
SYNTHÈSE

RAPPORT ANNUEL

FSP MUSKOKA 2015

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



LE FONDS FRANÇAIS
MUSKOKA

Réduire la mortalité maternelle,
néonatale et infantile

I. OBJECTIF ET CONTEXTE	04
II. BUDGET ET BILAN FINANCIER	07
III. PARTENARIAT INTER-AGENCES	09
IV. MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS À HAUT IMPACT ET RÉSULTATS	10
01. Développer des soins obstétricaux et néonataux d'urgence	10
02. Surveillance des décès maternels et riposte	15
03. Accès équitable à du personnel de qualité	17
04. Planification Familiale	19
05. Santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes	21
06. Prévention et prise en charge des violences faites aux femmes et aux filles	23
07. Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant	26
08. La lutte contre la malnutrition	28
09. Accès aux médicaments essentiels et produits de santé en SMNI	30
10. Riposte à l'épidémie d'Ebola	31
V. LES COMMUNAUTÉS DE PRATIQUES (CdP) : DES MÉCANISMES INNOVANTS DE PARTAGE ET DE PRODUCTION DES CONNAISSANCES SUR LES SYSTÈMES DE SANTÉ	32
VI. SUIVI ÉVALUATION & RECHERCHE OPÉRATIONELLE	34
VII. APPUI AU DÉVELOPPEMENT DE LA SÉRIE TÉLÉVISUELLE « C'EST LA VIE ! », PREMIER FEUILLETON SUR LA SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE EN AFRIQUE DE L'OUEST ET DU CENTRE	36
VIII. COMMUNICATION / VISIBILITÉ	37
IX. CONCLUSION	38
X. PERSPECTIVES	39



Photo couverture par
© UNICEF/PFP2015-2573/ Nangyo

Photo 4^{ème} de couverture par
© UNICEF/MIA2012-00067/Dicko

Réalisé par :
Green Eyez Design SARL
www.greeneyzdesign.com

Imprimé
sur du papier 100% recyclé

Publié par :
Le Fonds Français MUSKOKA
www.ffmuskoka.org

© Le Fonds Français MUSKOKA
© Avril 2016



© UNICEF/NIGB2010-00447/Pirozzi

© UNICEF/Giacomo Pirozzi

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 infanto-juvéniles dans ses pays cibles, grâce à la mise en œuvre 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 œuvre pour l'année 4 (décembre 2014 – novembre 2015).

La cible du FFM

Le FFM contribue, avec les autres partenaires au développement, à améliorer la santé des femmes, des jeunes 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 45 millions de femmes en âge de procréer, où, chaque année, on compte environ :

- 10 millions de femmes enceintes,
- Environ 55 000 décès¹ maternels,
- 838 000 décès² chez les enfants de moins de 5 ans dont 40% de décès de nouveau-nés.

De surcroît, en 2015, la Guinée luttait toujours contre l'épidémie de fièvre à virus Ebola. Le FFM a contribué 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 mortalité 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.

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

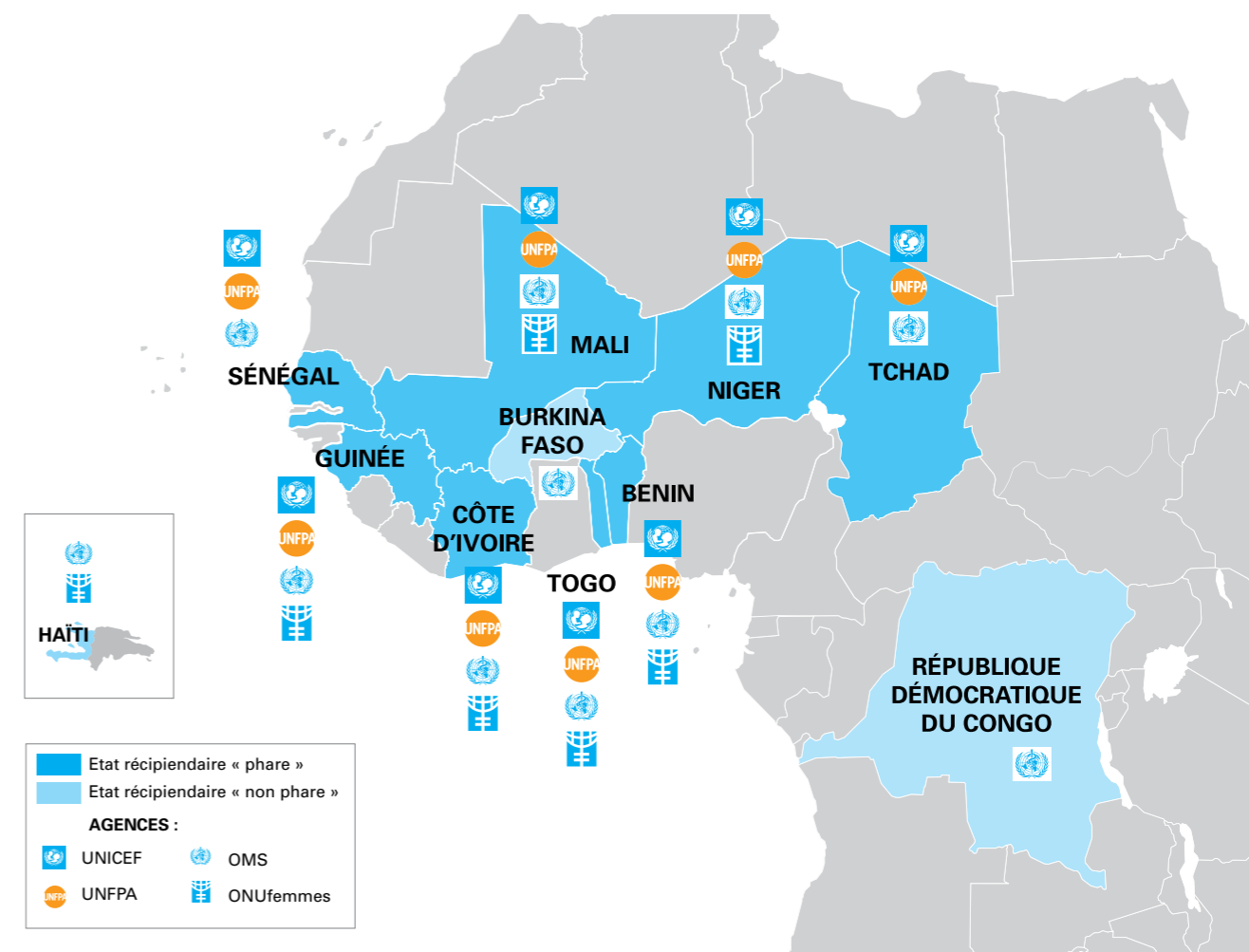
Le FFM agit de façon complémentaire avec les autres partenaires techniques et financiers, notamment avec l'Agence Française de Développement, qui intervient en santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile dans le cadre de l'Initiative française de Muskoka dans les mêmes pays cibles, tels que le Bénin,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

L'évolution globale entre 2011 et 2015

Entre novembre 2011, année de la mise en route du programme du FFM, et fin 2015, 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 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.**

Au fur et à mesure de la poursuite du FFM, avec l'amélioration de la performance des systèmes nationaux d'information sanitaire (SNIS) et de la surveillance des décès maternels et riposte auxquels 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}.



Les pays cibles du FFM montrent une grande disparité en matière de données statistiques. Ainsi, pour le nombre de décès liés à la grossesse ou à l'accouchement, les **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.

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. En plus, la région ciblée est marquée par le **taux de natalité chez les adolescentes** le plus élevé du monde. Par rapport aux femmes âgées de plus de 20 ans, les jeunes filles (y compris de 14 ans et moins) et adolescentes courent encore un risque plus grand de complications liées à la grossesse.

La situation des enfants s'est grandement améliorée dans la région ciblée depuis 1990, année de référence pour les OMD. Le taux de mortalité des enfants de

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

202 millions habitants

45 millions de femmes en âge de procréer

Chaque année :

- environ 55 000 décès maternels
- 838 000 décès chez les enfants de moins de 5 ans dont 40% de décès de nouveau-nés.

¹ Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015; Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division

² Child Mortality Estimates, Under-five mortality rate, Infant mortality rate, neonatal mortality rate, and number of deaths, Estimates generated by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (IGME) in 2015, downloaded from <http://www.childmortality.org>, Last update: 9 Sept 2015

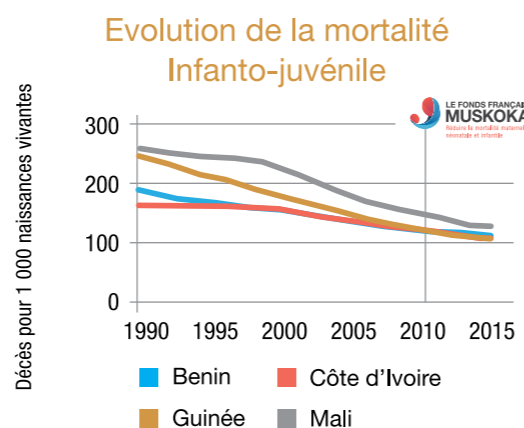
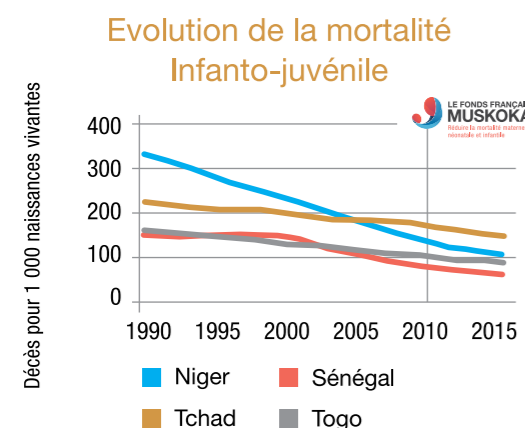
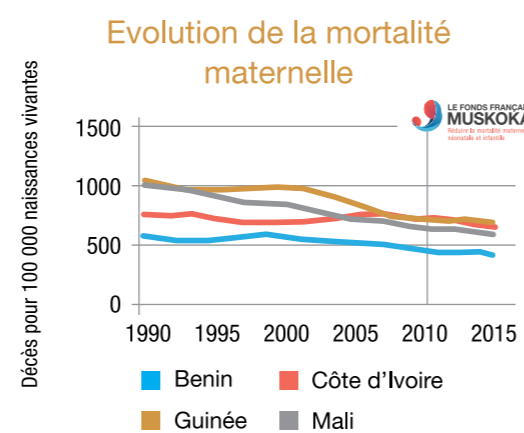
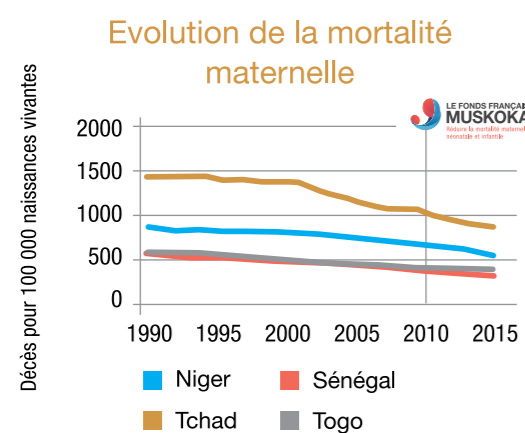
moins de cinq ans a baissé de 50% passant de 197 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1990 à 99 en 2015⁶.

