes et ASC), à qui les capacités ont été renforcées.

Pour renforcer les ressources humaines de la santé dans notre région, trois axes ont été particulièrement développés :

- I. L'adoption des mécanismes d'accréditation des écoles de formation des sages-femmes et des infirmiers**
- II. L'évaluation du marché de travail et de la productivité des personnels de santé**
- III. L'amélioration de la pratique des professionnels de santé qui interviennent dans les services de santé maternelle et infantile.**

Les formations dispensées dans les pays ont été soit des formations initiales soit des renforcements de compétences et les différents domaines de la SRMNI ont été couverts (PF, SONU, PCIME, nutrition, PTME, VBG).

TCHAD

Depuis le début du FFM 1 875 000 enfants de moins de cinq ans et 2 450 000 femmes en âge de procréer ont bénéficié de services de soins de santé qualitatifs et de base à travers le paiement de primes à 300 paramédicaux mis à la disposition du Ministère de la santé.

GUINÉE

En 2016, 140 sages-femmes et 3 médecins gynéco-obstétriciens ont été recrutés et déployés dans 70 centres de santé, maternités et hôpitaux des régions de Kindia, Kankan, Labé Faranah et N'Zérékoré. Ce qui a permis à 34 666 femmes enceintes de bénéficier de la CPN4 sur 47 178 grossesses attendues et 32 315 accouchements effectués dans les structures sanitaires par ces sages-femmes.

ACCÈS AUX MÉDICAMENTS ESSENTIELS ET PRODUITS DE SANTÉ POUR LA SANTÉ MATERNELLE, NÉONATALE ET INFANTILE

A travers ses programmes, le FFM apporte un appui direct aux ministères de la santé dans la mise en œuvre de leurs politiques pharmaceutiques pour garantir un accès à des médicaments essentiels de qualité et abordables aux populations, ainsi que leur usage rationnel. Ces ministères travaillent aussi en lien étroit avec les ministères des Finances et les partenaires pour sécuriser les financements nécessaires aux approvisionnements. Il apporte également un appui pour le renforcement du cadre légal et réglementaire et le respect des normes et standards pour la fabrication, la distribution, l'accès et l'usage rationnel des médicaments.

L'ensemble des partenaires au développement en santé bénéficie du rôle normatif joué par le FFM à travers, notamment, les actions de l'OMS. Ces actions normatives servent de base à celles de l'UNFPA et de l'UNICEF dans leurs interventions visant à augmenter la disponibilité des médicaments et produits de santé disponibles pour la santé de la mère et de l'enfant dans les structures de santé.

Le FFM a apporté son appui pour :

- ▶ Le **renforcement de la coordination des approvisionnements** et un meilleur suivi de la disponibilité des produits dans les structures de santé : Côte d'Ivoire, Guinée, Niger, Mali, Sénégal.
- ▶ La **révision des listes de médicaments essentiels** : Guinée et Niger.
- ▶ L'**amélioration de l'usage rationnel des médicaments** prioritaires pour la mère et l'enfant : Côte d'Ivoire et Niger.

Le FFM appuie, entre plus de 6 000 membres, le partage et la production des connaissances à travers 7 communautés de pratiques (CdP) autour des piliers des systèmes de santé.

CÔTE D'IVOIRE

L'étude sur la structuration des prix des médicaments a permis d'analyser les sources clés d'information agissant sur la fixation du prix des médicaments au niveau des points de vente des médicaments et de le suivre tout au long de la chaîne de distribution. L'étude indique qu'il est possible à partir de la mise en œuvre d'un meilleur contrôle des prix de réduire les prix des médicaments d'environ 3 à 15%.



SANTÉ SEXUELLE ET DE LA REPRODUCTION DES JEUNES ET ADOLESCENTS (SSRAJ)

Plus que dans aucune autre région dans le monde la SSRAJ est une priorité de santé publique et un axe d'intervention clé dans la réduction de la mortalité maternelle, néonatale, infantile et des adolescentes.

L'Afrique de l'Ouest et du Centre compte plus de 65% de la population ayant moins de 24 ans¹ dont 32% entre 10 et 24 ans. C'est également la région où le pourcentage des accouchements des filles de moins de 15 ans est le plus élevé (6%), sachant que ce sont ces dernières (filles de 14 et moins) qui sont le plus vulnérables et les plus à risque des complications et décès à la suite d'une grossesse².

Au niveau régional, le COTECH a engagé un processus ayant abouti en 2016 à l'adoption du premier cadre stratégique régional inter-agences de lutte contre les grossesses précoces.

L'Education complète à la sexualité (ECS) est reconnue comme une intervention majeure clé en matière de SRAJ. Plusieurs pays de la région structurent et institutionnalisent actuellement leur approche en matière de ECS en développant des curricula.

