



Ministère de la Santé et de la Prévention  
Division de La Santé Reproductive

**Projet Santé Communautaire/PMI** en partenariat avec **FHI/Progress**  
Mis en œuvre par Childfund, Africare, World vision, Plan, Counterpart, Catholic Relief services

---

**RAPPORT DE LA CONFERENCE NATIONALE SUR LES INITIATIVES A BASE  
COMMUNAUTAIRE EN SANTE DE LA REPRODUCTION ET PLANIFICATION  
FAMILIALE (SR/PF)**

**Dakar, Radisson 21 et 22 Avril 2010**

**DRAFT**





## **Contenu**

Contexte/ Justification: .....	4
Objectifs de l'atelier.....	5
Méthodes de travail.....	5
Résultats attendus : .....	5
Déroulement des activités .....	5
Synthèse des points essentiels concernant les présentations par thème .....	5
Les travaux de groupes .....	12
Prochaines étapes.....	22
Conclusions.....	22
ANNEXES .....	23

## **Contexte/ Justification:**

L'espacement des naissances, contribue à la lutte contre la Mortalité Maternelle dans des proportions importantes (17-35%). L'espacement des naissances pendant 24 mois entraînerait également une diminution de la mortalité infantile de 20 à 30%. Malheureusement, au Sénégal le taux de prévalence contraceptive moderne reste encore faible (10 %chez les femmes en union pour les méthodes modernes) alors qu'une femme en union sur trois (32 %) exprime le besoin d'espacer la naissance de son prochain enfant. La satisfaction de ces besoins entraînerait une augmentation de la prévalence contraceptive des femmes en union de 43 %, c'est-à-dire près de quatre fois plus que le niveau actuel.

Un facteur qui entrave l'accès à la contraception moderne concerne l'organisation de l'offre de services de PF dans le système de santé. L'approche actuelle est ciblée et circonscrite au niveau des structures de santé alors que 80% de la population vit dans des zones éloignées de ces structures. Des interventions fondées sur la Distribution à base Communautaire menées dans des pays de la sous région ont permis une augmentation significative du taux de prévalence contraceptive

Pour améliorer la disponibilité et l'utilisation de la contraception moderne, le Ministère de la Santé et de la Prévention en partenariat avec l'USAID (projet Santé communautaire PMI ChildFund/ consortium des ONG) a mis en oeuvre une intervention pilote d'offre initiale de pilules contraceptives par les matrones des cases de santé. Le projet pilote était prévue dans 239 cases de santé réparties dans 27 districts sanitaires implantées dans les régions de Kaolack, Louga, Thiès, Kolda et Ziguinchor. La mise en oeuvre s'est déroulée d'octobre 2007à Avril 2009. De janvier a fevrier 2010, une documentation du processus de l'intervention a été menée avec la Division de la Santé de la Reproduction en partenariat avec FHI/Progress.

D'autres initiatives communautaires de SR ont également été développées dont : la prévention de l'hémorragie du post partum immédiat par l'utilisation du Misoprostol ; la mobilisation communautaire pour la prévention des hémorragies du premier tiers de la grossesse avec l'utilisation du cycle de l'action communautaire... la disponibilité prochaine d'une méthode injectable en sous cutané de maniement simple (SAYANA IS) pourrait permettre d'élargir la gamme de méthodes qui pourrait être offerte au niveau communautaire.

La conférence nationale sur les initiatives communautaires en santé de la reproduction/Planification familiale (SR/PF) s'inscrit dans le cadre d'un partage des expériences SR/PF à haut impact sur la santé de la mère et de l'enfant pour contribuer à l'accélération des OMD 4 et 5.

L'atelier s'est déroulé dans les locaux de l'Hôtel Radisson Blu à Dakar et a regroupé plus de cinquante (50) participants (autorités ministérielles, universitaires, prestataires, spécialistes de la santé publique, gestionnaires de programme, partenaires techniques et financiers) ayant une grande expérience dans les domaines de la santé de la reproduction et des initiatives communautaires en santé. **(Voir liste des participants en Annexe 1).**

## Objectifs de l'atelier

- ☞ Partager les résultats des expériences SR /PF à base communautaire initiées dans le cadre du projet santé communautaire de l'USAID ou par d'autres partenaires de la DSR ;
- ☞ Discuter du passage à l'échelle des expériences réussies ;
- ☞ Faire des recommandations pour l'extension des expériences communautaires réussies dans le domaine de la SR.

## Méthodes de travail

- ☞ Exposés introductifs ;
- ☞ Discussions ;
- ☞ Travaux de groupes ;
- ☞ Restitutions en plénière.

## Résultats attendus :

- ☞ Les expériences SR à base communautaire sont partagées ;
- ☞ Les modalités critiques de l'extension de l'Offre Initiale de Pilules (OIP) sont définies.

## Déroulement des activités

La cérémonie d'ouverture de la conférence a été marquée par discours de la représentante de l'USAID et celle du Directeur de Cabinet qui l'a présidée en l'absence du Ministre de la Santé et de la Prévention. (cf **annexe 2 et 3**).

Conformément à l'agenda (**annexe 4**), le premier jour a été réservé aux présentations et discussions sur les différences expériences d'initiatives à base communautaire au niveau national et international. Au total, huit (8) présentations ont été faites sur plusieurs thèmes relatifs à la planification familiale et la maternité sans risque au niveau communautaire.

Le deuxième jour était consacré aux travaux de groupes constitués. Pour chaque groupe et conformément aux objectifs de la conférence, des termes de références précis ont été proposés.

## Synthèse des points essentiels concernant les présentations par thème

Les trois premières présentations étaient relatives à l'Offre Initiale de Pilules par les matrones des cases de santé ; il s'agit de l'intervention de l'OIP, des résultats de la documentation et du cadre de passe à l'échelle :

1. Intervention de l'OIP

Cette présentation a été un prétexte pour rappeler l'objectif du programme santé USAID-Sénégal 2010-2011, sa composante communautaire et l'étude pilote sur l'OIP dont les différents points abordés sont :

- Contexte et justifications ;
- But / Objectifs ;
- Zones d'intervention ;
- Description de la mise en œuvre ;
- Résultats obtenus ;
- Défis /Contraintes.

La mise en œuvre de l'intervention s'est faite dans neuf (9) districts répartis dans sept (7) régions et a touché deux cent trente neuf (239) cases. Le cadre institutionnel mis en place et présidé par la division de la santé de la reproduction a permis d'assurer la coordination, les aspects techniques et administratifs de l'intervention. Il s'agit entre autres, de l'élaboration du protocole, la demande d'autorisation au comité d'éthiques, l'élaboration des manuels de formation. L'intervention consistait à développer chez les matrones des compétences qui lui permettent d'offrir la pilule au niveau de la case de santé de façon sécurisée. Après la sélection des cases et des matrones selon des critères définis par le comité d'éthique, les activités de l'intervention menées par le consortium étaient :

- L'enrôlement des cases ;
- La Formation ;
- La mise en place des intrants ;
- L'offre de méthodes ;
- Le suivi/Supervision ;
- La promotion PF.