Si seul le Niger, grâce à ses efforts considérables dans le domaine de la santé, appuyés par ses partenaires, a atteint l'ODD 4 en 2015, le Sénégal, le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire ont triplé leur taux de réduction annuelle de mortalité infantile. Malgré des progrès notables la **probabilité de décéder avant l'âge de 5 ans** est de 1 sur 9 dans la région ciblée, comparée à 1 sur 152 dans les pays à hauts revenus. Les maladies infectieuses et évitables, comme le paludisme, la pneumonie et la diarrhée, continuent de tuer beaucoup trop d'enfants. Au Niger par exemple, en 2015, près de 10,000 enfants sont décédés de diarrhée, ce qui correspond à 11% des décès infantiles dans le pays. Pour la même période, en France, on compte 34 enfants, ou 1% des décès infantiles.

D'après les estimations des chiffres actuellement à disposition, consolidées par le rapport « Trends in Maternal Mortality 1990 to 2015 » on note une réduction de 1.755 décès maternels³ entre 2010 et 2015⁴, 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 64.000 durant la même période⁵

³ Idem 1
⁴ Idem 2
⁵ 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.
⁶ Même si les taux diminuent (%), le nombre de décès, au mieux reste au même niveau (ex : Niger), au pire augmente régulièrement en raison de la trop forte croissance démographique

Evolution de la mortalité maternelle et de la mortalité infanto-juvénile (moins de 5 ans) dans les 8 pays phares Muskoka



II. BUDGET ET BILAN FINANCIER

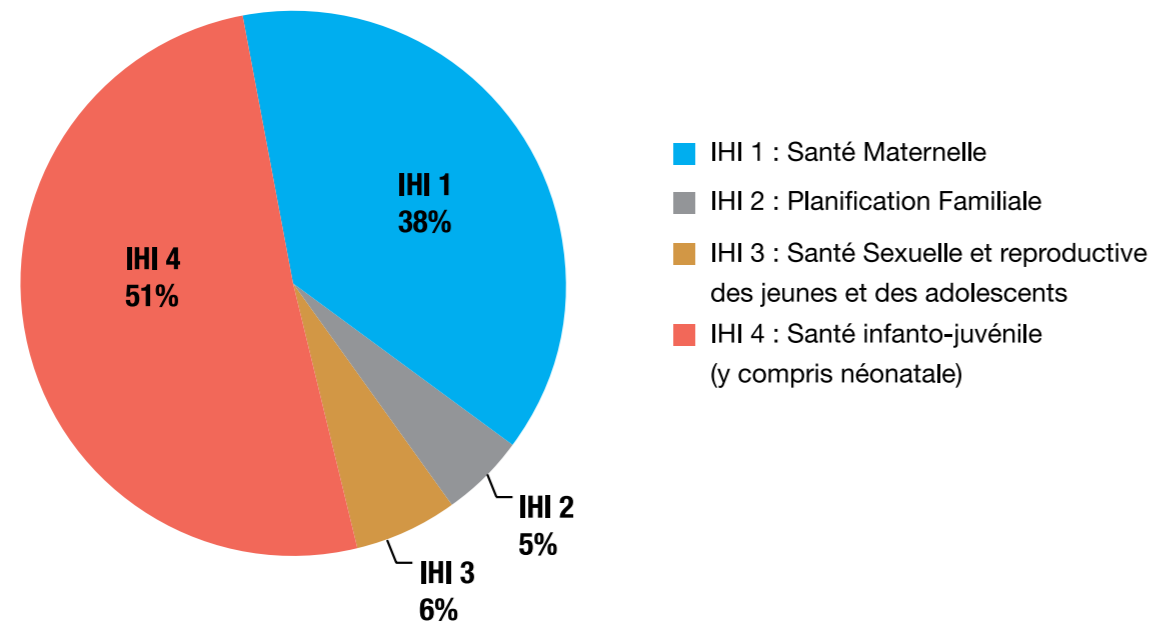
Répartition des ressources par pays et par agence (en euros) pour l'année 4 (2015)⁷

Pays	UNICEF	UNFPA	OMS	ONU-FEMMES	Total par pays
Bénin	923.300	700.000	225.432		1.848.732
Côte d'Ivoire	196.000	200.000	332.837	79.100	807.937
Guinée	1.141.000	700.000	364.613	56.100	2.261.713
Mali	849.000	200.000	281.274	61.100	1.391.374
Niger	967.000	400.000	244.991	98.500	1.710.491
Sénégal	300.000	120.000	283.266		703.266
Tchad	1.141.000	700.000	20.515		1.861.515
Togo	859.000	700.000	290.364	79.227	1.955.464
Autres pays			615.705	156.400	745.232
Total Composante 1 (Renforcement des systèmes de santé dans les pays cibles)	6.376.300	3.720.000	2.658.997	530.427	13.285.724
Composante 2 (Appui au mécanisme de coordination HHA et activités inter-pays et régionales)	517.427	604.000	1.633.039	248.000	3.002.466
Composante 3 (Gestion, Suivi, Evaluation et Documentation)	976.643	0	0	101.000	1.077.643
Frais administratifs (8% UNICEF et UNFPA ; 7% ONU Femmes ; 13% pour l'OMS)	629.630	376.000	557.964	70.573	1.634.167
Total Année 4	8.500.000	4.700.000	4.850.000	950.000	19.000.000

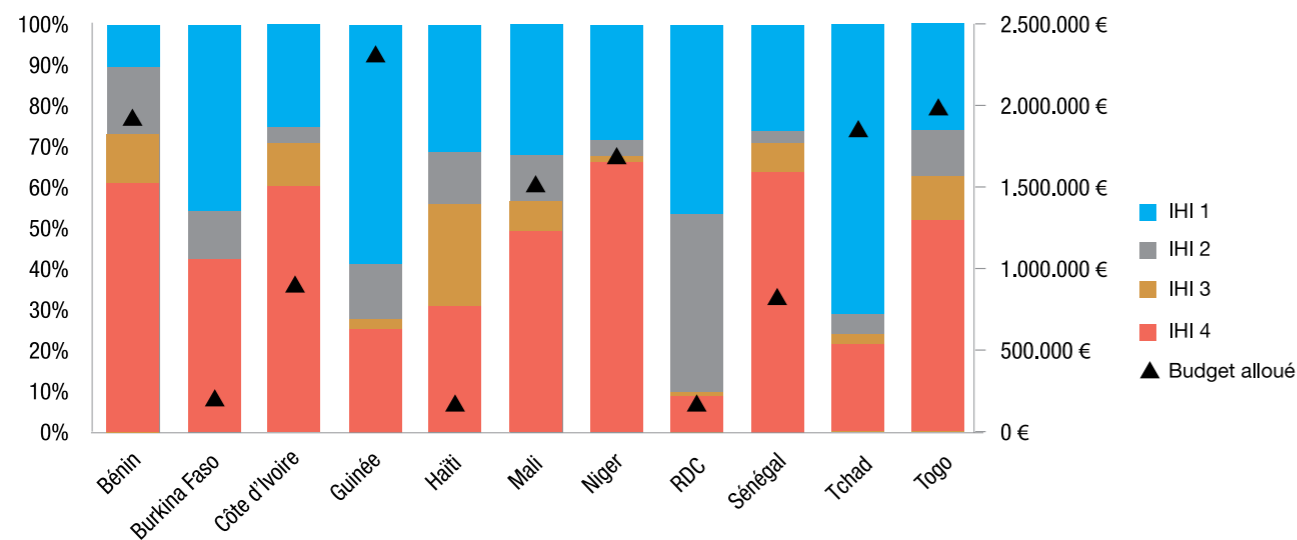
Nb : l'UNFPA a reporté dans sa composante 1, un « roll over 2014 », de 1.815.133 €, l'UNICEF dans ses composantes 2 et 3 un reliquat 2014 de 642.600 €. Le budget global effectif 2015 est donc de 21.457.733 €.

⁷ Le rapport financier complet par composante et par agence est représenté dans le rapport global. Depuis le début de Muskoka le Comité français de l'UNICEF contribue annuellement à hauteur de 1.2 millions d'Euros. L'objectif est de permettre le développement ou le renforcement de la promotion des pratiques familiales essentielles (PFE).

Ventilation des budgets selon les Interventions à Haut Impact pour 2015⁸



Montant alloué par pays et ventilation par Intervention à Haut Impact pour 2015



⁸ Il est à noter que la SSRAJ est ici isolée mais, du fait de la précocité des grossesses dans la région, de fait les soins maternels s'adressent en grande proportion aux jeunes filles et femmes. Ainsi, des activités de SRAJ sont également incluses dans les activités SR et SM de routine.

Les interventions liées à la nutrition font partie de l'IHI 4. Une part importante des budgets actuels sont dévolus à des interventions à la fois sensibles à la nutrition et ayant un impact direct sur la nutrition. En année 4 de mise en œuvre du FFM les budgets alloués dans les plans inter-agences aux activités liés à la nutrition varient de 4% au Togo, 9,5% au Sénégal, 16% au Bénin, 18% en Guinée, 30% au Tchad, 32% au Niger, 38% en Côte d'Ivoire et 55% au Mali.

