PASSAGE

Projet d'Approche Solidaire en Santé Génésique

EuropeAid/120804/C/G/Multi

Rapport final

Anvers, mars 2010

Dominique Dubourg

L'équipe du projet

N'faly Koita, Philippe Compaoré, Roger Dongmo

Abdoulaye Sanogo, Assiata Kaboré, Doudou Sotkréo, Sylvain kI

Mariam Traoré, Juliette Compaoré, Gabriel Yadji

Dave Mevoula, Karim Sangaré, Théophile Sanon, Soumaila Dembelé,

Fernand Bationo, Solange N'go Yegba, Felix Koné

Marc-Eric Gruénais, Fatoumata Outtara, Dominique Pobel, Cyril Wissocq, Robert Toubon, Charles Vangeenderhuysen, Bruno Dujardin, Patrick Thonneau, Thierry Calvez, Vincent De Brouwere, Guy Kegels, Dominique Dubourg

Le présent projet est financé par l'Union européenne Programme d'aide aux politiques et aux actions relatives à la santé génésique et sexuelle et aux droits connexes dans les pays en développement Ligne budgétaire 21.020703 (ex.B7-6312)

RAPPORT NARRATIF FINAL

- Ce rapport doit être complété et signé par la personne de contact.
- L'information fournie ci-dessous doit correspondre à l'information financière qui apparaît dans le rapport financier.
  - Veuillez compléter le rapport en utilisant une machine à écrire ou un ordinateur (vous pouvez trouver ce formulaire à l'adresse suivante <Spécifier>).
- Veuillez agrandir les paragraphes si nécessaire.
  - Veuillez vous référer aux Conditions Particulières de votre contrat de subvention et envoyer une copie du rapport à chaque adresse mentionnée.
- L'Administration contractante rejettera tout rapport incomplet ou mal complété.
- Sauf si spécifié autrement, la réponse à chaque question doit couvrir la période de reporting telle que spécifiée au point 1.6.
- Veuillez ne pas oublier de joindre à ce rapport la preuve de transfert de propriété mentionnée à l'article 7 .3 des Conditions générales.

7.2 Il est dérogé aux Conditions Générales par les dispositions suivantes :

7.2.1 La dernière phrase de l'article 2.4 de l'annexe II est modifiée comme suit : « Le délai de soumission du rapport final est porté à 6 mois lorsque le Bénéficiaire n'a pas son siège dans le pays de mise en œuvre de l'Action.»

7.2.2 L'article 7.3 de l'annexe II n'est pas applicable lorsque le Bénéficiaire a son siège dans le pays de mise en œuvre de l'Action. La dernière phrase de cet article 7.3 est remplacée comme suit : « Copie des preuves de transfert des équipements et véhicules d'un valeur unitaire à l'achat supérieur à 5.000 euros est jointe au rapport final, et conservée à des fins d'audit dans tous les autres cas. »

1 Description

1.1 Nom du bénéficiaire du contrat de subvention :

Institut de médecine tropicale Prince Léopold (IMT-A). Nationalestraat 155, 2000 Antwerpen, Belgique. TVA N°BE 410057701

1.2 Nom et fonction de la personne de contact :

Docteur Dominique Dubourg, coordinatrice du projet

1.3 Nom des partenaires de l'Action :

Université Libre de Bruxelles – Ecole de Santé Publique – Unité «Politiques et programmes de santé en pays en développement » (ULB)

EA 36 94 « Recherches en fertilité humaine – Santé de la reproduction dans les PVD ». Université Paul Sabatier - Toulouse

Institut de Recherche pour le Développement (IRD)

Equilibres & Populations (E&P)

Association Songui Manégré-Aide au Développement Endogène (ASMADE)

Association malienne pour la promotion et la protection de la famille – AMPPF (en remplacement de l'association de Soutien au Développement des Activités de Population - ASDAP)

Direction Régionale Sanitaire du Centre, Ouagadougou

Ministère de la Santé, des Personnes Agées et de la Solidarité. Cellule de la Planification et de la Statistique

1.4 Intitulé de l'Action :

PASSAGE : Projet d'Approche Solidaire en SAnté Génesique

1.5 Numéro du contrat :

Contrat 2005/100-641

1.6 Date de début et date de fin de la période de reporting :

Date de début de la période de reporting 1er juin 2006. Date de fin de la période de reporting : 30 septembre 2009