Les constats faits lors des activités de collecte de données de routine et de supervision laissent apparaître des contraintes et des défis à relever et sont :

- le niveau actuel d'instruction des matrones pour une couverture à grand échelle ;
- la limitation de la cible aux matrones ;
- la timidité de l'implication des certains districts et prestataires ;
- la non prise en compte des données communautaires par le SNIS.

## 2. Les résultats de la documentation

L'objectif assigné à cette étude est de documenter le processus de l'expérimentation à des fins de passage à l'échelle. Pour ce faire les objectifs spécifiques étaient :

- Décrire le processus de l'expérimentation et les résultats
- Evaluer la capacité des matrones à faire une offre initiale de pilule contraceptive dans les cases de santé ;
- Analyser les perceptions des prestataires, des acteurs et des bénéficiaires directs et indirects ;
- Analyser les facteurs ayant facilité et d'autres qui ont été des entraves à l'introduction de l'initiative ;

- Faire des recommandations pour un éventuel passage à l'échelle.

La documentation a utilisé une approche intégrée alliant une enquête quantitative réalisée dans 56 cases de santé et une étude qualitative dans 10 cases. Au total, l'enquête a permis de toucher 222 nouvelles clientes, 56 matrones. Les données de routines ont été collectées dans 51 cases et la fiche d'inventaire remplie dans 48 cases. L'enquête qualitative a touché : 20 acceptantes, 13 professionnels de santé, 20 leaders, 7 personnels communautaires, 5 femmes en âge de reproduction et 5 personnels d'encadrement du projet.

Les résultats de la documentation ont montré que, globalement :

- le profil des matrones a respecté les critères initialement définis ;
- les normes du counseling initial ont été respectées par les matrones observées mais à des degrés divers ;
- le counseling spécifique s'est fait selon les normes édictées ;
- la gestion des oublis et des effets secondaires s'est faite correctement ;
- les matrones étaient disponibles dans la majorité des cas ;
- l'enregistrement des effets secondaires est adéquat ;
- les outils sont disponibles dans la majorité des cases cependant, pour un cas sur trois, la liste de contrôle ne l'est pas ;
- le remplissage des supports était fait correctement ;
- les femmes ont une perception positive et évolutive de l'OIP ;
- l'OIP a amélioré l'accessibilité géographique et financière de l'offre de services ;
- l'OIP a amélioré la santé de la mère et de l'enfant ;
- une amélioration de la communication sur la Planification Familiale au sein du couple et de la communauté ;
- l'OIP a contribué au relèvement des indicateurs de santé de la reproduction ;
- l'OIP a contribué à la réduction de la charge de travail ;
- l'OIP a contribué à améliorer le niveau d'acceptation sociale de PF et une forte adhésion communautaire ;

Parmi les facteurs de succès de l'intervention il est à noter :

- la forte implication des groupes sociaux les plus réticents à la PF (les religieux, les leaders, les grands-mères et les belles-mères) à travers plusieurs stratégies novatrices telles que les cercles de solidarité des femmes enceintes ;
- l'implication des hommes dans la PF et le développement d'une approche par le couple ;
- une valorisation et un renforcement des compétences locales.

Les contraintes identifiées sont :

- l'insuffisance de la supervision par des agents du district ;
- la disponibilité d'une seule matrone par case ;

En conclusion, nous pouvons retenir :

- la maîtrise de l'offre initiale de pilule par la grande majorité des matrones formées ;
- le niveau de compétences techniques et la disponibilité des matrones très satisfaisant ;
- les perceptions positives des acceptantes des prestataires, des leaders et de la communauté en général ;
- l'augmentation du nombre d'acceptantes de Planification Familiale.

Les recommandations issues de la documentation se résument aux points suivants :

- Améliorer la qualité de l'encadrement des matrones par un suivi régulier et un recyclage ;
- Renforcer la capacité en counseling ;
- Assurer la disponibilité des listes de contrôle, des supports sur le Counseling ;
- Améliorer la gestion de stock en produits contraceptives ;
- Assurer une bonne appropriation par les districts ;
- Elargir la formation à d'autres acteurs communautaires (d'autres matrones et les ASC).

### 3. Le passage à l'échelle de l'OIP

Le passage à l'échelle de l'OIP a été examiné à partir du cadre défini par le Ministère de la Santé et de la Prévention selon les critères de pertinence, d'efficacité, de pérennité, de répliquabilité, d'impact, d'efficience et d'équité/Genre. L'appréciation de ces différents critères à partir des résultats de la documentation a donné les résultats ci-après :

- Par rapport à la **pertinence**, l'intervention correspond aux objectifs du Plan de National de Développement Sanitaire pour ce qui notamment de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale et de l'accès universelle à la planification familiale. Elle contribue à l'amélioration de l'accès aux services de santé (géographie, finance, ressources humaines, barrières socio-culturelles) ;
- Pour ce qui est de **l'efficacité**, la documentation a montré que l'intervention a produit les résultats attendus : les matrones peuvent offrir la pilule correctement, a contribué à l'augmentation de l'utilisation de la planification familiale et la communauté et les clients sont satisfaits des services reçus ;
- La **perrennité** pourra être assurée d'autant plus que la communauté a été consultée et effectivement impliquée durant l'intervention qui a permis de développer des compétences locales. La communauté a montré des signes qui prédisent qu'elle est prête à s'engager pour la continuité de l'OIP ;
- Les conditions relatives à la **répliquabilité** de l'OIP existent : la formation des matrones est efficace, les outils pour la formation, la gestion et la supervision ainsi que les produits sont disponibles ; le personnel communautaire en dehors des matrones est engagé et disponible ;
- Des éléments **d'impact** sont vérifiés : en effet, un changement d'attitude par rapport aux méthodes modernes a été noté. Par ailleurs, le personnel de santé a reconnu des avantages de l'OIP tels que le relèvement des indicateurs de santé, la réduction de leur charge de travail et le bénéfice pour la population rurale en terme d'amélioration de leur santé, de gain de temps et d'argent ;
- L'intervention est **efficace** vu les ressources mobilisées (financières et humaines), le temps et l'appréciation positive faite par l'ensemble des acteurs impliqués ;
- Le critère relatif à **l'équité/genre** semble respecté car l'OIP a ciblé les populations éloignées de services de santé avec probablement moins de moyens financiers. Elle a aussi impliqué les hommes dans les activités et certains couples ont amélioré leur communication sur la PF.