III. PARTENARIAT INTER-AGENCES

La coordination des activités entre partenaires (4 agences des Nations Unies, les gouvernements des pays ciblés, l'AFD), la planification conjointe et l'alignement se font dans l'esprit de la Déclaration de Paris sur l'Efficacité de l'Aide. Sa gestion est entièrement axée sur les résultats. Son cadre de résultats performant, mettant en adéquation les interventions à haut impact et les résultats, permet une redevabilité effective.

Au Togo, les interventions mises en œuvre par les quatre agences sont renforcées par les actions menées par d'autres partenaires du Ministère de la santé dans les domaines de la Santé Maternelle Néonatale et Infantile et de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes (SSRAJ). Le schéma ci-dessous montre la cartographie des acteurs principaux intervenant autour des intervention à haut impact (IHIs) :

Acteurs	IHIs			
	Santé maternelle	Planification familiale	SSRAJ	Santé néonatale et infantile
État	■	■	■	■
Agences des Nations Unies	UNFPA	■	■	
	UNICEF	■		■
	OMS	■	■	■
Partenaires techniques et financiers	AFD (Canal bilatéral Muskoka)	■	■	
	USAID		■	
	Union européenne			■
	Banque Mondiale	■		■
	GAVI Alliance			■
	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et la malaria	■		■
	Plan International	■		■
Opérateurs	Handicap International	■		
	PSI		■	■

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

Parallèlement à une meilleure coordination, la mise en valeur d'interventions à haut impact grâce au FFM permet au niveau du pays et à l'échelle régionale de

maintenir **la SMNI comme une thématique clé de santé publique et d'attirer d'autres partenaires techniques et financiers.**

“
 Au Niger, l'appui des FSP Muskoka à l'analyse de goulots d'étranglement et des progrès réalisés dans le domaine de la mortalité maternelle, néonatale et infantile, a permis aux agences du FFM (UNFPA, OMS, UNICEF), avec la Banque Mondiale, de soumettre une note conceptuelle sur la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile auprès de RMNCH Trustfund. Ceci a permis de mobiliser 51 millions USD sur 5 ans. Cet argent est actuellement utilisé pour mettre en œuvre et étendre les mêmes interventions à haut impact appuyées par le FFM.

IV. MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS À HAUT IMPACT ET RÉSULTATS

“

Les activités à haut impact mises en œuvre par le FFM pour l'année 2015 ont porté sur :

01. Développer des soins obstétricaux et néonataux d'urgence
02. Surveillance des décès maternels et riposte
03. Accès équitable à du personnel de qualité
04. Planification Familiale
05. Santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes
06. Prévention et prise en charge des violences faites aux femmes et aux filles
07. Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
08. La lutte contre la malnutrition
09. Accès aux médicaments essentiels et produits de santé en SMNI
10. Riposte à l'épidémie d'Ebola



© UNICEF/MLA2010-00521/Asselin

1. Développement des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)



A l'échelle régionale, une approche innovante a été développée pour répondre aux besoins des pays d'avoir accès de manière régulière aux données les plus critiques et à moindre coût afin d'optimiser la mise en place du réseau de SONU dans les pays et d'assurer

un monitoring performant. C'est ce qu'ont permis le développement et la validation d'un outil d'enquête rapide SONU testé en 2015 dans deux pays Muskoka (Niger et Tchad) et déployé dans d'autres pays en 2016 (Bénin, Guinée, Sénégal)

“

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. La stratégie déployée consiste à la mise en place effective et réaliste de structures SONU dans les pays, l'objectif étant la prise en charge du plus grand nombre d'urgences obstétricales.



“

LA MACHINE QUI TIRE LES BÉBÉS

Djémilaton Ibrahim se souvient encore de la date exacte : c'était dans la nuit du 4 août. Elle était en train de dormir et on est venu la réveiller parce qu'il y avait une parturiente qui était déjà à dilatation complète. La tête du bébé était visible et la mère n'avait pas de forces pour continuer. « La femme disait – oh, je vais perdre mon enfant. Je lui ai dit – vous n'allez pas perdre votre enfant, parce-que le matériel, qui va vous aider à faire sortir votre enfant sans que vous ne fassiez d'effort, est là ».

La parturiente a eu de la chance car la sage-femme venait de terminer une formation de soins obstétricaux d'urgence et de réanimation du nouveau-né deux semaines auparavant. Ces cours lui ont permis d'acquérir de nouvelles connaissances et des techniques pour réanimer les nouveau-nés, mais surtout de découvrir un outil « qui fait des merveilles » : la ventouse.

Appliquée sur la tête du bébé, cet instrument aide la femme lors de l'accouchement dans la phase finale d'expulsion du bébé. « Effectivement, on a appliqué la ventouse, on a fait sortir l'enfant », continue-t-elle.

« La maman a versé des larmes de joie. Elle était très contente, très étonnée ».

« La première application de la ventouse chez ma première parturiente a fait écho dans tout le village. Ça les a même mobilisées à venir voir ce qui tire le bébé, les femmes veulent voir «la machine qui tire les bébés» », nous raconte-t-elle en souriant.

Avant de recevoir une formation « en situation réelle », comme elle tient à le souligner, elle a eu entre ses mains un bébé qui ne respirait pas bien. « J'ai dit: on va l'évacuer vers le Centre Hospitalier Préfectoral et, au carrefour, le bébé était décédé. Ça m'a vraiment marquée», raconte-elle avec tristesse.

Ensuite, elle nous rapporte une autre histoire concernant un bébé rencontrant lui aussi des difficultés respiratoires. A la différence que cette fois, la fin est heureuse « avec le matériel offert lors de la formation de la réanimation du nouveau-né, on a pu sauver le bébé. On lui a donné le nom de Djémilaton comme c'est Djémilaton qui l'a sauvée ».

NIGER

Les équipements et matériels SONU (kits AMIU, ventouse, aspirateurs, kits de réanimation du nouveau-né) et les médicaments de première urgence (sulfate de magnésium, ocytocine, ampicilline, etc.) pour la mère et le nouveau-né ont été acquis au profit de 50 maternités dans les régions de Maradi et de Zinder et permettront de réduire le déficit des fonctions SONU.

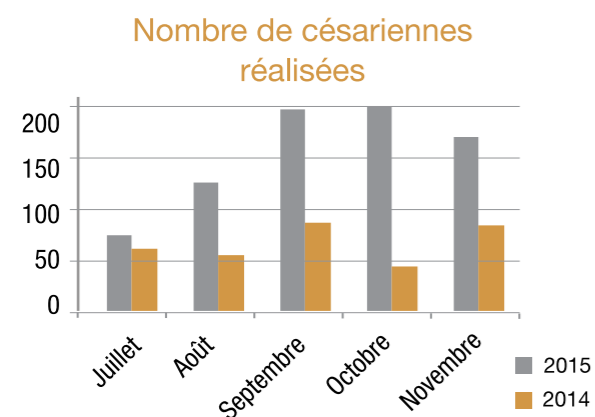
BÉNIN

De janvier à novembre 2015, 419 600 femmes enceintes ont bénéficié au moins d'une consultation prénatale dans une formation sanitaire sur les 488 800 grossesses attendues au cours de l'année 2015, ce qui correspond à une couverture de 85,8%. Parmi ces femmes enceintes, 274 827 ont accouché dans une formation sanitaire, soit 64,7% d'accouchements en institution.

GUINÉE

De décembre 2014 à novembre 2015, 155 390 femmes enceintes ont bénéficié de la CPN3 dans une formation sanitaire sur les 207 187 grossesses attendues au cours de l'année 2015, ce qui correspond à une couverture de 75%. Parmi ces femmes enceintes, 80 448 ont accouché dans une formation sanitaire, soit 51% d'accouchements dans les structures sanitaires.

On observe une augmentation du nombre de césariennes entre 2014 et 2015 due essentiellement à l'approvisionnement des structures sanitaires en kits césariennes et autres produits d'importance vitale.



Les résultats de l'évaluation des besoins en SONU et la **cartographie SONU** font partie intégrante du plan de relance et de résilience post-Ebola du système

de santé de 2015-2017 permettant ainsi d'orienter et d'optimiser le travail de l'ensemble des partenaires sous le leadership du Ministère de la Santé. Les fonctions SONUB de Base ont été étendues dans 25 nouveaux centres de santé (CS) en 2015 et le renforcement des 47 centres de santé déjà intégrés en 2014 soit un total de 72 centres SONUB sur 174. De même, 11 centres SONU Complets sur 56 ont été renforcés en 2015. Ainsi les FSP Muskoka ont permis de passer de zéro SONUB en 2012, à 3 SONUB en 2013, 47 SONUB en 2014, à 72 en 2015, soit une couverture des besoins de 41% en 3 ans.

Succès d'autant plus remarquable que le système de santé de Guinée a été fortement déstabilisé par l'épidémie à virus Ebola.



Interventions à haut impact en santé maternelle, mises en œuvre de façon coordonnée par l'ensemble des agences dans les 8 pays phares du FFM

	Bénin	Côte d'Ivoire	Guinée	Mali	Niger	Sénégal	Tchad	Togo
Accès équitable à un professionnel compétent								
Appui à la formation des personnels de santé (conception, validation, évaluation de curricula)		■	■	■	■	■	■	■
Appui aux écoles de formation	■	■	■		■		■	
Evaluation et dynamisation des pratiques professionnelles des sages-femmes		■	■		■	■		■
SONUB effectifs								
Réalisation d'enquêtes en SONU, appui à la cartographie des SONU, estimation des besoins		■	■	■	■	■		
Monitoring	■			■				
Renforcement des capacités des prestataires en SONUB et SONUC		■	■	■		■	■	■
Équipements, matériels, intrants et installations, formations, dissémination de documents	■	■	■	■	■		■	■
Surveillance des décès maternels et réponse								
Plaidoyer sur l'institutionnalisation de la revue et la notification des décès maternels, revues	■	■			■	■	■	
Intégration dans les systèmes d'information les données sur les décès maternels	■		■			■		■
Utilisation des nouvelles technologies, en particulier les téléphones portables, pour la notification des décès maternels et infantiles			■					
Expérimentation d'un système pilote d'enregistrement à base communautaire des données sur les décès maternels						■		
Formation et supervision en surveillance		■	■	■			■	



© FFM/Formato, Verde/NIGER, 2011

AICHATOU, INFIRMIÈRE ET AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE À KOULOU KOIRA

Aichatou Daouda, 39 ans et maman d'un enfant, est infirmière. En 2010, elle a reçu une formation de suivi de la mère et du nouveau-né au niveau communautaire et depuis deux ans, elle est agent de santé communautaire et responsable de la Case de Santé de Koulou Koira, un village situé à 16 km de Niamey, capitale du Niger.