1.7 Pays ou région(s) cible(s) :

Burkina Faso :	Région sanitaire du Centre, Ville de Ouagadougou
	1 400 000 Habitants
Cameroun :	Province sanitaire de l'Extrême Nord, Ville de Maroua
	320 000 Habitants

Mali : Région sanitaire de Mopti, Ville de Mopti

1 490 000 Habitants

1.8 Bénéficiaires finaux et/ou groupes cibles[1] (si différents) (y inclus le nombre de femmes et d'hommes):

Les groupes cibles du projet sont les suivants :

- les adolescents et les jeunes : ils constituent environ 30 % de la population, soit 963 000 personnes,
- les femmes enceintes et leurs familles : les taux de natalité sont compris entre 37 et 50 ‰[2], correspondant à 152 140 grossesses attendues par an,
- La population la plus démunie identifiée avec les ONGs et les associations locales

Les bénéficiaires sont les patient(e)s et les client(e)s, mais aussi l'ensemble des prestataires et administrateurs des structures de santé ainsi que les personnes engagées dans les ONGs, associations et autres institutions partenaires.

[1] Les "groupes cibles" sont les groupes/entités pour lesquels le projet aura eu un apport direct et positif au niveau de l'Objectif du Projet, et les "bénéficiaires finaux" sont ceux qui bénéficieront du projet à long terme au niveau de la société ou d'un secteur.

[2] Source : www.ined.fr

Résumé

Une offre de soins participative est développée

Comme prévu dans le cadre logique nous avons mené des actions pour améliorer la qualité des soins et services. Nous avons tout d'abord équipé en matériel médical les structures de santé. La liste du matériel nécessaire a été élaborée avec les prestataires de structures afin de déterminer les besoins exacts et de satisfaire au mieux les prestataires. Nous avons également formé le personnel de santé ainsi que les membres d'associations en fonction des besoins qu'ils avaient exprimés lors de l'analyse de situation.

Pour améliorer l'accès des jeunes aux structures de santé, nous avons, sous diverses formes, créés des contrats d'objectifs avec les prestataires des services afin de faire mieux fonctionner les services et de les rendre plus accueillants pour les jeunes. Nous avons également organisés des rencontres prestataires – usagers pour améliorer les relations souvent difficiles entre personnels de santé et clients des services de santé.

Nous avons sur les trois sites créés des réseaux (personnes référentes et pairs éducateurs). Ces réseaux ont contribué à une augmentation des capacités et à un meilleur fonctionnement des acteurs impliqués à travers un processus d'apprentissage partagé autant au niveau individuel qu'au niveau organisationnel. Ils ont également permis d'améliorer la référence entre services préventifs et services curatifs.

Nous avons organisés nombre de rencontres entre différents acteurs. Celles-ci ont permis à chacun de se connaître et de connaître l'offre de soins disponibles sur chaque site. Cette meilleure connaissance mutuelle a permis une meilleure intégration des soins.

L'information des bénéficiaires est assurée et leur participation aux décisions en matière de santé est renforcée

Après un processus participatif de sélection des supports d'information les plus adaptés, le projet à sur les trois sites financés la multiplication des supports ainsi que la dissémination de ceux-ci dans les structures et services qui accueillent les jeunes.

Nous avons organisé sur les trois sites de grandes campagnes médiatiques autour de la santé de la reproduction. Ces campagnes ont été organisées conjointement avec les ONG, associations et structures de santé, et ont partout été appréciées du public. Ces campagnes ont touchés environ 100.000 personnes, principalement des jeunes.

L'information aux jeunes et aux communautés en général a également été relayée par des émissions radio, télévisées, via la presse écrite et internet. Au Cameroun, le chef de projet a organisé des émissions radio thématiques hebdomadaires. Au Burkina, des émissions ont été organisées lors des campagnes médiatiques, le projet a collaboré avec le journal «L'oeil des jeunes », il a créé un bulletin trimestriel d'information sur le projet et le réseau REPERE des personnes référentes a créé un site internet sur la santé de la reproduction Au Mali, de nombreuses émissions radio ont été diffusées pendant les campagnes médiatiques. Une radio pour jeunes, la radio Oxy-jeune a été créée avec l'aide du projet et sera financée pour le futur proche par l'OMS.