En conclusion, on peut noter que l'OIP contribue grandement à l'augmentation de la couverture contraceptive même si des questions subsistent pour le passage à l'échelle. Il s'agit des critères d'éligibilité des matrones, de l'élargissement de la formation à d'autres personnels



communautaires (ASC), la problématique de l'appropriation de la stratégie par le système de santé au niveau local (district) pour assurer l'encadrement et la supervision, la mobilisation des ressources.

#### 4. Les expériences mondiales sur l'offre de méthodes hormonales au niveau communautaire

Face à la demande grandissante de services de planification familiale et la pénurie réelle de personnel de santé, la distribution à base par une stratégie de délégation des compétences communautaire des méthodes contraceptives devient inéluctable. La délégation de compétences qui n'entrave pas la qualité de l'offre, permet d'élargir la gamme de services (accès universel à la planification familiale) et permet aux professionnels de santé de se consacrer à des tâches plus spécialisées.

La Distribution à Base Communautaire (DBC) de produits contraceptifs qui a débuté vers les années 60 en Afrique a concerné les pilules pour la majorité des cas et dans une moindre mesure les injectables et les implants. Elle a essaimé dans la plupart des continents et plus particulièrement en Afrique, en Asie et en Amérique Latine. Les expériences ont révélé des possibilités diverses compte tenu des stratégies mises en oeuvre : services fixes ou mobiles, utilisation de matrones lettrées ou non appartenant aux deux sexes, système de motivation (bénévolat ou rémunération), offre de services et méthodes variée. Des évidences scientifiques ont montré :

- qu'il est possible d'introduire, de poursuivre et d'étendre la DBC de contraceptifs injectables progestatifs.
- que la fourniture de contraceptifs injectables progestatifs par des ASBC convenablement formés est sans danger, efficace et acceptable.
- que la DBC est approuvée par l'OMS, l'USAID, l'IPPF, la FIGO, et autres organisations internationales.

Plusieurs expériences sont en cours dans des pays de l'Afrique de l'Ouest notamment : Mali, Ghana, Sénégal, Guinée.

#### 5. La distribution communautaire du Depoprovera IM à Madagascar

La présentation des résultats de l'étude de faisabilité et d'acceptabilité de la distribution du Dépo Provera par les Agents Communautaire à Madagascar a permis de rappeler les raisons qui justifient la mise en oeuvre d'un tel programme ainsi que les conditions requises pour le réussir au niveau des pays. Les résultats révèlent les succès notés, les défis à relever et les conditions requises pour le passage à l'échelle d'une telle expérience. Ces conditions peuvent se résumer aux points suivants :

- l'existence d'un système efficace de distribution à base communautaire ;
- le renforcement du lien entre le personnel communautaire et la structure de référence ;
- la collaboration nécessaire avec les ONG locales pour renforcer la supervision ;
- la priorisation dans les districts ayant fort engagement et enclavés ;
- l'exigence dans la sélection des personnels communautaires ;
- Les conditions de mise en place telle que la durée de la formation.

## 6. Plan de l'introduction du depo-subQ provera 104™ en Uniject® Device au Sénégal

La présentation a permis de fournir des éléments d'information sur le depo-subQ provera 104™ en Uniject® Device et des éléments d'information sur le projet et le plan de l'introduction du depo-subQ provera 104™ dans l'Uniject® Device. Le produit est présenté sous un nouveau mode d'administration sous cutanée avec des avantages comparatifs indéniables : une injection sous cutanée, une aiguille plus petite, avec une administration facile, une formation moins lourde et des avantages certains du point de vue logistique.

Le produit présente des opportunités pour un accès et un service de distribution d'injectables au niveau local et par un personnel communautaire.

Le plan d'introduction proposé vise à contribuer à l'amélioration de l'accès à des services de planification familiale sûre et efficace. Son objectif est de développer un plan d'introduction bien informé, basé sur des faits et réaliste du depo-subQ provera 104™ en Uniject® device avant décembre 2011. Il se veut :

- Spécifique: analyses et informations pertinentes et corrélés au but, objectifs, stratégies de la planification familiale au Sénégal.
- Dynamique : introduction pratique quand le produit est enregistré et disponible avec des responsabilités et rôles identifiés.
- Limité dans le temps : identification des étapes requises pour l'introduction du produit dans les 2 ans.

Le plan comprend : un plan de communication, un plan produit et un plan de distribution et service de livraison. L'élaboration du plan s'appuie sur un comité de pilotage dont les termes de référence sont :

- Fournir des inputs, des conseils, et revue des stratégies d'introduction, analyse, et information
- Participer activement au session de travail pour élaborer un plan d'introduction.
- Développer un plaidoyer si besoin devant des problèmes spécifiques.

## 7. Mobilisation communautaire pour la prévention des avortements (SAA-C)

Le projet fait suite aux recommandations du Consortium des Soins Après Avortement (SAA) pour l'intégration de la composante communautaire dans le modèle de prise en charge des avortements et la mise en œuvre de deux expériences sur la composante communautaire à Sokone et Ziguinchor. Pour ce faire, le Sénégal a adapté le modèle communautaire des SAA inspirée de l'expérience bolivienne. La mobilisation communautaire se fait autour de trois points suivants :

- Prévention des grossesses non désirées et des avortements à risque ;
- Mobilisation des ressources communautaires (politique, financière, humaine...) pour faciliter la recherche de soins appropriés et précoces à la structure de santé ;
- Soutien à l'accès aux services SR de qualité dans les structures sanitaires qui répondent aux attentes et besoins de la communauté.

Les objectifs visés sont :

- Développer la réflexion communautaire sur les problèmes liés aux grossesses dans la communauté ;
- Organiser la mobilisation communautaire autour de la prévention des grossesses non désirées et des complications liées aux hémorragies du 1er trimestre de la grossesse ;
- Évaluer les effets et tirer des leçons apprises.

La méthodologie qui consistait en une approche participative de conscientisation des populations sur les trois retards de décès maternels comporte les cinq étapes suivantes :

- l'organisation de la communauté ;
- l'identification des besoins et problèmes prioritaires ;
- l'élaboration des plans d'action par les groupes ;
- la mise en œuvre des plans d'action ;
- l'évaluation participative des plans.

La mise en œuvre du cycle s'opère à partir de huit étapes clés qui sont : la sélection des sites, le plaidoyer, la constitution des groupes, la formation des formateurs, la formation des groupes, la mise en œuvre, l'évaluation participative et l'évaluation du cycle. A l'issue du processus, plusieurs effets sont notés :

- au niveau des groupes communautaire ;
- sur les communautés ;
- sur les relations structures de santé et communautés ;
- sur les structures de santé.