En tant qu'agent de santé communautaire, Aichatou profite des visites à domicile pour « dépister les différents signes de maladie, conseiller les mères sur les soins de santé et d'hygiène (mères et bébés) et promouvoir les Pratiques Familiales Essentielles (PFE) ».

« Depuis que j'ai accouché par césarienne, il y a 2 jours, l'agent de santé communautaire est passée me voir », nous raconte Latifa, 17 ans, patiente d'Aichatou. « Elle a fait les premiers soins, elle m'a informée et donné des conseils : comment m'occuper de mon enfant, comment la nourrir au

sein et comment faire sa toilette et la mienne. Je conseille à toutes les mères de mettre en pratique tous les conseils qu'elle nous donne pour notre bien-être et celui de nos enfants. Ça nous évite d'aller tout le temps au centre de santé », explique-t-elle.

Avec un air de « devoir accompli », Aichatou remercie les partenaires pour sa formation et les moyens mis à disposition, mais à l'avenir, elle espère obtenir une aide pour ses déplacements. « Avec nos maigres revenus on ne peut pas se déplacer de 5 à 8 km, mettre du carburant pour aller faire les visites à domicile à ces femmes », proteste-t-elle.

La vision de cette infirmière reconvertie en agent de santé local, va cependant plus loin. « Le message que je lance aux autorités est de faire la mise à l'échelle », propose-t-elle. « Ça permet à d'autres de prendre en charge, comme on le fait à notre niveau, les mamans et les nouveau-nés. Et ça réduit le taux de mortalité qu'on est en train d'effectuer au Niger ».

2. Surveillance des décès maternels et riposte (SDMR)



La Surveillance des décès maternels et riposte (SDMR) réalise en routine l'identification, la notification, la quantification et la détermination des causes des décès maternels et des possibilités de les éviter. Elle permet l'utilisation de cette information pour mettre en place des actions correctrices, immédiates **comme à long terme, de prévention de décès, 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 au niveau national. Les FFM ont permis de poursuivre l'institutionnalisation de la SDMR et sa mise à l'échelle nationale dans les pays. L'objectif étant de pouvoir répertorier les décès maternels au même titre que les maladies à notification obligatoire et ainsi mieux localiser et cibler les facteurs persistant à l'origine des décès maternels. Cette approche est développée principalement dans le système de santé à travers la

Le **Bénin** a intégré la SDMR dans le Guide de surveillance des maladies prioritaires.

La **Guinée** a procédé à la revue nationale de son système de SDMR.

Au **Sénégal** les agences ont travaillé conjointement à l'élaboration d'un plan de mise en œuvre de surveillance intégrée des maladies et riposte (SIMR) intégrant les décès maternels. La mutualisation des ressources des FFM et du RMNCH a permis la formation, sur le guide national SDMR, de 120 membres des équipes cadres des régions et districts, des points focaux surveillance des hôpitaux dans les régions de Dakar, Saint Louis, Fatick et Diourbel.

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

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

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. Il s'agit de traduire des données sanitaires en langage politique et alimenter le plaidoyer en faveur de la santé maternelle.

notification, la revue et l'audit des décès maternels mais également au sein des communautés auprès desquelles il est encore difficile de tracer l'origine des décès maternels.

Les agences poursuivent leur travail conjoint pour l'intégration de la SDMR dans les stratégies de développement des pays et pour le développement du processus de SDMR au niveau des établissements de soins, tout en apportant un appui au renforcement des systèmes nationaux d'information sanitaire.



© UNICEF/UNI164901/Terdjman



Le Niger a organisé un **Forum National sur la Surveillance des Décès Maternels et Riposte**, premier évènement de plaidoyer à haut niveau en la matière dans la sous-région. Il a réuni plus d'une centaine de participants de haut niveau, différents ministères, sénateurs, députés, les présidents des conseils, les leaders religieux et les chefs traditionnels, les représentants du ministère de l'Intérieur notamment ceux en charge de l'état civil et les organisations de la société civile, les partenaires techniques et financiers.

Cette rencontre a permis :

- d'établir un consensus pour la mise en place d'un système national de surveillance des décès maternels ;
- de préparer un cadre commun d'interventions basées sur des résultats pour renforcer le volet institutionnel et mettre en place le volet communautaire du système SDMR ;
- de définir les rôles et responsabilités à tous les niveaux du système de santé en vue de renforcer l'organisation de la riposte, composante clé de la SDMR, en termes d'actions concrètes à entreprendre vers une élimination effective de la mortalité maternelle évitable.



© UNICEF/NIGB2010-0212/Piozzi

CÔTE D'IVOIRE

En vue d'une couverture complète, des personnels issus des 4 CHU, des services de santé des armées et de la police, ainsi que du privé, ont été formés. A cet effet des smartphones, pour la notification électronique cas par cas des évènements de la SIMR ont été remis à six structures (4 CHU, armées et police).

Tous ces appuis ont contribué aux résultats suivants :

- 24 décès revus sur 536 maternels décès notifiés ;
- Elaboration du rapport du 1er semestriel sur les décès maternels.

Le pays dispose ainsi de 16% (13/82) de districts avec un système SDMR opérationnel.

3. Accès équitable à du personnel qualifié



Dans les pays Muskoka, le FFM a contribué de façon très importante au **renforcement des ressources humaines**. Les activités menées ont concerné : la formation des personnels de santé (tous les pays), la formation de relais communautaires, l'appui aux écoles de formation (Bénin, Guinée, Niger) et la conception de matériels pédagogiques. Des enquêtes sur les res-



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

sources humaines en SRMNI ont été menées ainsi que l'évaluation des pratiques professionnelles des sages-femmes.

Les formations ont été soit des formations initiales soit des renforcements de compétences.

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.



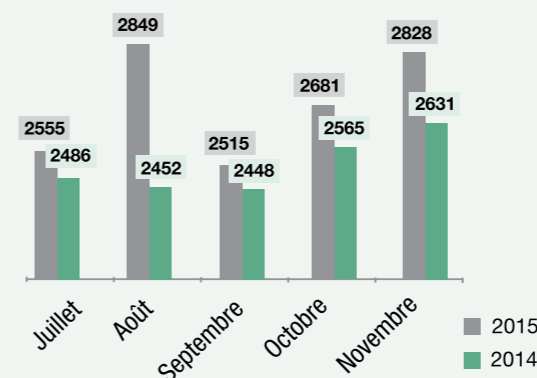
Au total, pour l'année 2015, par l'action conjuguée des 4 agences du partenariat, c'est plus de 3 000 personnels de santé (médecins, infirmiers, sages-femmes) et ASC, à qui un appui a été apporté : appui technique et financier, formation, renforcement des capacités.

GUINÉE

- Harmonisation du curriculum d'enseignement des sages-femmes à l'approche par compétence (APC).
- Intégration du curriculum harmonisé dans 13/21 écoles privées de sages-femmes pour améliorer la qualité de l'enseignement des sages-femmes
- Mise à disposition des équipements d'apprentissage pour les sessions pratiques de la formation des sages-femmes et infirmiers en vue d'améliorer la compétence des élèves sages-femmes et infirmiers.

Pour rétablir la confiance et améliorer l'utilisation des services de santé maternelle, 68 Sages-Femmes ont été recrutées et affectées dans les districts les plus affectés par l'épidémie de la maladie à virus Ebola.

Nombre de CPN4 effectuées dont 1 au 9^{ème} mois.



Le graphique montre l'augmentation progressive du nombre de CPN4 entre 2014 et 2015. Cela est dû à l'amélioration de la qualité des services, les stratégies avancées et le travail des sages-femmes déployées dans le cadre de l'initiale Mano River Union.

SÉNÉGAL

1000 agents de santé dont 500 sages-femmes ont été recrutés.

Le projet sage-femme itinérante a débuté dans deux régions pilotes : Sédhiou et Matam.

5 sages-femmes de la Région médicale de Tambacounda ont été formées en échographie.

26 sages-femmes, et 12 prestataires (sages-femmes et infirmiers chef de poste) ont ensuite été formés grâce aux fonds FFM pour faciliter la levée des urgences (axé sur la pratique des gestes essentiels dans la réanimation du nouveau-né et de la patiente victime d'une hémorragie du postpartum).

36 prestataires (sages femmes et infirmiers) de la région de Tambacounda ont été formés sur les soins après avortement (SAA) combinant l'aspiration manuelle intra utérine et la PF du post-partum.

L'Initiative MUSKOKA a permis d'appuyer le renforcement des capacités de 120 prestataires sages-femmes d'Etat et médecins de la région de Dakar sur les soins essentiels du nouveau-né. « Helping Babies Breath » et la méthode Kangourou.

Dans le district de Keur Massar par exemple, avec une population estimée à 533 200 habitants, 4 626 accouchements ont été effectués, 4 414 nouveaux nés ont bénéficié du paquet de soins immédiats et 110 ont été réanimés à la naissance après l'appui conjoint du FFM et le RMNCH Trust Fund.

TOGO

Formation de 71 sages-femmes sur les fonctions SONU déficitaires (utilisation de la ventouse, aspiration manuelle intra utérine : AMIU, réanimation du nouveau-né, gestion de la troisième phase de l'accouchement)

Equipement de 50 formations sanitaires de la carte SONU en ventouses, kits AMIU et en divers équipements/matériels médicaux.