Dans les trois pays, nous avons créé des pièces de théâtre, écrites et jouées par les associations ou des jeunes des écoles. Ces pièces de théâtre ont été jouées près de 400 fois pour un public de près de 70.000 personnes

L'intervention est évaluée, les expériences sont partagées et les résultats diffusés

Une évaluation du projet a été réalisée pour les trois sites. Cette évaluation met en évidence l'utilité des réseaux pour améliorer l'accessibilité et la continuité des soins. (Voir rapport d'évaluation).

Les expériences des trois sites ont été partagées lors des réunions semestrielles inter-pays. Celles-ci, organisées alternativement dans les trois pays réunissaient les équipes projet, les partenaires du Sud et les partenaires des institutions d'appui du Nord. Elles ont permis à tous les participants de se rencontrer et de mieux se connaître. La dynamique ainsi créée à une des répercussions plus que favorables sur les échanges entre pays, même en dehors des réunions.

La diffusion des activités du projet a été faite au niveau national par les nombreuses émissions radio, ainsi que par la presse écrite. Au niveau international, un site internet, régulièrement alimenté a été créé en début de projet. Ce site est régulièrement alimenté et continuera de l'être après la fin du projet.

Des publications sont en cours de rédaction. Elles permettront de diffuser notamment l'expérience des mises en réseau, des rencontres prestataires usagers et du partage des coûts.

Le dépassement budgétaire sur ligne 2. Voyages est du au fait que nous avons décidé d'inviter les anthropologues de chaque pays à toutes les réunions semestrielles inter-pays. Cette décision a été prise au début du projet, dès que nous avons remarqué les avantages que présentait leur présence dans ces réunions. Les billets d'avion payés pour ces personnes ont été mis sur la ligne « voyage Europe-Afrique » plutôt que sur la ligne « Afrique-Afrique » car nous le avons considéré comme acteurs internationaux.

On peut observer un léger dépassement sur la ligne 5. Autres coûts et services. Ceci est du principalement au fait qu'il a été nécessaire au Cameroun de payer les frais de déplacement de invités du Ministère de la santé pour la réunion finale à Maroua et de la nécessité de payer les médias pour couvrir les réunions nationale et internationale de fin de projet.

Nous avons du également procéder aux remplacements de deux ordinateurs (au Burkina Faso et au Mali, ligne 3.2.).

Points forts

La multidisciplinarité tant au Nord que au Sud.

La création des réseaux de personnes référentes et de pairs éducateurs

La dynamique impulsée aux ONG et associations de travailler ensemble. Ceci a été particulièrement apprécié lors de l'organisation conjointe des campagnes vacance.

Les réunions semestrielles inter-pays qui ont permis aux acteurs du projet de se connaître et de connaître tous les sites d'intervention. Ces rencontres ont créé une dynamique d'échanges notamment entre chefs de projet qui ont multiplié les contacts via internet ou par téléphone tout au long du projet.

La participation de la presse (presse écrite, télévision et surtout radio)

Les pièces de théâtre écrites par ou avec les jeunes

Points négatifs et problèmes rencontrés

Le manque de contacts directs entre partenaires du Nord et responsable de la communication. Il semble que le fait d'avoir nommé un chef de projet ait créé un fort sentiment hiérarchique et que les responsables de la communication aient toujours préféré passer par le chef de projet contacter les partenaires du Nord.

Nous avons rencontré des problèmes avec l'ONG ASDAP, partenaire signataire du Mali au début du projet. Il s'est avéré que cette ONG n'avait pas, contrairement à ce qui avait été compris lors des premiers contacts, de bureau dans la ville de Mopti, mais bien dans la région de Mopti. L'ONG ne pouvant pas mettre à disposition du projet un personnel permanent sur le site d'intervention, et le budget ne prévoyant pas de frais de déplacement pour permettre à des personnes de se rendre fréquemment sur le site d'intervention, nous

avons en commun accord avec cette ONG décidé de limiter leur implication aux éventuelles rencontres du projet avec les décideurs nationaux dans la ville de Bamako où l'ONG à son siège. En accord avec le comité de pilotage du projet, l'ONG AMPPF qui possède un bureau à Mopti a été retenue comme ONG partenaire privilégiée sur le terrain d'intervention.