Aussi, le déroulement de la méthodologie a permis de :

- d'ouvrir un dialogue communautaire inter genre et intergénérationnel sur les questions sensibles de la SR ;
- d'ouvrir une communication franche entre les communautés et les prestataires de santé ;
- de faire participer les collectivités locales dans la résolution des problèmes de santé prioritaires de leur communauté ;
- de faciliter l'adoption de comportements favorables à la PF et d'induire une meilleure utilisation des services de PF ;
- d'influencer positivement: d'une part la qualité et l'utilisation des services de SR , d'autre part l'utilisation et la qualité des services de santé en général.

8. Prévention des hémorragies du post partum immédiat au niveau communautaire par l'utilisation du misoprostol (matrones des cases de santé)

La dernière présentation était relative aux résultats préliminaires de l'étude de sécurisation Prévention de l'hémorragie du postpartum immédiat au niveau communautaire par le Misoprostol.

Il s'agissait de voir si les matrones sont capables d'utiliser le Misoprostol dans les accouchements dans les centres de santé et les cases de santé, en garantissant les conditions de sécurité requises.

Le but visé est de contribuer à l'amélioration de la prise en charge de l'accouchement en milieu communautaire.

L'équipe de recherche sous la coordination du Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction (CEFOREP) était composé de représentants du projet Health Systems 20/20 (partenaire financier), de Childfund-Sénégal, de la Division de la Santé de la Reproduction (DSR). Le suivi de tout le processus a été assuré par un comité technique mis en place par le Ministère de la Santé et de la Prévention.

Les principaux enseignements tirés de cette étude sont :

- le programme de formation et l'encadrement des matrones étaient efficaces ;
- la pratique des matrones (utilisation du misoprostol) est relativement simple, sûre et acceptable parce qu'il n'y a eu aucune référence, les femmes sont disposées à payer et les effets secondaires transitoires sont largement tolérables.

Pour le passage à l'échelle, certains préalables méritent d'être élucidés :

- Réaffirmation de l'engagement du Ministère de la Santé et de la Prévention pour l'accouchement en milieu communautaire ;
- Les accouchements supervisés au niveau des cases ne sont viables pour prévenir l'HPP au niveau communautaire ;
- Quelles orientations pour la politique nationale après l'étude de sécurisation :
  - Passage à l'échelle direct ;
  - Etude de couverture (leçons pour l'opérationnalisation) ;
  - Autres options / Misoprostol en traitement curatif de l'HPP (eu lieu et place de la prévention), voire Uniject®.

A l'issue des présentations les discussions qui ont suivi ont porté sur les points suivants :

- la pertinence des approches et initiatives partagées durant les deux sessions de la journée ;
- leur contribution à l'amélioration de l'accès universel aux services et produits de SR d'une manière générale et de la planification familiale ;
- les résultats appréciables obtenus dans le domaine de la santé maternelle et infantile ;
- l'importance de l'implication et l'engagement de la communauté pour une meilleure réussite des expériences ;
- le rappel de la délégation des tâches comme une stratégie pertinente et acceptée par la communauté scientifique (l'OMS notamment) mais souveraineté des pays ; cependant chaque pays doit élaborer des directives claires pour son application ;
- la nécessité de renforcer le système de santé par le renforcement des capacités ;

Après les discussions, trois groupes de travail ont été constitués pour passer en revue les différentes expériences partagées durant la journée. Il s'agit du groupe chargé de l'Offre Initiale de Pilules (OIP), du groupe chargé de l'injectable et du groupe chargé du misoprostol et des SAA au niveau communautaire. Le travail devait être entamé à la deuxième journée de la conférence.

## **Les travaux de groupes**

Au deuxième jour de la conférence, suite au partage des termes de référence les groupes constitués ont mené la réflexion de 9 heures à 16 heures. La restitution a été faite en séance

plénière par les différents rapporteurs désignés qui ont rappelé les termes de référence avant de décliner les réponses aux questions posées.

## **A. GROUPE I : Offre initiale de pilules par les matrones des cases (OIP)**

### **Termes de référence :**

- ❖ Valider le processus de replicabilité de l'OIP sur la base du cadre de passage à l'échelle du MSP
- ❖ Faire des propositions pour l'extension de l'OIP
- ❖ Discuter d'autres modalités pertinentes pour renforcer la couverture en OIP du pays : utilisation d'autres catégories d'acteurs communautaires (relais, ASC), capacitation d'autres acteurs non instruits ou non alphabétisés...
- ❖ Définir les modalités critiques d'extension de l'OIP au niveau opérationnel (sites...) pour renforcer la couverture

### **Question 1 :**

Oui, le modèle peut être passé à l'échelle en référence au cadre de passage à l'échelle défini par le Ministère de la Santé

#### **Justifications :**

- Prévalence contraceptive faible surtout en zone rurale et besoins non satisfaits élevés
- Insuffisance des ressources humaines
- Nécessité implication de la communauté dans l'amélioration de leur santé
- Preuve efficacité au niveau mondial

### **Question 2 : Adaptation du modèle pour élargir l'accès à la PF**

#### **1. Choix et profils des acteurs communautaires ?**

- Elargir le choix aux autres acteurs communautaires (matrones non alphabétisées et ASC)
- **Justifications :**
  - Les approches initiales basées sur un seul type de personnel (SFE) a constitué une limite par rapport à la satisfaction de la demande
  - La non disponibilité d'acteurs communautaires répondant aux critères de sélection a été limitatif dans le recrutement de la cible
  - Le critère « lettré » retenu dans le choix des matrones est source de démotivation et de frustration pour les autres matrones reconnues par la communauté et très expérimentées
  - Subjectivité de ce critère "alphabétisée ou instruite"

#### **2. Implication du personnel de santé dans la mise en œuvre et le suivi / évaluation ?**

- Intégration effective des activités du niveau communautaire dans le système de santé en particulier dans le SNIS
- Insuffisances du système de santé à prendre en compte dans le passage à l'échelle notamment le suivi post formation, la collecte et la remontée des données et la supervision
- Fora régionaux de plaidoyer et de partage avec le niveau opérationnel (les acteurs à tous les niveaux) au démarrage du passage à l'échelle pour une meilleure appropriation et implication

- Renforcement des capacités du personnel de santé en particulier les ICP en méthodologie d'enseignement des acteurs communautaire, en organisation communautaire, en techniques d'encadrement / supervision et d'accompagnement communautaire

### Question 3 : Type d'extension et critères de sélection des sites

#### 1. Extension raisonnée en 2 phases :

- Saturation des districts pilotes,
- Extension progressive au niveau des autres districts en se référant aux critères définis pour la sélection des cases de santé.

