
SYNTHÈSE

RAPPORT ANNUEL

FSP MUSKOKA 2014

Pour la réduction de la mortalité maternelle dans dix pays francophones d'Afrique et en Haïti



LE FONDS FRANÇAIS
MUSKOKA

Réduire la mortalité maternelle,
néonatale et infantile

TABLE DES MATIÈRES

I. OBJECTIF ET CONTEXTE	03
II. BUDGET ET BILAN FINANCIER	07
III. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DE L'ANNÉE 2014	09
IV. PARTENARIAT INTER-AGENCES	11
V. MISE EN OEUVRE DES INTERVENTIONS À HAUT IMPACT ET RÉSULTATS	13
1. Développement des soins obstétricaux et néonataux d'urgence	13
2. Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire	15
3. Accès équitable à du personnel qualifié	18
4. Accès aux médicaments et produits de santé en santé maternelle, néonatale et infantile	20
5. Surveillance des décès maternels et riposte	21
6. Prévention et prise en charge des violences faites aux femmes et aux filles	22
7. Planification familiale	22
8. Santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et des jeunes	24
9. Riposte à l'épidémie de fièvre à virus Ebola	25
VI. HARMONISATION POUR LA SANTÉ EN AFRIQUE	26
VII. SUIVI ÉVALUATION & RECHERCHE OPÉRATIONELLE	27
VIII. COMMUNICATION / VISIBILITÉ	29
IX. DÉFIS	30



I. OBJECTIF ET CONTEXTE

Partenariat entre le ministère français des Affaires étrangères et du Développement international et quatre agences des Nations Unies (OMS, UNICEF, UNFPA et ONU Femmes), le Fonds Français Muskoka (FFM), à travers les trois Fonds de Solidarité Prioritaires 2011-10, 2011-11 et 2011-12, a pour objectif de contribuer à la réduction de la mortalité et la morbidité maternelles, néonatales et infantile dans ses pays cibles, grâce à la mise en oeuvre d'un groupe d'interventions de santé à haut impact, dans le cadre de la continuité des soins. Ce Fonds a été mis en place pour une durée de 5 ans (décembre 2011 – novembre 2016) ; le présent rapport concerne les activités mises en oeuvre pour l'année 3 (décembre 2013 - novembre 2014).

La cible du FFM

Le FFM contribue, avec les autres partenaires au développement, à améliorer la santé des femmes et des enfants dans 11 pays : Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Haïti, Mali, Niger, Sénégal, République Démocratique du Congo (RDC), Tchad et Togo.

Ces pays représentent environ 202 millions d'habitants, avec 41 millions de femmes en âge de procréer, où, **chaque année**, on compte environ :

- **9 millions de femmes enceintes,**
- **45.000 décès maternels,**
- **848.000 décès¹ chez les enfants de moins de 5 ans** dont près d'un tiers (274.000) de nouveau-nés.

De surcroît, en 2014, deux pays Muskoka ont été frappés par **l'épidémie de fièvre à virus Ebola** : la Guinée, et, à un moindre degré, le Mali. Pour ces pays, le FFM contribue au maintien de la continuité des services, en particulier au niveau communautaire, en renforçant les systèmes de santé, notamment à travers les ressources humaines, tout en restant en phase avec l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) 4, diminution de la morta-

lité infantile, et 5, diminution de la mortalité maternelle. Dans un tel contexte épidémique, les femmes enceintes, les mères et les enfants constituent une population particulièrement vulnérable. On a recensé en février 2015, en Guinée, environ 2.000 décès dus à la fièvre Ebola depuis le début de l'épidémie. C'est moins que le nombre de femmes qui sont mortes, dans ce pays et au cours de la même période, de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement (environ 2.500).

Agences des Nations Unies partenaires du FFM dans les 11 pays cibles

Le FFM agit de façon complémentaire avec les autres partenaires techniques et financiers, notamment avec l'agence Française de Développement, qui intervient en santé maternelle, néonatale et infantile dans le cadre de l'Initiative française de Muskoka dans les mêmes pays cibles, tels que le Bénin, le Burkina Faso, la Guinée, le Niger, le Tchad et le Togo, et dans le cadre du C2D Santé en Côte d'Ivoire.



10 pays d'Afrique de l'Ouest et centrale et Haïti

202 millions habitants

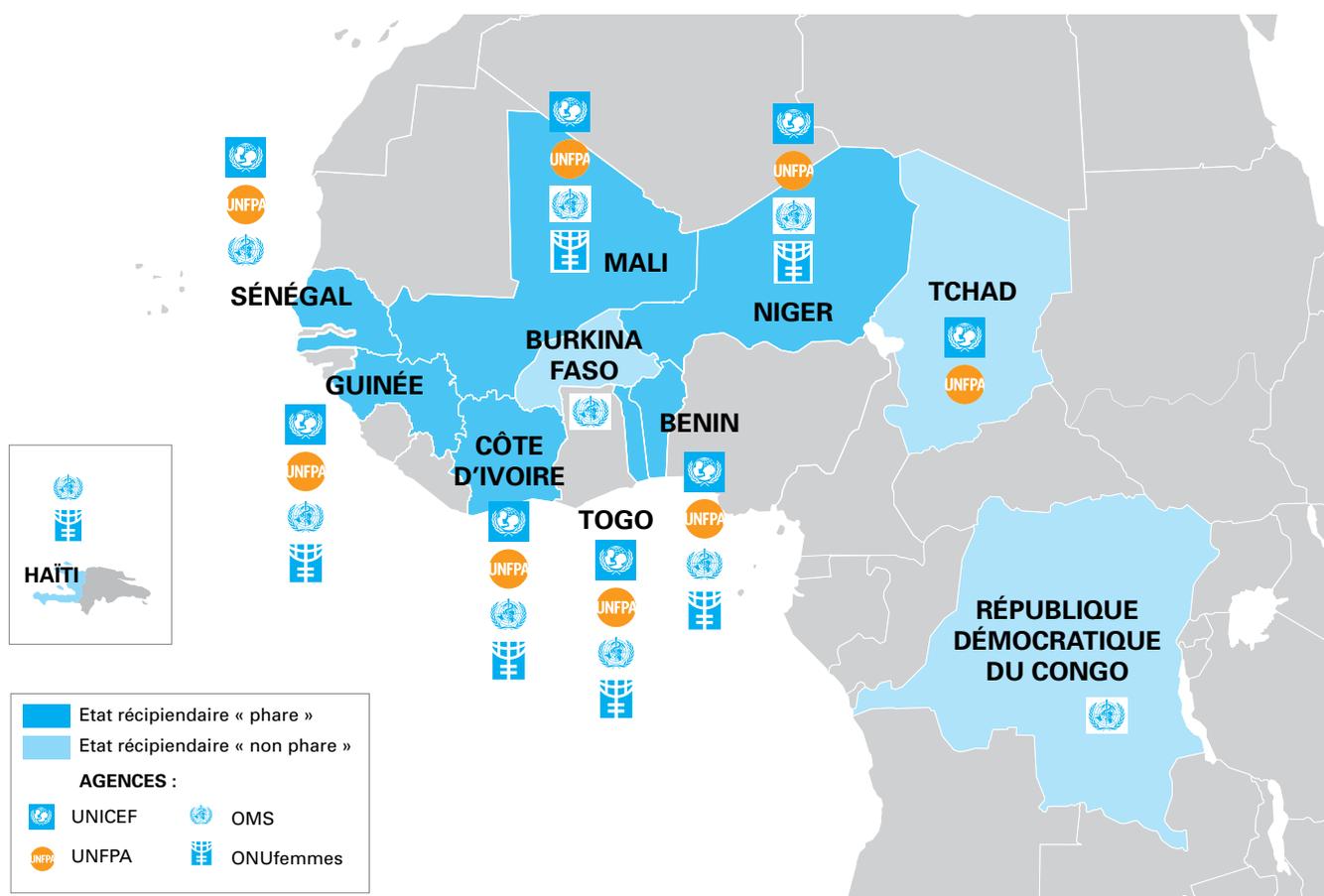
41 millions de femmes en âge de procréer

Chaque année :

- **environ 45.000 décès maternels**
- **environ 848.000 décès chez les enfants de moins de 5 ans** dont près d'un tiers (274.000) de nouveau-nés.



¹ UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (IGME), Levels and trends in Child Mortality, report 2014 (chiffres 2013)



L'évolution globale entre 2011 et 2014

Entre novembre 2011, année de la mise en route du programme du FFM, et fin 2014, date de ce présent rapport, les données concernant la mortalité maternelle et la mortalité des enfants de moins de 5 ans, montrent **une diminution des ratios de mortalité**



D'après les estimations des chiffres actuellement à disposition, consolidées par le rapport « Trends in Maternal Mortality 1990 to 2013 » et les données disponibles dans le « Global Health Observatory Data Repository », on note une réduction de 1.700 décès maternels² entre 2010 et 2013³, dans les pays cibles du FFM. Par ailleurs, le rapport « Levels and trends in child mortality » montre une réduction du nombre décès des enfants de moins de 5 ans, d'environ 41.000 durant la même période.⁴



maternelle et taux de mortalité infanto-juvénile, auxquelles le FFM a contribué, par la mise en place et l'exécution de ses activités à haut impact.

Les pays cibles du FFM montrent une grande disparité en matière de données statistiques. Ainsi, pour le nombre de morts liés à la grossesse ou à l'accouchement, **ratios de mortalité maternelle** (RMM, nombre de décès pour 100.000 naissances vivantes), on peut classer les 11 pays du FFM en trois catégories :

- entre 300 et 500/100.000 : Bénin, Burkina Faso, Haïti, Sénégal, Togo,
- entre 500 et 750/100.000 : Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Niger, RDC,
- autour de 1000/100.000 : Tchad.

Par comparaison, le RMM en France est de 9/100.000.

² WHO Global Health Observatory Data Repository, accessed 11 April 2014. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2013/en/>

³ Les estimations récentes de la mortalité infanto-juvénile et de la mortalité infantile ne couvrent pas l'année 2014.

⁴ Compte tenu du tremblement de terre survenu en Haïti en 2010, nous avons expressément utilisé pour ce pays les estimations de la mortalité infanto-juvénile de 2009 à la place de celle de 2010.