La mise en œuvre de stratégies efficaces de fixation des sages-femmes dans les zones rurales : le cas des sages-femmes itinérantes au Sénégal. Dans le but de résoudre la disparité des services de santé maternelle et infantile entre les zones urbaines et rurales, le Sénégal a adopté la stratégie des sages-femmes itinérantes. Il s'agit de recruter des sages-femmes au chômage (le Sénégal en 2013 avait plus de 1000 sages-femmes au chômage) pour les déployer dans les zones rurales afin qu'elles prennent en charge les femmes enceintes, les mères et les nourrissons mais également qu'elles supervisent l'ensemble des cases de santé relevant du district où elles ont été affectées. Ces sages-femmes seront donc amenées à se déplacer 50% de leur temps dans le district qu'elle couvre pour assurer la délivrance de soins de santé maternelle et néonatale de qualité. Une évaluation préliminaire de la fixation du personnel et de sa charge de travail actuelle a été réalisée grâce au soutien des fonds Muskoka afin de pouvoir préparer l'analyse de l'impact de cette stratégie sur la qualité des soins mais également sur la fixation des sages-femmes qui se fera en 2020 mais également pour déterminer les indicateurs de suivi de cette stratégie.

4. Planification familiale (PF)



La planification familiale est une intervention à haut impact dans la réduction de la mortalité maternelle et infantile. On sait aujourd'hui que chaque grossesse comporte un risque, qu'on ne peut ni prévoir ni prévenir la plupart des complications obstétricales mais que l'espacement des naissances tout comme le fait de retarder l'âge de la première grossesse sont des actions clés dans la réduction de la mortalité maternelle. Le fait d'aider les couples dans la planification de leur famille et de leur désir d'enfants, d'expliquer l'importance de l'espacement des grossesses pour la santé de la mère et de l'enfant à naître et des autres enfants sont autant d'activités clés menées dans les pays.

Le FFM a permis la mise en œuvre des stratégies clés comme la promotion de la PFPP (post-partum) s'inscrivant en complément des autres initiatives et programmes développés dans le cadre de l'accélération de la prévalence contraceptive dans les pays de

la région. A ce titre le FFM a su mettre en synergie les expertises complémentaires des agences et coordonner leurs actions avec des partenariats tels que le Partenariat de Ouagadougou qui de part le plaidoyer fort mené en faveur de la PF permet de renforcer l'attention de l'ensemble des acteurs sur cette thématique.

Les interventions de haut impact qui faisaient l'objet d'efforts au niveau pays se sont concentrées sur les activités au niveau communautaire ainsi que les activités pour un meilleur accès aux choix des méthodes.

La planification familiale du postpartum (PFPP)

Les besoins non satisfaits de PF sont particulièrement élevés dans le post-partum. L'approche promue par le Comité Technique Muskoka est de cibler les 60 à

Interventions à haut impact en planification familiale mises en œuvre de façon coordonnée par l'ensemble des agences dans les 8 pays phares du FFM

	Bénin	Côte d'Ivoire	Guinée	Mali	Niger	Sénégal	Tchad	Togo
Services à base communautaire								
Plaidoyer sur le repositionnement de la PF	■		■			■		
Intégration dans les systèmes d'information les données sur la PF	■							
Expérimentation d'un système pilote d'enregistrement à base communautaire des données de la PF	■			■			■	
Formation de relais communautaires	■			■		■	■	■
Campagnes de services gratuits en PF et dépistage	■							
Contraceptifs modernes								
Mise à disposition de contraceptifs modernes, offres de services, appui logistique	■					■	■	■
Information en planification familiale et sur les questions de genre								
Actions de sensibilisation et de communication en PF (campagnes communautaires, mobilisation sociale, radio, télévision)		■	■	■	■			■



© FFM/JUNWOMEN/CHAD/2015/Formato Verde

PRUDENCE, 33 ANS. LA CHAMPIONNE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

« Ici en Afrique la femme est faite pour faire des enfants, c'est la mentalité de beaucoup des hommes », dit-elle. Nous sommes à l'Association Tchadienne pour le Bien-être Familial (ASTBEF), un centre de planification familiale à N'Djamena, capitale du Tchad. Prudence, déjà mère de trois enfants, en attend un quatrième et tout comme les précédentes, sa grossesse de 8 mois est très surveillée par des professionnelles de santé qu'elle appelle « mamans ».

Prudence s'est mariée à 18 ans, mais elle n'a eu son premier enfant que deux ans plus tard. Elle a attendu deux ans et six mois avant de tomber à nouveau enceinte, et elle a respecté un délai identique pour sa troisième grossesse.

Elle a été suivie médicalement lors de chacune de ses grossesses et les accouchements se sont bien passés. Aujourd'hui, Prudence est reconnue comme étant « La championne de la planification familiale ».

Son mari la soutient et il aide même Prudence à diffuser auprès de la communauté des informations sur la planification familiale et ses avantages. Mais cela n'a pas toujours été le cas. Au début, il a mal réagi. Il pensait que Prudence ne voulait pas avoir d'enfants. « Les autres femmes me suivent. Même celles qui sont analphabètes veulent entendre ce que j'ai à dire. La « championne de la planification familiale » est devenue un modèle à suivre et une conseillère pour les autres femmes.

À la veille de donner à nouveau la vie, Prudence aimerait que cet enfant soit le dernier. Ensuite, je demanderais à mes « mamans » de l'aide pour arrêter les grossesses. »

80% des femmes accouchant dans les formations sanitaires. Le dispositif intra-utérin (DIU), fortement recommandé dans la période du post-partum, rencontre pourtant de nombreuses barrières à sa généralisation. La formation des prestataires de santé, notamment les sages-femmes, à son recours et à son insertion reste un challenge dans la région. **Bénin, Côte d'Ivoire, Guinée, Niger, Sénégal, Tchad** ont été soutenus pour le renforcement des capacités des prestataires en conseil PF et insertion du DIU.

Un protocole de recherche opérationnelle (essai randomisé) en planification familiale du post-partum est mise en œuvre avec l'appui du FFM. L'objectif est d'identifier et de tester l'efficacité d'un ensemble d'interventions en PFPP sur l'utilisation de méthodes de PFPP efficaces durant la première année du post-partum. Cette recherche se déroule au **Burkina Faso** et en **RDC**.

TOGO

La distribution à base communautaire (DBC) des produits de PF a été étendue à trois nouveaux districts (hors zone de concentration de l'UNFPA en 2014) en plus des 7 districts de la zone de concentration. Dans les 7 districts de concentration, 420 ASC sont actifs en distribution des trois méthodes PF : pilule, injectable et préservatifs.

BÉNIN

Le nombre de femmes utilisant une méthode moderne de contraception est en nette progression par rapport aux années passées. Le coût total de l'acquisition des produits contraceptifs pour le pays au cours de l'année 2015 a été de 2,5 MUSD (contre 1,9 en 2014) dont 1,4 de l'UNFPA, 1 de l'USAID et 0,1 de l'IPPF. Les contraceptifs acquis représentent 1,2 millions de Couple Année Protection (CAP) et permettront d'éviter plus de 127 000 grossesses non désirées (contre 75 000 en 2014), près de 64 000 naissances non désirées (contre 37 000 en 2014), près de 46 000 avortements clandestins (contre 27 000 en 2014) et 316 décès maternels (contre 192 en 2014). Le coût par CAP est de 2,1 USD (contre 3,5 en 2014) et par grossesse non désirée évitée est de 19,4 USD (contre 25,6 en 2014).

5. Santé sexuelle de la reproduction des adolescents et des jeunes (SSRAJ)



La région cible du FFM est marquée par le **taux de fécondité chez les adolescentes** le plus élevé du monde. Par rapport aux femmes âgées de plus de 20 ans, les jeunes filles (y compris de 14 ans et moins) et adolescentes courent encore un risque plus grand de complications liées à la grossesse. L'accès est l'utilisation des méthodes modernes de contraception reste limité avec seulement 18% des personnes sexuellement actives qui utilisent ces méthodes.

A l'échelle des pays trois grands domaines d'intervention clés sont mis en œuvre avec l'appui du FFM :

1. la mise en place **d'espaces conviviaux pour les jeunes dans les centres de santé** est poursuivie dans plusieurs pays dont le Sénégal, la Guinée, le Mali et le Tchad. Ainsi, la Guinée compte plus de 100 centres de santé conviviaux pour les jeunes,

le Mali quant à lui vient de créer et d'équiper des espaces jeunes dans plusieurs districts et le Sénégal a développé une approche fonctionnelle d'espaces adolescents et jeunes dans plusieurs centres couplés avec un réseau de jeunes pairs éducateurs formés pour faire le relai avec les jeunes dans la communauté ;

2. l'amélioration de **l'information et de l'accès en matière d'éducation complète à la sexualité** ;
3. des **interventions** ont été mises en place dans plusieurs pays pour rendre disponible, accessible et compréhensible auprès des adolescents et jeunes et plus particulièrement des jeunes filles l'information sur les droits sexuels et reproductifs, sur la contraception, sur les actions contre les VBG, contre les mariages précoces (Tchad, Niger, Sénégal ente autres).

Interventions à haut impact en santé sexuelle et de la reproduction des jeunes et adolescents mises en oeuvre de façon coordonnée par l'ensemble des agences dans les 8 pays phares du FFM

	Bénin	Côte d'Ivoire	Guinée	Mali	Niger	Sénégal	Tchad	Togo
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 (installations, formations, outils, suivi, sensibilisation)		■	■		■	■	■	■
Aménagement d'espaces conviviaux pour les jeunes dans les centres de santé			■	■			■	
Mettre en place une stratégie nationale pour la santé des adolescents et jeunes y compris en SSRAJ	■		■	■				
Accès à l'éducation sexuelle en milieux scolaire et extra-scolaire								
Sensibilisation des jeunes garçons sur SSRAJ	■							
Changement durable des habitudes sociales								
Intégration des données sur les Violences Basées sur le Genre (VBG) dans le SNIS			■					
Prise en charge des femmes victimes de VBG (maisons d'accueil)	■		■	■				
Actions de sensibilisation et de communication en VBG, Mutilations Génitales Féminines (MGF) (campagnes communautaires, mobilisation sociale, radio, télévision)	■			■				
Actions de sensibilisation et de communication en SRAJ (mariages et grossesses précoces) en utilisant différents canaux (campagnes communautaires, mobilisation sociale, radio, télévision)	■	■	■	■	■			■



© FFM/UNWOMEN/CHAD/2015/Formato Verde

6. Prévention et prise en charge des violences faites aux femmes et aux filles et renforcement des compétences du personnel de santé



Plaidoyer et lutte contre l'impunité : d'un point de vue du plaidoyer pour le vote de lois spécifiques sur les violences, l'application des lois et la lutte contre l'impunité des efforts ont été enregistrés dans les pays.