#### 2. Critères de sélection des cases pour le passage à l'échelle

Critères de sélection des sites	Sélection des matrones / ASC
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cases de santé fonctionnelles (ASC, matrone formée, disponibilité de services curatifs et préventifs de base, disponibilité d'un local, existence d'un comité gestion de la case de santé)</li> <li>- Cases enrôlées dans le PSSC</li> <li>- Disponibilité de la gamme de contraceptifs admise par les PNP au poste de santé de référence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alphabétisées et/ou instruites ou non</li> <li>- Être âgée d'au moins 25 ans</li> <li>- Avoir reçu une formation de matrone ou d'ASC.</li> <li>- Exerçant comme acteur communautaire dans une case de santé remplissant les critères d'éligibilité retenus</li> </ul>

### Question 4 : Ressources

- Le consortium dispose déjà de ressources pour enrôler **360 cases de santé** selon les critères de l'expérience pilote.
- Les autres sources potentielles de financement :
  - Partenaires techniques et financiers dans le domaine de la SR
  - Collectivités locales
  - Autres partenaires locaux

### Question 5 : Mécanismes d'harmonisation et de coordination

Il existe un comité national de mise à l'échelle des expériences communautaires réussies avec des démembrements au niveau opérationnel. Ce comité doit s'inspirer des leçons apprises de l'expérience pilote, des contraintes, des facteurs de succès et de l'environnement.

### Question 6 : Autres modalités d'offre de pilule au niveau communautaire

- Offre de pilule au niveau des cases insuffisante pour permettre un accès à toutes les populations et nécessité de tester l'utilisation d'Agent communautaire mobile pour les zones urbaines et les zones rurales isolées sans structure de santé
- Opportunités d'intégrer l'approche dans :
  - ISRUM pour les zones urbaines
  - ASBC (au nombre de 630 formés avec l'appui de UNFPA)
  - Les DESDOM :

3. Accompagnements :
  - A deux niveaux :
    - communication pour stimuler la demande (coupler relais et agent mobile, possibilité d'utiliser les OCB)
    - supervision et appui de l'agent mobile par ICP et ECD / réunions d'auto évaluation et de reprogrammation mensuelles autour de la case et revues trimestrielles au niveau district
4. Motivation des ASC :
 

Les initiatives communautaires initiées dans le cadre de la motivation du personnel communautaire doivent être prise en compte par le comité national dans le cadre du passage à l'échelle.

Mais il est recommandé de suivre les réflexions initiées par le MSP dans le cadre de la motivation du personnel y compris le personnel communautaire.

### **Question 7 : Prochaines étapes**

1. Soumettre les résultats de ce travail de groupes au comité de passage à l'échelle
2. Harmonisation et standardisation des outils communautaires
3. Elaborer le plan de mise à l'échelle

## **B. Groupe II : Injectable : Introduction SAYANA IS**

### **Termes de référence :**

Après avoir suivi les présentations sur l'offre des injectables IM au niveau mondial et au Madagascar ainsi que la présentation sur le DMPA SC en Unject (Sayana IS), comment vous réagissez au plan d'action sur l'introduction de Sayana IS au Sénégal ?

### **Propositions du groupe**

Utiliser la plate forme OIP pour l'introduction du Depo sous cutané

Préalable :

identifier les caractéristiques des prestataires au niveau communautaire  
 changer les textes/Revoir les taches de l'ASC  
 étudier l'acceptabilité, faisabilité au niveau district/Approche concertée y compris la communauté  
 réduire l'échantillon de l'étude pilote (par rapport à celui de l'OIP) au niveau communautaire  
 dotation initiale pour l'étude pilote  
 harmoniser le prix du SAYANA à celui du DMPA

**Question 1 :** Comment envisagez-vous l'introduction de Sayana IS au niveau communautaire? Considérez les avantages de la forme sous cutané par rapport à la forme IM?

Introduction du SAYANA ne peut être envisagée que selon la vision de la DSR, notamment son positionnement dans l'offre de produits contraceptifs.

**Question 2 :** Est-ce que les activités élaborées dans le plan d'introduction couvrent toutes les étapes nécessaires ? Sinon, lesquelles manquent ?

Mettre en place un système de documentation prospective du processus d'introduction de SAYANA IS

**Question 3 :** Parmi les activités élucidées dans le plan d'introduction, lesquelles semblent être prioritaires ?

mise en place du comité de pilotage  
autorisation spéciale pour l'entrée du produit pour l'étude pilote DPL  
protocole d'étude pilote

**Question 4 :** Comment pensez vous que l'introduction de Sayana IS au niveau communautaire devra figurer dans le processus de l'expansion de l'OIP ? Est-ce qu'il y a une synergie possible ?

Suivre la plate forme de l'OIP.

**Question 5 :** Quels sont les informations nécessaires à collecter/documenter afin de déterminer si l'introduction est réussite ? Cf question 1

### **C. Groupe III : Misoprostol et SAA à base communautaire**

#### **Mobilisation communautaire pour la prévention des avortements**

##### **Termes de référence**

- ❖ Discuter les possibilités d'extension du modèle à d'autres zones/districts
- ❖ Discuter les possibilités pour l'application du modèle au contexte spécifique de la planification familiale
  - Comment le modèle de mobilisation communautaire pour la prévention des avortements peut être utilisé pour créer une mobilisation et une conscientisation communautaires autour de la pratique de la PF :
  - Changements à apporter sur la méthodologie actuelle et sur les outils. (Comment le cycle de l'action communautaire et les outils utilisés doivent être adaptés pour renforcer la dimension PF ?)
  - Implication des districts et prestataires (comment renforcer leur implication ? Responsabilités et rôles des prestataires ? motivation ...)
  - Quelles sources de financement pourraient être mises à contribution
  - Quelles zones pourraient être ciblées en priorité ?

