

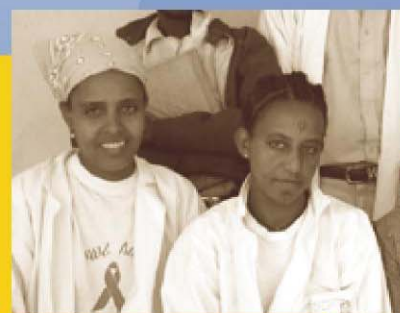


# IMPLEMENTING BEST PRACTICES IN REPRODUCTIVE HEALTH

## Rapport de l'atelier sur les Services Communautaires de Santé Reproductive

11-15 juin 2007

Bamako, Mali



Liste des partenaires du consortium **Implementing Best Practices (IBP)** :

- Academy of Education and Development, Washington, USA
- CARE International
- Centre for Development and Population Activities (CEDPA)
- CORE Consortium
- EngenderHealth
- ExpandNet
- Family Health International (FHI)
- IntraHealth International
- Institute for Reproductive Health - Georgetown University, MD, USA
- International Council on Management of Population Programmes (ICOMP)
- International Planned Parenthood Federation (IPPF)
- Johns Hopkins Program of International Education in Gynaecology and Obstetrics (JHPIEGO), Baltimore, MD, USA
- Johns Hopkins Bloomberg/School of Public Health Center for Communication Programs (JHU/CCP), Baltimore, MD, USA
- John Snow International (JSI)
- Management Sciences for Health (MSH), Boston, MA, USA
- Partners in Population and Development (PPD)
- Pathfinder International
- Population Council
- Program in Appropriate Technology in Health (PATH)
- Public Health Institute (PHI)
- Regional Centre for Quality of Health, Makerere University, Uganda
- United Nations Population Fund (UNFPA)
- United States Agency for International Development (USAID)
- University Research Co., LLC. Quality Assurance Project, Bethesda, MD, USA
- WHO Department of Reproductive Health and Research
- White Ribbon Alliance

## REMERCIEMENTS

Les organisations partenaires, à savoir l'Organisation mondiale de la Santé/Département de Recherche et de Santé Reproductive (OMS/RHR), le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP) et l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID) souhaiteraient remercier en premier lieu le Ministère de la Santé du Mali pour avoir accueilli cet atelier et pour leur engagement et leur rôle mobilisateur qui ont fait de celui-ci un succès. Nos remerciements vont en outre au Bureau de l'OMS au Mali pour le soutien généreux qu'il a apporté à l'organisation de l'atelier.

Nous souhaiterions aussi remercier les nombreuses organisations partenaires sans le dévouement et le soutien logistique desquelles cet atelier n'aurait pas été possible, à savoir : Keneya Ciwara Mali, Assistance technique nationale (ATN), *IntraHealth/Mali*, *Health Policy Initiative (HPI)/Mali*, *Save the Children/Mali*, Groupe Pivot/Santé Population, Association de Soutien au Développement des Activités de Population Nationalité (ASDAP), *Institute of Reproductive Health/Georgetown* (Bureau du Mali). En outre, nous souhaiterions exprimer notre gratitude pour leur contribution à l'initiative *Implementing Best Practices* et aux partenaires de l'USAID, notamment *Frontiers in Reproductive Health (Population Council)* et *Extending Service Delivery Project* qui nous ont apporté leurs conseils techniques et ont contribué au contenu et à l'organisation de la réunion. En outre, les organisateurs souhaiteraient faire part de leur sincère gratitude à l'égard des organisations qui, par leur soutien généreux, ont rendu cet atelier possible : *Extending Service Delivery, Program for Contraceptive Research, Technology, and Utilization (Family Health International)*, *Pathfinder/Ethiopie*, et Santé Net Madagascar (*Chemonics*).



## SIGLES ET ACRONYMES

AFRO	Bureau régional de l'Afrique
AL	Méthode de l'aménorrhée lactationnelle
AMPR	Acétate de médroxyprogestérone retard (Depo-Provera)
ASACO	Association de Santé communautaire
ASDAP	Association de Soutien au Développement des Activités de Population
ATN	Assistance technique nationale
CCC	Communication pour un changement de comportement
CHPS	<i>Community-based health Planning and Services (Program)</i> – Planification et services sanitaires communautaires
CSCOM	Centre de soins communautaire
CU	Contraception d'urgence
DIU	Dispositif intra-utérin
DIBC	Distribution à base communautaire
ESD	<i>Extending Service Delivery</i> – Extension des prestations de services
FENASCOM	Fédération nationale des Associations de Santé communautaire
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
HEP	<i>Health Extension Programme</i> – Programme de vulgarisation sanitaire
HEW	<i>Health Extension Worker</i> – Agent de vulgarisation sanitaire
HPI	<i>Health Policy Initiative</i> – Initiative en faveur des politiques sanitaires
IBP	<i>Implementing Best Practices</i> – Mise en œuvre des meilleures pratiques
IEC	Information Education Communication
MAQ	<i>Maximizing Access and Quality</i> – Maximisation de l'accès et de la qualité
MJF	Méthode des jours fixes
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
ONG	Organisation non gouvernementale
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PAM	Programme alimentaire mondial
PCSR	Programme communautaire de santé reproductive
PF	Planification familiale
PNP	Politiques, normes et procédures
PRH	<i>Population and Reproductive Health</i> – Population et santé reproductive
PRSP	<i>Poverty Reduction Strategy Papers</i> – Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté
RHR	<i>Reproductive Health and Research</i> – Santé et recherche reproductive
SMI	Santé maternelle et infantile
SMNI	Santé maternelle, néonatale et infantile

SRO

USAID

VIH

Solution de réhydratation orale

Agence des Etats-Unis pour le Développement international

Virus d'immunodéficience humaine

# TABLE DES MATIERES

• Remerciements .....	3
• Sigles et acronymes .....	5
• Introduction .....	9
• Objectifs, résultats escomptés, méthodologie .....	10
• Contenu et discussions .....	13
• Récapitulatif des plans d'action par pays .....	31
• Prochaines étapes .....	35
• Recommandations .....	37
• Annexes	
◦ Programme .....	39
◦ Liste des participants .....	45
◦ Descriptifs des pays .....	49



# Introduction

Les programmes communautaires ont été mis au point afin d'atteindre les populations au-delà des services en établissements sanitaires pour mieux servir, mobiliser et faire participer les communautés à la réalisation de tout un ensemble d'objectifs en matière de santé et de développement. Bien qu'ils soient variés, dans le secteur de la santé ces programmes visent à réduire les coûts financiers et sociaux de l'accès aux soins en faisant en sorte que les services et l'information soient disponibles là où se trouvent les populations, plutôt que de demander à celles-ci de se rendre dans un lieu de prestation de services fixe pour les obtenir. Ces programmes visent à utiliser les réseaux sociaux existants et, dans certains cas, les agents de santé travaillent non seulement en tant que dispensateurs de soins et distributeurs de produits, mais aussi en tant qu'éducateurs et agents initiateurs du changement. Récemment, ces agents ont été appelés à répondre aux besoins liés aux aspects communautaires de la prévention, des soins, du traitement et du soutien liés au VIH. Pour la planification familiale, ces programmes sont particulièrement importants lorsque les barrières culturelles et sociales, l'absence d'information et la faiblesse des systèmes de santé limitent l'accès aux services cliniques et l'utilisation de ceux-ci.

Actuellement, dans plusieurs pays de l'Afrique subsaharienne, les gouvernements et les donateurs investissent largement dans les programmes communautaires. Ces programmes ont la capacité de contribuer de manière importante à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) tels que la réduction de la mortalité maternelle et infantile par l'intermédiaire de la feuille de route pour la santé de la mère et du nouveau-né (*Road Map for Maternal and Newborn Health*). L'expérience acquise et les effets obtenus permettront de définir les futures interventions communautaires, y compris la prestation de services de planification familiale. Mesurer et évaluer l'importance des apports de ces programmes et disposer de procédures de fonctionnement souples pour répondre aux besoins changeants des communautés et des individus sont des défis majeurs que doivent relever ces programmes. Le présent atelier a fourni une occasion unique de tirer les leçons des expériences actuelles, d'encourager l'innovation et de renforcer la capacité des pays à utiliser les méthodes de suivi, d'évaluation et de recherche pour améliorer les résultats des programmes.

Le Ministère de la Santé du Mali a organisé cet atelier en collaboration avec le Bureau de l'OMS au Mali, le Département de Recherche et Santé Reproductive (RHR), les partenaires de l'initiative *Implementing Best Practices (IBP)* guidés par leur secrétariat au Siège de l'OMS, le Bureau régional de l'Afrique, l'initiative *Maximizing Access and Quality (MAQ)* du Bureau *Population and Reproductive Health (PRH)* de l'USAID, le Programme *Frontiers in Reproductive Health (The Population Council)* de l'USAID, le projet *Extending Service Delivery (ESD)*, le FNUAP, ainsi que des partenaires dans la Région. Le but de l'atelier était d'apporter un soutien aux pays ayant entrepris de mettre en œuvre des programmes communautaires de planification familiale de grande envergure dans le cadre de l'objectif de réduction de la mortalité de la mère et du nouveau-né et de la prévention, des soins, du traitement et du soutien liés au VIH.<sup>1</sup>

Cinq pays, le Cameroun, l'Ethiopie, le Ghana, Madagascar et le Mali, ont été retenus du fait de leurs programmes pour participer à l'atelier. Afin de tirer le meilleur parti des

---

<sup>1</sup> Il s'agit de programmes communautaires de planification familiale conçus pour fournir des produits contraceptifs et des informations par l'intermédiaire des réseaux traditionnels ou des réseaux sociaux. Ces programmes suivent des approches et des modèles variés. Cette variété contribue à enrichir et à approfondir les échanges et les activités liées à la documentation entre pays.

expériences d'échange entre pays et des données, les pays participants ont été identifiés sur la base des critères suivants :

- Programmes communautaires actuellement en place, dotés de plans et de ressources visant à une mise en œuvre sur une grande échelle et qui ont notamment pour objectif l'augmentation de l'utilisation et/ou la distribution de contraceptifs.
- Programmes ayant des liens avec des programmes du secteur public, et bénéficiant notamment d'un vaste soutien et d'une large participation du Ministère de la Santé.
- Pays permettant une participation linguistique équilibrée, francophone et anglophone.
- Pays dans lesquels certains programmes ont par leur conception des liens avec d'autres secteurs (par exemple l'environnement, le VIH, la santé de la mère et du nouveau-né, l'éducation, etc.).
- Pays demandant une aide dans le cadre de partenariats communautaires.

## **Objectif de l'atelier :**

Contribuer à l'amélioration de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant moyennant la prestation de services communautaires de santé reproductive, en mettant l'accent sur la planification familiale.

## **Objectifs spécifiques**

1. Encourager l'innovation moyennant le partage des expériences acquises, des enseignements tirés et des défis relevés dans les pays lors de la mise en œuvre de services communautaires de santé reproductive, tels que les services de planification familiale.
2. Identifier les possibilités de renforcer la mise en œuvre d'actions communautaires présentant un bon rapport coût/efficacité pour améliorer la santé reproductive.
3. Identifier les mécanismes permettant de poursuivre l'échange et le suivi dans les pays.

## **Résultats escomptés**

1. Partage des expériences concernant la mise en œuvre des programmes communautaires, l'accent étant mis en particulier sur la santé reproductive.
2. Données étayant les éléments clés des expériences dans les pays.
3. Recommandations relatives aux orientations des programmes et au matériel de soutien.
4. Identification des possibilités de renforcer la mise en œuvre de programmes communautaires présentant un bon rapport coût/efficacité.
5. Plan d'action pour la mise en œuvre des activités de suivi.
6. Identification des mécanismes visant à faciliter l'échange et le suivi dans les pays.