Evolution de la mortalité maternelle dans les pays Muskoka

Pays	Ratio de la mortalité maternelle (décès pour 100.000 naissance vivantes)			Nombre de décès (en milliers)	
	2010	2013	2013/2010	2010	2013
Afrique sub saharienne	560	510	-9 %	188,0	179,0
Afrique de l'Ouest et centrale	650	590	-9 %	110,0	106,0
Bénin	370	340	-8 %	1,3	1,3
Burkina Faso	440	400	-9 %	2,9	2,8
Côte-d'Ivoire	750	720	-4 %	5,3	5,3
Guinée	690	650	-6 %	2,9	2,8
Haïti	420	380	-10 %	1,1	1,0
Mali	600	550	-8 %	4,0	4,0
Niger	690	630	-9 %	5,5	5,6
RDC	810	730	-10 %	22,0	21,0
Sénégal	360	320	-11 %	1,8	1,7
Tchad	1100	980	-11 %	6,2	5,8
Togo	480	450	-6 %	1,1	1,1

Dans ces pays, le **risque cumulé pour une femme de mourir au cours de sa vie d'une complication liée à la grossesse ou l'accouchement** varie de 1/15 (Tchad) à 1/46 (Togo). En France, il est de 1/6100.

Évolution de la mortalité infanto-juvénile dans les pays Muskoka

Pays	Taux de la mortalité infanto-juvénile (décès pour 1.000 naissance vivantes)			Nombre de décès d'enfants (en milliers)	
	2010	2013	2013/2010	2010	2013
Afrique sub saharienne	103	92	-11 %	3.317,8	3.113,2
Afrique de l'Ouest et centrale	122	109	-10 %	1.951,3	1.873,8
Bénin	96	85	-11 %	32,9	30,6
Burkina Faso	114	98	-15 %	71,6	64,1
Côte-d'Ivoire	109	100	-9 %	71,1	72,5
Guinée	112	101	-10 %	44,5	41,8
Haïti	81	73	-10 %	21,5	19,3
Mali	137	123	-11 %	84,1	82,3
Niger	124	104	-16 %	91,3	86,2
RDC	131	119	-9 %	335,2	32,0
Sénégal	66	55	-17 %	31,5	28,4
Tchad	160	148	-8 %	84,6	82,4
Togo	93	85	-9 %	20,8	20,2

Source : UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (IGME). Levels and trends in Child Mortality, report 2014.

Tous les 11 pays ont connu une réduction de la mortalité infanto-juvénile entre 2010 et 2013, allant de 58% en **Haïti** (suite au nombre élevé de décès occasionné par le tremblement de terre de 2010) à 8% au **Tchad**. Cette baisse de la mortalité infanto-juvénile s'est accompagnée d'une réduction conséquente de 41.000 décès d'enfants de moins de 5 ans entre 2010 et 2013.

Au fur et à mesure de la poursuite du FFM, avec l'amélioration de la performance des systèmes nationaux d'information sanitaire (SNIS) à laquelle le FFM contribue, on pourra disposer de données plus précises sur ces indicateurs de mortalité et leur amélioration.

La réduction des deux tiers de la mortalité infantile est le 4^{ème} des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), la réduction des trois quarts de la mortalité maternelle est le 5^{ème}.

Par exemple, malgré son contexte difficile en termes de développement humain, mais grâce à ses efforts considérables dans le domaine de la santé, appuyés par ses partenaires, **le Niger a déjà atteint l'OMD 4 en 2015 ; le Sénégal est en mesure d'atteindre l'OMD 4 en 2015.**

Évolution de la mortalité néonatale dans les pays Muskoka

Pays	Taux de la mortalité néonatale (décès pour 1.000 naissance vivantes)			Nombre de décès d'enfants (en milliers)	
	2010	2013	2013/2010	2010	2013
Afrique sub saharienne	33	31	-6 %	1.080,8	1.066,3
Afrique de l'Ouest et centrale	37	35	-6 %	605,6	609,2
Bénin	29	27	-7 %	10,0	9,7
Burkina Faso	30	27	-9 %	18,9	17,9
Côte-d'Ivoire	40	38	-6 %	26,2	27,9
Guinée	35	33	-7 %	14,1	13,8
Haïti	26	25	-5 %	7,0	6,6
Mali	43	40	-6 %	27,0	27,7
Niger	30	28	-10 %	23,3	23,6
RDC	40	38	-5 %	105,3	104,6
Sénégal	26	23	-12 %	12,6	12,0
Tchad	42	40	-4 %	22,3	22,5
Togo	32	30	-6 %	7,3	7,4

Source : UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (IGME). Levels and trends in Child Mortality, report 2014.

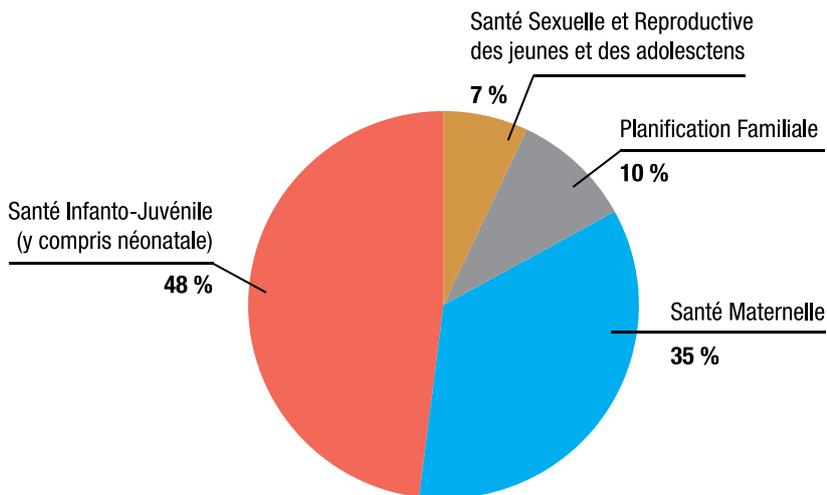
II. BUDGET ET BILAN FINANCIER

Répartition des ressources par pays et par agence (en euros) pour l'année 2014

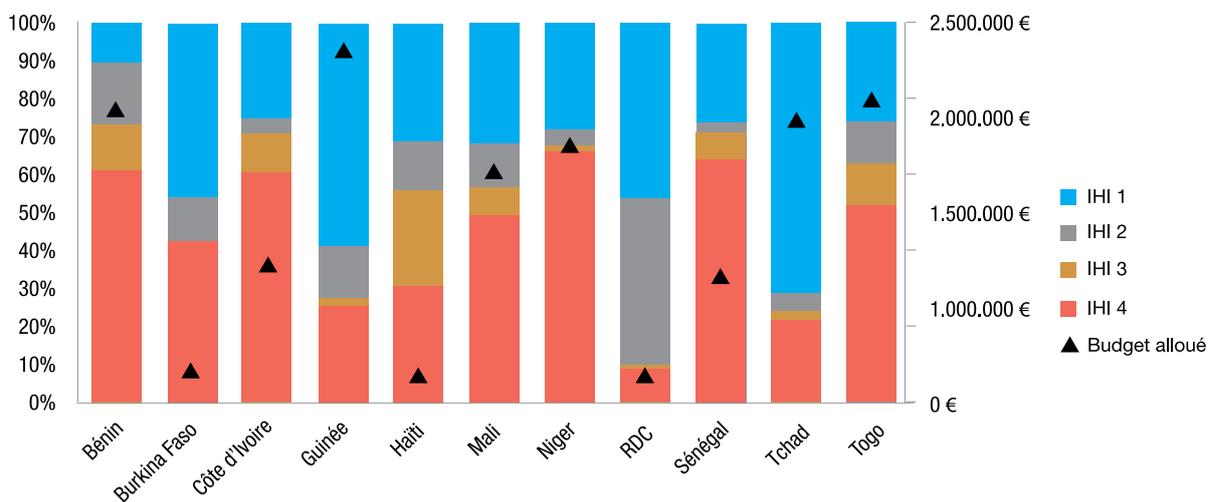
Pays	UNICEF	UNFPA	OMS	ONU-FEMMES	Total par pays
Bénin	923 300 €	669 664 €	339 167 €	-	1 932 131 €
Burkina Faso	-	-	211 015 €	-	211 015 €
Côte d'Ivoire	196 000 €	253 776 €	353 448 €	99 360 €	902 584 €
Guinée	1 141 000 €	640 000 €	459 520 €	73 600 €	2 314 120 €
Haïti	-	-	100 037 €	76 158 €	176 195 €
Mali	849 000 €	323 575 €	291 067 €	56 599 €	1 520 241 €
Niger	967 000 €	376 024 €	279 007 €	71 060 €	1 693 091 €
RCA	-	-	-	147 728 €	147 728 €
RDC	-	-	176 822 €	-	176 822 €
Sénégal	**	120 000 €	307 212 €	-	427 212 €
Tchad	1 141 000 €	713 979 €	0 €	-	1 854 979 €
Togo	859 000 €	834 121 €	228 827 €	76 685 €	1 998 633 €
Total Composante 1 (Renforcement des systèmes de santé dans les pays cibles)	6 076 300 €	3 931 139 €	2 746 122 €	601 190 €	13 354 751 €
Composante 2 (Appui au mécanisme de coordination HHA et activités inter-pays et régionales)	697 941 €	420 713 €	1 286 679 €	230 000 €	2 635 333 €
Composante 3 (Gestion, Suivi, Evaluation et Documentation)	1 341 500 €	0 €	55 695 €	137 387 €	1 498 195 €
Frais administratifs (8% UNICEF et UNFPA ; 7% ONU Femmes ; 13% pour l'OMS)	649 259 €	348 148 €	531 504 €	64 000 €	1 592 911 €
Total Année 3	8 765 000 €	4 700 000 €	4 620 000 €	996 190 €	19 081 190 €
Taux d'utilisation	90,31%	84,7%	96,3%	90%	90%

** Le Sénégal a bénéficié d'un reliquat du budget régional d'UNICEF 2013 de 400.000 € pour la mise en oeuvre des activités. Au total le Sénégal a donc bénéficié de 827.212 €.

Ventilation des budgets selon les Interventions à Haut Impact pour 2014



Montant alloué par pays et ventilation par Intervention à Haut Impact pour 2014



© UNICEF/NYHQ2009-1929/Prozzi

III. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DE L'ANNÉE 2014

1. La mise en œuvre des **interventions stratégiques à haut impact (IHI)** a été poursuivie, dans la perspective du passage à l'échelle nationale.

La planification des FFM est alignée sur les cycles de planification nationaux.