#### **Propositions du groupe**

##### **I- Possibilités d'extension des SAA dans d'autres districts**

##### **A- Conditions du passage à l'échelle des SAA**



Maintenir les avortements comme porte d'entrée  
Responsabiliser les équipes de région et de district dans la mise en œuvre de l'extension

**Activité: Organiser des réunions de partage et d'orientation avec les régions et districts**

**Points de la réunion de partage et d'orientation au niveau régions et districts**

Partager l'expérience SAAC avec les équipes cadres (région et district)  
Définir les rôles et responsabilités des acteurs dans le processus de mise en œuvre  
Sélectionner les sites en fonction des critères retenus  
Elaborer le plan de mise en œuvre (Clarifier la mobilisation des ressources dans le plan de mise en œuvre, discuter des leçons apprises et de l'implication des collectivités locales)

**1- Critères de sélection des sites**

Zones à forte mortalité maternelle  
Taux d'avortements élevé  
Les prestataires des structures formés sur les SAA ( envisager  
Offre de services SAA disponibles dans les structures sanitaires  
Présence d'un partenaire pour appui technique et accompagnement des communautés  
Besoins exprimés par la région et le district

**Nb :**

si un site est sélectionné et que le service n'est pas disponible, mettre en place le service SAA dans les structures de référence  
Dans les zones urbaines où Intrah travaille avec le réseau siggil jiguène , intégrer les sessions de dialogue communautaires dans le processus de mise en œuvre pour la complémentarité dans les interventions  
Envisager l'introduction de l'AMIU dans les postes de santé doublés /DSR

**B- Plan de passage à l'échelle des SAA**

**❖ Extension dans les districts pilotes : Mbour- Joal - Ziguinchor, Kaffrine, Nioro**

Enrôlement des sites se fera lors des sessions de partage avec le district selon les critères définis

**❖ Extension dans les autres régions**

Le choix des régions doit être effectué par Le Ministère de la santé /DSR  
Les mêmes critères sélection des sites et la présence d'un partenaire  
Choix des sites se fera lors des sessions de partage et d'orientation des régions et districts

## **II- Possibilités d'application du modèle à la planification familiale**

### **Conditions d'adaptabilité du modèle à la PF**

Porte d'entrée : mortalité maternelle/ espacement des naissances

Adapter les outils et la méthodologie et les appliquer dans les zones ciblées rurales et urbaines

Critères de sélection des sites d'intervention :

Mêmes critères que l'extension des SAAC

Existence de l'OIP dans les zones rurales

Existence de l'offre de services dans les structures de référence des sites sélectionnés

### **Changements à apporter dans la méthodologie et le processus**

Réduire la durée de mise en œuvre du cycle et alléger les outils de mise en œuvre

Rajouter 02 groupes l'organisation des communautés : les religieux et les tradi praticiens

### **Sources de financement**

Etat, Collectivités locales ; Comités de santé

Partenaires au développement : Programme santé communautaire -USAID , UNFPA,

### **Zones prioritaires**

Kolda, Sédhiou, Tambacounda, Kaolack, Kédougou, Matam,

## **Prévention de l'hémorragie post partum (HPP) au niveau communautaire avec le Misoprostol**

### **Termes de référence :**

- ❖ Discuter les étapes prévues pour la phase de couverture
- ❖ Discuter les conditions d'extension dans les zones prioritaires
- ❖ Analyser les contraintes et solutions pour un passage à l'échelle dans toutes les cases de santé

### **Questions clés à discuter par le groupe MISOPROSTOL/SAAC**

**Question 1** : Est-ce que le Misoprostol à base communautaire peut être passé à l'échelle en référence aux critères du cadre de passage à l'échelle du MSP ? Est-ce qu'il y a des étapes ou dispositions préalables à considérer ? (Lesquelles et comment les adresser)?

Grille de sélection

<b>Critères</b>	<b>Items</b>	<b>Justifications</b>	<b>Score</b>	<b>Score maxim</b>
<b>Pertinence</b>	<b>Réponses aux besoins identifiés</b>	<b>Beaucoup d'accouchements dans les cases</b> <b>L'hémorragie constitue la 1ere cause de mortalité maternelle</b>	<b>10</b>	<b>20</b>
	<b>En rapport avec les objectifs du PNDS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Contribue à la réduction de mortalité maternelle liée aux hémorragies</b></li> </ul>	<b>10</b>	
<b>Efficacité</b>	<b>Production de résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Les matrones sont capables d'administrer le produit selon</b></li> <li>• <b>Il n'ya pas eu d'accidents notés lors de l'intervention (pas de décès de mères ni d'enfants, les effets secondaires enregistrés ont été gérés sur place)</b></li> </ul> <p><b>Les femmes ayant présentées des hémorragies sont rentrées chez elles</b></p>	<b>15</b>	<b>15</b>
<b>Pérennité</b>	<b>Leur participation à toutes les étapes du processus</b>	<p><b>le plaidoyer communautaire dans les villages sites et les leaders ont été orientés</b></p> <p><b>Les femmes sélectionnées avant l'accouchement dans les cercles de solidarité</b></p> <p><b>Un consentement éclairé de la femme et validé par la signature du formulaire</b></p>	<b>7</b>	<b>13/15</b>
	<b>Engagement des acteurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Les matrones engagées</b></li> <li>• <b>Les districts : quelques réticences dans un district</b></li> </ul>	<b>6/8</b>	
<b>Replicabilité</b>	<b>Facilité d'utilisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dans la phase de couverture</b></li> </ul>	<b>7/8</b>	<b>13/15</b>

<b>Critères</b>	<b>Items</b>	<b>Justifications</b>	<b>Score</b>	<b>Score maxim</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Le produit sera disponible au niveau de la case</b></li> <li>• <b>La matrone sera formée et supervisée et ne fera l'administration qu'avec les accouchements normaux</b></li> </ul>		
	<b>Faisabilité financière</b>	<b>Coût du produit : Peut être acceptables à la population (1000 F les 4 comprimés)</b>  <b>Les coûts de la formation sont acceptables</b>	<b>6 /7</b>	
<b>Impact</b>	<b>Effet bénéfique sur les populations</b>	<b>Permet de réduire la mortalité maternelle</b>	<b>15/15</b>	<b>10</b>
<b>Efficience</b>	<b>Résultats souhaités avec ressources raisonnables</b>	<b>Produit efficace</b>  <b>Coût raisonnable</b>	<b>10/10</b>	<b>10</b>
<b>Equité genre</b>	<b>Equité justice</b>	<b>efficacité : les femmes ont accès à un service</b>  <b>les femmes en milieu défavorable ont accès à ces services</b>	<b>5/5</b>	<b>10</b>
	<b>Prise en compte des besoins spécifiques</b>	<b>Hommes : Tous les maris souhaitent que leurs épouses accouchent et restent en vie et le produit leur offre cette opportunité</b>  <b>Femmes : elles restent en bonne santé</b>	<b>5/5</b>	

**Question 2 : Etapes ou dispositions préalables**

Réponse : Oui, au regard du score obtenu (96%) l'intervention peut-être passée à l'échelle mais avec les préalables ci dessous:

Passer à l'étude de couverture pour s'assurer de la maitrise de l'administration du produit par les matrones

Rediscuter de la pertinence d'une étude de couverture avec le comité de pilotage

Mettre en œuvre une phase transitoire avant le passage à l'échelle  
Les matrones déjà formées seront supervisées à la périodicité du district  
les nouvelles matrones formées bénéficieront d'une supervision rapprochée par le prestataire

**Question 3 :** Quelles sont vos propositions pour un plan de passage à l'échelle (passage à l'échelle national, progressif ou par zones prioritaires ...) ?