## Méthodologie de l'atelier

L'atelier a été organisé pour offrir aux participants le maximum de possibilités de discussions et d'interactions. Les experts étaient essentiellement des participants venant des équipes de pays qui ont fait part de l'expérience tirée de leurs programmes. Les activités ont essentiellement été les suivantes :

- Exposés, discussions et réunions de réflexion créatrice en séances plénières
- Travaux de groupe
- Travaux en petits groupes
- Visites sur le terrain
- Forum
- Consultations inter pays et avec les personnes-ressources.



# Contenu et discussions

## **Premier jour : 11 juin 2007**

### Cérémonie d'ouverture

La cérémonie d'ouverture a été présidée par Mme Maiga Zéïnab Mint Youba, Ministre de la Santé du Mali, en présence de représentants de l'USAID, du FNUAP, de l'OMS, du Programme alimentaire mondial (PAM) et du Président de la Fédération nationale des Associations communautaires (FENASCOM), représentant la société civile. La Ministre a exprimé son soutien sans faille aux programmes communautaires qui jouent un rôle essentiel au Mali pour répondre aux besoins de la population en matière de planning familial.

### Allocution d'ouverture

Dans son allocution d'ouverture, le Dr Ayorinde Ajayi (Population Council, Directeur régional, Afrique subsaharienne) a fait un tour d'horizon historique des programmes communautaires de santé reproductive en Afrique subsaharienne. Il a évoqué l'évolution du mouvement communautaire de planning familial depuis l'introduction des soins de santé primaires avec la Déclaration d'Alma-Ata en 1976, l'objectif de l'OMS de « la santé pour tous d'ici l'an 2000 » et l'introduction du planning familial communautaire en Asie du Sud-Est dans les années 1960 et 1970 jusqu'à son adaptation en Afrique à la fin des années 1970 et dans les années 1980, pour finalement aboutir à la Déclaration du Millénaire en 2000 et aux objectifs du Millénaire pour le développement 4, 5 et 6. Le Dr Ajayi a fait remarquer qu'au cours de cette évolution, le mouvement du planning familial en Afrique subsaharienne a perdu de son intensité et n'a pas réussi à atteindre les objectifs de réduction de la fécondité dans la région. L'attention portée à ce sujet a été détournée par le besoin impératif de répondre à la menace du VIH dans la région. Le Dr Ajayi a communiqué des données attestant que les besoins en matière de contraception sont loin d'être satisfaits bien qu'il s'agisse du moyen le plus efficace de réduire la mortalité maternelle et d'atteindre les objectifs nationaux de développement ainsi que les objectifs 4, 5 et 6 du Millénaire pour le développement (OMD). Le Dr Ajayi a encouragé les participants à s'interroger sur les hypothèses qui sous-tendent la conception pratique de la distribution communautaire (DBC) en Afrique. Il a appelé les participants à ne pas oublier que le comportement humain est complexe et ne peut pas être entièrement expliqué par la dichotomie simpliste offre/demande ; que les facteurs sociaux, économiques et psychologiques jouent un rôle essentiel au niveau individuel dans la définition des règles et du comportement en matière de planning familial ; et enfin que les programmes de planification familiale doivent interagir avec l'ensemble de ces facteurs pour introduire un changement des comportements et en assurer la pérennité.

### Attentes des participants

Les participants ont ensuite été invités à faire part de leurs propres attentes vis-à-vis de l'atelier. La plupart des participants souhaitaient que l'atelier les aide à :

- Echanger leurs expériences et des points de vue novateurs pour améliorer la santé reproductive,
- Tirer parti des meilleures pratiques,

- Concevoir une vision commune entre partenaires et gouvernements au sein des pays,
- Etre confrontés à de nouvelles approches,
- Connaître des approches novatrices permettant d'intégrer la planification familiale dans le contexte plus large de la santé communautaire,
- Identifier les actions de suivi spécifiques nécessaires pour mettre en pratique les enseignements tirés de l'expérience, et
- Identifier des approches novatrices pour accroître la motivation des agents communautaires et la viabilité des activités.

## Exposés des pays

Il a été demandé aux pays de présenter de brefs exposés sur leur approche en matière de planification familiale communautaire. Les thèmes abordés ont été les suivants :

*Raison d'être du soutien aux programmes communautaires de santé génésique :*

- Médiocrité de la couverture par les services de santé et en particulier difficulté d'accès à la planification familiale,
- Besoins en services et produits contraceptifs non satisfaits,
- Faiblesse de la prévalence de la contraception dans tous les pays,
- Taux de fécondité élevés,
- Mortalité maternelle, néonatale et infantile élevée,
- Existence d'obstacles sociaux et culturels à la planification familiale.

### **Points communs des programmes :**

Tous les pays se sont appuyés sur des agents travaillant pour la collectivité, d'une façon ou d'une autre, et vivant au sein de la communauté dans laquelle ils travaillaient. Dans tous les pays, les agents volontaires ont été choisis au sein de leurs propres communautés. Dans deux pays (le Ghana et l'Ethiopie), des agents salariés ont également été envoyés dans les communautés pour travailler étroitement avec les bénévoles. Parmi les activités menées au niveau de la communauté figuraient l'information, l'éducation et la communication (IEC), la sensibilisation, la mobilisation des dirigeants locaux, la prise de décision et l'offre d'un ensemble de services. Chaque intervenant a fait état d'un certain degré de sensibilisation communautaire et souligné l'importance de la participation communautaire. Certains pays ont décrit des activités très spécifiques et des périodes plus longues de préparation afin de permettre une participation importante des membres de la communauté. Tous les programmes prévoyaient la distribution d'un certain nombre de produits, parmi lesquels des contraceptifs. Certains programmes prévoyaient une gamme plus large de contraceptifs et/ou d'autres produits sanitaires tels que les solutions de réhydratation orale (SRO), la chloroquine, les moustiquaires imprégnées, etc.

### **Valeur ajoutée :**

Les intervenants ont discuté de la valeur des programmes communautaires de santé reproductive qui répondent au contexte socioculturel de chaque pays, contribuent à un

progrès dans la prévalence de l'utilisation des contraceptifs, à une augmentation dans l'utilisation des services cliniques de santé reproductive, et peuvent offrir une gamme de services élargie à d'autres programmes de prévention et de promotion.

### **Défis communs :**

Les programmes communautaires de santé reproductive se heurtent à la disponibilité limitée de ressources humaines qualifiées, à la difficulté de motiver et de retenir les volontaires, au problème de la viabilité à long terme du système. Un certain nombre de participants ont été intéressés par la question du coût des programmes ou des ressources des programmes. L'absence d'information dans ce domaine crée un obstacle à la mise en œuvre des programmes sur une plus grande échelle et à l'introduction de l'innovation.

Les participants ont recensé un certain nombre de besoins immédiats qui sont communs à tous les programmes dans les pays :

- Renforcer l'encadrement.
- Favoriser des liens plus étroits entre les infirmières et les autres membres du personnel des systèmes de santé ainsi que les agents bénévoles.
- Elargir la portée des programmes pour atteindre les populations non visées.
- Recenser les ressources supplémentaires pour soutenir l'élargissement au niveau national.
- Renforcer les effets des programmes communautaires de santé reproductive sur l'utilisation des contraceptifs moyennant la mise au point et la mise en pratique d'approches novatrices.
- Renforcer les systèmes d'information et de gestion.
- Rassembler des informations sur le rapport coût/efficacité des programmes moyennant des efforts de recherche ciblés.
- Renforcer l'engagement des dirigeants en faveur d'un soutien durable aux programmes communautaires de santé reproductive.
- Inciter les communautés à apporter leur soutien à l'agent de santé travaillant pour le programme communautaire.

### **Après l'atelier**

Les organisateurs de l'atelier ont fourni des informations sur les possibilités et ressources disponibles pour soutenir les activités entreprises dans le cadre des plans nationaux.

- L'ESD et l'USAID ont décrit le processus selon lequel serait élaboré le descriptif des programmes pour chaque pays. Les intervenants ont proposé des idées sur la manière d'utiliser les descriptifs en tant qu'outils de sensibilisation pour les pays, afin d'expliquer les programmes aux autres donateurs et partenaires. Les « pratiques qui marchent » ainsi que les problèmes à résoudre qui ont été identifiés au cours de l'atelier permettront aussi de définir d'autres activités d'assistance technique complémentaires pour les 12 prochains mois. L'accent sera mis sur les éléments majeurs des programmes CSG, dont le renforcement dans le cadre d'une mise en œuvre à plus grande échelle est faisable et envisageable, et qui permettront de donner des résultats mesurables.

- Le FNUAP apportera son soutien au suivi après l'atelier. Il dispose de certains logiciels et pourrait offrir une assistance technique ciblée pour mettre en œuvre les plans d'action.
- L'OMS/AFRO soutiendra et favorisera la collaboration, la coopération et la coordination entre les organisations partenaires qui ont participé à l'atelier et celles qui sont présentes dans la Région et dans les pays. Le Bureau régional a mis au point des outils pour soutenir les efforts du Ministère de la Santé en vue d'intégrer les services de recherche reproductive et de les repositionner, et peut aussi apporter une assistance technique pour l'élaboration de programmes de santé reproductive efficaces destinés aux adolescents.
- L'initiative *Implementing Best Practices* (IBP – Mise en œuvre des meilleures pratiques) offre un lien avec un important groupe de partenaires qui promeuvent la collaboration au niveau mondial ainsi qu'aux niveaux des Régions et des pays. Le portail des connaissances (*Knowledge Gateway*) de l'initiative propose un forum électronique permettant le partage des informations.
- Le Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine (HRP-OMS/RHR) aide les chercheurs des pays en développement à entreprendre des recherches visant à améliorer la qualité de la prestation des services de santé reproductive. Une assistance technique et financière est également disponible par l'intermédiaire de cette initiative.
- L'unité de planification familiale de l'OMS/RHR met au point des outils et des matériels de soutien pour la prestation des services de planification familiale. Les participants ont été encouragés à débattre de la nécessité d'adapter ces outils à leur utilisation par les agents communautaires et de faire part de leurs idées sur ce point.

Les discussions qui ont suivi les exposés du groupe ont mis en lumière la nécessité d'harmoniser les approches et de travailler conjointement pour intégrer les programmes communautaires aux politiques de santé reproductive et aux plans de santé au niveau national. De l'avis général, l'aide fournie par toutes ces organisations différentes pouvait être utile en ce sens.

## **Deuxième jour : 12 juin 2007**

### Le rôle des données tirées de l'expérience

Les sessions matinales ont été consacrées aux discussions relatives au rôle du suivi, de l'évaluation et de la recherche pour renforcer les programmes communautaires. Des exposés ont été faits pour revoir les concepts fondamentaux et décrire les expériences régionales. Parmi les principaux points abordés figuraient :

- Les différences entre les concepts :
  - Le suivi nous permet de suivre l'évolution des indicateurs, de remédier aux lacunes et de modifier les orientations compte tenu des éventuels obstacles imprévus ; ce suivi se fait soit suivant un calendrier (c'est-à-dire trimestriellement ou annuellement) soit moyennant un suivi régulier des indicateurs relatifs aux activités de façon à ce que l'on puisse résoudre les problèmes au fur et à mesure de leur apparition.