Renforcement des connaissances sur les violences et renforcement des compétences du personnel de santé : Les connaissances sur les violences en milieu

hospitalier ont été renforcées par la validation des rapports nationaux en Côte d'Ivoire, en Haïti, au Mali et au Togo et par l'ouverture de voies pour la mise en place de stratégies de réponse aux violences ayant un effet sur la fréquentation des services. Au Mali, le gouvernement s'est engagé sur la voie de la mise en place d'une stratégie de lutte contre les violences en milieu hospitalier avec l'appui d'ONU Femmes.

NIGER

Au **Niger**, le projet pilote ILIMIN a permis d'engager des dialogues et des engagements communautaires particulièrement sur la question de la vulnérabilité des jeunes filles notamment face aux mariages des enfants. Le FFM a joué un rôle de financement catalytique pour soutenir et étendre ce projet pilote qui permet de renforcer les capacités des filles à dire non aux mariages précoces, de leur permettre d'espacer leurs grossesses à l'aide de la compréhension de leur corps, de son fonctionnement et l'accès à l'information et aux services de planification familiale.

Les résultats du premier cycle sont encourageants : (i) quand le programme a commencé, 69% de ces filles n'avaient jamais fréquenté l'école, mais grâce aux cours d'alphabétisation, 73,25% des filles ont atteint un niveau satisfaisant à la fin du programme ; (ii) quand le programme a commencé, 44,24% des filles mariées du programme utilisaient une méthode de PF moderne; (iii) 56 adolescentes ont été en mesure de dire NON au mariage précoce au cours du programme ; et (iv) 858 dialogues communautaires ont été menées pour atteindre plus de 40 000 personnes.

GUINÉE

En **Guinée**, l'intégration de la SSRAJ a été réalisée dans 44 structures de santé sur 40 prévus. Au total sur le plan national, 10 districts sanitaires sur 38 soit 26,31% offrent des services de santé adaptés aux besoins des adolescents/jeunes.

SÉNÉGAL

Le FFM a contribué à la mise en œuvre des plans d'actions SRAJ 2015 des deux districts en phase pilote. L'espace adolescents/jeunes (EAJ) de Kanel est fonctionnel : émissions radio en français et langue locale, accueil et information, sensibilisation (notamment sur les violences faites aux adolescents, sur la drogue et le tabagisme, sur les maladies de transmission sexuelle/VIH

TCHAD

- Journée de la jeunesse au Centre information et d'orientation pour les jeunes (CIOJ) de N'Djamena,
- Journée internationale de la jeune fille (JIJF) dédiée aux actions de lutte contre le mariage des enfants,
- Caravane de sensibilisation pour « mettre fin au mariage des enfants »,
- Diffusion d'un spot en français et en arabe à la radio (radio nationale, FM liberté) et à la télévision.

TOGO

Les rencontres de plaidoyer avec les autorités sur la mise en place de mécanisme de prévention et de gestion des violences en milieu hospitalier et l'adoption d'une loi spécifique contre les violences ont contribué à l'adoption par l'Assemblée Nationale du nouveau Code pénal prévoyant des dispositions réprimant les discriminations et une section spécifique aux violences faites aux femmes sous toutes leurs formes et à l'engagement des autorités parlementaires pour la vulgarisation des dispositions du Code pénal portant sur les violences faites aux femmes en collaboration avec les Organisations de promotion des droits de la femme.

CÔTE D'IVOIRE

L'étude sur les violences en milieu hospitalier a mis en exergue des niveaux élevés de violences faites aux femmes dans les services de la Santé de Reproduction : le refus d'informer les patientes sur la maladie et les précautions à prendre pour l'éviter (66%), l'abandon des parturientes sur le lit d'accouchement (58,3%), les difficultés des patientes à avoir des médicaments dans la pharmacie des hôpitaux (31,3%), le non-respect de l'ordre d'arrivée par la sage-femme (29%), le paiement parallèle des soins gratuits avec un agent de santé (14,1%), les négligences pendant les visites postnatales (13,7%), le mauvais accueil des patientes (13,5%). L'étude recommande en priorité la formation des agents de santé, notamment les sages-femmes sur la problématique des violences basées sur le genre (VBG) en milieu hospitalier et des droits humains.⁹

GUINÉE

Dans le cadre du suivi de la journée internationale « Tolérance Zéro au MGF » de 2015 qui portait sur l'accélération de l'abandon de cette pratique par le personnel de santé qui l'exerce, les compétences de 100 prestataires ont été renforcées pour la prise en charge intégrée des complications liées aux MGF dans les régions de Kankan et Nzérékoré. Aussi, 200 agents de santé de la ville de Conakry ont été sensibilisés pour accélérer l'abandon des mutilations génitales féminines afin d'améliorer la santé de la femme et de la fille.

MALI

Dans le cadre de la poursuite des actions de sensibilisation à travers les radios de proximité de Gao et de Tombouctou sur le lien VBG, santé maternelle, planning familial, nutrition et accouchement assisté, 18 animateurs(trices) de radios ont été formés sur le lien VBG et santé maternelle dans chaque région soit 36 animateurs/trices. Au total, près de 1 500 messages ont été diffusés sur 12 radios soit 6 radios à Tombouctou et 6 à Gao. Les messages ont été traduits dans les différentes langues des zones concernées.

⁹ Il convient de noter que la formation du personnel de santé au Togo a eu un impact important sur la fréquentation des services en 2014.



LE CALVAIRE DE HAOUA, MARIÉE DEPUIS L'ÂGE DE 16 ANS À SON AGRESSEUR

« Mon mari avait l'habitude de me frapper tous les jours », commence par dire Haoua, mariée de force à 16 ans.

« Quand il me frappait au moment où j'étais enceinte, j'avais très mal », continue-t-elle. L'agression a eu lieu à son 4^{ème} mois de grossesse et, depuis, Haoua a des problèmes de vision. L'enfant est né et a survécu pendant près d'un an, mais il n'a pas résisté à une épidémie de méningite.

Outre les marques physiques, les épisodes de violences ont laissé des marques psychologiques sur Haoua, « encore aujourd'hui, si je le vois, j'ai peur », résume-t-elle.

Suite à l'agression, Haoua a été conduite par son plus jeune frère à l'ONG DIMOL, qui s'occupe de femmes victimes de violences. « J'étais vraiment blessée. Ils m'ont prise en charge. Grâce à eux, j'ai retrouvé ma santé », reconnaît-elle. Puis elle ajoute, « Depuis que les gens de l'ONG l'ont conseillé mon

mari m'a demandé pardon et il ne me frappe plus ». La présidente de l'ONG, Salamatou Traoré, explique que la majorité des victimes affronte, outre les mauvais traitements, l'indifférence des voisins et de la communauté. « Ils ne considèrent pas que certaines violences qui sont perpétrées sur la santé des femmes et des jeunes filles soient des vraies violences. Ils considèrent cela comme des pratiques courantes », dit-elle.

« Il faut que les communautés comprennent qu'il s'agit de violences, ce ne sont pas rien que des pratiques traditionnelles qu'on peut banaliser », continue Salamatou.

Consciente de la gravité de la situation, Haoua profite de notre présence pour adresser un message : « J'invite toutes mes sœurs femmes qui se trouvent dans des situations de violence à s'adresser aux institutions qui protègent les droits et intérêts des femmes ». Haoua demande encore à toutes ses « sœurs femmes » d'emmener leurs filles à l'école. « Tant que tu es éduquée, tu connais tes droits, et tu es plus préparée à défendre tes droits », termine-t-elle.

Les mutilations génitales féminines (MGF) sont des violences largement répandues, pratiquées par le personnel de santé de certains pays et principales causes de complications à l'accouchement dans les pays où elles sont pratiquées. Elles ont fait l'objet d'une attention particulière dans le cadre du renforcement des capacités du personnel de santé.

Communication et action communautaire : Les actions de sensibilisation et de communication sur les violences basées sur le genre et les pratiques traditionnelles néfastes (mutilations génitales) ont été poursuivies et les partenariats avec les radios et les télévisions ont permis de toucher des millions de femmes et d'hommes au Togo, au Mali, en Haïti, en Guinée, en Côte d'Ivoire avec des résultats mesurables en termes d'audiences et de participation.

Interventions à haut impact en santé infantile et néonatale mises en œuvre de façon coordonnée par l'ensemble des agences dans les 8 pays phares du FFM

	Bénin	Côte d'Ivoire	Guinée	Mali	Niger	Sénégal	Tchad	Togo
Systèmes de santé (levée des barrières, demande)								
Organisation de revues annuelles de performance, appui au monitoring (décentralisé), micro-planification, suivi-évaluation	■	■		■	■	■		■
Accès aux médicaments prioritaires pour les mères et les enfants		■	■	■	■	■		■
Offre de services pour la santé néonatale								
Renforcement des capacités des agents de santé communautaires pour les soins essentiels aux nouveau-nés (SEN) et mise à disposition des intrants et de personnel formé pour les SEN (formations, intrants, supervisions, soins kangourous)	■		■	■	■	■		■
Offre de services pour la santé infantile								
Mise en œuvre et extension de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) et renforcement des capacités pour la PCIME (formations, intrants, supervisions)	■	■	■	■	■		■	■
Développement des Pratiques Familiales Essentielles à la survie de l'enfant	■	■	■	■	■		■	■
Actions de sensibilisation et de communication sur la consultation prénatale (CPN), la nutrition et le programme élargi de vaccination (PEV) en utilisant différents canaux (campagnes communautaires, mobilisation sociale, radios, télévisions)	■				■	■	■	
Interventions contribuant à l'amélioration de l'état nutritionnel des jeunes enfants	■	■	■	■		■		■
Chimio prophylaxie préventive du paludisme							■	
Réalisation d'enquêtes de couverture vaccinale	■							





7. Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire (PCIME-C)

La 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'un 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.