Exemple des IHI en santé maternelle/santé infanto-juvénile, mises en œuvre de façon coordonnée par l'ensemble des agences dans les pays cibles du FFM

	Bénin	Burkina Faso	Côte d'Ivoire	Guinée	Haïti	Mali	Niger	RDC	Sénégal	Tchad	Togo
Interventions à haut impact en santé maternelle											
Organiser un accès équitable à un professionnel compétent											
Appui à la formation des personnels de santé	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Appui aux écoles de formation de sages-femmes	■		■	■			■			■	
Redéploiement de médecins et sages-femmes				■					■	■	■
Evaluation des pratiques professionnelles des sages-femmes	■		■	■			■	■	■	■	■
Développer des SONUB effectifs											
Réalisation d'enquêtes en SONU						■			■		
Renforcement des capacités en particulier en SONUB et SONUC	■		■	■	■	■	■		■	■	■
Mettre en place un système de Surveillance des décès maternels et de la réponse											
Plaidoyer sur l'institutionnalisation de la revue et la notification des décès maternels	■		■	■	■		■		■	■	■
Intégration dans les systèmes d'information les données sur les décès maternels	■	■	■	■		■	■		■	■	■
Utilisation des nouvelles technologies (téléphones portables, par ex.) pour la notification des décès maternels et infantiles			■			■					
Expérimentation d'un système pilote d'enregistrement à base communautaire des données sur les décès maternels		■							■		
Intégration des données sur les Violences Basées sur le Genre (VBG)			■	■	■	■	■			■	■
Prise en charge des femmes victimes de VBG	■			■		■	■				■
Actions de sensibilisation et de communication en VBG, Mutilations Génitales Féminines (MGF) utilisant différents canaux (campagnes communautaires, mobilisation sociale, radio, télévision)	■		■	■	■	■	■	■		■	■

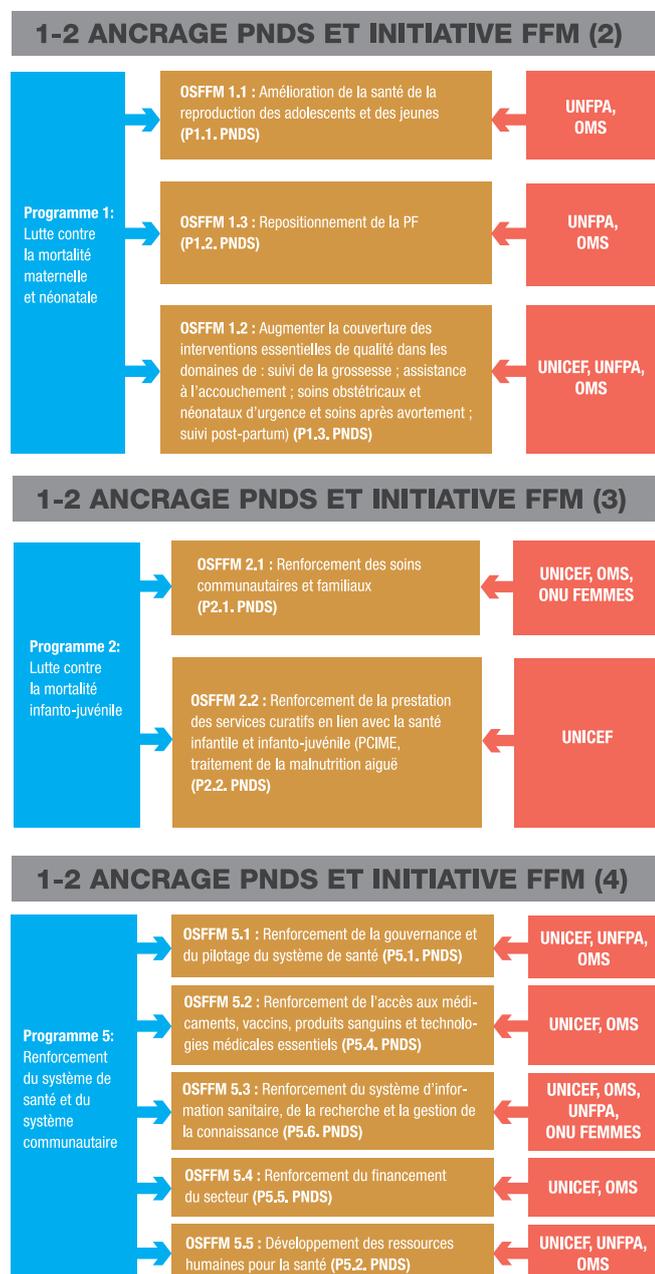
	Bénin	Burkina Faso	Côte d'Ivoire	Guinée	Haiti	Mali	Niger	RDC	Sénégal	Tchad	Togo
Interventions à haut impact en santé infantile et néonatale											
Renforcer les systèmes de santé (levée des barrières, demande)											
Monitoring décentralisé et réduction des barrières financières	■		■						■	■	
Accès aux médicaments prioritaires pour les mères et enfants	■	■	■	■		■	■	■	■		■
Améliorer l'offre de services pour la santé néonatale											
Renforcement des capacités des agents de santé communautaire pour les soins essentiels aux nouveau-nés (SEN) et mise à disposition des intrants et de personnel formé pour les SEN	■	■	■		■	■	■	■	■	■	■
Améliorer l'offre de services pour la santé infantile											
Mise en oeuvre et extension de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) et renforcement des capacités pour la PCIME	■		■	■		■	■		■	■	■
Développement des Pratiques Familiales Essentielles à la survie de l'enfant et à son développement.	■		■	■		■	■			■	■
Actions de sensibilisation et de communication sur les pratiques familiales essentielles (PFE), la consultation prénatale (CPN), la nutrition et le programme élargi de vaccination (PEV) en utilisant différents canaux (campagne communautaire, mobilisation sociale, radio, télévision)	■		■	■		■	■		■	■	■
Mise en œuvre des stratégies avancées et mobiles intégrées/Appui aux campagnes et couverture vaccinale			■						■		■
Mise à disposition des sites prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME), les plans et la prise en charge PTME	■			■		■					
Chimio prophylaxie préventive du paludisme/accès aux test de dépistage rapide et aux médicaments anti-paludisme						■	■		■		

- Le nombre de pays phares**, pays dans lesquels il y a un minimum de trois agences récipiendaires du FFM est passé de 4 (Côte d'Ivoire, Guinée, Mali et Togo) à 7 (+ Bénin, Niger et Sénégal).
- La mise en oeuvre de la stratégie inter-agences de communication** a eu un fort impact sur la visibilité des activités du FFM et a facilité la communication interagences et avec les autres partenaires.
- L'articulation avec l'Agence Française de Développement (AFD)** et les échanges et les partages d'information avec les ambassades de France des pays concernés ont été renforcés dans tous les pays.
- La programmation et la mise en oeuvre de l'appui catalytique du Comité français pour l'UNICEF** a été intégrée.

IV. PARTENARIAT INTER-AGENCES

La coordination des activités des quatre agences au niveau des pays pour une **meilleure synergie et l'alignement sur le plan national de développement sanitaire** est bien en place et constitue un modèle de fonctionnement pour d'autres partenaires.

Schéma de lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infantile, et pour le renforcement des systèmes de soins au niveau communautaire : Exemple du Togo



La méthodologie commune de travail est bien définie au niveau des pays :

- désignation d'une **agence leader** pour coordonner le processus,
- mise en place d'un **mécanisme de coordination inter-agences**, élargi à la partie nationale,
- tenue de réunions régulières pour le **suivi rapproché de la mise en oeuvre** des activités, éventuellement avec les chefs d'agences pour évaluer le **niveau d'exécution**, et avec les points focaux du ministère,
- établissement de contacts permanents entre bureaux régionaux et bureaux pays, ainsi qu'avec les sièges des agences.

Synergie du FFM avec les autres partenaires : Exemple du Togo

Les actions appuyées par le FFM sont renforcées par des interventions soutenues par d'autres partenaires, notamment : l'Agence Française de Développement (AFD) qui est impliquée dans le processus de renforcement des SONU, Plan Togo qui est engagé dans la lutte contre les grossesses et mariages des adolescentes dans une région, North Star Alliance et la Banque Ouest Africaine de Développement (BOAD) qui soutiennent la mise en place des infirmeries scolaires, et le Partenariat de Ouagadougou qui appuie le développement de la PF (USAID). Il faut souligner également le soutien du Fonds Mondial à la lutte contre le SIDA, le paludisme et la tuberculose et l'appui de GAVI Alliance dans le domaine de la vaccination et du renforcement des systèmes de santé.

Schéma de répartition des rôles des agences dans les actions FFM conjointes : Exemple du Bénin

Interventions	Contribution FFM		
	UNICEF	UNFPA	OMS
Consultation prénatale recentrée	■	■	■
Planification Familiale	■	■	■
Accouchement assisté par personnel qualifié	■	■	■
Soins obstétricaux et néonataux d'urgence	■	■	■
Prévention de la transmission mère – enfant du VIH	■	■	■
Audit des décès maternels		■	■
Santé reproductive des adolescents et des jeunes		■	■
Soins essentiels aux nouveaux nés	■	■	■
L'extension de la prise en charge communautaire des 3 principales causes de morbidité chez les enfants (paludisme, pneumonie et diarrhée)	■		
Monitoring décentralisé	■	■	

Toutes les trois agences UNICEF, UNFPA et OMS contribuent à la mise en oeuvre du paquet des IHI en tenant compte de leurs missions et de leurs zones d'interventions.



© UNICEF/BEN/2004-003/49/P/rozz

V. MISE EN OEUVRE DES INTERVENTIONS À HAUT IMPACT ET RÉSULTATS



Les activités à haut impact mises en oeuvre par le FFM pour l'année 2014 ont porté sur :

1. Développement des soins obstétricaux et néonataux d'urgence
2. Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire
3. Accès équitable à du personnel qualifié
4. Accès aux médicaments et produits de santé en santé maternelle, néonatale et infantile
5. Surveillance des décès maternels et riposte
6. Prévention et prise en charge des violences faites aux femmes et aux filles
7. Planification familiale
8. Santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et des jeunes
9. Riposte à l'épidémie de fièvre à virus Ebola



© UNICEF/ANYHQ2010-3059/Firozzi

1. Développement des soins obstétricaux et néonataux d'urgence et les soins prénataux



Pour faire reculer la mortalité maternelle, il faut qu'existent des services de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) et que toute femme ait la possibilité d'y avoir accès. Les SONU jouent un rôle salvateur

décisif en cas de complications pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, pour sauver la vie de la mère comme celle de l'enfant.