- L'évaluation est un outil utilisé pour mesurer l'efficacité du projet ou le degré de réalisation de ses objectifs. Les données factuelles sont utilisées pour les décisions relatives aux politiques et aux attributions de ressources et peuvent être un puissant outil de sensibilisation.
- La recherche permet d'apporter une réponse à une question, en adaptant la stratégie d'intervention du programme afin de maximiser les résultats escomptés. L'évaluation d'un programme ou d'une action prend en considération les déterminants et les facteurs qui sont souvent extérieurs au problème.
- Les liens existant entre les concepts : le suivi et l'évaluation sont soutenus par la recherche. Chacun de ces éléments a un rôle spécifique à jouer dans la gestion du projet et ils doivent être soigneusement coordonnés pour que les bénéfices tirés soient maximaux.
- Points à prendre en considération lors de l'utilisation des données pour améliorer les programmes :
  - Quel(s) type(s) de données factuelles pour quel type de décision ? – Et ces données sont-elles immédiatement disponibles ?
  - Attention à ne pas collecter trop de données ou un type de données inadapté. Il convient de savoir pourquoi ces données sont collectées et comment elles seront utilisées.
  - Les données existantes sont-elles mal utilisées ?
- Des exemples spécifiques de collecte et d'utilisation des données ont été présentés.

Les participants ont débattu de manière générale du rôle du suivi, de l'évaluation et de la recherche. Parmi les questions posées figurait celle du calendrier de l'organisation de l'évaluation et de ses effets sur la validité des résultats. Il a été demandé aux intervenants de décrire leur expérience de l'évaluation participative, du suivi, et de l'utilisation des données factuelles pour justifier les programmes et de la manière dont elle a une incidence sur la collecte des données. Des questions ont également été posées sur la manière d'utiliser les données collectées par des volontaires dans le cadre des plans de santé nationaux. Les intervenants ont fait observer que les approches participatives sont difficiles à mettre en œuvre et que la mise au point des objectifs s'est avérée problématique. Faire participer la communauté et le personnel à la définition des plans d'évaluation favorisera la responsabilisation.

Les participants ont ensuite été divisés en deux groupes pour présenter et débattre des plans de suivi et d'évaluation des programmes dans les pays. Il leur a été demandé de déterminer quels étaient les points forts et les points faibles de leurs plans de suivi et d'évaluation et de proposer des moyens d'améliorer leur approche actuelle.

Les groupes ont conclu que les indicateurs étaient correctement définis, que les outils de collecte existaient, et que la description des rôles et profils des agents de distribution communautaires avait été faite. Parmi les problèmes recensés par les participants figuraient le maintien d'un encadrement régulier de tous les types d'activités communautaires, la qualité des rapports, y compris leur caractère exhaustif et leur présentation rapide, la capacité à évaluer les effets des interventions communautaires, l'harmonisation des outils de collecte des données, et l'amélioration des compétences pour utiliser et analyser les données. Les groupes ont préconisé que les approches

suivantes soient adoptées pour renforcer les efforts en matière de suivi et d'évaluation : encadrement intégré, réunions mensuelles avec les partenaires communautaires et participation des autorités locales au financement des activités communautaires.

## **Soutien et viabilité des programmes à grande échelle**

L'importance du financement et du calcul des coûts des programmes à grande échelle a été soulignée lors d'une série d'exposés portant notamment sur le calcul du coût des programmes communautaires, un exemple venant d'Ethiopie sur la manière d'obtenir un soutien politique et financier pour mettre en œuvre un programme sur une grande échelle, les meilleures pratiques de l'USAID dans le domaine de la planification familiale communautaire et les manières de d'encourager le changement. On trouvera ci-après les points saillants de ces exposés.

### **Financement et calcul du coût des programmes à grande échelle**

Le fait de fournir des données factuelles sur les coûts/avantages d'un programme peut jouer un rôle important pour obtenir un soutien financier et politique pour lesdits programmes. Une question essentielle dans la conception d'un programme communautaire de santé reproductive est celle du rapport coûts/avantages entre le personnel rémunéré et le personnel bénévole. Les données factuelles montrent qu'il n'existe pas de lien direct entre les coûts/avantages et le personnel salarié. D'autres aspects du programme, tels que l'encadrement et la formation, jouent un rôle essentiel pour déterminer la productivité des agents salariés et des agents bénévoles. Dans certains cas, les programmes s'appuyant sur des agents volontaires peuvent être plus fructueux que ceux s'appuyant sur des agents salariés s'il existe un soutien et une motivation appropriés.

Le coût des programmes communautaires de santé reproductive est souvent fréquemment comparé à celui des programmes en établissements sanitaires. La comparaison n'est toutefois pas facile. Les données relatives aux coûts des programmes de santé reproductive, quels qu'ils soient, sont limitées, et il est fréquent qu'elles ne tiennent pas compte de l'ensemble des sources de financement. Traditionnellement, les programmes communautaires de santé reproductive sont largement financés par l'intermédiaire de fonds communautaires et la prise en charge des frais de personnel et de produits, tandis que les services en établissements sanitaires sont financés par les donateurs, les gouvernements et par les frais supportés par les usagers. En outre, traditionnellement, les études ont négligé de prendre en compte le rôle unique que jouent les programmes communautaires en allant au-devant des populations défavorisées, et notamment des populations pauvres. Par conséquent, il conviendrait de tenir compte de la nécessité de disposer d'analyses coûts/avantages (ou simplement d'analyses des avantages relatifs de chaque approche) plus complètes.

### **Obtenir un soutien financier et politique**

Cet exposé a souligné l'importance de la collaboration entre le gouvernement et les donateurs à tous les niveaux opérationnels. En Ethiopie, le programme communautaire de santé reproductive et de formation d'agents de vulgarisation sanitaire (HEW) est considéré comme une priorité gouvernementale. En tant que tel, le programme joue un rôle central dans le cadre des documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté (PRSP), des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), de la stratégie en matière de santé reproductive et d'autres programmes de développement du pays. Le programme HEW dispose d'un large soutien et reçoit une aide financière, technique et politique de la part

des agences locales des Nations Unies, d'organisations bilatérales ou multilatérales, des ONG, des communautés, des organisations religieuses, des associations professionnelles et du secteur privé. Tous les partenaires en matière de santé reproductive se sont engagés à soutenir ce programme, et le Gouvernement continue à accroître le financement au niveau national et au niveau des districts. Les communautés apportent des contributions en nature. Le programme doit relever de nombreux défis, mais le Gouvernement et les partenaires sont optimistes quant à la capacité d'atteindre les objectifs fixés.

### **Meilleures pratiques en matière de planification familiale/santé reproductive**

L'USAID a présenté les pratiques fondées sur l'expérience qui, selon elle, doivent être intégrées aux programmes de planification familiale.

Etant donné que de nombreuses pratiques sont considérées comme « les meilleures » ou « meilleures » que d'autres, l'USAID a recensé des critères spécifiques pour les pratiques qu'elle estime « prioritaires » et souhaite voir systématiquement introduites et incorporées aux programmes : elles doivent reposer sur des données factuelles ; avoir été reproduites ; offrir de grandes possibilités d'augmentation de l'utilisation des contraceptifs ; nécessiter un apport minimal pour être mises en œuvre ; être peu coûteuses à mettre en œuvre ; être considérées comme à la pointe de la technique et rester sous-utilisées.

Deux « ensembles » de pratiques prioritaires ont été définis – l'un pour les services en établissement sanitaire, l'autre reposant sur les pratiques communautaires. Parmi les pratiques en établissement sanitaire figurent :

- Le dépistage systématique – les dispensateurs de soins peuvent l'utiliser pour s'assurer que leurs patients reçoivent les services clés. L'expérience montre que le dépistage systématique peut permettre d'accroître l'utilisation de certains services de près de 20 %.
- L'utilisation de listes de contrôle pour améliorer l'accès à la contraception et l'utilisation de celle-ci  
– une liste de contrôle relative à la grossesse et trois listes concernant des méthodes spécifiques : les pilules, le Depo-Provera et les DIU.
- Quatre pratiques conçues pour améliorer la distribution de contraceptifs hormonaux :  
1) la méthode « Quick Start » (pilules) – qui consiste à prendre la première pilule au moment de la consultation et à utiliser la liste de contrôle concernant la grossesse ;  
2) la distribution de pilules à l'avance – qui consiste à donner plusieurs plaquettes de pilules ;  
3) les instructions relatives à l'oubli de la pilule  
– qui consistent à donner des instructions sur la conduite à adopter si une ou plusieurs pilules sont oubliées ; et  
4) les délais à respecter pour l'AMPR – deux semaines avant ou après ne posent pas de problème.
- L'élargissement de l'éventail des méthodes pour inclure des méthodes sous-utilisées.

Pour les programmes qui soutiennent ou administrent des programmes communautaires, les pratiques suivantes sont recommandées :

- Utilisation de listes de contrôle par les agents de distribution communautaires,
- Elargissement de l'éventail des méthodes – en ajoutant la méthode de l'aménorrhée lactationnelle, la méthode des jours fixes et le Depo-Provera,
- Engagement d'agents de distribution communautaires masculins, et

- Introduction, par les agents de distribution communautaires, de messages relatifs au choix du moment approprié pour une grossesse en bonne santé et à l'espacement des grossesses, lors des séances de conseil et de formation.

### **Encourager le changement et la mise en œuvre sur une grande échelle**

Un exposé a été présenté sur la manière dont les partenaires au niveau national peuvent travailler conjointement pour apporter des changements et des améliorations dans le domaine de la santé reproductive. Les partenaires de l'initiative IBP se sont efforcés d'harmoniser les approches et les outils existants et ont conçu un guide qui vise à aider les pays à « encourager le changement ». L'exposé a souligné l'importance du « changement » dans le travail que nous faisons tous. Il s'agit de la question essentielle lorsque nous nous interrogeons sur les raisons pour lesquelles les programmes et les agents n'utilisent pas les pratiques connues reposant sur des données factuelles qui pourraient améliorer la santé. Le problème est que le changement n'est pas chose aisée et doit être géré avec prudence. En particulier, la question du passage à une grande échelle est primordiale. Cette transposition doit être soigneusement planifiée et faire l'objet de choix stratégiques à un stade précoce de l'étape de la mise en œuvre. Nombreux sont les outils, matériels de soutien et experts disponibles pour soutenir toutes les étapes de ce processus de « changement ». Le guide visant à encourager le changement est à la disposition de chaque équipe de pays tout comme le sont les guides pour mettre en œuvre les interventions sur une plus grande échelle publiés par ExpandNet. On trouvera d'autres informations par l'intermédiaire du portail de l'initiative IBP, [www.ibpinitiative.org](http://www.ibpinitiative.org), ainsi que sur le site web d'Expandnet : [www.expandnet.net](http://www.expandnet.net).

### **Éléments essentiels de la gestion des programmes**

L'après-midi a été consacré aux éléments essentiels de la gestion des programmes communautaires

– logistique, mobilisation communautaire, intégration au sein du système de santé, intégration planification familiale/VIH, formation, motivation, tâches personnelles et encadrement.

Les participants ont été organisés en petits groupes et il leur a été demandé de répondre aux questions suivantes :

- Quelles sont les recommandations formulées ou questions soulevées dans les documents qui présentent un intérêt ou concordent avec l'expérience vécue par les participants ?
- Quelles sont les recommandations ou questions figurant dans les documents qui devraient être réactualisées pour mieux refléter la situation actuelle ?
- Y a-t-il d'autres questions, obstacles ou conseils qui sont utiles pour les programmes ?

Plusieurs publications largement reconnues ont servi de base aux discussions, et notamment :

1. « *Network* » (en anglais et en français).
2. Des extraits du livre : *The Community Health Worker: Effective Programmes for Developing Countries* (Oxford Medical Publications).
3. Les agents de santé communautaires : comment aller de l'avant (OMS, 1999 ; La santé publique en action N° 4).

En général, les participants ont constaté que bon nombre des questions relatives à la gestion soulevées dans les documents fournis continuent à représenter des obstacles significatifs à la mise en œuvre. Peu de progrès ont été faits pour se préoccuper des éléments clés de la réussite.