Progressif par zones prioritaires compte tenu des ressources et des questions non encore résolues (capacitation et la responsabilisation de la matrone dans l'administration du produit)

**Critères de sélection :**

Taux de mortalité élevé  
Taux d'accouchements assisté faible  
Existence de partenaires pour l'accompagnement des matrones  
Niveau d'instruction de la matrone : alphabétisé ou instruite

**Recommandations :** le Ministère de la santé clarifier les directives sur les accouchements assistés par du personnel qualifié et de la délégation de tâches

**Conditions d'utilisation :** Le misoprostol ne se fera que dans les accouchements inopinés

**Question 4 :** Quelles financements sont disponibles ou pourraient être mobilisés dans le cadre d'une extension (partenaires, actions à mener...) ?

Etat et les partenaires au développement  
Appui des partenaires soutenir : formations, supervision, dotation de produits

**Question 5 :** Quels sont les aspects à considérer dans l'approvisionnement et le contrôle des stocks (disponibilité du produit, circuits d'approvisionnement, contrôle de l'utilisation des médicaments, prix de cession ...) ; comment adresser chacun de ces aspects ?

- Contrôle de l'utilisation des médicaments :
- Les produits sont gardés par le personnel qualifié
  - stock de la matrone : quantité nécessaire pour 02 accouchements
  - réapprovisionnement se fonction de la justification du stock utilisé
- Disponibilité et approvisionnement :
- Appui des partenaires nécessaire,
  - Envisager son introduction dans le circuit d'approvisionnement des médicaments essentiels,
  - Prix de cession : 500 F CFA, les 4 comprimés.

**Question 6 :** Quels sont les aspects à renforcer dans le suivi et la supervision des matrones (nature de la supervision, périodicité, acteurs, indicateurs essentiels) ?

Les aspects à renforcer dans la supervision :  
Supervision formative :

- l'ICP /Sage-femme: une fois / mois à intégrer dans le paquet de services des stratégies avancées ;
- ADC : au moins 1 fois /mois
- District : une fois /3 mois à intégrer dans la supervision du poste de santé
- Région : 1 fois /6 mois, à intégrer dans les revues SR.

Contenu :

- Mettre l'accent sur la sécurisation du produit,
- Le respect des critères d'éligibilité des femmes,

Indicateurs essentiels :

- Nombre d'accouchements avec misoprostol,
- Nombre de femmes non éligibles référées,
- Nombre de femmes sous misoprostol référées,
- Concordance utilisation/stock de comprimés.

Après les plénières, on peut retenir des discussions que l'assemblée l'impérieuse nécessité de passer à l'échelle pour toutes ces initiatives communautaires réussies pour relever le niveau des indicateurs de santé maternelle et infantile. Pour réussir le repositionnement de la planification familiale, il est urgent de faire la promotion des méthodes longue durée et il est impérieux d'investir le niveau communautaire qui renferme la plus grande partie de la cible de

## **Prochaines étapes**

Après avoir partagé l'ensemble des initiatives ciblées et discuté des questions clés pour un passage à l'échelle, l'assemblée a identifié et retenu les points essentiels pour les prochaines étapes ainsi que les délais requis :

- Elaboration et partage du rapport de la conférence par le CEFOREP, le (une semaine) ;
- Partage du rapport avec le comité de pilotage par la DSR (une semaine après) ;
- Convocation du comité de pilotage par la DSR (une semaine après) ;
- Envoi du rapport au comité chargé du passage à l'échelle.

## **Conclusions**

L'organisation de cette conférence a permis de faire le point et d'échanger sur les initiatives à base communautaire au Sénégal et la situation actuelle au niveau international. Il ressort de ce partage que les bases d'une utilisation généralisée de ces expériences sont jetées et le Ministère de la Santé et de la Prévention peut s'appuyer sur la situation actuelle pour démarrer le processus d'extension de la couverture des services à tous les niveaux, malgré l'existence de plusieurs défis qui méritent davantage d'être cernés.

## **ANNEXES**

1. Liste des participants
2. Agenda de la conférence
3. Termes de références des travaux de groupes
4. Présentation des expériences



## Annexe 1 : LISTE DES PARTICIPANTS

N° d'ordre	Prénom - Nom	Fonction	Structure
1	Dr Bocar Daff	Chef DSR	DSR / MSP
2	Dr Ndèye Codou Lakh	Chef DSSP	DSSP / DS
3	Ndèye Maguette Diop	Coord. SR	DSR / MSP
4	Binty Niang	Coord. SR	DSR / MSP
5	Aïssatou sano Coly	Rep. Bureau PF	DSR / MSP
6	Thiaba Thiaw	Technicienne Supérieure Santé	DSR / MSP
7	Mame Omar Guèye	Médiateur Pédagogique	DER / DS
8	Alioune Aw	Technicien Supérieure Santé	DS / DMPMT
9	Fatimata Dème	Présidente	RFES PF
10	Awa Cheikh Sèye	Spécialiste Santé Publique	SNEIPS
11	Aïssata Kamara Diop	SFE	ANSFES
12	Ababacar Sy Fall	Enseignant	RIP
13	Coumba dièye	Coord. SR	DS Diourbel
14	Ibrahima Diagne	CSSI	ANIIDES
15	Dr Siga Diop Dème	MCD	DS Kébémér
16	Papa Ndiaye	Maître Assistant	ISED
17	Aminata Soumah	Coord. SR	DS Nioro
18	Dr El Hadji Lamine Dièye	MCD	DS Richard-Toll
19	Dr Kalidou Konté	MCR	RM Sédhiou
20	Fatou Diop	Cameraman	SNEIPS
21	Coura Seck	Journaliste	SNEIPS
22	Alioune Dièye	Preneur de son	SNEIPS
23	Mbagnick Diouf	Journaliste	Réseau des Journalistes
24	Aly Fall	Journaliste	Le Quotidien
25	Abdoulaye Faye	Journaliste	AJSPP
26	Maïmouna Sow	Assistante SR / SAAC	PSC - ChildFund
27	Mamadou Souleymane Sy	Conseiller Suivi évaluation	PSC - ChildFund
28	Khady Sao	Coord. SR	DS Thiadiaye
29	Mamadou Diagne	COP	PSC - ChildFund
30	Henriette Diatta	GSAF	PSC - ChildFund
31	Cheikh Ibrahima Seck	Chargé de la Communication	PSC - ChildFund
32	Ibrahima Touré	Conseiller IEC	PSC - ChildFund
33	Amadou Hassane Sylla	Coordonnateur	CEFOREP
34	Ramatoulaye Dioume	Conseillère VIH / TB	USAID
35	Mohamed Diadhiou	Responsable Recherche	CEFOREP
36	Déguène Fall	Chargée de Projet	Plan
37	Dr Yakou Dièye	Senior Program Mgr	PATH
38	Dr Bassirou Ndir	MCR	RM Kaolack
39	Ndèye Wade Diop	Conseillère Palu	PSC - ChildFund