Nous n'avons pas pu mettre en oeuvre le système de partage des coûts dans le district de Boulmiougou au Burkina Faso. Ce district devait bénéficier d'un soutien financier de la Banque mondiale pour la réhabilitation de l'hôpital de district, mais l'appel d'offre n'a été lancé qu'en juin 2008 et à ce jour le service de maternité et le bloc opératoire ne sont pas encore suffisamment opérationnel pour offrir une offre de soins complète pour les urgences obstétricales. Nous avons malgré tout amorcé le processus de réflexion et mis en contact l'équipe cadre du district avec l'équipe du district de Bogodogo qui utilise ce système de partage des coûts depuis six ans. Une fois l'hôpital de Boulmiougou opérationnel, on peut donc espérer que le système pourra être mis en place assez rapidement.

La réunion de restitution finale à Ouagadougou n'a pas eu l'impact escompté en termes de public présent car cette réunion, programmée de longue date, c'est malheureusement déroulée quelques jours après les importantes inondations que la ville a connu. Nombre de personnes invitées n'ont pu venir à cette réunion car leur présence était requise sur les nombreux sites sinistrés de la ville.

Concernant l'étude avant – après, il nous est vite apparu que la collecte de données chiffrées comme prévue dans le cadre logique était très peu pertinente dans ce type de projet. D'une part, les approches développées sont très qualitatives et basées sur l'amélioration de l'accueil des jeunes, de leur information et la qualité relationnelle entre prestataires et clients. D'autre part, si on pouvait s'attendre à une certaine augmentation de la fréquentation des services par les jeunes, l'élément principal que le projet voulait améliorer était la qualité des services offerts. Nous avons donc décidé en commun accord avec tous les partenaires de mener une évaluation qualitative de nos actions plutôt que de nous concentrer sur des données chiffrées souvent peu pertinentes et difficiles à interpréter dans ce type de projet. Le rapport d'évaluation démontre ce besoin d'évaluations qualitatives pour des projets implantés dans des situations complexes.

2 Evaluation de la mise en œuvre des activités de l'Action

Les trois points suivant sont développés ci-dessous en fonction des résultats attendus et des activités mentionnées dans le cadre logique.

2.1 Activités et résultats

2.2 Comment évaluez-vous les résultats de l'Action? Incluez vos observations sur la mesure dans laquelle l'objectif spécifique et les objectifs généraux attendus ont été atteints, et si l'Action a eu des résultats positifs ou négatifs inattendus (veuillez spécifier si possible par activité et de façon générale : référez-vous aux indicateurs du Cadre logique)

2.3 Quel a été l'apport de l'Action pour les Bénéficiaires finaux et /ou le groupe cible (si différents) et pour la situation dans le pays ou la région cible visés par l'Action?

Activités initiales

Dans les trois pays des équipes de projet ont été constituées. Ces équipes, correspondant aux comités de pilotage prévus dans le cadre logique, comprenaient

- - un chef de projet engagé à temps plein,
- - une personne chargée de la communication à temps plein également
- - un socio anthropologue engagé à 30 % de temps de travail
- - un représentant du ministère de la santé
- - un représentant de l'ONG partenaire.

La composition de ces équipes est reprise dans le **Tableau 1** ci-dessous.

Ces équipes de projet se réunissaient une fois par mois pour identifier les grands axes d'activités, revisiter trimestriellement les plans d'action, définir et suivre les activités à mettre en œuvre, élaborer le rapport annuel et assurer localement le suivi scientifique, administratif et financier du projet.

Le suivi administratif était assuré notamment par des mémos mensuels envoyés à tous les partenaires et les rapports des réunions trimestrielles de planification. Le suivi comptable était assuré par un comptable externe professionnel chargé d'établir le rapport financier semestriel qui était approuvé par l'équipe du projet.

Tableau 1 Composition des équipes du projet Passage dans chaque pays

Burkina	Cameroun	Mali
Chef de projet (médecin de santé publique)	Chef de projet (gynécologue obstétricien)	Chef de projet (ingénieur en action sociale)
Responsable communication	Responsable communication	Responsable communication
Un socio anthropologue	Une socio anthropologue	Un socio anthropologue
Un représentant de l'ASMADE	Délégué régional santé publique	Un représentant de l'AMPPF
Un représentant de la DRS du Centre	Délégué régional de la promotion de la femme et de la famille	Un représentant de la DRS Mopti

Deux précisions sont importantes à apporter sur la composition des équipes du projet.