En appui à ce développement, un travail d'appui technique a été réalisé en 2016 auprès du Bénin, de la Côte d'Ivoire, du Sénégal et du Togo :

- ▶ Documentation du processus dans les 4 pays
- ▶ Production d'un guide opérationnel de mise à l'échelle pour la région
- ▶ Identification des bonnes pratiques
- ▶ Élaboration d'une brochure à des fins de promotion, d'intervention et de mobilisation des ressources



Chaque femme a entre 5 et 6 enfants, en

moyenne, et le taux de grossesse chez les adolescents est plus de 2 fois supérieur au taux mondial, avec plus



d'une fille sur 10 âgées de 15 à 19 ans, qui a eu un enfant.

Sur 120,16 millions d'habitants, les 8 pays phares Muskoka comptent 28,1 millions d'adolescents entre 10 et 19 ans, soit 23% de la population totale, en moyenne.



Lors du Comité de Pilotage de 2015, la France a recommandé aux agences de contribuer dans une proportion plus importante en faveur d'interventions pour l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des adolescent(e)s et des jeunes.



ECS DE QUALITÉ
EN ET HORS MILIEUX SCOLAIRES

Communication pour le changement de comportements, et des normes et attitudes sociétales

ECS

liée aux services de
SRAJ



SERVICES DE SRAJ INTÉGRÉS,
DE QUALITÉ ET ADAPTÉS AUX JEUNES

Sensibilisation et participation des parents/communautés dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes



LES PRINCIPALES INTERVENTIONS MISES EN ŒUVRE DANS LES PAYS

- I. Rendre les centres de santé / infirmeries scolaires accueillants, conviviaux et de qualité pour les A&J afin d'augmenter leur fréquentation**
- II. Mettre en place un environnement protecteur et favorable à l'épanouissement des jeunes filles et garçons en milieu scolaire et dans les communautés, notamment à travers la mise en place d'un programme ECS**
- III. Impulser un changement durable des habitudes sociales et de lois plus favorables pour les jeunes filles, en particulier en situation de vulnérabilité**

GUINÉE

- > 31 500 adolescents et jeunes ont bénéficié de sensibilisation en santé sexuelle et reproductive.
- > 98 000 jeunes ont utilisé les services de santé sexuelle et reproductive dont près de 87 600 filles pour la planification familiale, les violences sexuelles et le dépistage du VIH.
- > 22 000 jeunes ont consulté pour les infections sexuellement transmissibles (IST), plus de 5 300 pour la planification familiale dont près de 1 100 nouvelles acceptantes, 29 pour les violences sexuelles.
- > 978 jeunes ont eu accès au dépistage volontaire du VIH dont 412 filles. Au total, 29 cas se sont avérés positifs au VIH dont 17 filles de 14 à 24 ans ; tous les cas dépistés sont traités et sous traitement ARV.

CÔTE D'IVOIRE

Avec la campagne « Zéro grossesse à l'école », le pourcentage des jeunes et adolescents scolarisés ayant suivi des cours d'éducation sexuelle a nettement augmenté, passant de 38% en 2015 à 62% en 2016 et le nombre de grossesses précoces tend à la baisse (3 828 en 2015 à 3 690 en 2016).

TCHAD

Au lycée féminin de N'Djamena, les 2 000 lycéennes ont eu accès à l'information et aux services de santé sexuelle et reproductive ; 13 enseignants ont été formés en Education Complète à la Sexualité (ECS) ; 12 jeunes filles ont été formées pour être jeunes leaders en ECS et un blog dédié aux jeunes filles a également été créé (<http://lesambassadeurcesc.blogspot.com>).

SÉNÉGAL

La ligne verte dénommée GINDIMA (Éclaire moi) 200 365 offre aux adolescent(e)s/jeunes des informations complètes et adaptées en matière de SRAJ intégrant les IST/VIH-Sida. Lancée le 12 Août 2016 par le Ministre de la jeunesse, la ligne a pour objectif d'accroître l'accès à l'information et aux services de santé sexuelle et de la reproduction des adolescent(e)s/jeunes à travers la mise en place d'une relation d'aide à distance basée sur les Technologies de l'Information et de la Communication. Elle est gratuite pour l'utilisateur, 24h/24, 7j/7, 365j/365, informations accessibles en français et en wolof, et en mesure d'assurer la confidentialité et la protection des données. Au 17 novembre 2016, 24 639 appels ont été enregistrés alors que seulement 10 000 appels étaient projetés.