© UNICEF/MIA/2012-00095/Dicko

TOGO

Dans le cadre de la promotion de l'offre des soins curatifs au niveau communautaire, les 1 289 **agents de santé communautaires (ASC)** déployés dans les 12 districts ont pris en charge 65 252 cas de paludisme (22% des cas attendus), 14 887 cas de diarrhée (50% des épisodes attendus), 5 949 cas de pneumonie (44% des cas attendus) et 2 730 cas de malnutrition aiguë sévère (30% des cas attendus) au niveau communautaire.

Outre le paiement des frais de motivation des ASC, le FFM a permis d'approvisionner ces derniers régulièrement en intrants et en équipements, ce qui a permis de limiter les ruptures à moins de 5% au niveau communautaire.

Aussi en 2015, grâce à la formation de 169 membres de groupes de **promotion de Pratiques Familiales Essentielles FE (GP-PFE)** et de 99 ASC, les populations de 93 nouveaux villages reçoivent des informations sur les PFE et sont habilitées pour l'adoption de ces pratiques. Plus de 254 000 personnes ont été touchées par des messages portant sur les PFE soit à travers les sessions éducatives, soit par les séances de projections de films organisées au sein des communautés. Les indicateurs issus d'une enquête « Connaissances, Attitudes, Pratiques » (CAP), conduite en 2015, révèlent que l'adoption des PFE semble meilleure dans les régions de la Kara et des Savanes, régions où se focalisent les interventions de promotion des PFE, que dans les autres régions.

La proportion d'enfants exclusivement allaités au sein dans les deux régions est de 76% (enquête CAP) contre 58% pour le niveau national (enquête EDS 2013-2014).

NIGER

La mise en œuvre du **projet pilote « suivi communautaire de la mère et du nouveau-né »** dans 3 districts a montré des résultats prometteurs depuis 2012 : 34% des 6 981 nouveau-nés ciblés ont bénéficié de soins essentiels dans les cases pilotes au niveau communautaire ; 38,5% des mères ont pu avoir un accouchement assisté (contre 29% au niveau national). Le projet a été mis à l'échelle en passant de 45 cases de santé dans 3 districts sanitaires en 2014 à 105 cases de santé dans 6 districts sanitaires en 2015. En plus, Le FFM a créé un effet de levier avec d'autres fonds (fonds SRMNI) sur la même activité et la mise en œuvre se poursuit aujourd'hui dans 305 cases de santé de 20 districts. Les supervisions du suivi du nouveau-né ont également été renforcées dans 20 districts sanitaires de sept régions du pays.

BÉNIN

Les relais communautaires – formés et équipés par les FSP Muskoka – ont contribué à prendre en charge 20% des cas de paludisme, 28% des cas de diarrhée et 16% des cas de pneumonie selon les nouveaux protocoles de l'OMS. Ces chiffres montrent une progression notable par rapport à l'an dernier où la prise en charge du paludisme n'était que de 14% et celle de diarrhée de 21%. Ces progressions correspondent à ce qui avait été observé avec l'ouverture de nouveaux sites de PTME, ce qui avait permis de faire passer le taux de couverture de 61% à 75% d'une année sur l'autre.



© UNICEF/NYHQ/2006-2848/P.Judowski

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 ASC 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.



© FFM/Formato Verde/TOGO/2015

ZÉRO MORTALITÉ INFANTILE À BAOLÉ

« Je m'appelle Aoufobara Dagui, j'ai 27 ans et je suis agent de santé communautaire (ASC) à Baoulé (au Togo). J'ai eu quatre enfants, mais deux seulement sont vivants. Et il y a le 5ème dans mon ventre, pas encore sorti », explique Aoufobara.

Aoufobara n'a pas étudié la médecine ni fait d'études d'infirmière. Elle et son mari travaillent dans les champs. Avant de devenir agent de santé communautaire, Aoufobara a perdu un de ses bébés suite à un accouchement par césarienne et l'autre dû au paludisme.

« Avant, si j'avais pu être agent de santé communautaire, mon enfant ne serait pas décédé. C'est ça qui m'a poussée à devenir ASC » poursuit Aoufobara qui après avoir reçu une formation spécifique (prise en charge intégrée des maladies de l'enfance et planification familiale) est apte à identifier les symptômes du paludisme, de la malnutrition, de la pneumonie et autres maladies potentiellement fatales, avec des conséquences graves. Lors de ses visites Aoufobara sensibilise également les femmes et les familles à l'importance de la planification familiale.

Son mari, Kokou Kossikan, également voué à la cause de la réduction de la mortalité maternelle et infantile dans son village, la soutient de plusieurs façons. « Si elle est occupée, je lave les enfants, je fais la cuisine et on mange ensemble. S'il arrive qu'on l'appelle dans un autre village, je l'accompagne, je la prends sur la moto ».

« Maintenant il y a moins de décès. Avant, dans le mois, on ne pouvait pas même les compter. Mais, cette année, je n'ai pas encore trouvé un décès dans mon village », affirme Aoufobara satisfaite.

8. Lutte contre 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.

TOGO

Afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des enfants malnutris, 180 agents de santé ont été formés sur le nouveau protocole de prise en charge de la malnutrition en complément au 301 formés en 2013. Ceci porte le nombre total d'agents formés à 481, soit 34% des agents à former sur l'ensemble des centres de réhabilitation nutritionnelle (CREN). Ces agents ont pris en charge 6 000 enfants malnutris sévères de janvier à septembre 2015, soit 2/3 de la cible annuelle (9 200 enfants ciblés). Parmi ceux-ci, 3 200 ont été pris en charge dans les 364 centres de réhabilitation nutritionnelle (CRENs) et 2 700 enfants ont été pris en charge par les ASC dans 514 villages CTC.

CÔTE D'IVOIRE

L'initiative « Scaling Up Nutrition » (SUN) a adoptée par le pays avec mise en place d'un conseil national de nutrition et l'élaboration de la stratégie nationale multisectorielle de nutrition 2016 - 2020. Les principales réalisations sur le terrain ont été d'appuyer 162 formations sanitaires de référence de 18 districts prenant en charge les enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère (ceci étant, le nombre de personnes touchées n'est pas disponible). Concrètement, il s'est agi de former 23 prestataires de ces structures à la prise en charge de la malnutrition de l'enfant, en synergie avec l'appui des fonds Bill & Melinda Gates.



© FFM/WOMEN/CHAD/2015/Formato Verde

HAOUA ET HALIMÉ : UNE VICTOIRE CONTRE LA MALNUTRITION

Haoua, 17 ans et mariée, a une fille de 17 mois (Halimé). Elle nous reçoit dans son campement nomade, dans le Ferrique Kadam (Région du Guéra au Tchad), où elle s'est installée avec toute sa famille. Haoua prend soin de sa fille, s'occupe des tâches ménagères et cultive des arachides, du millet, du sésame et autres céréales pour subvenir aux besoins de sa famille. Néanmoins, le manque de nourriture adéquate et autres carences ont mis en danger la survie de son bébé.

Sur les raisons qui l'ont amenée au Centre de santé de Niergui pour la première fois, Haoua dit : « j'y suis allée avec ma fille parce qu'elle faisait de fortes diarrhées ». Encouragée par son mari et conseillée par un relais communautaire, qui se rend régulièrement au Ferrique Kadam, Haoua a marché plusieurs heures en portant sa fille sur le dos pour être reçue dans le Centre de santé de Niergui, situé à 15 km.

« En plus de la diarrhée, il m'a dit que ma fille était malnutrie et qu'elle était atteinte du paludisme », Haoua se souvient des paroles de l'infirmier que les a reçues au Centre de santé de Niergui.

Halimé a été admise au Centre de santé de Niergui où un traitement pour la malnutrition et le paludisme lui a été administré.

« Après avoir pris les médicaments, ma fille a guéri en deux semaines ». « Le problème est que les mères méconnaissent les aliments nécessaires à l'alimentation des bébés et ignorent l'importance de l'allaitement maternel exclusif. Les contraintes de nature culturelle et les mauvaises habitudes sont parmi les causes les plus communes de malnutrition, récurrente dans cette partie du pays, malgré l'abondance de produits locaux nutritifs. », nous précise Pambro Rigobert, infirmier.



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

L'ensemble des partenaires au développement en santé 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. Il est aussi important qu'au-delà des appuis donnés par les partenaires dans le cadre des MDGs 4 et 5 à travers l'apport de produits, les systèmes nationaux soient prêts à prendre le relais pour maintenir un accès durable à des médicaments essentiels et produits de santé de qualité pour la santé des mères et des enfants.

Le FFM a apporté son appui pour :

- **Le renforcement de la coordination des approvisionnements et un meilleur suivi de la disponibilité des produits dans les structures de santé** : Bénin, Côte d'Ivoire, Sénégal, Guinée, Mali, Togo.
- **Un meilleur contrôle des prix des médicaments prioritaires pour la mère et l'enfant** : Bénin, Burkina Faso, Sénégal, Côte d'Ivoire.
- **L'amélioration de la qualité des produits prioritaires pour la santé de la mère et de l'enfant disponible dans les pays** : Sénégal, Burkina Faso, Guinée.
- **L'amélioration de l'usage rationnel des médicaments prioritaires pour la mère et l'enfant** : Bénin, Togo, RDC.

Le FFM a également soutenu tout au long de l'année le réseau e-med à travers la Communauté de Pratique Médicaments Essentiels et Politiques Pharmaceutiques (CdP MEPP) qui renforce ainsi les échanges d'expériences et favorise les réflexions autour de la mise en œuvre des politiques pharmaceutiques dans les pays.



Un appui plus spécifique a aussi été apporté à la Guinée pendant la crise Ebola pour assurer la disponibilité des produits dans les structures de santé, pour garantir la mise à disposition d'équipements de protection individuelle et pour maintenir une offre de soins sécurisée dans les structures de santé, en particulier pour les mères et les enfants. L'identification des besoins pour le renforcement du système pharmaceutique a aussi été appuyé par le FFM au cours du développement du plan de relance des systèmes de santé qui permettra de relancer et renforcer les structures de santé dans le pays dans les prochaines années.



La situation sanitaire de la Guinée a été dominée par la survenue de l'épidémie de la maladie à virus Ebola. 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.