GUINÉE

Les ventouses ont été rendues disponibles dans les 44 centres de santé et 11 hôpitaux identifiés. Elles sont des intrants nécessaires à l'accouchement instrumentalisé, en cas de complication, qui constitue une fonction essentielle des SONU ; les capacités de 78 prestataires ont été renforcées au niveau de ces 11 districts sanitaires. Cette formation sur sites et la mise à disposition du matériel adéquat a permis de rendre disponible les 7 fonctions SONUB dans 44 centres de santé et les 9 fonctions SONU Complets dans 11 hôpitaux de districts. Ceci a permis de passer de **0 SONUB en 2012**, à **3 SONUB en 2013** et à **47 SONUB en 2014**. Ce résultat permet d'offrir les services SONU à une population de 5,5 millions d'habitants, soit plus de 50% de la population du pays.

TOGO

Le déploiement de nouveaux prestataires dont **108 nouvelles sages-femmes** dans des formations sanitaires à potentiel SONU a permis de renforcer la disponibilité de personnel qualifié en obstétrique (médecins, sages-femmes, infirmiers/infirmières, accoucheuses auxiliaires) par 10.000 habitants, passant de 3 en 2013 à 6 en 2014. Ce renforcement des ressources humaines a contribué à l'**opérationnalisation des SONU dans 23 formations sanitaires en 2014 (contre 5 structures en 2013)**, avec près de 30.000 accouchements assistés au cours de l'année dans ces centres, correspondant environ à 10% des accouchements attendus dans le pays. Le pourcentage des **sites SONU fonctionnels est donc passé de 9% (9/97) à 24% (23/97) entre 2013 et 2014.**

Le processus SONU a consisté en une activité inter-agences : réunions d'orientation, appui technique :

Formation SONU :	UNFPA, UNICEF, OMS
Équipement SONU :	UNFPA, UNICEF, OMS
Suivi supervision :	UNFPA, UNICEF, OMS
Audit des décès maternel :	UNFPA, OMS
Qualité de l'accueil et lutte contre les violences basées sur le genre :	UNFPA, ONU FEMMES

MALI

Le FFM a amélioré et renforcé le système de collecte et de stockage des produits sanguins du Centre National de Transfusion sanguine et des hôpitaux de Mopti et de Gao. Il s'agit d'une activité à haut impact : la transfusion sanguine est un acte salvateur en réponse à l'hémorragie qui est responsable d'un tiers des décès maternels. Ainsi, pour des structures de soins qui drainent une population d'un million d'habitants, il y a potentiellement 50.000 femmes enceintes à prendre en charge. Dans un pays où le ratio de mortalité maternelle est de 600 décès pour 100.000 naissances, 300 de ces femmes vont mourir chaque année de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. Sur ces 300 femmes, 100 mourront d'hémorragie. **Dans ce contexte, un système opérationnel de transfusion sanguine, c'est 100 décès maternels évités chaque année.**

Les activités réalisées pour le développement des SONU ont permis (i) l'équipement par l'UNFPA de 20 structures SONUC en forceps, ventouses, boîtes de césariennes et d'accouchements, (ii) l'évaluation des structures SONU par l'UNFPA et UNICEF : les données préliminaires révèlent 53 SONUC et 28 SONUB fonctionnels (sans déficit de fonction) en 2014.

NIGER

1.000 femmes en grossesse (compliquée) ont bénéficié d'un accouchement assisté, grâce à l'acquisition de 70 ventouses pour les SONUB, tandis que 20 kits pour 1000 cas de césarienne ont été mis à disposition dans les maternités de référence de Tahoua et de Niamey, dans le cadre de la gratuité de la césarienne.

60.000 femmes enceintes (soit 8% de la population cible) ont bénéficié d'un suivi de la grossesse grâce à l'acquisition de 60 000 kits de Consultation prénatale (CPN) incluant une Moustiquaire imprégnée de longue durée d'action (MILDA), 3 doses de Traitement intermittent contre le paludisme (TPI) et des doses de traitement contre l'anémie (fer, acide folique). Le déparasitage et la supplémentation en vitamine A ont également été mis en place. La formation de 162 prestataires en CPN-R (Consultation prénatale recentrée) a aussi été prodiguée.

8 maternités ont été réhabilitées pour une cible de 18.000 accouchements attendus

BÉNIN

De janvier à novembre 2014, 340.000 femmes enceintes ont bénéficié au moins d'une consultation prénatale dans une formation sanitaire sur les 475.000 grossesses attendues au cours de l'année 2014, ce qui correspond à une couverture de 71%. Parmi ces femmes enceintes, 285.000 ont accouché dans une formation sanitaire, soit 60% d'accouchements en institution assistés par le personnel qualifié.

La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) fait partie des interventions mises en œuvre par le FFM, notamment :

En **Guinée**, le FFM a permis d'intégrer la PTME dans 106 centres de santé et la PTME de rattrapage dans 15 hôpitaux préfectoraux et 3 hôpitaux régionaux. **La couverture en PTME est ainsi passée de 32% en 2013 à 58% en 2014.** Ces deux actions ont contribué au dépistage de plus de 98.000 femmes enceintes au niveau national, dont près de 4.800 femmes enceintes VIH+ qui ont reçu la prophylaxie ARV.

Au **Bénin**, **146 nouveaux sites de PTME** ont été créés en 2014, faisant passer le **taux de couverture en site PTME de 61% à 75% entre 2013 et 2014.** Sur **175.000 gestantes admises en première consultation prénatale, près de 145.000 ont été dépistées soit 83% contre 59% au dernier trimestre de 2013.** Plus de **1.600** ont été testées **positives au VIH** soit 1,13% et selon les protocoles en vigueur, près de 1.000 femmes enceintes séropositives dépistées (60%) ont été **mises sous traitement ARV.** Ceci a permis d'accélérer le dépistage précoce du nouveau-né conformément aux normes internationales à savoir entre 6 et 8 semaines. Ce taux est passé de 51% à 76% entre 2013 et 2014.

2. Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire



La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)

Cette prise en charge au niveau communautaire constitue une stratégie qui répond efficacement au problème de l'accessibilité aux soins d'une large proportion de la population vivant dans les endroits éloignés ou difficilement accessibles, défi majeur pour la plupart des pays où la morbidité et la mortalité chez les enfants sont élevées. **Améliorer les pratiques de la famille et de la communauté constitue l'une des trois objectifs de cette stratégie,** Il s'agit là d'engager, de développer et de soutenir des pratiques familiales essentielles à la survie de l'enfant et à son développement. Dans la mesure où il revient avant tout aux familles de veiller sur leurs enfants, des résultats ne sont envisageables qu'à la condition d'une collaboration entre agents de santé et familles, et d'un soutien de leurs communautés.

Au niveau régional, les directives techniques et les manuels de formation ont été développés pour la prise en charge des nouveau-nés et des enfants malades au niveau communautaire. La version française des guides actualisés/outils sur les interventions à haut impact pour la survie de l'enfant, y compris pour les agents de santé communautaires, a été disséminée dans les différents pays cibles. Les activités dans les pays sont corrélées aux activités régionales. Les stratégies/politiques de prise en charge à base communautaire ont été mises en place dans les pays



Pour diminuer la mortalité infanto-juvénile, il faut faciliter l'accès aux soins. La stratégie PCIME donne aux agents de santé communautaires (ASC) les compétences nécessaires pour offrir des soins de proximité, réduisant ainsi considérablement la morbidité et la mortalité dans la population des enfants de moins de cinq ans. En parallèle les agents de santé communautaires doivent travailler auprès des familles et de leurs communautés afin de garantir que les soins prodigués au domicile par les familles soient opportuns et que celles-ci contribuent ainsi à une croissance et à un développement sain de leurs enfants. Ces mêmes familles doivent en outre être capables de réagir opportunément quand leurs enfants sont malades, en sollicitant l'aide appropriée au moment voulu lorsque des soins supplémentaires sont nécessaires, et en dispensant les traitements préconisés.



CÔTE D'IVOIRE

En Côte d'Ivoire, la proportion de districts sanitaires mettant en oeuvre la promotion des PFE est passée de 12% en 2013 à 29% en 2014.

Plus de 800 ASC ont été formés et équipés pour la promotion des PFE et la prise en charge avec l'offre de Soins Essentiels aux nouveaux-nés.

Ceci a amélioré la prise en charge intégrée des enfants de moins de 5 ans dans les structures de santé : dans 14 structures de santé de 7 districts sanitaires, le pourcentage des enfants pris en charge au 1^{er} et 2^{ème} niveau pour le traitement antibiotique pour suspicion de pneumonie est de 100%.

Il faut signaler l'appui additionnel des fonds suédois H4+ sur ce volet dans le pays.

TOGO

Près de 25.000 causeries éducatives portant sur les PFE (lavage des mains, consultations prénatale et post-natale, allaitement maternel exclusif, vaccination et utilisation de la moustiquaire) ont touché plus de 260 000 personnes.

Le déploiement de près de 1.300 ASC dans les 12 districts des régions des Savanes et de la Kara a permis de renforcer l'accès des enfants aux soins de base dans les communautés éloignées des centres de santé. Ainsi, ont été pris en charge au niveau communautaire par les ASC dans les districts d'intervention près de 70.000 cas de paludisme (24% de la cible), plus de 17.500 cas de diarrhée (59% des épisodes attendus), près de 8.000 de pneumonie (58% des cas attendus) et plus de 2.000 cas de malnutrition aigüe sévère (46% des cas attendus). Les deux tours de campagne de vaccination contre la poliomyélite, couplée avec la supplémentation en vitamine A et le déparasitage (albendazole), ont permis à 99% des enfants d'avoir une couverture complète en vitamine A, à l'échelle nationale.

NIGER

Les rencontres périodiques des communautés, des leaders locaux et des services techniques sur les réalisations communautaires et la prestation des services ont permis de produire les résultats suivants : 19% d'enfants âgés de moins de 6 mois ont été exclusivement allaités au sein 39% des mères pratiquent le lavage des mains 63% d'enfants de moins de 5 ans dorment sous moustiquaire imprégnée.

La formation en PCIME a été introduite dans 8 écoles de formation des agents de santé (4 écoles publiques et 4 écoles privées), pour faciliter l'apprentissage et la maîtrise de la stratégie de PCIME à environ 1.600 élèves.

19.000 enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme ont accès aux médicaments anti palustres et 120.900 enfants présumés atteints de paludisme ont bénéficié d'un test de dépistage rapide en 2014 ;

73.000 des cas de pneumonie d'enfants de moins de 5 ans ont été pris en charge ;

28.600 cas de diarrhée d'enfants de moins de 5 ans ont été traités.