TOGO

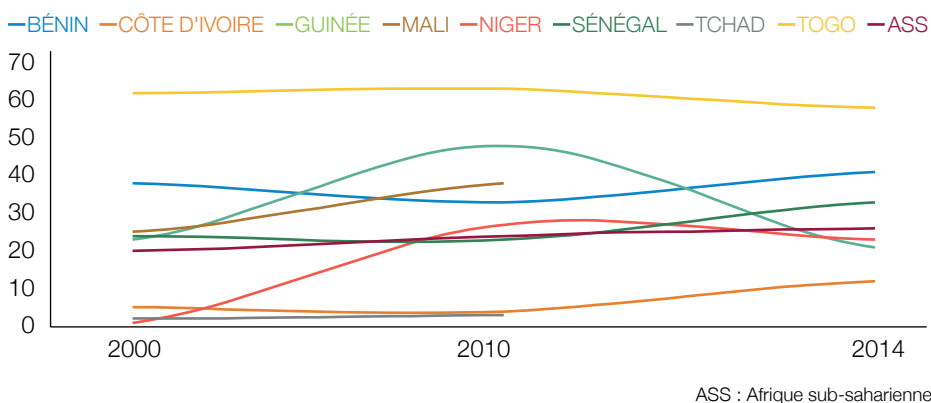
La prestation de soins de santé en milieu scolaire (infirmeries scolaires) est désormais une préoccupation centrale. Des mesures ont été prises au niveau stratégique, avec la mise à disposition auprès des infirmeries scolaires et universitaires, d'un document de référence et au niveau opérationnel avec le renfort de 25 infirmeries scolaires pour la prise en charge en matière de SSR. L'enseignement de la SSR, du VIH et des violences basées sur le genre a été intégré dans 80 établissements secondaires ; et plus de 200 villages et 100 établissements ont reçu des services intégrés en SSR ciblant les adolescents et les jeunes.

NUTRITION

On associe la malnutrition à près de la moitié des décès des enfants de moins de cinq ans (soit près de 400 000 décès pour les pays Muskoka). Celle-ci est liée au manque de moyens des familles mais aussi à des pratiques alimentaires du nouveau-né et du jeune enfant non optimales.

Améliorer le recours à l'allaitement maternel précoce et exclusif peut réduire le nombre de décès infantiles de plus de 10%. Une meilleure alimentation complémentaire au-delà de 6 mois d'allaitement exclusif peut prévenir plus de 10% des décès causés par la diarrhée ou les infections respiratoires aiguës. Elle peut également renforcer la résistance aux maladies et notamment à la rougeole. **Les enfants souffrant de malnutrition dans leurs premières années ont plus de mal à suivre une scolarité complète, à grandir normalement et à mener ensuite une vie active d'adulte. La santé de l'enfant est étroitement liée à celle de sa mère.** Un mauvais état de santé des futures mères obère l'avenir des enfants à naître.

Évolution de l'allaitement exclusif d'au moins ou de 6 mois depuis 2000



Les **interventions contre la malnutrition** ont été menées dans la continuité de celles de l'année précédente, se focalisant sur :

- ▶ **l'amélioration de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)**
- ▶ **l'amélioration de l'alimentation complémentaire** (supplémentation en fer et acide folique, apport de sels de réhydratation orale et de suppléments de zinc aux enfants souffrant de diarrhée, supplémentation en vitamine A des enfants de moins de 5 ans)
- ▶ **prise en charge intégrée des maladies du jeune enfant (PCIME)**, dont la malnutrition aigüe sévère, tant au niveau des formations sanitaires que de la communauté

BÉNIN

La formation des agents, l'approvisionnement en intrants et l'équipement en matériels de nouveaux centres ont contribué à porter l'offre de traitement de 83% en 2015 à 85% en 2016. Au niveau communautaire, plus de 22 400 relais de 900 villages ont également été formés ou recyclés sur le dépistage et la référence de la malnutrition aiguë sévère. La proportion de villages ayant des relais formés a augmenté, passant de 73% en 2015 à 76%.

L'approvisionnement en intrants de 576 sites a permis de prendre en charge près de 5.200 nouveaux cas sur un total de 6 650 attendus avec un taux de guérison de 77%, 3% de décès et 20% d'abandon. Ces résultats ont été possibles grâce à la complémentarité avec d'autres acteurs comme Terre des Hommes et le programme d'Appui au Système de Santé (PASS/SOUROU).

GUINÉE

- > Plus de 30 500 enfants de moins de 2 ans ont reçu des poudres de micronutriments dans les districts de la région de Faranah et la préfecture de Mali.
- > Plus de 63 500 personnes dont plus de 39 000 femmes ont été sensibilisées sur l'allaitement maternel, l'alimentation de complément et la prévention du paludisme.
- > Plus de 228 200 femmes enceintes ont été supplémentées en Fer Acide Folique et plus de 647 500 enfants en vitamine A.
- > Plus de 36 200 enfants de moins de 5 ans souffrant de malnutrition aiguë sévère ont été pris en charge dans 410 centres de réhabilitation nutritionnelle aiguë sévère (CRENAS) du pays parmi lesquels 0,16% ont eu une sérologie positive au VIH.
- > Plus de 62 200 malnutris modérés ont été pris en charge dans les centres de réhabilitation nutritionnelle aiguë modérée (CRENAM). La performance du programme de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë (PCIMA) est optimale selon les standards SPHERE de l'OMS avec 83% de taux de guérison, 5% de décès et 12% d'abandon.
- > Plus de 1 500 enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère avec complication ont été pris en charge dans les centres de réhabilitation nutritionnelle intensive (CRENI) avec un taux de guérison de 84%.