### **Logistique :**

Le groupe est convenu que des problèmes tels que les ruptures de stocks, les approvisionnements limités et irréguliers, les problèmes liés aux politiques et pratiques en matière de prescription sont les mêmes aujourd'hui qu'il y a 20 ans. Il y a sans nul doute des domaines où des améliorations ont eu lieu, mais le problème fondamental qui est d'assurer des approvisionnements abordables et accessibles aux communautés défavorisées qui vivent dans des zones reculées existe toujours. Les exemples de chaînes d'approvisionnement novatrices faisant intervenir le secteur privé pour apporter un soutien aux pharmacies, aux boutiques et aux programmes de marketing social ont fait l'objet de discussions, mais ils ne sont pas encore mis en œuvre sur une plus grande échelle. L'obstacle majeur commun aux différents programmes est celui d'un financement basé sur un projet plutôt que sur un soutien au niveau national, notamment par l'intermédiaire d'une ligne budgétaire. Une autre question, fréquente même lorsque la logistique relève d'un système national, est celle de la faiblesse de la mise en œuvre. Tous les participants ont exprimé l'avis selon lequel un petit bénéfice tiré de la distribution des produits serait pour l'agent de santé communautaire un facteur de motivation à la fois sur le plan des résultats et du contrôle adéquat des produits. Les ruptures de la chaîne d'approvisionnement deviennent alors des facteurs de démotivation. *Les participants sont d'avis que la question des approvisionnements doit être résolue au niveau national, qu'elle nécessite la création d'une ligne budgétaire pour l'achat des produits de base destinés à la planification familiale et que des systèmes doivent être mis en place pour soutenir leur distribution effective. Il n'est pas nécessaire toutefois de centraliser la distribution.*

### **Mobilisation de la communauté**

Le groupe a indiqué que toutes les recommandations, questions et conseils figurant dans les documents étaient pertinents et utiles pour les programmes de santé communautaires actuels. Toutefois, plusieurs questions, bien que pertinentes, avaient besoin d'être actualisées, notamment celle de l'équilibre entre visites à domicile et activités en établissements de soins. En outre, de l'avis général, certaines recommandations devaient porter sur le développement des réseaux d'agents de santé communautaires. *Une actualisation est nécessaire pour trouver les moyens appropriés de faciliter la mobilisation au niveau communautaire.*

### **Intégration au sein du système de santé**

Le groupe a débattu de l'importance des relations entre l'agent de distribution à base communautaire (DBC) travaillant en établissement sanitaire, y compris de la difficulté des relations hiérarchiques. Un encadrement attentif est essentiel pour l'agent DBC et doit être facilité par le programme DBC. Toutefois, il existe fréquemment des contraintes financières ou liées aux ressources humaines qui sont un obstacle à un encadrement adapté. En outre, les agents travaillant en établissements sanitaires ne sont pas préparés dans le cadre de leur formation préalable à travailler avec des agents communautaires et à assurer l'encadrement nécessaire. Il est important que le rôle des agents cliniques et celui des agents communautaires de distribution soient clairement définis. Il est possible que les agents communautaires chargés de la distribution aient, en matière de carrière, des attentes plus importantes que ne le permet le système, d'où une baisse de leur

motivation. Les possibilités d'évolution de carrière pour les agents communautaires ayant de bons résultats doivent être envisagées et intégrées aux programmes. Des politiques doivent être mises en place pour soutenir les programmes DBC, et la planification au niveau du district doit prévoir les ressources financières et humaines nécessaires pour soutenir ces programmes. *Il est fréquent que les programmes communautaires de distribution ne soient pas bien intégrés au système de santé, et l'amélioration de cet aspect doit commencer aux niveaux des politiques et de la planification, et par une définition claire des rôles et des responsabilités, un encadrement approprié et des possibilités d'évolution pour l'agent DBC.*

### **Liens entre le VIH et la planification familiale**

Les avantages qu'il y a à établir des liens entre les services concernant le VIH et les services de planification familiale ont fait l'objet de discussions, notamment en ce qui concerne la prévention de la transmission mère-enfant ; la prévention des grossesses non désirées, l'espacement des grossesses et le choix du bon moment d'une première grossesse ou d'une grossesse ultérieure (lorsqu'elle est souhaitable) pour la santé de la mère. Les agents communautaires ont l'occasion de donner des informations sur les services de planification familiale et de conseiller les personnes sur la prévention, les soins et le traitement concernant le VIH. Les problèmes existent lorsque les transferts ne peuvent être effectués du fait de la distance à laquelle se trouvent les établissements sanitaires, de l'attitude du personnel soignant et/ou de l'absence de connaissances quant à la manière d'offrir des services de prise en charge du VIH et de planification familiale de grande qualité. La stigmatisation et la discrimination associées à la séropositivité pour le VIH et les règles et pratiques socioculturelles restent des obstacles majeurs à l'établissement de liens utiles qui puissent avoir une incidence sur les comportements de recours aux soins et accroître l'utilisation des contraceptifs. *C'est aux niveaux des politiques, des programmes et au niveau communautaire qu'il convient de veiller à préserver la confidentialité du client, et à motiver et préparer les dispensateurs de soins pour qu'ils puissent répondre à des besoins sanitaires variés.*

### **Formation**

Lors des discussions relatives à la formation, il est essentiel d'examiner à la fois la formation préalable et la formation en cours d'emploi. Les données tirées de l'expérience ont montré que l'encadrement peut jouer un rôle important dans les chances de succès des agents communautaires et qu'il est par conséquent essentiel de s'intéresser aussi à la formation des personnes chargées de l'encadrement. D'une manière générale, les participants ont estimé que le programme de formation des agents communautaires ne reflète pas la pratique actuelle et doit être révisé. Pour ce qui est des cliniciens, la formation préalable concernant leur rôle dans le domaine de l'encadrement et de la mobilisation de la communauté est inappropriée et ne les prépare pas suffisamment à travailler au sein des communautés. Les participants sont convenus qu'il serait utile de former les agents communautaires et les agents cliniques ensemble dans la mesure du possible, de façon à ce qu'ils puissent modéliser le travail effectué sur le terrain. Bien que la plupart des formations cliniques aient une composante communautaire, l'importance de cette formation n'est pas soulignée dans le programme et ce n'est que lorsque les praticiens sont sur le terrain qu'ils se rendent compte de l'importance du travail avec les membres de la communauté. Les participants ont suggéré que des cliniciens ayant une formation en santé publique seraient d'excellents intervenants dans le cadre des cours de formation préalable et pourraient contribuer à donner davantage d'importance à ces compétences. Un autre problème concernant l'agent communautaire tient à la nécessité d'harmoniser les formations. Il a aussi été noté qu'il est souvent difficile de modifier la

formation dans le cadre des programmes cliniques. Toutefois, pour l'agent communautaire, le programme de formation est plus souple et peut être plus aisément aménagé. *Une révision des programmes de formation est nécessaire à la fois pour les agents de santé communautaires et pour le personnel clinique.*

### **Motivation**

La motivation en tant qu'élément indispensable des programmes communautaires de santé reproductive a été un thème récurrent tout au long de l'atelier. Le principal sujet de discussion dans ce petit groupe a été celui de la rémunération des agents communautaires. Dans sa grande majorité, le groupe est convenu qu'il devrait y avoir une certaine forme de rémunération s'il est demandé aux agents de travailler à plein temps. Toutefois, aucune réponse claire n'a été apportée à la question de savoir qui paierait effectivement l'agent. En Ethiopie, le Gouvernement verse les rémunérations, mais, au Mali, les centres sanitaires sont gérés par les équipes de gestion communautaires (ASACO) qui devraient être chargées de rémunérer les agents, ce qui est apparu comme une charge trop lourde à supporter pour la communauté. Sinon, les agents bénévoles travaillent à temps partiel et ont un emploi rémunérateur qui leur permet de subvenir à leurs besoins. Dans plusieurs des pays, d'autres formes de « rémunération » étaient offertes pour motiver les agents. Il est fréquent que des bicyclettes ou un autre équipement leur soient offerts, mais ils finissent par se détériorer et bien souvent aucune aide n'est prévue pour permettre leur réparation. Au Ghana, certains des agents sont rémunérés et bénéficient en outre de primes liées à la difficulté de la vie en milieu rural, de réfrigérateurs, de systèmes solaires, de motos ou de radios. Il s'agit là d'incitations appréciables, mais qui coûtent cher. Il existe d'autres moyens de motiver les agents : par la formation ou l'encadrement individuel. Toutefois, sans rémunération ou gratification tangible, il est possible que la motivation existe immédiatement après la formation, mais elle décroît avec le temps. Chacun est convenu que tous les agents communautaires ne devaient pas automatiquement être considérés comme des bénévoles. Toutefois, les bénévoles ont un rôle important à jouer, car ils peuvent apporter une aide aux agents sanitaires rémunérés et renforcer l'idée selon laquelle la santé est de la responsabilité de la communauté. Chaque communauté doit trouver ce qui permettra de les motiver. *Le plus important semble être que les agents de santé communautaires (qu'ils soient ou non rémunérés) aient le sentiment de faire partie intégrante du système global de santé ainsi que de la communauté.*

### **Tâches personnelles**

La réponse à la question : « que font les agents communautaires ? » évolue constamment et dépend largement du contexte et des besoins de la communauté au sein de laquelle ils travaillent. L'expérience montre que le fait de communiquer une description précise de l'emploi aux professionnels de santé et aux membres de la communauté joue un rôle important pour assurer le succès du programme. Toutefois, les communautés préfèrent souvent des services curatifs alors que les gouvernements préfèrent généralement des services préventifs qui offrent un meilleur rapport coût/efficacité et qui, dans la plupart des cas, requièrent moins de compétences. Le niveau d'instruction des agents joue un rôle dans la définition des services pouvant être offerts par leur intermédiaire, de même que les préoccupations relatives à la sûreté et la sécurité des agents et des membres de la communauté. *Donner aux agents un trop grand nombre ou un trop petit nombre de tâches à accomplir est source de problèmes. Les besoins de la communauté doivent faire l'objet d'un suivi et des ajustements être apportés aux programmes communautaires de santé génésique pour veiller à ce qu'ils répondent aux besoins de leurs destinataires.*

## **Encadrement**

Comme pour d'autres éléments des programmes communautaires de santé reproductive, peu d'améliorations ont été apportées aux stratégies d'encadrement. Les problèmes liés aux contraintes géographiques, à l'absence de ressources financières et à la faible motivation limitent la teneur et la fréquence des visites d'encadrement. Il est fréquent qu'elles soient axées sur les questions de rapports à présenter, et le renforcement des compétences ou le soutien à celles-ci sont rarement abordés. *Le groupe a recommandé que soient élaborés des plans précis d'encadrement indiquant notamment qui effectuera les visites, quand et où, et en quoi elles consisteront.*

## **Troisième jour : 13 juin 2007**

La journée a été consacrée à des visites sur le terrain pendant lesquelles les participants ont pu :

- Voir les outils de collecte des données au niveau de la personne-relais (bénévole communautaire)
- Assister à une activité d'IEC/Communication pour un changement de comportement (CCC) menée par une personne-relais
- Examiner les outils utilisés pour les activités d'IEC/CCC
- Etudier les partenariats locaux soutenant la personne-relais
- Observer les groupes de femmes qui soutiennent dans le même temps les activités génératrices de revenus et la santé
- Etudier le rôle des différents partenaires dans la mise en œuvre de la stratégie des personnes-relais
- Identifier les difficultés liées à la mise en œuvre de la stratégie des personnes-relais
- Etudier la gestion des ressources au niveau de la personne-relais.

Tous les groupes ont rencontré les autorités locales dans les centres sanitaires de référence, ainsi que dans un centre de soins communautaire (CSCOM).

Les groupes ont eu des échanges fructueux et ont constaté que les centres de soins communautaires sont bien organisés, le personnel y est présent et les personnes-relais sont bien intégrées à l'équipe du centre.