SÉNÉGAL

Avec l'USAID/Intrahealth, l'appui technique et financier de l'OMS et de l'UNICEF a permis de renforcer les capacités de 360 prestataires au niveau de 37 districts sanitaires des régions médicales de Thiès, Kaolack, Tambacounda, Diourbel et Saint-Louis portant à plus de 80% la proportion des DS qui mettent en oeuvre la PCIME. Le suivi post formation a montré une bonne performance des prestataires avec une recherche des signes de danger dans 72% des cas et une évaluation des principaux signes (toux, fièvre, diarrhée) dans 83% des cas.

Selon les résultats provisoires de la synthèse des PTA de 2014 basée sur les extraits, 50.000 enfants de moins de 5 ans souffrants de diarrhée ont été traités par Sels de Réhydratation Orale-Zinc.

BÉNIN

Plus de **1.600 ASC** couvrant 11 communes abritant plus de **45.000 nouveaux nés** ont été **formés et équipés** pour les prestations des paquets préventifs promotionnels et curatifs.

Les 1.600 ASC ont permis la prise en charge de **14% des cas de paludisme, 21 % des cas de diarrhée et 31% des cas de pneumonie du pays.**

La malnutrition

On associe la malnutrition à près de la moitié de la totalité des décès des enfants de moins de cinq ans (soit près de 400,000 de décès pour les pays Muskoka). Bien que le manque de moyens des familles puisse être considéré comme l'un des facteurs de la malnutrition, celle-ci est dans la vaste majorité des cas le fait de pratiques alimentaires du nouveau-né et du jeune enfant non optimales. Améliorer le recours à l'allaitement maternel pourrait en soi réduire

le nombre de décès infantiles de plus de 10%. Une meilleure alimentation complémentaire pourrait prévenir plus de 10% des décès causés par la diarrhée ou les infections respiratoires aiguës, en particulier la pneumonie. La prévalence de la malnutrition pourrait s'en voir réduite de 20%. La résistance à la rougeole ainsi qu'aux autres maladies en serait également renforcée et les capacités cognitives de ces enfants seraient augmentées permettant un meilleur développement intellectuel de ces enfants.

GUINÉE

Les formations en PCIMNE clinique et communautaire ont permis la **prise en charge de 45.000 enfants pour les infections respiratoires aiguës, de 55.000 enfants pour le paludisme, de plus de 14.000 enfants pour la diarrhée, et de plus de 33.000 enfants pour la malnutrition aiguë sévère** dont plus de 11.000 enfants dépistés et référés par les agents communautaires dans les centres de réhabilitation de la malnutrition aiguë sévère en ambulatoire (CRENAS) avec un **taux de guérison de 94%**.

3. Accès équitable à du personnel qualifié



Les activités à haut impact retenues pour le développement des ressources humaines chargées de la prise en charge de la santé maternelle et infantile et mises en oeuvre par les quatre agences de partenariat dans les 11 pays cibles ont porté sur (1) l'amélioration de la qualité de la formation à la pratique sage-femme, (2) l'amélioration de la qualité des services de santé maternelle et néonatale par le soutien aux stratégies de recrutement des sages-femmes.

L'amélioration de la qualité de la formation à la pratique sage-femme

Dans les 11 pays cibles, le FFM a permis d'apporter un appui très important au renforcement des ressources humaines :

- formation des personnels de santé (tous pays),
- formation de relais communautaires, appui aux écoles de formation (Bénin, Guinée, Niger)
- conception et diffusion de matériels pédagogiques (Côte d'Ivoire, Niger),
- enquêtes sur les ressources humaines en SRMNI (Burkina, Bénin, RDC),
- évaluation des pratiques professionnelles des sages-femmes (RC et RDC).

Les formations ont été soit des formations initiales soit des renforcements de compétences en cours d'emploi.

Les différents domaines de la SRMNI ont été couverts (PF, SONU, PCIME, nutrition, PTME, Violence Basée sur le Genre). Toutes ces activités de formation ont pour effet d'améliorer les prestations de service.

Action coordonnée des agences du FFM pour les ressources humaines : Pratique des soins sage-femme

- Amélioration de la qualité de la formation dans les écoles de sages-femmes (Guinée et Mali)
- Stratégies de recrutement, de déploiement et de fidélisation pour accroître la disponibilité des personnels de la pratique des soins de sage-femme en zone rurale (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Niger, Sénégal et Tchad)
- Avec l'appui de l'OMS, UNFPA, UNICEF & AFD.
 - Déploiement des personnels ayant des compétences de sage-femme (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali et Tchad), recrutement de sages-femmes itinérantes au Sénégal et en Guinée déployées dans les zones rurales
 - Plaidoyer pour la mobilisation des ressources en faveur du développement de la pratique sage-femme : messages développés à partir des résultats du rapport 2014 sur l'état de la pratique sage-femme dans le monde, notes politiques pour les pays, les institutions régionales, les partenaires au développement.

A titre d'exemple, au Sénégal, les actions de développement des stratégies de formation, de recrutement, de déploiement et de fidélisation de 500 sages-femmes (et interventions connexes) ont permis de produire les résultats suivants :



Au total, pour l'année 2014, par l'action conjuguée des 4 agences du partenariat, c'est plus de 4.500 personnels de santé (médecins, infirmiers, sages-femmes) et ASC, à qui un appui a été apporté : appui technique et financier, formation, renforcement des capacités.

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

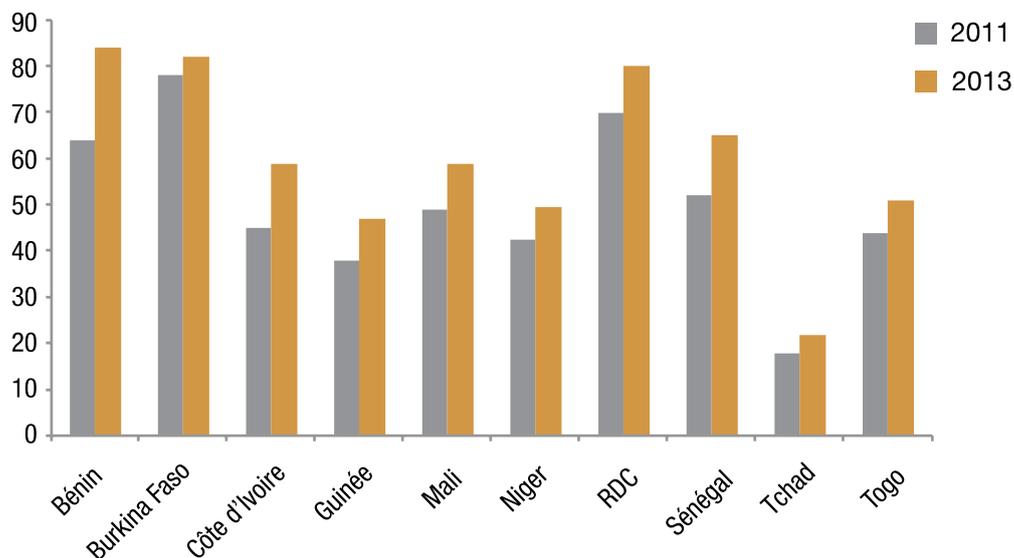


© UNICEF/NYHQ2012-0329/Asselin

+ 30% de consultations prénatales, + 55% de couverture contraceptive, + 22 % d'enfants complètement vaccinés et atteinte de l'objectif de 60 % d'accouchements assistés par du personnel qualifié. Ces actions permettent d'escompter à terme une pro-

gression des indicateurs sachant que la contribution à l'accélération de la réduction de la mortalité a été significative : mortalité maternelle (-11%) et infantile (-17%) entre 2010 et 2013.

Pourcentage des mères ayant reçu des soins d'accouchement par du personnel compétent (2011-2013)



NIGER

Le taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié est un indicateur pertinent car il est fortement corrélé à la morbidité et à la mortalité maternelles et il est également lié à l'offre et à la demande de soins. **Il est en nette progression en 2014**, atteignant ainsi 44% pour l'ensemble du pays : ceci représente plus de 315.000 accouchements assistés sur 714.000 femmes enceintes. L'augmentation peut être attribuée à l'amélioration de la disponibilité des services et à la gratuité de l'accouchement dans certaines régions, grâce à l'appui de l'UNFPA, de l'OMS et des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) locaux. **Le taux de césariennes pratiquées** a connu une augmentation passant de 1% en 2013 à 2% en 2014.

CÔTE D'IVOIRE

Le taux d'accouchements par un personnel qualifié est passé de 53% en 2013 à 56% en 2014.

En outre, depuis 2014, l'OMS et l'UNFPA collaborent pour réaliser des évaluations de la qualité de la formation dans les écoles de sages-femmes au Bénin, Congo, Sénégal, Guinée, Mali, Mauritanie, Sénégal, Burkina Faso, Tchad, Togo, Niger, Côte d'Ivoire, Cameroun, RDC. Ces évaluations ont été réalisées afin de mesurer le degré de mise en oeuvre

de l'approche d'enseignement par les compétences recommandée par la confédération internationale des sages-femmes (ICM) pour améliorer la qualité de la formation. L'Organisation Ouest Africaine de la Santé a utilisé ces résultats pour mettre en place une stratégie d'accréditation des écoles de sages-femmes.



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

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

De l'approvisionnement en médicaments, dispositifs médicaux et matériel médical a été réalisé par l'UNICEF et l'UNFPA dans 7 pays.

Le FFM a également servi :

1. à la mise à jour ou la dissémination de la **Liste Nationale de Médicaments Essentiels (LNME)** et des protocoles thérapeutiques standards servant de base aux interventions des autres intervenants dans la SMNI pour l'approvisionnement et la formation du personnel de santé et des dispensateurs en usage rationnel améliorant ainsi la qualité de la prise en charge des mères et des enfants au **Bénin**, au **Burkina Faso**, en **Côte d'Ivoire**, en **Guinée**, au **Niger**, en **RDC**, au **Sénégal** et au **Togo**.
2. à une meilleure coordination des approvisionnements et donc une meilleure disponibilité des produits dans les structures de santé à travers le renforcement des capacités des gestionnaires de stock au niveau périphérique, le développement de plans nationaux d'approvisionnement et la réalisation de cartographie des systèmes d'approvisionnement au **Bénin**, au **Burkina Faso**, en **Guinée**, au **Mali**, au **Niger**, en **RDC**, au **Sénégal** et au **Togo**.
3. à un renforcement des autorités de réglementation pharmaceutique indispensable pour garantir la qualité des produits disponibles et réduire les risques d'utilisation de produits sous-standards ou contrefaits au **Mali** et au **Togo**.
4. à améliorer la réglementation des prix existante en **Guinée** pour s'assurer d'une meilleure accessibilité financière des produits non couverts par les systèmes de gratuité.