ENFANTS, SOINS ET PÉDIATRIE EN AFRIQUE DE L'OUEST (ENSPEDIA)

Le FFM mets à la disposition des décideurs nationaux et des équipes des Nation Unies, des options stratégiques visant la réduction des contraintes majeures observées au niveau des pays, via des projets de recherche opérationnelle multi-pays en SMNI.

Un de ces projets a été documenté en 2016 à l'occasion du 2e Forum des bonnes pratiques en santé de l'OOAS, Abidjan, octobre 2016.

ENSPEDIA est une «Recherche-Action» pour contribuer à l'amélioration de la qualité des soins dans les services de pédiatrie en Afrique de l'Ouest (Bénin, Burkina-Faso, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal, Togo).

Les enfants sont les plus nombreux « usagers » de l'hôpital où ils viennent pour diverses raisons. Pour y naître tout d'abord, et parfois pour y survivre dans les services de néonatalogie mais aussi, au quotidien, pour de nombreuses pathologies liées aux environnements écologiques et sociaux où ils grandissent.

Les soins qui leur sont administrés sont « leur » chance et souvent permettent leur guérison, mais sont aussi souvent la cause d'autres douleurs, celles des injections, des ponctions, des pansements, des immobilisations auxquelles s'ajoutent des souffrances affectives lorsque ces enfants ne peuvent s'exprimer ou pensent qu'ils sont une charge inutile pour leurs parents.

Et, **face aux adultes et aux soignants, les enfants restent souvent silencieux**. S'ils observent, écoutent, pensent, s'inquiètent, souffrent et s'interrogent sur leurs pathologies ou les conséquences de leurs traumatismes, personne ne s'interroge, ni ne les interroge sur ce qu'ils éprouvent, comprennent des soins et des conduites des adultes.

Face à cette situation, le programme ENSPEDIA s'est fixé comme objectifs :

- ▶ de **recueillir et analyser la parole des enfants** quant à la maladie, les soins, les douleurs et les inquiétudes,
- ▶ d'**améliorer la qualité des soins en confrontant les soignants à ce dire des enfants**, à l'évaluation qu'ils présentent ainsi des soins,
- ▶ de **diffuser de meilleures techniques de soins et des conduites relationnelles** plus respectueuses des jeunes patients,
- ▶ de **constituer une réflexion pratique sur les soins palliatifs**,
- ▶ d'**améliorer les situations professionnelles et socio-affectives des personnels soignants** confrontés à la souffrance et aux décès d'enfants.





DE LA RECHERCHE À L'ACTION, UNE AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS

L'équipe ENSPEDIA, travaillant dans 8 pays d'Afrique de l'Ouest (ce qui représente un « flux » annuel entre 40 et 50 000 enfants) **est constituée à part égale de chercheurs en anthropologie et de soignants** (pédiatres, et personnels soignants). **Le programme est donc interdisciplinaire dès son élaboration.**

Les méthodologies obéissent largement à la rigueur des recherches qualitatives mais intègrent aussi diverses procédures mêlant des approches anthropologiques et cliniques.

Plusieurs « moments » de recherche ont construit ce programme.

- Dans l'ensemble des services les chercheurs en SHS ont interrogé les enfants sur leurs pathologies, les soins reçus, leurs douleurs, sentiments et relations avec autres enfants malades et les adultes (familles et soignants).
- Dans un second temps, chaque équipe a réalisé des études de cas autour de certains gestes techniques habituels : injections, perfusions, ponctions, soins de plaies...
- Dans un troisième temps, l'ensemble des résultats a été présenté aux soignants afin qu'ils puissent mieux comprendre leurs patients et adapter leurs conduites de soins à leurs demandes
- Enfin, des propositions techniques (relaxation, hypnose, gestes de soins) ainsi que des améliorations du travail d'équipe ont été présentés lors d'un atelier de formation. C'est in situ que l'on peut améliorer les interactions entre les enfants et les soignants.

Un livret reproduisant thématiquement les réponses des enfants et leurs dessins a été réalisé.

La seconde partie du livret correspond à des propositions d'amélioration des conduites et des pratiques. Ce texte, ainsi que les résultats des enquêtes, a été distribué et commenté lors de séances de restitutions. Ces séances ont été enregistrées et commentées avec les divers professionnels de santé.

L'équipe ENSPEDIA, a regroupé lors d'un atelier à Dakar, et formé 40 praticiens de santé par service à des techniques relationnelles, de soins techniques, de relaxation-hypnose médicale. Un groupe de parole permettant d'évoquer les difficultés ressenties face aux malades, aux souffrances et éventuellement aux décès a également été mis en place.