Les discussions ont permis de soulever des points clés. L'équipe a constaté que la personne-relais maîtrisait les différentes composantes du programme et a noté :

- Une réelle participation de la communauté
- L'engagement du personnel du centre de soins auprès de la communauté
- Le dynamisme des interactions entre le personnel du centre et la personne-relais
- La disponibilité constante des outils d'IEC
- Le nombre limité des abandons chez les personnes-relais

- L'existence d'autres sources de revenus pour les personnes-relais
- L'existence de problèmes de motivation et de questions liées à la viabilité à long terme
- L'augmentation de la participation des hommes à la planification familiale
- Dans certains cas, le manque de personnel (dans un centre une seule infirmière) qui doit assurer les activités cliniques et également l'encadrement
- Dans un cas, des accoucheuses traditionnelles ayant suivi un cours de recyclage font office de « matrones » et travaillent dans le centre de soins
- L'accès à l'autonomie des femmes moyennant des activités de formation et de vulgarisation qui leur ont permis d'acquérir un meilleur statut dans la plupart des communautés.

## **Quatrième jour : 14 juin 2007**

### **Exposés sur les visites sur le terrain**

Chaque groupe a présenté un bilan des visites sur le terrain de la journée précédente.

### **Initiatives novatrices dans le domaine du planning familial**

#### **L'expérience du Mali en ce qui concerne la méthode des jours fixes**

En coopération avec le Ministère de la Santé, l'Institut de Santé reproductive de l'Université de Georgetown a initié en septembre 2006 un projet visant à introduire la méthode des jours fixes. Cette méthode est une méthode naturelle, simple, efficace, peu coûteuse et dénuée d'effets secondaires. Elle est particulièrement appréciée des communautés religieuses et est apparue particulièrement adaptée au Mali. Cinquante-quatre formateurs ont d'abord été formés aux niveaux national et régional, puis des formateurs et des prestataires ont été formés pour les districts à Gao et à Kidal. Jusqu'à ce jour, 305 personnes ont adopté la méthode à Bamako. Au cours de la discussion, l'Éthiopie a fait part de son expérience et a indiqué que le niveau d'acceptation avait également été faible chez elle. Il convient d'axer les efforts sur le renforcement des capacités, en particulier afin d'améliorer la qualité des conseils qui sont essentiels au succès.

#### **L'expérience de Madagascar en ce qui concerne les contraceptifs injectables**

Après avoir tenu une réunion initiale avec les parties prenantes, le Ministère de la Santé a organisé des réunions au niveau communautaire pour introduire l'AMPR dans deux régions, au titre de la phase pilote. Les deux régions présentaient des contextes socioculturels différents. Deux districts ont été choisis pour chaque région, l'un étant moins accessible que l'autre. La phase pilote a duré sept mois pour permettre deux injections. Dans l'intervalle, des réunions d'information et de sensibilisation ont été tenues avec les responsables de la santé et les autorités locales.

Une réunion de formation de trois jours a été organisée pour les agents DBC choisis qui avaient déjà été formés à d'autres méthodes. Des séances ont été tenues pour les agents

DBC et les clients. Un stock de départ a été fourni aux agents et un suivi effectué un mois plus tard. Un encadrement systématique par des agents et techniciens de santé travaillant avec les ONG a été assuré au moins deux fois par mois. Les agents ont présenté des rapports sur leurs activités chaque mois. Le projet est actuellement dans sa phase d'évaluation.

La discussion sur cette expérience a été très intéressante et animée. Les participants souhaitent vivement savoir quel était le niveau de compétence des agents DBC. En outre, en Ethiopie, des problèmes s'étaient posés lorsque les agents formés à l'injection du Depo-Provera (AMPR) ont ensuite commencé à effectuer d'autres injections pour lesquelles ils n'avaient pas été formés. Il a été convenu que l'encadrement était très important et qu'un niveau approprié de formation de base était une condition préalable indispensable si la formation proposée pour les contraceptifs injectables ne durait pas plus de trois jours.

### **Travailler avec les chefs religieux dans le domaine de la planification familiale**

Un réseau de chefs religieux a été formé pour travailler avec d'autres chefs religieux qui sont des prédicateurs et les convaincre de promouvoir la planification familiale en s'appuyant sur ce que dit le Coran. Les chefs religieux maliens se sont fortement investis dans ce projet. Les principaux messages ont trait à l'importance de la planification familiale pour le bien-être de la population.

Le programme a été très fructueux, mais cela n'a pas été chose aisée. Convaincre les chefs religieux a demandé beaucoup de tact. Leur objectif était de partager les connaissances acquises et de permettre de mieux comprendre la question. Il était important de ne pas créer de problèmes ni de diviser la population.

Le projet a mis l'accent sur le fait que de nombreux versets du Coran peuvent être interprétés comme étant favorables à la planification familiale. En particulier, le Coran dit que :

- vous ne devez pas sauter dans l'eau les yeux fermés ;
- vous ne devez pas avoir plus d'enfants que vous ne pouvez en nourrir ;
- si vous avez un enfant, vous devez prendre soin de lui ;
- il est interdit de ne pas prendre soin de sa famille ;
- Dieu veut aussi que les hommes et les femmes soient forts, et non en mauvaise santé.

Tous ces versets sont utilisés pour défendre le planning familial.

Le programme a soutenu des conférences, des travaux avec les écoles coraniques, des travaux avec des femmes chefs religieux et des associations musulmanes. Les Imams et les écoles coraniques sont des points d'accès essentiels pour convaincre d'autres personnes. Il existe désormais des réseaux régionaux dans toutes les régions et au niveau des districts. Ces réseaux serviront de base pour renforcer les activités du projet dans tout le pays.

Les participants ont posé de nombreuses questions et se sont montrés particulièrement intéressés par la manière dont cette approche pourrait être utilisée avec d'autres religions ... comme en Ethiopie.

Forum (stands des pays) et rencontre avec les personnes-ressources

Les pays ont présenté leurs matériels et les participants ont eu la possibilité de discuter des différents programmes ou de rencontrer les personnes-ressources.

Séance de questions/réponses avec les équipes de pays

Au cours de la séance plénière, les participants ont eu la possibilité de poser des questions à chacune des équipes de pays. Cette séance a été extrêmement animée, et a permis de discuter de manière plus approfondie et de préciser certaines questions qui n'avaient pu être abordées auparavant de manière suffisamment détaillée.

Voici les grandes lignes de ces discussions :

### **Cameroun :**

Le Cameroun s'efforce de réduire son taux de fécondité élevé. Les obstacles ont été nombreux. Traditionnellement, les Camerounais étaient favorables à un grand nombre d'enfants, en particulier pour aider les familles aux travaux agricoles. Toutefois, la modernisation a modifié la situation. Par ailleurs, le Gouvernement versait des allocations aux familles nombreuses. Cependant, la planification familiale est désormais davantage acceptée. Bien que les méthodes naturelles soient celles auxquelles les groupes religieux sont favorables, les méthodes modernes sont utilisées et également encouragées.

En outre, il existe toujours certains obstacles au travail des agents DBC. Les professionnels de la santé sont peu enclins à accepter ces agents qui ne font pas partie du personnel clinique. Il existe également des obstacles culturels, des problèmes de financement, et certaines expériences passées négatives ne favorisent pas leur acceptation aujourd'hui. En particulier, certains postes sanitaires ont en fait été occupés par des agents DBC qui ont commencé à se considérer l'égal des médecins. Une partie du problème tenait au fait que l'encadrement était insuffisant pour permettre de savoir exactement quels services ils fournissaient et quelle était la qualité de ces services.

Dans les années 1990, le Cameroun a commencé à travailler avec des agents DBC, puis le FNUAP a aidé le Ministère de la Santé à étendre le programme. Actuellement, il y a 350 agents communautaires dans 11 districts. Le Ministère de la Santé prévoit d'étendre l'expérience à davantage de districts au cours des prochaines années.

### **Madagascar**

Les discussions ont d'abord porté sur les stratégies permettant de motiver les agents DBC. En fait, les agents de distribution communautaires vendent un certain nombre d'autres produits, outre les contraceptifs, et obtiennent 50 % des bénéfices sur tout ce qui est vendu. Un autre élément positif est que les agents sont au nombre de deux sur chaque site et bénéficient donc d'un environnement de travail plus favorable. En dernier lieu, il est important de noter que tous les agents ont d'autres sources de revenu telles que l'agriculture, le bétail, le commerce, etc., qu'ils ne sont pas censés abandonner.

Un point particulier de la discussion a porté sur la justification juridique/politique de la vente de médicaments par des fournisseurs ne détenant pas de licence. Dans de nombreux pays, cette pratique est illégale en dehors des pharmacies officiellement reconnues. L'équipe de Madagascar a répondu que, du fait que le programme de distribution communautaire ainsi que les agents faisaient partie intégrante du système de santé et que les médicaments faisaient partie des médicaments disponibles au centre de santé, la fourniture de l'AMPR dans ce cadre était conforme à la politique adoptée.

## **Ethiopie**

Avec 100 % d'agents féminins (dans le cadre du programme de vulgarisation sanitaire (*Health Extension Programme*)) et 16 ensembles de services essentiels, le planning familial ne représentant qu'un seizième du portefeuille des activités, la question a été posée de savoir comment l'Ethiopie pouvait espérer réduire le niveau élevé des besoins non satisfaits dans le pays. De fait, le Programme de vulgarisation sanitaire s'appuie fortement sur la collaboration avec les autres agents de santé bénévoles traditionnels (les agents communautaires de santé génésique et d'autres) et s'attend à ce qu'ils soient en mesure de répondre aux questions spécifiques au planning familial. Le Programme de vulgarisation sanitaire a été mis en place parce qu'une évaluation a montré qu'il existait d'importants problèmes d'accessibilité des services. Ce nouveau Programme, avec l'appui des agents communautaires bénévoles existants, devrait représenter une approche efficace pour répondre à ces besoins.

Une autre question qui a fait l'objet de discussions est celle de la fourniture gratuite des contraceptifs par l'Ethiopie. Les autorités pensent que les populations ne sont pas prêtes à payer pour ceux-ci. Les questions ont porté sur la viabilité à long terme de cette approche étant donné que les contraceptifs sont actuellement fournis par des donateurs qui ne seront pas toujours présents. Le Ministère de la Santé a commencé à débattre de la question et à prévoir d'assurer la sécurité de l'approvisionnement en contraceptifs à l'avenir. En outre, ils ont engagé un programme de marketing.

## **Ghana**

Le programme du Ghana dépend largement de l'interaction entre les bénévoles et les infirmières communautaires rémunérées. Les bénévoles ne peuvent fournir le Norplant, les dispositifs intra-utérins (DIU) ou la contraception d'urgence, mais orientent les personnes vers les infirmières et sages-femmes ayant une formation appropriée. La coordination et la collaboration entre ces deux types d'agents de santé offrent des services complets au niveau communautaire.

En outre, pour tous les agents et dispensateurs de soins, un important processus de rétroaction est prévu qui leur permet de débattre du travail qu'ils font. Celui-ci, ainsi que d'autres activités communautaires et culturelles bien organisées sont une grande source de motivation pour les agents.

## **Mali**

Bien que le Mali n'ait pas présenté l'approche adoptée pour travailler avec les jeunes, les participants souhaitent en savoir davantage sur leurs programmes types. Un programme en vigueur à Bamako ainsi que plusieurs programmes avec des organisations non gouvernementales (ONG) sont axés sur les jeunes. Il existe au Mali une longue histoire de programmes de soutien par l'entourage à l'intention des jeunes. Bon nombre des

programmes travaillent avec les écoles et fournissent des préservatifs. Nous avons également remarqué durant certaines des visites sur le terrain que les personnes qui faisaient office d'éducateurs pour leurs pairs devenaient parfois des agents DBC bénévoles lorsqu'ils devenaient trop âgés pour les programmes destinés aux jeunes ou lorsque ceux-ci se terminaient.