*L'ensemble des interventions réalisées par le FFM viennent en **complément des interventions appuyées par le RMNCH Trust Fund** actuellement mis en oeuvre en **RDC** et au **Sénégal** et en cours de planification au **Bénin**, **Burkina Faso** et **Mali**.*

*Un appui plus spécifique a aussi été apporté à la **Guinée** pendant la crise Ebola pour évaluer l'impact de l'épidémie sur le système national*

d'approvisionnement et la disponibilité des produits dans les structures de santé. Cet appui a également servi à renforcer le travail de l'unité logistique Ebola pour garantir la mise à disposition d'équipements de protection individuelle et des dispositifs médicaux nécessaires à la protection universelle indispensable pour maintenir une offre de soins sécurisée dans les structures de santé, en particulier pour les mères et les enfants.



5. Surveillance des décès maternels et riposte



La Surveillance des décès maternels et riposte (SDMR) réalise en routine l'identification, la notification et la détermination du nombre et des causes des décès maternels en vue de prendre les mesures idoines pour les éviter. Elle permet l'utilisation de cette information pour répondre mettre en place des actions correctrices, immédiates **comme à long terme, de prévention de décès futurs, et donc de réduction de la mortalité maternelle.**

La SDMR constitue une forme de **surveillance continue** qui établit une passerelle entre le système d'information sanitaire et les processus d'amélioration de la qualité des soins du niveau local et au niveau national.

OMS et UNFPA ont poursuivi leur travail conjoint pour l'intégration de la SDMR dans les stratégies de développement sanitaire des pays à travers le renforcement des systèmes nationaux d'information sanitaire.



Evaluer l'amplitude de la mortalité maternelle oblige les responsables qui font les politiques et ceux qui prennent les décisions à prêter attention au drame de la mort d'une mère et à y apporter les réponses appropriées.



Le **Bénin** a institutionnalisé la surveillance décès maternel et riposte et l'a intégrée dans le Guide de surveillance des maladies prioritaires.

Le **Burkina Faso** a assuré la formation de 34 formateurs des régions et des districts en audit/revue de décès maternels.

La **Guinée** a procédé à l'institutionnalisation de la revue des décès maternels.

Au **Mali**, l'UNFPA a financé sur FFM (i) le développement d'un bulletin d'information (mobile info) sur les décès maternels et infantiles survenant dans les régions de Ségou, Mopti et Koulikoro et (ii) la formation du personnel du SIS des districts sanitaires de Mopti à l'utilisation de la téléphonie mobile (flotte) pour recenser les décès maternels et infantiles.

Le **Niger** a intégré la SDMR dans le dossier obstétrical et a formé des enseignants en SDMR à partir du guide élaboré par OMS et UNFPA.

Le **Sénégal** l'OMS et UNFPA ont travaillé conjointement à l'élaboration d'un plan de mise en œuvre de la surveillance intégrée des maladies et riposte (SIMR) intégrant les décès maternels : 8 régions sur les 14 que compte le pays et 39 districts sanitaires soit la moitié ont démarré la notification des cas de décès maternels.

Le **Tchad** poursuit la mise en place de comités régionaux SDMR.

Ces activités de pays sont directement corrélées aux activités régionales d'orientation, de guidance et de formation à la SDMR.

CÔTE D'IVOIRE

Avec les appuis complémentaires du FFM et du fonds suédois H4+, 14 districts mettent en œuvre la SDMR. Tous les districts (82) du pays ont été formés à la notification des décès maternels. La SDMR a été intégrée au système de la Surveillance Intégrée de la Maladie et Riposte (SIMR) avec une transmission électronique des données des districts au serveur par les CSE par smartphones et comprenant aussi des retro saisies.

TOGO

162 cas de décès ont été notifiés entre janvier et septembre 2014, et 47 de ces cas ont été investigués, soit un taux de revue des décès de 29% (contre 25 % obtenu en 2013). Au total 28 hôpitaux (dont 22 avec antennes chirurgicales) disposent de compétences pour conduire les audits de décès maternels.

6. Prévention et prise en charge des violences faites aux femmes et aux filles



Actions de sensibilisation et de communication sur les violences basées sur le genre et les pratiques traditionnelles néfastes (mutilations génitales). Niveau communautaire : les jeunes, les médias et leaders traditionnels sont mobilisés contre les pratiques traditionnelles néfastes : **Togo, Guinée, Mali, Niger, Côte d'Ivoire.**

Intégration du genre dans les comités de santé et commissions parlementaires : **Mali, Niger, Togo.**

Prise en charge des femmes victimes de violences basées sur le genre : **Mali.**

Poursuite de la mise en place de modules de formation sur les violences basées sur le genre dans les curricula des écoles de sages-femmes et d'infirmiers des 15 Pays de la CEDEAO dans le cadre d'un accord triennal signé avec l'OOAS. (Organisation Ouest Africaine de la Santé de la CEDEAO).

7. Planification familiale



Le rôle de la planification familiale (PF) dans la lutte contre la mortalité maternelle et infantile est clé. La coordination entre OMS et UNFPA, ainsi qu'avec l'USAID et d'autres partenaires, est importante pour assurer une assistance globale, coordonnée et bien suivie. **Le Partenariat de Ouagadougou**, en appui aux plans pays, a permis d'assurer cette coordination.

Les principales interventions sur la planification familiale mises en oeuvre de façon coordonnée par les agences du FFM

	Bénin	Burkina Faso	Côte d'Ivoire	Guinée	Haïti	Mali	Niger	RDC	Sénégal	Tchad	Togo
Interventions à haut impact en planification familiale											
Mettre en place des services à base communautaire											
Plaidoyer sur le repositionnement du PF	■	■	■	■	■	■	■		■	■	■
Intégration dans les systèmes d'information les données sur le PF	■	■	■	■		■	■		■	■	■
Expérimentation d'un système pilote d'enregistrement à base communautaire des données du PF											
Formation de relais communautaires	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Offrir une gamme complète de contraceptif modernes pour garantir les droits des utilisatrices (y compris la contraception d'urgence et la PF en post partum) dans les formations sanitaires											
Mise à disposition de contraceptifs modernes	■		■	■			■		■	■	
Améliorer l'information en planification familiale et sur les questions de genre											
Actions de sensibilisation et de communication en PF en utilisant différents canaux (campagnes communautaires, mobilisation sociale, radio, télévision)	■		■	■	■	■	■			■	■

Des services à base communautaire ont été mis en place et des gammes complètes de contraceptifs modernes ont été mises à disposition

A travers ces interventions, il s'agit de garantir les droits des utilisatrices (y compris la contraception d'urgence et la PF en post partum) dans les formations sanitaires.

En **Guinée**, la formation de 60 formateurs régionaux sur le module de Planification Familiale du paquet intégré des services à base communautaire a permis de renforcer la qualité des services et l'extension de l'offre de la contraception au niveau communautaire.

En **Haïti**, l'OPS/OMS a réalisé 10 sessions de mise à niveau en PF pour 487 Agents de Santé Communautaires Polyvalents de quatre Départements Sanitaires.

Au **Niger**, le taux d'utilisation de la contraception moderne est passé de 13% en 2013 à 16,2% en 2014. En dépit des progrès significatifs enregistrés ces dernières années, le Niger reste le pays ayant le plus fort indice synthétique de fécondité au monde avec plus 7 enfants par femme ; c'est dire combien les efforts déployés doivent se poursuivre voire s'amplifier.

La planification familiale du postpartum

C'est une approche soutenue par le FFM, les 60 à 80% des femmes accouchant dans les formations sanitaires, constituant une cible à ne pas manquer pour augmenter l'accès aux services de PF. L'accent sur la gamme élargie de méthodes et l'intégration des services de PF aux services de santé maternelle et néonatale sont deux facteurs clés pour l'augmentation de la couverture en planification familiale. Le dispositif intra-utérin du post-partum (DIUPP) est une méthode à longue durée d'action dont la pratique permet une augmentation rapide et significative de la prévalence contraceptive. La formation des prestataires de santé, notamment les sages-femmes, à son recours et à son insertion reste un challenge dans la région. Les pays suivants : **Bénin, Côte d'Ivoire, Guinée, Niger, Sénégal, Tchad** ont été soutenus pour le renforcement des capacités des prestataires en conseil PF et insertion du DIUPP, en partenariat avec Jhpiego. Parmi ces six pays, en 2014, le Bénin et le Niger ont commencé la mise en œuvre de leurs plans de passage à l'échelle de l'offre des services en DIUPP, y compris en zone rurale.

CÔTE D'IVOIRE

49 campagnes de sensibilisation sur la Planification Familiale ont été effectuées, touchant près de 19.000 personnes ; la formation de 140 prestataires, ainsi que de 160 agents de santé communautaire permet d'étendre la couverture des services ; les appuis complémentaires du FFM, des fonds suédois H4+, ont permis de renforcer les capacités (formation et mise à disposition d'outils de gestion) de 126 ASC à la santé de la reproduction et à la distribution à base communautaire de produits contraceptifs en 2014.

BÉNIN

185.000 femmes ont utilisé une méthode moderne de contraception. Le coût total de l'acquisition des produits contraceptifs pour le pays au cours de l'année a été de 1,9 MUSD dont 1,5 (79%) provenant de l'UNFPA et le reste provenant de l'USAID. Les contraceptifs acquis représentent 566 Couple Année Protection (CAP) et peuvent permettre d'éviter 325.000 grossesses non désirées, 235.000 naissances non désirées, 60.000 avortements clandestins et 1.700 décès maternels. Le coût par CAP est de 3.38 USD et par grossesse non désirée évitée est de 5.92 USD.

Révision et diffusion des documents nationaux sur la Planification Familiale

Côte d'Ivoire : le plan stratégique pour la Planification Familiale 2013-2016 a été révisé ;

Burkina Faso : révision des modules de formation sur la Planification Familiale clinique ;

Mali : révision et adoption des documents de Politiques, Normes et Procédures (PNP) en Santé de la Reproduction, élaboration d'un plan stratégique de santé de la Reproduction analyse de situation des Soins Après Avortements (SAA) et finalisation du Plan d'action national de Planification Familiale 2014-2018.