Le programme a créé une dynamique interne de réforme des services et contribué à une amélioration de l'offre de soin.

Au décours du projet, d'autres méthodologies d'audit des soins ont confirmé que l'on ne pouvait faire des études de qualité des soins sans demander aux enfants, principaux bénéficiaires, ce qu'ils en pensent.

Enfin les formations techniques et relationnelles spécifiques sont maintenant diffusées dans les services et contribuent à l'amélioration de l'accueil des enfants, des soins et l'adoption d'autres attitudes face à la douleur et de la mort des enfants.

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

On ne peut pleinement soigner un enfant sans le comprendre et pour cela les Sciences Sociales et les Sciences Médicales sont complémentaires.

L'objet principal de ce travail n'est pas tant une analyse des difficultés des services, qu'une analyse de ce qu'une recherche partagée peut transformer dans des structures sanitaires.

La recommandation la plus globale serait donc de ne pas initier de programmes externes aux services, mais de « partir » des dynamiques endogènes et de les accompagner et diffuser par des programmes usant de la recherche comme action.

VISIBILITÉ

PRESSE

Partenariat d'une année avec

Le Monde Afrique

- > 5 millions de visiteurs uniques par mois
- > 10 millions de pages vues par mois
- > Visibilité du logo du FFM sur chacune des pages du site www.lemonde.fr/afrique
- > Une série d'été : «Un combat pour la vie» à travers le Sénégal, la Guinée, le Mali, le Burkina Faso, le Niger et le Tchad. 29 articles publiés, 1 million de lecteurs



- >  4 ÉMISSIONS RFI "PRIORITÉ SANTÉ" DE CLAIRE HÉDON
- >  2 REPORTAGES FRANCE24
- > UNE VINGTAINE D'ARTICLES ET REPORTAGES
- > 2 VOYAGES DE PRESSE EN GUINÉE ET AU SÉNÉGAL

MULTIMÉDIA

- > 9 portraits en français et en anglais
- > 11 vidéos en français sous-titré en anglais
- > 5 vidéos issues de la Consultance en RH
- > 40 photos issues du Grand format du Monde Afrique





PUBLICATIONS

- > Réalisation d'une nouvelle brochure (français et anglais)
- > Envoi d'un kit aux 8 pays et ambassades de France
- > 36 pages dans le magazine scientifique « Médecine et Santé Tropicales »



ÉVÉNEMENTS

- > Consultance en RH à Abidjan
- > Forum OOAS sur les bonnes pratiques à Abidjan
- > Forum ENAP à Dakar
- > Congrès de la SAGO à Ouagadougou



- > Visites terrain avec l'ambassade de France au Togo et au Bénin
- > Campagnes de sensibilisation et célébration de journées internationales au Bénin, en Côte d'Ivoire en Guinée et au Togo



COMMUNICATION NUMÉRIQUE

- > Développement et actualisation du site www.ffmuskoka.org
- > 1400 followers sur Twitter, animation du compte @ffmuskoka

PRODUCTION AUDIOVISUELLE

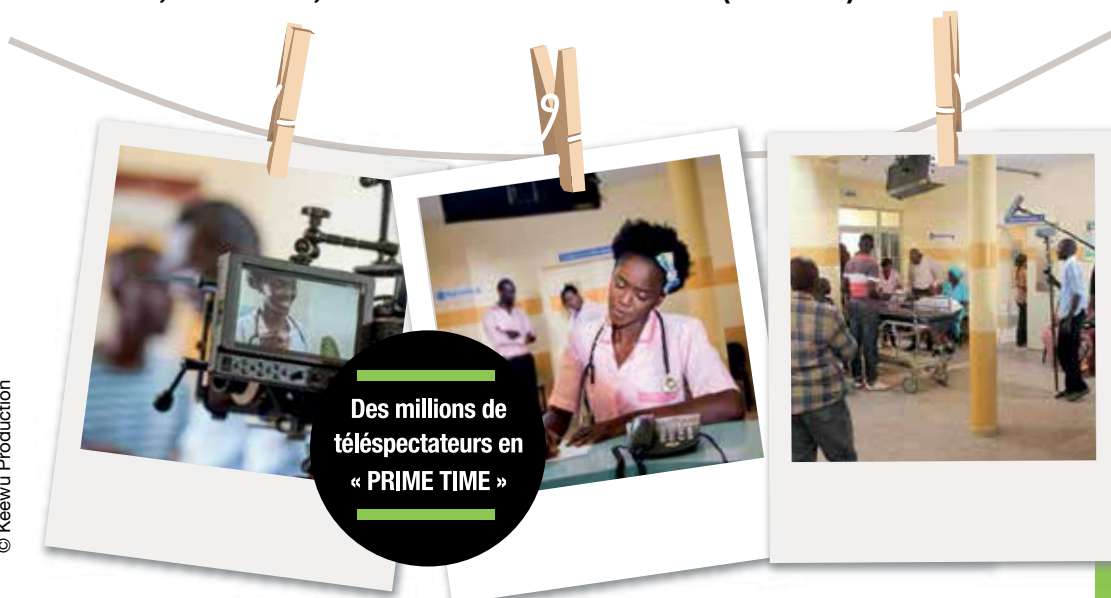
- > Partenariat avec le RAES sur "C'est la Vie!"
 - Production de la 1ère partie de la saison 2, 18 épisodes
 - Développement de la campagne cross media
 - Promotion et diffusion de la saison 1 à travers les médias, une tournée cinémobile au Sénégal, et présentation lors d'événements régionaux et internationaux