Les équipes de pays identifient les besoins et les priorités

La première étape de la mise au point des plans d'action nationaux a consisté pour chaque pays à identifier ses besoins et ses priorités. Le tableau qui suit résume certains des domaines clés recensés par les équipes de pays auxquels il convient de s'intéresser pour renforcer différents aspects des programmes communautaires de santé reproductive.

La journée s'est terminée par un cocktail et un spectacle de musique locale.

### **Cinquième jour : 15 juin 2007**

Cette dernière journée a été consacrée à la mise au point définitive et à la présentation des plans d'action de pays, et aux prochaines étapes à envisager. Puis l'atelier a été clos par le représentant du Ministère de la Santé.



**Récapitulatif concernant  
les plans d'action des pays**

PAYS	ATOUTS	INSUFFISANCES	POSSIBILITES	ACTIVITES PRIORITAIRES
Cameroun	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Financement disponible</li> <li>• Des modules de formation existent</li> <li>• Des formateurs existent</li> </ul> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Intégrer les accoucheuses traditionnelles dans le programme avec l'objectif de les reconvertir en agents de santé communautaires</li> <li>2. Faire des recherches opérationnelles sur une sélection de personnes ayant accepté un contraceptif oral (pilule) par des agents de santé communautaires bénévoles en utilisant la liste de contrôle</li> <li>3. Trouver un mécanisme durable pour motiver les bénévoles communautaires</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Projet de la Banque Africaine de Développement</li> <li>b. Programmes d'aide du FNUAP, de l'UNICEF et de l'OMS</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier les villages</li> <li>• Identifier les accoucheuses traditionnelles</li> <li>• Former les accoucheuses traditionnelles aux services communautaires</li> </ul> </li> </ol>
Ethiopie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stratégie gouvernementale prioritaire</li> <li>• Le Gouvernement répond à la demande</li> <li>• Engagement des partenaires</li> <li>• Connaissances et pratiques existantes</li> <li>• Des programmes d'encadrement existent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faible capacité d'utilisation des ressources, capacité d'absorption limitée</li> <li>• Sensibilisation inappropriée</li> <li>• Crise des ressources humaines</li> <li>• Lacunes dans les systèmes d'information</li> <li>• Comment mobiliser et coordonner les ressources des donateurs</li> <li>• Lacunes dans les compétences des prestataires (personnel de santé des districts et agents de vulgarisation sanitaire en particulier)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien politique</li> <li>• Système décentralisé</li> <li>• Augmentation du budget alloué par le Gouvernement</li> <li>• Participation de la communauté par le dialogue, l'engagement, le partage des coûts</li> <li>• Existence de groupes de donateurs et de groupes spéciaux soutenant les interventions – bonne volonté des partenaires</li> <li>• Disposition au changement sur la base des données factuelles</li> <li>• Stratégies récentes mises en place pour soutenir le renforcement des systèmes : stratégies relatives au financement de la santé, aux ressources humaines, système d'information pour la gestion sanitaire (HMIS), logistique,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilisation des ressources auprès des partenaires</li> <li>• Achat et distribution de matériel/fournitures</li> <li>• Encadrement attentif des agents de vulgarisation sanitaire (HEW)</li> </ul>

			prévisions	
Ghana	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence d'établissements de formation</li> <li>• Une certaine expérience dans le calcul des coûts</li> <li>• Membres/dirigeants de la communauté réceptifs</li> <li>• Lignes directrices et protocoles bien conçus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien insuffisant à la formation</li> <li>• Faiblesse des systèmes de suivi et d'encadrement dans certains districts</li> <li>• Médiocrité des systèmes de communication, de "feedback" et de contrôle</li> <li>• Evaluation</li> <li>• Nécessité de renforcer la participation communautaire et la mobilisation des ressources</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possibilité d'extension</li> <li>• Volonté politique</li> <li>• Partenaires du développement réceptifs</li> <li>• Stabilité du système politique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer les compétences du personnel de gestion et des dirigeants communautaires dans le domaine de la planification du programme CHPS</li> <li>• Consolider les systèmes de suivi et d'encadrement existants</li> <li>• Renforcer les systèmes de communication, de "feedback" et de contrôle dans le cadre de la mise en œuvre du programme CHPS</li> <li>• Evaluer les progrès accomplis en 18 mois pour atteindre les objectifs – disposer d'au moins 2 zones où le programme CHPS est effectivement mis en œuvre dans chacun des 138 districts du Ghana</li> </ul>
Madagascar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Expériences en santé communautaire : santé reproductive/PCIME, etc.</li> <li>b. Engagement politique : intégration aux activités des communes et villages</li> <li>c. Engagement des partenaires</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Absence de cadre de référence sanitaire communautaire : politique, plan stratégique, plans opérationnels</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existence de différentes politiques pour les divers programmes</li> </ol> <p>Existence d'agents communautaires</p> <p>Intégration du Ministère de la Population au Ministère de la Santé, de la Planification familiale et de la Sécurité sociale</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Etablir un comité pilote chargé des activités communautaires au niveau central</li> <li>b. Mener une analyse de situation en matière de santé communautaire</li> <li>c. Mettre au point les documents d'orientation/de référence : politique nationale de santé ; stratégie nationale</li> </ol> </li> </ol>

Mali	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.</li> <li>a. Formateurs déjà formés</li> <li>b. Soutien en matière d'IEC validé</li> <li>c. Outils de collecte des données disponibles et pouvant être reproduits</li> <li>d. Politiques, normes et procédures (PNP) disponibles</li> <li>e. Les outils de formation et d'encadrement existent</li> <li>f. Les produits contraceptifs sont disponibles</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ressources humaines insuffisantes (dispensateurs de soins et agents de distribution communautaires) à la fois en termes de quantité et de qualité : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Faible niveau d'instruction des agents de distribution communautaires</li> <li>b. Qualité des informations non fiable</li> <li>c. Outils d'encadrement non harmonisés</li> <li>d. Les fiches techniques concernant les PNP n'existent pas au niveau communautaire</li> <li>e. Rupture des stocks de contraceptifs</li> </ol> </li> <li>2. Disponibilité des ressources (matériels, produits contraceptifs, moustiquaires imprégnées, soutien à la gestion et à la communication)</li> <li>3. Suivi/encadrement des agents communautaires et des dispensateurs de soins</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Volonté politique</li> <li>• Financement des programmes en cours d'obtention</li> <li>• Engagement des partenaires</li> <li>• Augmentation du soutien/de l'intérêt de la communauté internationale pour les services communautaires</li> <li>• Enseignements tirés des expériences d'autres pays au cours de l'atelier</li> <li>• Le Mali souhaiterait mener une étude de recherche opérationnelle sur la participation des hommes à la planification familiale avec l'appui financier de l'OMS et d'autres partenaires</li> </ul> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcer les capacités (formations et cours de recyclage des dispensateurs et agents de distribution communautaires)</li> <li>• Former 100 dispensateurs de soins</li> <li>• Former 250 nouveaux agents communautaires en planification familiale</li> <li>• Former 4000 membres de la communauté à la méthode des jours fixes</li> <li>• Former 40 responsables de la logistique des produits contraceptifs</li> </ul> </li> <li>2. Fournir les produits et les outils</li> <li>3. Suivi/encadrement de tous les agents de distribution communautaires</li> </ol>
------	--	---	---	--

Sources : 1. Plan d'action des pays ; 2. Sujets et exposés lors des séances ; 3. Discussions avec les membres des équipes de pays.

## **PROCHAINES ETAPES**

### **Immédiatement après l'atelier :**

- Les organisations-ressources analyseront les plans et les activités de suivi.
- Les organisations-ressources se réuniront pour discuter des rôles et responsabilités en vue du suivi.
- Les représentants des organisations-ressources informeront leurs collègues des résultats et discuteront du soutien spécifique disponible.

### **Dans un délai d'un mois :**

- Tous les participants seront invités à participer au « portail des connaissances » (*Knowledge Gateway*), en particulier en tant que membres de la communauté de pratique (COP) des services communautaires de santé reproductive.
- Le projet de rapport sera finalisé par les organisateurs de l'atelier et placé sur le site du « portail des connaissances » pour donner lieu à d'éventuelles observations.

### **Dans un délai de trois mois :**

- Par l'intermédiaire de l'OMS, au niveau des pays, les organisations-ressources débattront des activités spécifiques à mener à bien et de l'approche à adopter pour demander une assistance technique spécifique.
- Achèvement des descriptifs de pays.

### **Dans un délai de 18 à 24 mois :**

- Atelier de suivi accueilli par l'Ethiopie (sous réserve de financement).



## RECOMMANDATIONS

*Questions et recommandations clés tirées de l'atelier sur les programmes communautaires de santé reproductive tenu au Mali*

1. Il est indispensable, pour le succès et la viabilité à long terme des programmes communautaires de santé reproductive, que ceux-ci bénéficient d'un soutien politique et financier. Les principaux défenseurs de ces programmes au niveau des pays (le ministère de la santé ou les ONG) jouent, avec le soutien des partenaires régionaux et internationaux, un rôle essentiel en préconisant un soutien régulier en vue d'une mise en œuvre des programmes à une plus grande échelle.

- *Les équipes de pays, en collaboration avec les partenaires, doivent diffuser largement les résumés relatifs aux programmes des pays afin de mieux informer la communauté internationale du rôle essentiel que jouent les programmes communautaires de santé génésique/planning familial dans l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive. Les équipes de pays et leurs partenaires doivent travailler ensemble pour mettre au point ou renforcer les stratégies de sensibilisation à l'intention des décideurs des ministères de la santé et des donateurs internationaux.*

2. Les capacités locales de collecte des données et d'analyse des programmes et des indicateurs d'impact sont indispensables pour renforcer la mise en œuvre et pour concevoir des programmes flexibles qui puissent s'adapter à des besoins locaux changeants.

- *Les équipes de pays, avec le soutien et l'assistance technique de leurs partenaires, doivent renforcer les capacités des programmes à collecter et à utiliser les données relatives à ceux-ci.*

3. Les participants ont souligné que la motivation du personnel était un élément essentiel de tous les programmes communautaires de santé reproductive.

- *Les équipes de pays partageront leurs expériences sur les méthodes efficaces pour motiver et fidéliser les agents de santé communautaires.*
- *Les partenaires doivent envisager des activités de soutien pour documenter et tester les stratégies de motivation.*

4. Chaque pays a entrepris de mettre en œuvre sur une plus grande échelle les programmes communautaires de santé reproductive et a demandé des renseignements sur les stratégies systématiques de transposition à une plus grande échelle.

- *Les partenaires doivent envisager des activités de soutien qui permettent de distribuer des matériels, de diffuser les informations pertinentes et d'offrir une assistance technique pour renforcer les stratégies de mise en œuvre à une plus grande échelle.*

5. Les équipes de pays se sont montrées intéressées par l'apprentissage de nouveaux moyens de mobiliser les communautés afin qu'elles assument des rôles plus actifs en veillant à l'efficacité des programmes communautaires de santé reproductive. L'importance du partage des expériences, notamment sur les moyens de soutenir les agents de santé communautaires, a été réaffirmée.

- *Les équipes de pays doivent axer leurs efforts sur les activités et les approches concrètes visant à améliorer la participation communautaire, la diffusion et la mobilisation des ressources qui pourront être entreprises ou adoptées au cours des 12 prochains mois en tant qu'activités de suivi à l'atelier du mois de juin.*
- *Les partenaires doivent continuer à faciliter le partage des expériences sur les activités de mobilisation communautaire qui s'avèrent efficaces.*

6. Les participants ont apprécié l'occasion qui leur a été donnée de rencontrer les représentants d'autres pays ayant entrepris de mettre en œuvre des programmes communautaires de santé reproductive et d'échanger leurs expériences avec ceux-ci. Dans un certain nombre de cas, certains pays ont été intéressés par des aspects spécifiques du programme d'un autre pays.