Il est à noter également l'importante étude menée par l'UNFPA avec l'appui de l'ONG « *Equilibre & Population* » dans trois pays : **Bénin, Niger et Togo**, qui permet de dresser des recommandations concrètes et à **potentiel régional** :

1. Création d'un **module d'éducation** en matière de **population et vie familiale** dès le primaire,
2. Création d'un **label qualité** pour les supports de formation et d'information en matière de d'éducation à la sexualité,
3. Développement des services d'écoute et de conseil-**ligne verte** et
4. Renforcement de la **qualité de prise en charge des adolescentes** dans les centres de santé intégrés.

8. Santé sexuelle de la reproduction des adolescents et des jeunes



Les principales interventions sur la santé sexuelle et de la reproduction des jeunes et des adolescents

	Bénin	Burkina Faso	Côte d'Ivoire	Guinée	Haiti	Mali	Niger	RDC	Sénégal	Tchad	Togo
Interventions à haut impact en santé sexuelle et de la reproduction des jeunes et adolescents											
Mettre en place des services SSR (PF incluse) en milieux scolaire et extra scolaire											
Intégration de la Santé Reproductive des Adolescents et des Jeunes (SRAJ) dans le paquet d'activités	■		■	■	■				■		■
Mettre en place un accès à l'éducation sexuelle en milieux scolaire et extra scolaire											
Actions diverses			■	■	■		■			■	■
Impulser un changement durable des habitudes sociales et de lois plus favorables pour les jeunes filles en particulier en situation de vulnérabilité											
Actions de sensibilisation et de communication en SRAJ en utilisant différents canaux (campagnes communautaires, mobilisation sociale, radio, télévision)	■		■	■	■	■	■			■	■



© UNICEF/NYHQ2013-0238/Matas

9. Riposte à l'épidémie de fièvre à virus Ebola



La situation sanitaire de la Guinée a été dominée par la survenue de l'épidémie de la maladie à virus Ebola. Le Mali a également été touché et les autres pays d'Afrique de l'Ouest se sont mobilisés pour faire face à cette épidémie, ceci en partie grâce aux FFM.

En Guinée, suite à l'apparition des premiers cas, le FFM s'est mobilisé pour accompagner le processus de mobilisation nationale et internationale en faveur de la riposte à l'épidémie.

Un appui a été fourni à l'évaluation du système d'approvisionnement pour les intrants Ebola et l'appréciation de l'impact de cette réponse Ebola sur le système national d'approvisionnement déjà fragile avant la crise et la disponibilité des médicaments, dont ceux de la mère et de l'enfant, dans les structures de santé. Ce type d'évaluation a contribué à l'élaboration du plan de relance des systèmes de santé.



L'OMS a redéployé pour la Guinée, à partir du budget pays du Fonds Français Muskoka, une somme de 100.000 euros pour la prise en charge des enfants au niveau communautaire, dans le cadre de la riposte à l'épidémie de fièvre Ebola.

Ce budget complémentaire alloué à la Guinée est utilisé pour maintenir la continuité des services au niveau communautaire :

- assurer la sécurité des communautés et des agents de santé communautaires (ASC), par la diffusion des directives de bonne pratique, au niveau des foyers, des familles, des structures de santé communautaires et des ASC,*
- former ou remettre à niveau les ASC sur l'approche de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire (PCIME-C) « sans contact », y compris en délivrant des messages clés sur le virus Ebola pour la mobilisation et la sensibilisation,*
- faciliter la fourniture des médicaments essentiels, antibiotiques, sels de réhydratation orale, zinc et antipaludiques complémentaires en raison du traitement présomptif, et le matériel nécessaires pour l'offre de services par les ASC.*



VI. HARMONISATION POUR LA SANTÉ EN AFRIQUE

Les 4 agences collaborent pour renforcer les systèmes de santé dans le cadre du Mécanisme d'Harmonisation pour la Santé en Afrique (HHA)



Le mécanisme régional Harmonisation pour la Santé en Afrique (HHA) a pour vocation de coordonner l'appui technique aux pays pour le renforcement de leurs systèmes de santé et de favoriser une meilleure utilisation de l'argent pour la santé (14 partenaires bi, multilatéraux et initiatives mondiales).



Le FFM a essentiellement apporté un appui à l'organisation d'événements relevant des Communautés de Pratiques (CdP) soutenues par HHA. Celles-ci visent à favoriser la gestion de l'information et les échanges d'expérience entre individus de tous horizons, mais impliqués dans la planification, suivi et mise en oeuvre d'activités relatives aux piliers du système de santé :

- Accès financier pour les services de santé
- Budgétisation et Planification basées sur les évidences
- Offre de Soins
- Pharmaceutique (forum e-med)
- Ressources Humaines en SRMNI

Quelques résultats clés en 2014 :

- Nouvelle approche de projets collaboratifs au-delà de l'échange de connaissance.
- La CdP Accès Financier aux Systèmes de Santé met en oeuvre de manière innovatrice le projet de recherche Muskoka sur la Couverture Sanitaire Universelle.
- La CdP Planification et Budgétisation Fondées sur les preuves a co-organisé la conférence régionale HHA à Dakar de renforcement des capacités de la société civile, des parlementaires et des medias dans l'analyse budgétaire et le plaidoyer pour la santé.
- La CdP Offre de Soins de niveau district a conçu le développement d'un forum d'échange de pratique sur Ebola au niveau district entre pays affectés et en préparation.
- La CdP pharmaceutique / forum e-med prépare la conférence inter CdP sur le médicament.
- La nouvelle CdP Qualité des Soins dans les Hôpitaux de Référence en Afrique (QUAHOR, 1 autre pilier de la CSU) est basée sur le forum existant d'échange du projet InfoDos (ci-dessous) élargi aux autres acteurs.

VII. SUIVI ÉVALUATION & RECHERCHE OPÉRATIONNELLE

- ▶ Le Comité Technique du FFM a élaboré un cadre de résultats **basé sur la mise en oeuvre des interventions à haut impact**, interventions sélectionnées sur la base de la preuve scientifique et de leur impact potentiel. Ce cadre de résultats permet d’orienter la planification et de faciliter le suivi des interventions mais aussi de suivre l’évolution des résultats et de l’impact sur plusieurs années. En Côte d’Ivoire et au Burkina Faso, pays où les deux financements interviennent concomitamment, le programme d’interventions des FSP Muskoka a été mise en oeuvre par H4+ dans d’autres régions du pays, ce qui a permis de doubler la couverture géographique des interventions à haut impact.
- ▶ A travers **la recherche opérationnelle**, mise à disposition des décideurs nationaux et des équipes des NU des informations stratégiques visant la réduction des contraintes majeures observées au niveau des pays. Depuis 2013, cinq projets, répartis selon les piliers des systèmes de santé, sont mis en œuvre via des associations Nord-Sud d’équipes de recherche avec implications des Communautés de Pratique (n=4/5) visant la réduction des goulots d’étranglement. Des synergies inter projet apparaissent ainsi que le thème commun de l’analyse des bonnes pratiques.

Titre de la recherche opérationnelle	Institutions de recherche – institution du Sud – Communauté de Pratique	Pays	Durée
Couverture universelle en Afrique Francophone - comment articuler les différents modes de financement ? (CSU)	Institut de Médecine Tropicale d’Anvers Communauté de Pratique accès financier aux services de santé	12 (Bénin, Burkina Faso, Côte d’Ivoire, Mali, Niger, RCA, RDC, Sénégal, Tchad, Togo + Cameroun, Burundi)	2013-2016
RÉSULTATS :			
<ul style="list-style-type: none"> ▶ PHASE 1 (terminée) : Cartographie des stratégies de financements de la santé. ▶ PHASE 2 (en cours) vers l’organisation apprenante: en 10 jours, 10 Ministres de la Santé ou Secrétaires Généraux ont signé la lettre de demande de participation (11 délégations de haut niveau à l’atelier d’élaboration du protocole) ▶ Diffusion des résultats : blog healthfinancingafrica.org (>1500 clics) et lors des conférences internationales (conférence africaine d’économie de la santé (Nairobi, 2014) et symposium mondial de recherche sur les systèmes de santé (Le Cap, oct. 2014). 			
Stratégies de fidélisation du personnel de SRMNI en zones rurales (FideliSante)	Université de Montréal, CdP RH en SRMNI, UMI 3189 Sénégal - Université d’Aix France, CNRS	3 (Bénin : Laboratoire d’Analyse des Dynamiques Sociales et des Études du Développement, Burkina Faso: association des SF, et Sénégal : ENDSS)	2013-2016
RÉSULTATS :			
<ul style="list-style-type: none"> ▶ PHASE 1 (terminée) : Analyse initiale de situation du personnel en SRMNI et des stratégies de fidélisation - via l’analyse des documents de référence, les entretiens avec les personnes ressources et l’analyse des registres des RH ▶ PHASE 2 (en cours) : Rédaction des protocoles réalisé et collecte de données de la phase 2 (enquêtes terrain) ▶ Diffusion des résultats : réunions de préparation du colloque sur la fidélisation des SF avec la CdP et tables rondes avec l’association francophone des SF. 			