C'EST LA VIE

Une série TV à disposition des pays pour communiquer, informer et sensibiliser de façon innovante et divertissante et favoriser le changement de comportement en matière de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents (SRMNIA).

© Keewu Production



Réalisée véritablement comme les meilleures séries du moment, « C'est la Vie ! » a pour premier objectif de sensibiliser un large public aussi bien jeune que moins jeune, aussi bien féminin que masculin, sur des sujets tels les mariages précoces et les grossesses précoces, la santé de reproduction des jeunes, les droits des patients, les violences de genre, l'allaitement maternel exclusif, etc.

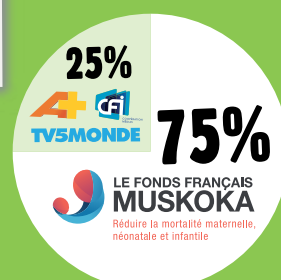
Le travail d'écriture des scénarii est central.

Il consiste, pour :

- les agences à définir les axes thématiques, les messages clés, puis relire et valider les scripts finaux ;
- le RAES à développer les personnages et les intrigues en lien avec les thématiques et distiller les messages de sensibilisation.

Un savant dosage d'intrigues, de divertissement et de contenu de sensibilisation assure le succès de la série.

C'est la Vie ! est produite par l'ONG panafricaine RAES grâce à la convergence et la synergie des efforts techniques, humains et financiers de l'ensemble des agences FFM.



FINANCEMENTS



DIFFUSION



AUDIENCE

PRINCIPAUX RÉSULTATS

La disponibilité de la série “C’est la vie” sur les écrans

Saison 1 : 26 épisodes de 26 minutes

Diffusion sur : **Canal+Afrique, TV5Monde et bientôt sur une quarantaine de chaînes nationales africaines**, permettant ainsi de toucher plus de 100 millions de téléspectateurs potentiels

La saison 2 de 36 épisodes est actuellement en tournage.

La campagne cross-média y compris sur les réseaux sociaux



TV5MONDE

100 000 vues par trimestre

You Tube

300 000 vues

facebook

21 000 fans



et 18 000 vues
des interviews et
discussions supplémentaires

www.cestlavietv.com

21 500 vues sur le site web

La recherche montre que la télévision a pris le dessus sur la radio comme principale source de divertissement pour ceux qui vivent dans les zones urbaines de l’AOC. Mais la campagne a également atteint les zones rurales avec environ 62% des téléspectateurs à l’extérieur des villes.

La série et la campagne cross-média démontrent déjà des résultats importants :

- ▶ **appréciation de la série par le grand public comme divertissement innovant**
- ▶ **efficacité du format “série” pour développer des messages en SRMNIA ou sur d’autres thématiques,**
- ▶ **outil adapté pour susciter le débat et évoquer les tabous, faire évoluer les comportements, attitudes et connaissances**
- ▶ **les cibles A&J, patient(e)s, soignant(e)s, décideurs politiques, populations vulnérables sont touchées**
- ▶ **utilité de la campagne cross-média et notamment des réseaux sociaux pour mobiliser et engager les A&J**

La poursuite du processus d’appropriation nationale est indispensable pour optimiser le potentiel de l’outil en visant son intégration dans les plans stratégiques et feuilles de routes nationales de réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile et adolescent.



MUSKOKA, UN LABEL ET UN OUTIL D'INFLUENCE EN SANTÉ DES FEMMES, DES NOUVEAU-NÉS, DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS, DANS LA RÉGION



L'évaluation d'Ernst & Young¹, commandité par la Direction générale de la mondialisation, du développement et des partenariats, a démontré que le volet multilatéral du financement Muskoka a su créer un dispositif régional efficace de collaboration entre les agences.

Les perspectives post-Muskoka, ainsi que la mise en place d'une nouvelle architecture internationale en matière de santé, a amené le Comité technique du FFM à la décision² de se positionner plus activement en tant que dispositif régional en réponse à la nouvelle stratégie mondiale pour la femme, de l'enfant et de la santé des adolescents (Every Women Every Child) et la transition des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) au Objectifs du développement durable (ODD) 2030.