<b>N° d'ordre</b>	<b>Prénom - Nom</b>	<b>Fonction</b>	<b>Structure</b>
40	Ny Lova	Consulante	FHI
41	Karim Seck	Conseiller	FHI
42	Salif Dème	Chargé de Projet	CPI
43	Fatou Ndiaye Turpin	Coord. Programme	Réseau Siggil Jigeeen
44	Dr Fatou Ndiaye	CT/SMNI/PF/Palu	Intrahealth
45	Julia White	Business Dvt Specialist	ChildFund
46	Pr Jean Charles Moreau	Chef de Service	CGO – CEFOREP
47	Souleymane Barry	Consultant Sociologue	CEFOREP
48	Gorgui Sène Diallo	Senior Program Officer	Africare Senegal
49	Ibrahima Mall	Assistant de Recherche	CEFOREP
50	Dr Fatim Tall	Conseillère SR	OMS Senegal
51	El Hadj Amadou Mbow	MMCH/FR	USAID
52	Mbarka Ndaw	Chargée de suivi	ACDEV
53	Fanding Badji	Expert	UNFPA
54	Mamadou Amadou DIOP	Journaliste	Sud Quotidien

## Annexe 2 : Agenda de la conférence

Jour	Activités	Animateur	Modérateur
<b>Mercredi 21 Avril 2010</b>			
8h 30 – 9h	Accueil et mise en place des invités		
9h – 9h 30	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ouverture</li> <li>▪ Présentation des objectifs/agenda</li> </ul>	Ministère Santé	<b>Monsieur le Ministre de la Santé et de la Prévention</b>
9h30 - 10h 30	<b>Offre initiale de pilules par les matrones des cases de santé (OIP) :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Présentation de l'intervention</li> <li>▪ Présentation des résultats de la documentation</li> </ul>	Marième Fall (PSC)  CEFOREP	
10h30- 11h30	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Discussions</li> </ul>		
11h30 - 11h45	<b>Pause café</b>		
11h45 - 12h30	<b>Expériences réussies d'offre de méthodes hormonales au niveau communautaire</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Expérience de Madagascar et Malawi</li> <li>▪ Présentation du plan d'introduction de l'injectable Sayana IS au Sénégal</li> </ul>	FHI/ Progress  Path	<b>Monsieur le Ministre de la Santé et de la Prévention</b>
12h30-12h15	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Discussions</li> </ul>		
13h15 -14h 30	<b>Pause déjeuner</b>		
14h30-15h15	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Mobilisation communautaire</b> pour la prévention des avortements (SAA.C)</li> </ul>	Maimouna Sow (PSC)	<b>Monsieur le Ministre de la Santé et de la Prévention</b>
15h15 -15h 45	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Discussions</li> </ul>		
15h45 – 16h15	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prévention des hémorragies du post partum immédiat au niveau communautaire par <b>l'utilisation du misoprostol</b> (matrones des cases de santé)</li> </ul>	CEFOREP	
16h15- 17 h	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Discussions</li> </ul>		
17h – 17h 30	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Synthèse</li> <li>▪ <b>TDR des travaux de groupe</b></li> <li>▪ Composition des groupes de travail <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Groupe OIP</li> <li>○ Groupe injectables</li> <li>○ Groupe misoprostol et SAAC</li> </ul> </li> </ul>	Ministère Santé  Marième Fall (PSC)	

<b>Jeudi 22 Avril 2010</b>			
9h-11h	Travaux de groupe	Groupes de travail	<b>OMS</b>
<b>11h – 11h 30 Pause café</b>			
11h 30 – 13	Travaux de groupe (suite)	Groupes de travail	<b>OMS</b>
<b>13h – 14h 30 Pause déjeuner</b>			
14h 30- 15h 30	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Présentation des synthèses des travaux de groupe</li> <li>▪ Discussions</li> </ul>		<b>OMS</b>
15h 30 – 16h 30	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Recommandations</b></li> <li>▪ <b>Prochaines étapes</b></li> </ul>		
<b>17h 00 clôture</b>			

### Annexe 3 : Termes de références des travaux de groupes

TDR	Composition des groupes
<b>Groupe I : OIP</b>	
1) Valider le processus de replicabilité de l'OIP sur la base du cadre de passage à l'échelle du MSP	1. 2. 3.
2) Faire des propositions pour une éventuelle extension de l'OIP sur la base des critères définis dans le cadre de passage à l'échelle des expériences communautaires réussies	4. 5. 6. 7. 8.
3) Discuter d'autres modalités pertinentes pour renforcer la couverture en OIP du pays : utilisation d'autres catégories d'acteurs communautaires ( relais, ASC) , capacitation d'autres acteurs non instruits ou non alphabétisés...	9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16.
4) Définir les modalités critiques d'extension de l'OIP au niveau opérationnel (sites...) pour renforcer la couverture ;	17. 18. 19. 20.
<b>Groupe II : Injectable</b>	
1) Discuter les possibilités d'utilisation/ d'introduction de l'injectable en sous cutané Sayana IS au niveau communautaire	1. 2. 3. 4.
2) Définir les étapes pour l'introduction de Sayana 15 au niveau communautaire (projet pilote, introduction contrôlée à petite et ou grande échelle...)	5. 6. 7. 8. 9. 10.
3) Proposer les modalités pratiques de la mise en œuvre de l'injectable (critères de sélection des zones et des acteurs de la mise en œuvre, circuit d'approvisionnement...)	11. 12. 13. 14. 15.

**Groupe III A: Prévention HPPI au niveau communautaire avec le Misoprostol**

1) Discuter les étapes prévues pour la phase de couverture	<b>1.</b>
	<b>2.</b>
	<b>3.</b>
2) Discuter les conditions d'extension dans les zones prioritaires	<b>4.</b>
	<b>5.</b>
	<b>6.</b>
3) Analyser les contraintes et solutions pour un passage à l'échelle dans toutes les cases de santé	<b>7.</b>
	<b>8.</b>
	<b>9.</b>
	<b>10.</b>

**Groupe III B: Mobilisation communautaire pour la prévention des avortements**

1) Discuter la possibilité d'extension du modèle à d'autres zones/ districts	<b>1.</b>
	<b>2.</b>
	<b>3.</b>
2) Discuter les possibilités pour l'application du modèle au contexte spécifique de la planification familiale	<b>4.</b>
	<b>5.</b>
	<b>6.</b>
	<b>7.</b>
	<b>8.</b>
	<b>9.</b>
	<b>10.</b>