- *Les équipes de pays doivent poursuivre l'échange d'informations par l'intermédiaire du « portail des connaissances » (Knowledge Gateway) de l'initiative « Implementing Best Practices ».*
- *Les partenaires devraient contribuer à favoriser ce forum inter pays et à offrir des occasions de discussions ciblées et de visites sur le terrain afin de promouvoir l'échange entre pays et de développer les connaissances et leur apprentissage au niveau mondial.*

7. L'éventail et l'intensité des expériences partagées dans le cadre de l'atelier ne peuvent être entièrement rendus dans le présent rapport. Ces expériences ainsi que d'autres enseignements tirés de la mise en œuvre des programmes représentent pour la communauté internationale une précieuse contribution au développement des connaissances et de leur apprentissage au niveau mondial.

- *Les partenaires doivent continuer à soutenir les activités qui permettent d'étayer et de diffuser les expériences dans les pays et les enseignements tirés afin d'améliorer la mise en œuvre sur une grande échelle des programmes communautaires de santé/planning familial.*



## **Atelier sur les programmes communautaires de santé reproductive Bamako, Mali, 11-15 juin 2007 Hôtel Nord-Sud**

L'objectif de l'atelier est de contribuer à améliorer la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (MNCH) moyennant la prestation de services communautaires de santé reproductive, l'accent étant mis sur la planification familiale.

### **Objectifs spécifiques**

1. Favoriser l'innovation moyennant le partage des expériences dans les pays, des enseignements tirés et des problèmes rencontrés lors de la mise en œuvre des services communautaires de santé reproductive, en particulier de la planification familiale.
2. Identifier les possibilités de renforcer la mise en œuvre d'actions communautaires présentant un bon rapport coût/efficacité pour améliorer la santé reproductive.
3. Identifier un mécanisme permettant des échanges entre pays et un suivi régulier.

### **Résultats escomptés**

1. Partage des expériences sur la mise en œuvre des programmes communautaires, axé en particulier sur la santé reproductive.
2. Eléments clés des expériences dans les pays étayés par des données.
3. Recommandations relatives à l'orientation des programmes et au matériel de soutien.
4. Identification des possibilités de renforcer la mise en œuvre des programmes présentant un bon rapport coût/efficacité.
5. Plan d'action pour la mise en œuvre des activités de suivi.
6. Identification de mécanismes visant à faciliter les échanges entre pays et le suivi.

**Dimanche  
10 juin 2007**

17h00 - 19h00 Inscriptions

**Lundi 11 juin  
2007**

Médiateur : Mali  
Rapporteur : Madagascar, Ghana

8h00 - 9h00 Inscriptions

9h00 - 10h30 Accueil et ouverture officielle de l'atelier  
*Représentant de l'OMS au Mali*  
*Représentant du FNUAP au Mali*  
*Directeur de la Mission de l'USAID au Mali*  
*Ministre de la Santé du Mali*  
Aperçu des objectifs et du programme de l'atelier  
*Shawn Malarcher et Suzanne Reier, RHR/OMS*

10h30 - 11h00 *Thé et café*

11h00 - 11h30 Allocution d'ouverture : La santé reproductive communautaire : perspective historique  
*Ayorinde Ajayi, Population Council*

11h30 - 12h00 Présentation des participants  
*Cheik Touré, IntraHealth Mali*  
Les équipes de pays sont invitées à se présenter et à faire part de leurs attentes vis-à-vis de l'atelier

12h00 - 13h00 Exposés des pays : Pourquoi soutenir les programmes communautaires ?  
Exposé du Mali : La distribution communautaire  
*Binta Keita, Ministère de la Santé du Mali*  
Exposé du Ghana : Planification et services de santé communautaires (CHPS)  
Discussion

13h00 - 14h00 *Déjeuner*

14h00 - 15h30 Exposés des pays : Pourquoi soutenir les programmes communautaires ? (suite)  
Exposé du Cameroun : La distribution communautaire  
Exposé de l'Ethiopie : Le programme de vulgarisation sanitaire (HEP)  
*Teshome Regassa, Ministère de la Santé de l'Ethiopie*  
Exposé de Madagascar : « Commune championne »  
*Bako Nirina Rakotoelina, Ministère de la Santé de Madagascar*  
Discussion

15h30 - 16h00 *Thé et café*

- 16h00 - 17h00    Après l'atelier
- Suivi et description des programmes dans les pays  
           *Jeanette Kesselman, Extending Service Delivery Project (ESD)*
- Suivi et soutien  
           *Garry Conille, FNUAP*
- Coordination et collaboration  
           *Nagbandja Kambatibe, Bureau régional OMS de l'Afrique*
- Mise en œuvre des meilleures pratiques  
           *Maggie Usher-Patel, RHR/OMS*
- Recherche en sciences sociales  
           *Shawn Malarcher, RHR/OMS*
- Mise au point des matériels de soutien à la planification familiale communautaire  
           *Sarah Johnson, RHR/OMS*

## **Mardi 12 juin 2007**

Président :  
Rapporteur :

- 8h30 - 8h45    Rapport sur la première journée par le Rapporteur  
           *Madagascar, Ghana*
- 8h45 - 9h45    Le rôle des données tirées de l'expérience
- Suivi, évaluation et recherche : Qu'est-ce qui fait la différence ?  
           *Ian Askew, Frontiers in Reproductive Health*
- Evaluation pour améliorer les programmes  
           *Diouratié Sanogo, Population Council*
- Le rôle du suivi dans l'amélioration des programmes  
           *Mamadou Ballo, Ministère de la Santé du Mali*
- La recherche pour renforcer les programmes  
           *Jack Galley*
- 9h45 - 10h45    Présentation et rétroaction : Plans de suivi et d'évaluation (pour les programmes  
     communautaires) pour chaque pays
- Cameroun*  
           *Ghana*  
           *Mequannent Tesfu, Ethiopie*  
           *Eugénie Rasamihajamanana, Madagascar*  
           *Mali*
- 10h45 - 11h00    *Thé et café*
- 11h 00 -12h30    Soutenir et assurer la viabilité des programmes à grande échelle
- Financement et calcul des coûts des programmes à grande échelle  
           *Ian Askew, Frontiers in Reproductive Health*
- Obtenir un soutien politique et financier : l'exemple de l'Ethiopie  
           *Abonesh Haile Mariam, OMS Ethiopie*
- Les outils pour la transposition sur une grande échelle  
           *Virginia Lamprecht, USAID/W*
- La planification de la transposition à grande échelle  
           *Suzanne Reier, RHR/OMS*
- Discussion
- Facultatif*    *Distribution communautaire au Zimbabwe : vidéo*
- 12h30 - 14h00    *Déjeuner*

- 14h00 - 15h00 Travail en petits groupes : Eléments essentiels de la gestion des programmes  
 Logistique  
 Mobilisation communautaire  
 Intégration au système de santé  
 Liens entre VIH et planification familiale
- 15h00 - 15h30 Eléments essentiels de la gestion des programmes (suite)  
 Formation et compétences  
 Motivation  
 Fonctions de l'agent de santé  
 Encadrement
- 15h30 - 16h00 *Thé et café*
- 16h00 - 17h00 Rapport sur les éléments essentiels des programmes
- 17h00 - 17h30 Préparation des visites sur le terrain

### **Mercredi 13 juin 2007**

Visite des sites de mise en œuvre du programme

### **Jeudi 14 juin 2007**

Président :

Rapporteur :

- 8h30 - 08h45 Rapport du Rapporteur sur la deuxième journée
- 8h45 - 09h45 Rapport sur les visites sur le terrain
- 9h45 - 11h00 Les nouvelles frontières de la planification familiale  
 Méthode des jours fixes  
*Oumou Keita*  
 Administration de l'AMPR  
 Travailler avec des chefs religieux  
*El Hadj Dramé*  
 Ensemble de pratiques communautaires prometteuses de l'USAID  
*Cameroun*
- 11h00 - 11h30 *Thé et café*
- 11h30 - 12h30 Consultation avec les pays et forum  
 Les pays auront la possibilité de tirer parti des compétences d'autres participants moyennant des consultations individuelles
- 12h30 - 14h00 *Déjeuner*
- 14h00 - 15h30 Consultation avec les pays et forum (suite)
- 15h30 - 16h00 *Thé et café*
- 16h00 - 17h00 Travail en petits groupes (par pays) : Identifier les besoins et les priorités
- 18h00 - 20h00 Cocktail

**Vendredi 15  
Juin 2007**

Médiateur :

Rapporteur :

- 8h30 - 8h45      Rapport du Rapporteur sur la quatrième journée
- 8h45 - 10h00    Préparation des plans des pays (et des exposés)
- 10h00 - 10h30    *Thé et café*
- 10h30 - 11h30    Présentations des plans des pays
- 11h30 - 12h30    Prochaines étapes  
*Suzanne Reier et Shawn Malacher, RHR/OMS*
- Clôture officielle
- Synthèse de l'Atelier  
*Rapporteur général, OMS Mali*  
*Ministère de la Santé du Mali*
- 12h30            Déjeuner





## Atelier sur les Services de Santé Reproductive Communautaire

Bamako, Mali, 11-15 juin 2007

### LISTE DES PARTICIPANTS

CAMEROUN	
<p><b>Dr Francoise Nissack</b> FHP WHO CAMEROON Bastos (Face Sonel- nlongkak) B. P. 155 Yaounde/Cameroon Tel: (237)22 21 20 80 / 81 Fax : (237) 22 21 10 77 E-mail: <a href="mailto:nissackf@cm.afro.who.int">nissackf@cm.afro.who.int</a></p>	<p><b>Dr Eteki Nicole</b> Chef de Service Santé Maternelle (DSF) Ministère de la Santé Publique BP 155 Yaoundé/Cameroon Tel: (237) 77 77 13 98 E-mail: <a href="mailto:etekinicole@yahoo.fr">etekinicole@yahoo.fr</a></p>
<p><b>Mr Moussima Jeannot</b> Chef de la Cellule des Informations Sanitaires Ministère de la Santé Publique BP 155 Yaoundé Cameroon Tel: (237) 99 90 87 56 E-mail: <a href="mailto:jeannotmouss@yahoo.fr">jeannotmouss@yahoo.fr</a></p>	<p><b>Dr Amadou Traoré</b> UNFPA – Caméroun, Yaoundé BP. 836 Tel: (237) 99 52 93 72 E-mail: <a href="mailto:atraore@unfpa.org">atraore@unfpa.org</a></p>
ETHIOPIE	
<p><b>Mrs Berhane Assefa Merdassa</b> Department of Family and Child Health Federal Ministry of Health PO Box 1234 Addis Ababa, Ethiopie Tel: (251) 11 551 60 58 Fax: (251) 11 551 66 77 E-mail: <a href="mailto:birishmoh@yahoo.com">birishmoh@yahoo.com</a></p>	<p><b>Dr Sahle Sita Siga</b> Head, Family Health Departement of Southern Nations Nationalities and Peoples Regional State- Awassa Addis Ababa/Ethiopia Tel: (646) 220 60 55 09//76 82 08 Fax: (646) 220 57 92 E-mail: <a href="mailto:sitasahle@yahoo.com">sitasahle@yahoo.com</a></p>
<p><b>Mr Teshome Regassa Senbetu</b> Health Extension &amp; Education Centre Federal Ministry of Health PO Box 8494 Addis Ababa, Ethiopia Tel: (251) 1155 18 29 Fax: (251) 1151 22 42 E-mail: <a href="mailto:tregassa@hotmail.com">tregassa@hotmail.com</a></p>	<p><b>Dr Abonesh HAILE-MARIAM</b> or Hailemariam ABONESH Programme officer, Family Health and Population (FHP) WHO/ETHIOPIA Sudan Street UN/ECA Compound/ P.O.Box 3069 Addis Ababa, Ethiopia Tel : (251)115534777 or (251) 115531550 Fax: (251) 11 551 40 37 E-mail: <a href="mailto:aboneshh@et.afro.who.int">aboneshh@et.afro.who.int</a></p>