Les prestations de service ont été renforcées grâce en particulier à l'apport financier des donateurs, et en particulier les FFM qui ont apporté des « contributions Ebola » significatives. En particulier, l'approvisionnement de tous les 410 centres de santé du pays en kits sages-femmes (médicaments, consommables, équipements) et tous les hôpitaux en kits obstétricaux sous financement Muskoka en complément des financements PASA (de l'UE qui a démarré en 2015) et Urgence Ebola (MPTF, fonds d'urgences Belge et fonds japonais) ont facilité la mise en œuvre de la gratuité des soins obstétricaux. Il convient à cet égard de souligner la complémentarité des FFM avec les autres ressources ; les données ci-après permettent aussi de mettre en évidence en quoi ils ont été stratégiquement utilisés : la disponibilité de ces intrants a de fait contribué à l'amélioration du taux d'utilisation des services de santé maternelle. Ainsi, dans la région de Labé, entre 2014 et 2015, la CPN 4 est passée de 82% à 87%, la couverture effective en PF de 9% à 15% et l'accouchement assisté de 14% à 26%.



© FFM/CHAD/2015/Formato Verde

V. LES COMMUNAUTÉS DE PRATIQUES (CDP) : DES MÉCANISMES INNOVANTS DE PARTAGE ET DE PRODUCTION DES CONNAISSANCES SUR LES SYSTÈMES DE SANTÉ

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

Le FFM a essentiellement apporté un appui au fonctionnement et coordination des **Communautés de Pratiques (CdP)** soutenues par HHA. Les CdP 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 œuvre d'activités relatives aux piliers du système de santé :

Planification et budgétisation des systèmes de santé (PBSS) (> 500 membres)

Accès financier pour les services de santé (AFSS) (> 900 membres)

Planification et budgétisation des systèmes de santé (PBSS) (> 900 membres)

Médicaments Essentiels et Politiques Pharmaceutiques (CdP MEPP) (> 1.900 membres)

“
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 bilatéraux, multilatéraux et initiatives mondiales).”

Ressources Humaines en santé maternelle, néonatale et infantile (RHSMNI)

Qualité des soins dans les hôpitaux de référence en Afrique (QUAHOR) (70 membres)

Offre de Soins, approche district (HSD) (1.500 membres)



VI. SUIVI ÉVALUATION & RECHERCHE OPÉRATIONNELLE

Encadrement méthodologique solide pour les interventions FFM



- Le Comité technique (COTECH) a élaboré un **cadre de résultats basé sur la mise en œuvre des interventions à haut impact**, interventions sélectionnées sur la base de la preuve scientifique et de leur impact potentiel. Ce cadre 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.
- A travers la **recherche opérationnelle**, mise à disposition des décideurs nationaux et des équipes des Nations Unies des informations stratégiques visant la réduction des contraintes majeures observées au niveau des pays. Depuis avril 2013 **cinq projets de recherche opérationnelle** sont mis en œuvre via des partenariats Nord-Sud d'équipes de recherche (thèmes selon les piliers des systèmes de santé), avec implication des Communautés de 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 (AFSS)	12 (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Niger, RCA, RDC, Sénégal, Tchad, Togo + Cameroun, Burundi)	2013-2016
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 Communauté de Pratique Ressources Humaines en santé maternelle, néonatale et infantile (RHSMNI)	3 (Bénin : Laboratoire d'Analyse des Dynamiques Sociales et des Études du Développement, Burkina Faso : association des SF, et Sénégal: ENDSS)	2013-2016
Observatoire régional de la mortalité maternelle en Afrique de l'Ouest (Infodos)	IRD UMR216 France, 7 institutions africaines: Mali, Burkina, Sénégal (3), Bénin (2) Communauté de Pratique Qualité des soins dans les hôpitaux de référence en Afrique (QUAHOR)	3 (Bénin : Hôpital Mère-Enfant de la Lagune de Cotonou, Burkina Faso: IRSS, Mali : URFOSAME)	2013-2016
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 Communauté de Pratique Qualité des soins dans les hôpitaux de référence en Afrique (QUAHOR)	7 (Bénin, Burkina Faso, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal)	2013-2015/16
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 Communauté de Pratique Offre de Soins, approche district (HSD)	3 (Bénin: OSP, Guinée : U Sonfonia, RDC: ESP)	2013-2015

VII. APPUI AU DÉVELOPPEMENT DE LA SÉRIE TÉLÉVISUELLE « C'EST LA VIE ! », PREMIER FEUILLETON SUR LA SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE EN AFRIQUE DE L'OUEST ET DU CENTRE

En quelques mots

- Série produite par l'ONG panafricaine RAES grâce à la convergence et la synergie des efforts techniques, humains et financiers de l'ensemble des agences FFM
- Saison 1: 26 épisodes de 26 minutes et campagne cross media
- Diffusée sur A+ et TV5 Monde et de nombreuses chaînes nationales
- Vocation panafricaine de la série – c'est un centre de santé d'une ville africaine
- « C'est la Vie ! » parle également de la question des ressources humaines, en faisant la promotion des bonnes pratiques auprès des professionnels de la santé d'Afrique francophone.

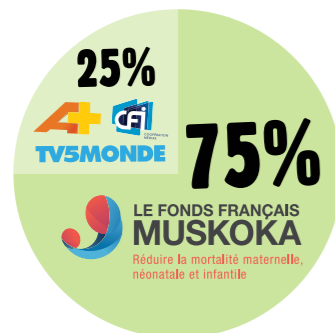
“C'est la Vie !” : Une Pratique innovante et prometteuse avec un large impact régional escompté

- Informe, éduque et responsabilise le téléspectateur tout en le divertissant
- Contribue à « démocratiser » l'information sur la santé
- Suscite des discussions trans générationnelles en famille, entre amis, dans les différents cercles sociaux sur des sujets parfois tabous

<http://cestlavietv.com/>



- « **C'est la Vie !** » est une série télé qui a été créée dans l'objectif de communiquer autrement pour promouvoir la santé et favoriser en particulier l'accès à l'information sur :
 - la santé maternelle, néonatale et infantile
 - les droits à la santé sexuelle et reproductive
 - la nutrition maternelle et infantile
 - le fonctionnement des systèmes de santé
 - la santé de la reproduction pour les adolescents et jeunes
 - les violences liées au genre



FINANCEMENTS



DIFFUSION



AUDIENCE

VIII. COMMUNICATION / VISIBILITÉ



Promotion de **C'est la Vie !** à travers les médias, les réseaux sociaux et lors de rencontres et d'événements. Une opportunité excellente de visibilité pour le FFM et pour faire émerger la santé maternelle, néonatale et infantile.

Renforcement des liens avec certains médias tels que RFI, France 24, HuffingtonPost et TV5 Monde.

Un partenariat avec le **Monde Afrique** (5 millions de visiteurs uniques par mois, 10 millions de pages visitées par mois).

Les quatre agences onusiennes mettent en œuvre une **stratégie inter-agences de communication** pour accroître la visibilité de la France et de son engagement dans le domaine de la santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique et pour faire émerger cette thématique dans une région régulièrement mouvementée entre crises et conflits.

Une présence digitale à travers une page web ffmuskoka.org un compte Twitter @ffmuskoka une campagne Twitter en octobre 2015.

Human interest stories : recueil de témoignages vidéos et photos sur le terrain. Missions organisées dans 3 pays, le Tchad, le Togo et le Niger.

Participation à des réunions et conférences internationales permettant de s'exprimer sur la santé des femmes, des jeunes et des enfants en Afrique.

Visite de terrain officielle au Sénégal en présence de représentants du MAEDI, de l'Ambassade de France, du Ministère de la Santé, des 4 agences onusiennes et des médias locaux.

IX. CONCLUSION



L'année 2015 a été une année extrêmement riche qui a pu bâtir sur les leçons apprises des 3 années précédentes. La quatrième année de financement par le MAEDI et de mise en œuvre par les quatre agences des Nations Unies (OMS, UNFPA, UNICEF, ONU Femmes) des Fonds de Solidarité Prioritaires (FSP) « Muskoka » ainsi que du cofinancement du Comité français de l'UNICEF a permis de consolider le dispositif régional inter-agences en répondant aux besoins des pays en termes de coordination des partenaires, d'harmonisation d'appui technique et de partage des connaissances liées à la Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile et des Adolescents.

Le mécanisme de coordination inter-agences, aussi bien au niveau régional qu'au niveau des pays, a produit les fruits escomptés d'une plus grande efficacité avec des résultats tangibles, mesurables et reconnus par les gouvernements.

X. LES PERSPECTIVES



Avec des actions ciblées, des stratégies adaptées, des ressources adéquates et une volonté politique forte, et pour des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) précis concernant la santé des mères et des enfants, même les pays les plus pauvres ont pu réaliser des progrès. Mais le travail n'est pas terminé et les OMD sont loin d'être atteints dans tous les pays.

L'année 2016 voit le passage des OMD aux Objectifs du Développement Durable (ODD). La survie, la santé et le bien-être des femmes, enfants et adolescents sont essentiels pour atteindre les ODD. Dix-sept des cibles des ODD concernent en effet la Santé Maternelle, Néonatale, Infantile et des Adolescents (SMNIA), et c'est avec la prise en compte de ces cibles qu'a été élaborée la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016 - 2030. Cette Stratégie constitue une feuille de route pour l'ensemble des partenaires impliqués dans le SMNEA. Elle répartit 17 cibles santé sur 3 objectifs globaux : 1) survivre, mettre fin aux décès évitables ; 2) s'épanouir, assurer la santé et le bien-être ; 3) transformer, agir sur

l'environnement. Elle s'attachera à surmonter les défis de toutes les morts évitables, de toutes les situations de mauvaise santé, dont la malnutrition, et de tous les environnements défavorables, de pauvreté, discrimination et violence.

Un cadre clair est donc défini pour poursuivre le travail, dans lequel le Fonds Français Muskoka est parfaitement adapté. Son mécanisme de fonctionnement en partenariat, de type H6, pour l'expertise technique et la mise en œuvre des interventions à haut impact dans les pays, constitue un modèle pour l'ensemble des partenaires.

L'année 2016, dernière année de financement du FFM, tout en consolidant les acquis, doit préparer un « post Muskoka ». Quelle que soit sa forme, celui-ci s'inscrira dans le cadre général des ODD et de la Stratégie : son rôle catalytique et de coordination auprès des autres partenaires demeurera essentiel, dans l'esprit de la Déclaration de Paris.



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

50 millions de vies sauvées dans le monde, depuis 2000.

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