Ainsi, le FFM a intensifié chaque année son positionnement stratégique et technique en ce sens lors des différentes réunions globales et régionales et au sein de partenariats clés dans la région, tels que :

- ▶ **La Communauté Economique des Etats d'Afrique de l'Ouest (CEDEAO)** autour de la validation du module sur le genre et les violences dans les curricula des sage-femmes et infirmiers,
- ▶ **L'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS)** sur le 2^{ème} Forum des bonnes pratiques en santé à Abidjan en octobre 2016
- ▶ **La Société Africaine de Gynéco-obstétrique (SAGO)** autour de son 16^{ème} Congrès à Ouagadougou, novembre 2016
- ▶ **Le Forum régional «Chaque Nouveau-Né»** autour de la mise en place d'une task force régionale ENAP sur base de l'expérience Muskoka étendue aux autres partenaires
- ▶ **Le Forum de la jeunesse en marge du Sommet Afrique France (SAF)** à Bamako, en janvier 2017
- ▶ **Le Global Financing Facility (GFF)** autour du soutien apporté à l'élaboration de notes conceptuelles intégrant les interventions de santé de la reproduction, santé de la mère, du nouveau-né et de l'adolescent, ainsi que le développement des stratégies de financement de la santé et la cadre d'investissement du mécanisme de financement global de la santé des femmes, des nouveaux nés, enfants et adolescents.
- ▶ Dans le cadre du développement de la feuille de route de **l'Union Africaine** pour l'investissement dans les jeunes et le dividende démographique, le dispositif Muskoka et notamment sa composante SRAJ a pu être mis en valeur l'originalité de son mécanisme présenté et ses bonnes pratiques partagées.

1. Evaluation conjointe, commandité par la Direction générale de la mondialisation, du développement et des partenariats, des interventions du MAEDI et de l'AFD en matière de santé maternelle et infantile pour mettre en œuvre les engagements pris par la France à Muskoka.

2. Cette décision a été au cœur des sessions techniques de deux réunions du Comité technique en juin 2015 (Mali) et en novembre 2015 (Sénégal).



Au moment de clore cette 5ème année du programme, à l'origine quinquennal, du Fonds Français Muskoka, une sixième année a été mise en œuvre, après le renouvellement du soutien du ministère des Affaires étrangères et du développement international, avec, de surcroît, l'engagement affirmé de poursuivre le travail au-delà de 2017.

La perspective est claire : garder la femme, la mère, le nouveau-né et l'adolescente au centre de la cible du développement en santé. Cette cible est précisément définie, avec les Objectifs du Développement Durable (ODD), pour l'atteinte desquels les partenaires au développement sont tous engagés, avec comme feuille de route commune la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016 – 2030.

Au cours de ces cinq dernières années, des progrès notables ont été réalisés dans les pays ciblés par le FFM, avec des indicateurs en santé des femmes, des enfants et des adolescents qui s'améliorent, notamment les indicateurs de couverture comme le taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié. Mais la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants reste préoccupante, avec de médiocres, voire mauvais indicateurs de statut, comme en témoignent, par exemple, les ratios de mortalité maternelle. C'est devant ce constat que la qualité des soins est devenue une priorité. L'amélioration de la qualité des soins délivrés dans chaque établissement de santé permettra de réduire les décès évitables.

C'est dans ce sens que le travail se poursuit.

A côté de son réseau d'Experts Techniques Internationaux (ETI) et de conseillers régionaux en santé, le MAEDI s'est doté avec le FFM d'un outil original de mise en œuvre et de suivi d'activités à haut impact. La traçabilité de ses actions répond aux exigences concernant la redevabilité sur les engagements pris en faveur de la santé des femmes, des enfants et des adolescents.

Ce mécanisme de fonctionnement en partenariat, similaire au mécanisme de coordination de niveau mondial H6 financé par la Suède et le Canada, a fait la preuve de sa visibilité et de son opérationnalité dans les pays. Il a maintenant vocation à mettre en place des actions conjointes avec d'autres partenaires. Il développe sa collaboration avec l'AFD dans les pays. De la même façon, des mécanismes de coordination devront se mettre en place, avec les ministères de la santé, entre le FFM et le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, le Paludisme et la Tuberculose pour un meilleur impact des actions en faveur des femmes, des enfants et des adolescents.

Un accent particulier sera maintenu pour la santé sexuelle et reproductive, la santé des adolescents avec, de façon transversale, le renforcement du système de santé dont l'appui aux ressources humaines.

La poursuite du travail conjoint en faveur des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents, pour ces prochaines années, repose sur la base solide de l'expérience accumulée par le FFM. Il sera important d'en faire le bilan pour en refléter au mieux tous les résultats. Les leçons apprises, les succès, l'amélioration de l'offre et de la demande de soins constitueront le meilleur plaidoyer, « sur base factuelle », pour la poursuite des efforts communs nés de l'initiative Muskoka.