Titre de la recherche opérationnelle	Institutions de recherche – institution du Sud – Communauté de Pratique	Pays	Durée
Observatoire régional de la mortalité maternelle en Afrique de l'Ouest (Infodos)	IRD UMR216 France, 7 institutions africaines: Mali, Burkina, Sénégal (3), Bénin (2)	3 (Bénin : Hôpital Mère-Enfant de la Lagune de Cotonou, Burkina Faso : IRSS, Mali : URFOSAME)	2013-2016
RÉSULTATS : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Forum d'échange Nord Sud entre investigateurs sur des études identiques, base de la nouvelle CdP sur la qualité (Paris 2014) ▶ Volet 1 : Informatisation du dossier obstétrical dans 33 maternités sentinelles dans les 3 pays (en extension au Togo) ▶ 2 études pilotes de détection précoce du RCIU (DDR) et de suivi de cohorte (1000 NN, Mali et Bénin) ▶ Volet 2 (analyse des pratiques) : Revue de morbi- mortalité réalisée dans 10 centres au Mali (nouveau logiciel) ▶ 2 études pilotes publiées sur la prise en charge des HPPI (Mali, Bénin) et la pratique des c/s (Burkina, audit clinique en cours) ▶ Etude de l'usage de drogues abortives (misoprostol, Bénin, Burkina) ▶ Volet 3 (évaluation de la mise en œuvre des recommandations) : Etude de la TIU de l'HPPI par sonde préservatif (Bénin et Mali, analyse en cours) ▶ L'étude multicentrique au Burkina analyse les indications de la c/s depuis son subventionnement (phase 1 terminée) ▶ Etude de cohorte pour le changement des pratiques suite à l'introduction de nouvelles courbes de croissance intra utérine ▶ Formation, valorisation transfert : 2 doctorats et masters / Formations dans les pays des opérateurs de saisie et sur la TIU / Ouvrage collectif : Audit des décès maternels dans les établissements de santé, guide de mise en œuvre, Ed. IRD. 			
Enfants, soins et pédiatrie en Afrique de l'Ouest (ENSPEDIA)	CNRS et U. Dakar - Réseau UMI3189 : 9 Institutions : Sénégal (3), Mali (2), Guinée, Burkina, Niger, Bénin + U. Lausanne	7 (Bénin, Burkina Faso, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal)	2013-2015/16
RÉSULTATS : <ul style="list-style-type: none"> ▶ PHASE 1 (terminée) : <ul style="list-style-type: none"> o Analyse de la perception des soins par les enfants via 24 études de cas par pays sous forme de dossier et livret avec des textes et des dessins d'enfants pour « une sensibilisation » des soignants. o Ouvrage scientifique avec articles rédigés par chacune des équipes comme champ de réflexion sur l'enfant à l'hôpital. o Une thèse de doctorat en anthropologie (négocier la guérison du petit malade, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales). ▶ PHASE 2 (en cours) : Enquêtes dans les 7 pays sur les modalités d'amélioration des soins et leur impact sur la qualité ressentie. ▶ Diffusion des résultats : atelier régional du projet à Dakar (Mars 2014) et colloque de Lausanne (fin 2014). 			
Le rôle d'interface des comités de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre (CoSa-I)	KIT Amsterdam, CdP offre de soins/district	3 (Bénin: OSP, Guinée : U Sonfonia, RDC: ESP)	2013-2015
RÉSULTATS : <ul style="list-style-type: none"> ▶ PHASE 1 (terminée) : Etudes de cas réalisées dans 4 FoSa dans chacun des 3 pays décrivant les structures d'interface, les problèmes traités et les autres activités menées par les coges (+100 personnes par pays aux entretiens et focus group). ▶ PHASE 2 (en cours) : recherche action approfondie dans les 3 pays concernant quelques thèmes clés ressortis de la phase 1 et liés au contexte pays incluant Ebola pour la Guinée. ▶ Diffusion lors de l'atelier de rédaction de Cotonou (juin 2014) et en présentation orale a la conférence mondiale sur les systèmes de santé (oct. 2014) et via des Blogs publiés via la CdP offre de soins de niveau district. 			

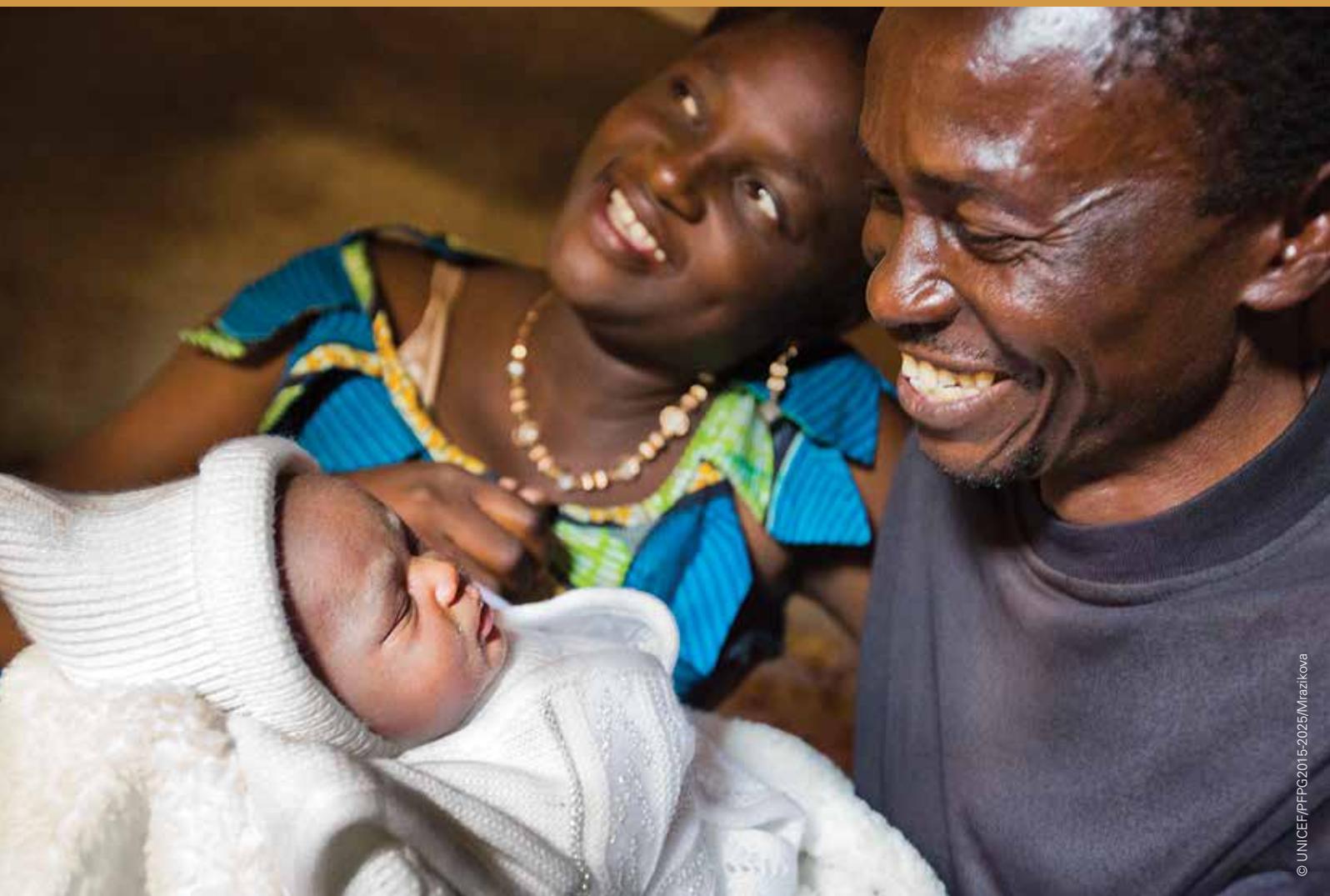
VIII. COMMUNICATION / VISIBILITÉ

- Au cours de l'année 2014, les quatre agences onusiennes ont poursuivi la mise en œuvre d'une stratégie de communication intégrée et harmonisée pour accroître la visibilité de la France et de son engagement sur la thématique mère enfant ;
- en créant une identité visuelle au FFM et des supports de communication et d'information ;
- en donnant de la visibilité au FFM lors de participations à de grandes conférences internationales ;
- en organisant des événements médiatiques dans les pays, à Dakar, Lomé, N'Djamena et Niamey ;
- en étant présent dans de grands médias français et internationaux tels que Le Monde et RFI ;
- en consolidant son partenariat sur la production de la série TV « *C'est la Vie !* ». Le développement de cette série, premier feuilleton du genre en Afrique de l'Ouest et du Centre, a été accéléré avec le tournage des 26 épisodes de la première saison. La série a été préachetée par les TV continentales et nationales (Canal+ Afrique, TV5MONDE Afrique et Canal France International), touchant ainsi un public potentiel de plus de 100 millions de téléspectateurs. La diffusion à grande échelle est prévue en 2015.



IX. DÉFIS

- Le contexte régional sécuritaire, politique et social fragiles de l'Afrique de l'Ouest et Centrale
- La forte croissance démographique dont l'impact sur les besoins en offres de services est et va être de plus en plus considérable. A titre d'exemple, même si les mortalités maternelle et infanto-juvénile ont diminué en pourcentage, le nombre de décès lui augmente.
- Le manque d'équité à l'intérieur des pays, entre zones géographiques mais aussi entre les plus pauvres et les plus riches reste une constante dans tous les pays.
- La coordination des nombreux intervenants en SMNI et des nouvelles initiatives internationales pose un gros problème, les ministères ne prenant pas souvent le leadership. L'alignement des partenaires reste souvent un vœu pieux : Le mode de fonctionnement du partenariat engendré par les FFM et sa méthodologie de programmation et de mise en oeuvre harmonisées des interventions deviennent une référence auprès des autres PTF alors qu'il pourrait être mis en péril par certaines nouvelles initiatives.
- La structure additionnelle mondiale de financement de l'aide publique en santé (Global Financing Facility) risque de bouleverser les mécanismes existants.
- L'insuffisance des ressources humaines en santé, notamment les sages-femmes et les faibles capacités nationales, sont un défi énorme, mettant en péril les progrès réalisés. Or, la forte croissance démographique ne fait qu'augmenter la demande.
- La pérennisation des interventions communautaires dont les mécanismes de financement à moyen et court termes ne sont pas suffisamment abordés par les pays et les partenaires.
- La poursuite des efforts pour la santé maternelle, néonatale et infantile au-delà de 2015 n'est pas garantie. Des succès certains ont été obtenus depuis la déclaration des OMD mais ils sont très insuffisants et très fragiles. L'épidémie à virus Ebola a révélé l'extrême fragilité des systèmes de santé, y compris dans des pays comme le Libéria qui avait atteint l'OMD 4. Le renforcement des systèmes de santé dans le cadre d'une approche basée sur la résilience est une priorité. Ce renforcement ne peut être obtenu que par la continuation et même l'augmentation des efforts, en particulier en direction des groupes de population les plus vulnérables, les femmes et les enfants.



© UNICEF/PFP/PG.2015-2025/Mrazi/kova

Photo couverture par

© UNICEFUKLA2012-01073Kurzen

Photo 4ème de couverture par

© UNICEFMLIA2012-00067Dicko

Réalisé par :

Green Eyez Design SARL
www.greeneyezdesign.com

Publié par :

Le Fonds Français MUSKOKA
www.ffmuskoka.org

© Le Fonds Français MUSKOKA
© Avril 2015



LE FONDS FRANÇAIS MUSKOKA

Réduire la mortalité maternelle,
néonatale et infantile

www.ffmuskoka.org