<p><b>Ato Befekadu Demmissie</b>  Head of the Capacity Building and Training team  Pathfinder International, Ethiopia  P O Box 12655  Addis Ababa, Ethiopia  Tel: (251)11-661-3330  Fax (251)11-661-4209  Email: <a href="mailto:bdemmissie@pathfind.org">bdemmissie@pathfind.org</a></p>	<p><b>Ato Asmelash Assefa Reda</b>  Head of Projects Department  Tigray Development Association  P.O.Box 469  Mekelle Tigray, Ethiopia  Tel (251)344 400 999/408 246  Fax (251) 344 407 977  Email: <a href="mailto:asmelashass@yahoo.com">asmelashass@yahoo.com</a></p>
<p><b>Ato Kussia Bekele Beyene</b>  General Manager  South Ethiopia Peoples' Development Association  P.O.Box 812  Awassa, Ethiopia  Tel: (251)46 220 9608  Fax: (251)46 220 3298  E-mail: <a href="mailto:kussiabekele@yahoo.com">kussiabekele@yahoo.com</a></p>	<p><b>Ato Mequanent Tesfu</b>  Health Education and extension center  Ministry of Health  Tel: (251)155-86 93/251 092 430 70  Fax: (251)115 – 51 53 11  E-mail: <a href="mailto:mtesfu@confpa.org">mtesfu@confpa.org</a></p>
<p><b>GHANA</b></p>	
<p><b>Ms Mary Andoh</b>  Public Health Nurse  Birim North  Ghana Health Service (GHS)  Private Mail Bag, Ministries  Accra, Ghana.  Tel: (233) 0243 403 771  Fax: (233) 21 666808  Email: <a href="mailto:maryandoh1956@yahoo.com">maryandoh1956@yahoo.com</a></p>	<p><b>Dr. Sebastian Eliason</b>  UNFPA/Ghana  N° 7, 7 Rangoon Close  Cantonment, Accra, Ghana  Tel: (233) 244 32 62 38  (233) 21 78 53 54  Fax: (233) 77 28 29  E-mail: <a href="mailto:eliason@unfpa.org">eliason@unfpa.org</a></p>
<p><b>Ms Basilia Salia</b>  DDHS Wa Central  Ghana Health Service (GHS)  WA MUNICIPAL HEALTH DIRECTORATE  WA  Ghana. UWR  Tel: (233) 024 422 37 00  Fax: (233) 0756 22 524  E-mail: <a href="mailto:basila_saliam@yahoo.com">basila_saliam@yahoo.com</a></p>	<p><b>Dr Ofori Yeboah</b>  District Director of Health Services for  Komenda Edina Eguafo Abi rem (KEEA)  District  Tel: (233) 249 318 226  E-mail: <a href="mailto:yawoy@hotmail.com">yawoy@hotmail.com</a></p>
<p><b>Dr Charles Fleischer-Djoletto</b>  National Program Officer - FHP  WHO Representative GHANA  No.29 Volta Street Airport  Residential Area  Airport Accra  P.O. Box MB 142  Accra, Ghana  Tel: (233) 21 763918-9  Fax: (233) 21763920  E-mail: <a href="mailto:fleisher-djoletoc@gh.afro.who.int">fleisher-djoletoc@gh.afro.who.int</a></p>	

## MADAGASCAR

<p><b>Dr RAKOTOELINA Bako Nirina</b>          Directeur du planning familial          Ministère de la Sante, Planning Familial et de la protection sociale          Institut d'Hygiène Sociale IHS          Boîte postale 866          Antananarivo 101          Madagascar          Tel: 00 (261) 32 40 737 69          E-mail: <a href="mailto:ralainirina@wanadoo.mg">ralainirina@wanadoo.mg</a></p>	<p><b>Dr Ramananjanahary Haingonirina Eulalie</b>          Responsable ASBC/PC au Service de la Vulgarisation du planning familial          Direction du planning familial          Ministère de la Sante du Planning Familial et de la protection sociale          Ambohidahy          Boîte postale 866          Antananarivo 101 Madagascar          Tel:00 (261) 32 02 085 56</p>
<p><b>Dr Masy Harisoa Mahefa Adele, FHP/OMS/MAD</b>          WHO Representative Madagascar Office          First Immo - Enceinte Galaxy, Plaza          Rue Dr Raseta, Ambohimananarina          B.P. 362          Antananarivo 101 Madagascar          Tel: (261) 20 23 313 71 or 261 32 03 303 13          Fax: (261) 20 23 355 54          E-mail: <a href="mailto:Masya@mg.afro.who.int">Masya@mg.afro.who.int</a></p>	<p><b>Dr Rasamihajamanana Eugénie</b>          Directeur de la Santé de la Mère et de l'Enfant          Ministère de la Sante et du Planning Familial et de la Protection Sociale          Institut d'Hygiène Sociale IHS          Boîte postale 866          Antananarivo 101 Madagascar          Tel: (261) 032 472 695          E-mail <a href="mailto:clr-rasami@yahoo.fr">clr-rasami@yahoo.fr</a></p>
<p><b>Dr Fanomezana Rija</b>          Project Manager          MCDI          Madagascar          Tel: 621 32 41 69 099          E-mail: <a href="mailto:medi@netclub.mg">medi@netclub.mg</a></p>	<p><b>Dr Razafindravony Bakolisoa Harimalala</b>          Chef de service de la vulgarisation du Planning Familial          Ministère de la Sante du Planning Familial et de la Protection Sociale          Institut d'Hygiène Sociale (IHS)          Boîte postale 866          Antananarivo 101          Madagascar          Tel: (261) 33 12 531 04          E-mail : <a href="mailto:razafindravoni@yahoo.fr">razafindravoni@yahoo.fr</a></p>
<p><b>Edwige Ravaomanana,</b>          NPO SR/UNFPA          UNFPA          BP1348          Rue Lénine          Antananarivo 101          Madagascar          Tel: (261) -20 2222657          Fax: (261) -20 2235742          E-mail: <a href="mailto:ravaomanana@unfpa.org">ravaomanana@unfpa.org</a></p>	

## MALI

<p><b>Dr Bintou Keita</b>          Chef de la division santé de la Reproduction          Direction Nationale de la Santé          BP 233          Bamako/ Mali          Tel: (223) 222 64 97 or 223 223 33 52          Cel: 673 14 14          Fax: (223) 222 36 74          E-mail: <a href="mailto:bkeita@dnsmali.org">bkeita@dnsmali.org</a></p>	<p><b>Mme Keita Oumou Keita</b>          Chargée de Planification Familiale à la DSR/DNS          Direction Nationale de la Santé          BP 233          Bamako/ Mali          Tel: (223) 222 64 97 or 223 223 33 52          Cel: 679 71 82          Fax: (223) 222 36 74          E-mail: <a href="mailto:okeita@dnsmali.org">okeita@dnsmali.org</a></p>
---	--

<p><b>Dr Coulibaly Marguerite Dembélé</b>  Chef section Santé Reproductive des jeunes et Adolescents  Direction Nationale de la Santé  BP 233  Bamako/ Mali  Tel: (223) 222 6497 or 223 223 3352  Fax: (223) 222 36 74  E-mail: <a href="mailto:mdembele@dmsmali.org">mdembele@dmsmali.org</a></p>	<p><b>Dr Cissé Sarmoye</b>  Conseiller en Santé Familiale et Communautaire Bureau OMS/Mali  Boîte postale 99  Bamako/ Mali  Tel: (223) 223 83 89 or 223 222 3714  Fax: (223) 222 23 35  E-mail: <a href="mailto:cisses@ml.afro.who.int">cisses@ml.afro.who.int</a></p>
<p><b>Mr Mamadou Basséry Ballo</b>  Conseiller Technique S.R  Cabinet –Ministère de la Santé  Tél (223) 222 53 01 ; 222 53 02  Fax (223) 223 02 03/Mail : <a href="mailto:ballomb@yahoo.fr">ballomb@yahoo.fr</a></p>	<p><b>Mme LY Rokia Traoré</b>  UNFPA/Mali  Tel: 679 23 22  E-mail: <a href="mailto:rtraore@unfpa.org">rtraore@unfpa.org</a></p>
<p><b>Mme Aminata KAYO</b>  Save the Children/USA Sahel Country Office  Tel: (223) 229 61 35  Fax: (223) 229 08 15  E-mail: <a href="mailto:akoya@saveusamali.org">akoya@saveusamali.org</a></p>	<p><b>Dr Cheick Oumar Touré</b>  Intrah Health  Tel: (223) 229 62 52  Fax:  E-mail: <a href="mailto:ctoure@intrahealth.org">ctoure@intrahealth.org</a></p>
<p><b>Mme TOURE Foufa KEITA</b>  IRH/UG/Mali  Tél : (223) 224 30 15 / 223 630 69 22 / 546 93 30  Email : <a href="mailto:tourefoufa@yahoo.fr">tourefoufa@yahoo.fr</a></p>	<p><b>Dr Demba Traoré</b>  Consultant IntrahHealth  Tél. : (223) 229 62 52  Email : <a href="mailto:drdembatraor2000@yahoo.fr">drdembatraor2000@yahoo.fr</a></p>
<p><b>Dr Sangare Madina Bâ</b>  Care /Keneya Ciwara  Tél. : (223) 636 09 16  Fax: (223) 224 75 32  Email: <a href="mailto:mbasangare@hotmail.com">mbasangare@hotmail.com</a></p>	<p><b>Dr Kwame Togbey</b>  Care /Keneya Ciwara  Tél: (223) 224 55 01 / Cel 632 28 78  Fax: (223) 224 75 32  Email: <a href="mailto:ktogbey@caremali.org">ktogbey@caremali.org</a></p>
<p><b>Mme Toure Aminata Dagnoko</b>  Care /Keneya Ciwara  Tél.: (223) 224 55 01 / Cell: 676 56 04  Fax. : (223) 224 75 32  Email : <a href="mailto:adtoure@caremali.org">adtoure@caremali.org</a></p>	<p><b>Dr Doucouré Arkia Diallo</b>  Assistance Technique Nationale (ATN)  Programme Santé  Tél : (223) 224 17 52 / 630 42 10 / 671 88 32  Fax: (223) 224 32 95  Email : <a href="mailto:adoucoure@atnsanté.org">adoucoure@atnsanté.org</a></p>
<p><b>Timothée Gandaho</b>  Assistance Technique Nationale (ATN)  Tél. : (223) 624 82 40  Fax.: (223) 224 32 95  Email : <a href="mailto:tgandaho@atnsante.org">tgandaho@atnsante.org</a></p>	<p><b>Mieko McKay</b>  USAID/Mali  Tel: (223) 222 37 25  Fax: (223) 223 19 22  E-mail: <a href="mailto:mimckay@usaid.gov">mimckay@usaid.gov</a></p>
<p><b>Seydou TRAORE</b>  Groupe Pivot/Santé Population  USAID Keneya Ciwara  Tél. : (223) 672 30 41 / 223 224 22 62  Email : <a href="mailto:straore@caremali.org">straore@caremali.org</a></p>	<p><b>EI Zedi DRAME</b>  Religious Leader  Health Policy Initiative</p>
<p><b>Dr Simbara Fatalmoudou Touré</b>  ASDAP  Tél. : (223) 220 27 69 / Cel 673 17 81  Fax.: (223) 220 38 41  Email: <a href="mailto:asdap@asdapmali.org">asdap@asdapmali.org</a></p>	