LES SAGES-FEMMES VOLANTES DES ROUTES DE CASAMANCE

Texte et photos de Mattéo Maillard pour le Monde Afrique - extrait



Elles sont 17 pour 171 000 habitants. Tous les mois, ces spécialistes sillonnent les 7 000 km² de la région pour soigner femmes, enfants, «vieux». Tout le monde.



Ngor, sage-femme itinérante, en consultation

Chaque mois, Ngor, sage-femme, visite au moins une fois les quatorze villages qui composent sa « zone de responsabilité », comme elle l'appelle. Elle prend en charge les grossesses et prodigue des soins élémentaires à près de 8 500 habitants. Ils sont dispersés dans cette nature dense et abondante qui fait de la Casamance un paradoxe. Le grenier du Sénégal mais aussi l'une de ses régions les plus pauvres. Près de **75 % de ses habitants vivent en dessous du seuil de pauvreté**, selon la Banque mondiale. L'accès aux soins est restreint. Un tiers des femmes accouche sans assistance médicale et **la mortalité infantile frappe 55 naissances sur 1 000**, contre 4 pour 1 000 en France.

Sept kilomètres séparent les postes de santé de Marakissa du village de Dionie où nous nous rendons aujourd'hui. Ce trajet abrupt, de nombreuses femmes l'ont tenté en sens inverse, à pied ou à moto, afin d'accoucher au poste dans de meilleures conditions.

Certaines n'ont pu atteindre leur but. Elles ont donné naissance à même la terre ocre de la route. Ce qui a coûté la vie aux plus malheureuses, ou celle de leur nouveau-né.

« Marcher sur de longues distances enceinte peut être très grave, explique Ngor. Elles peuvent faire une hémorragie et se vider de leur sang. Au contact du sol, l'enfant risque l'infection ou l'asphyxie. On ne pourra pas le réanimer s'il y a un problème. »

Sur le perron, Madame Daffé. La matrone qui gère la case de santé en l'absence de la sage-femme, nous ouvre la porte. La pièce est sale, l'équipement spartiate. Un lit, une balance, un bidon à robinet, un seau, une table, quelques chaises et c'est tout. Ngor referme les volets rouges afin d'offrir aux patientes de l'intimité et leur épargner la chaleur. Elle chasse d'une injonction les gamins curieux qui s'agglutinent en riant à la fenêtre. À l'intérieur, il fait noir. Depuis longtemps qu'il n'y a plus d'eau ni d'électricité. Alors **les sages-femmes pratiquent l'accouchement à la lampe frontale**, dans une obscurité de cellier.

Cela exige une attention sans faille. Une maîtrise absolue de ses outils et de ses mouvements. « Question d'habitude », glisse avec humilité Ngor. Elle sort son matériel. Entoure sa nuque d'un stéthoscope et ouvre sur la table les registres où sont inscrits le nom des patientes, leurs informations personnelles, leurs antécédents médicaux, les vaccins reçus, le nombre d'enfants et de consultations suivies. « Ici nous sommes tout : le médecin, le gynéco, le pédiatre, tout ! s'exclame-t-elle avec un peu de fierté. Aujourd'hui je suis chanceuse puisque ma cheffe, Njama Loly, m'appuie dans ma tâche. D'habitude, je suis toute seule. »

Ngor se dit bien souvent épuisée par l'ampleur de la tâche. Son premier souhait ? **Etre assistée par du personnel qualifié**, « Mais il nous faudrait aussi **de l'électricité, des frigos**. Aujourd'hui ils sont à gaz, c'est dangereux. Ils tombent en panne quand les bonbonnes sont terminées alors nous devons transférer en urgence les vaccins. » Njama complète : « Et aussi **une ambulance plus adaptée** ! Dans le district, il n'y a que cinq postes avec des ambulances en état de marche. Les zones les plus enclavées n'en ont pas et il est impossible d'évacuer les malades graves. »



Poste de santé de Marakissa

Dans le district de Sédhiou où Ngor et Njama exercent, elles sont 22 sages-femmes employées par l'Etat, dont 17 qui travaillent en itinérance. C'est bien peu pour couvrir une population de 171 000 habitants sur un territoire d'environ 7 000 km², traversé d'innombrables forêts, rivières, rizières, savanes et marécages qu'elles parcourent sans relâche. Les populations les considèrent comme leurs anges gardiens. Ici on les appelle les sages-femmes volantes.



LE FONDS FRANÇAIS
MUSKOKA

Réduire la mortalité maternelle,
néonatale et infantile

www.ffmuskoka.org



**La majorité des décès maternels,
néonataux, et infantiles sont évitables.**

**Grâce aux efforts des gouvernements et
de leurs partenaires, 50 millions de vies
sauvées dans le monde depuis 2000.**

Nous pouvons en sauver beaucoup plus d'ici
2030 si les progrès s'accroissent conformément
aux objectifs de développement durable.