Au Cameroun, la Délégation régionale de la santé publique et la Délégation régionale de la promotion de la femme et de la famille ne sont pas signataires d'un contrat de partenariat officiel dans le cadre du contrat de subvention. Ceci est uniquement du aux courts délais lors de la remise de l'appel à proposition qui ne nous ont pas permis d'obtenir les signatures

à temps pour la soumission des documents. Néanmoins, compte tenu de l'importance de ces deux délégations dans un projet dévoué à la santé des jeunes, nous avons tout au long des quarante mois de projet travaillé avec ces deux délégations comme nous l'avons fait avec les partenaires statutaires des deux autres pays.

Au Mali, le partenaire signataire originel du projet était l'ASDAP. Dès le début du projet il s'est pourtant avéré que cette ONG n'avait pas d'implantation fixe dans la ville de Mopti où devaient se dérouler les activités. En accord avec le comité scientifique du projet et l'ONG elle-même, il a donc été décidé de remplacer cette ONG par l'Association malienne pour la promotion et la protection de la famille (AMPPF). Cette ONG est en effet fortement impliquée depuis de nombreuses années dans la santé de la reproduction et a une antenne active à Mopti.

Comité scientifique et de guidance

Dans les trois pays, des comités scientifiques et de guidance présidés par les gouverneurs de régions et constitués de personnes ressources ont été installés. La liste des membres de ces comités se trouve en annexe 1.

A l'écriture du projet, il était prévu de limiter ces comités à un réseau de personnes ressources du monde scientifique, mais les trois équipes nationales ont estimé que ces comités devaient aussi comprendre des leaders de divers horizons, des jeunes et des représentants d'organismes qui travaillent pour les jeunes car ceux-ci constituaient un atout important pour le projet.

Ces comités avaient pour attribution :

- De faire des suggestions pour le développement du projet
- De contribuer dans la mesure de leurs possibilités à la mise en œuvre du projet et à son évaluation
- De suggérer des liens avec d'autres projets /programmes ou des experts dans le domaine
- D'être des promoteurs des activités du programme.

Ces comités se sont réunis au moins une fois par an pour la planification des activités et le suivi du programme. De plus, les membres de ces comités ont ponctuellement apporté leur soutien et participé à certaines actions du projet.

Résultat attendu 1 : analyse situationnelle et identification des attentes et besoins

1.1. Les savoirs sont actualisés

Le projet a débuté sur les trois sites par une analyse situationnelle qui a permis de connaître ce qui se faisait en matière de santé génésique dans les trois site et de mieux comprendre les lois et programmes nationaux dans ce domaine.

La revue de la littérature internationale a permis de produire un document synthétique reprenant l'ensemble des interventions regroupées sous le terme « santé de la reproduction ». Ce document est disponible sur le site internet du projet.

La revue de la littérature concernant les zones d'intervention - notamment la littérature grise et les programmes nationaux en rapport avec la santé de la reproduction (voir en annexe 2 la liste des documents consultés par pays) - a permis d'identifier les points importants à prendre en considération pour la planification des activités du projet. Certains de ces éléments sont souvent cités dans les documents mais trop rarement pris en compte dans les projets. C'est le cas de l'implication des hommes et de l'information des parents mais aussi de l'élargissement des actions aux différents thèmes de la santé génésique (trop souvent les projets ou programmes ne s'intéressent qu'au VIH/SIDA). Un autre élément essentiel est la prise en compte des difficultés d'accès aux soins de santé génésique pour les jeunes du fait de l'attitude des personnels, nécessitant un travail spécifique avec les professionnels de la santé.

Pour ce qui est de la gestion du projet, cette analyse nous a montré qu'il était nécessaire de renforcer les compétences des associations partenaires et de leur assurer un soutien financier efficace et rapide ainsi qu'une aide logistique minimum afin qu'elles puissent mettre en place sans retard les activités planifiées et mettre en œuvre des stratégies de pérennisation de leurs activités.

Enfin, il ressort de ces divers documents que le problème de l'information, malgré la multiplicité des moyens d'information, reste essentiel. En dépit de tous les programmes, projets et initiatives pour informer les jeunes et les femmes, les connaissances restent très minimales et souvent imparfaites. De nombreuses informations, même données par des pairs éducateurs formés, ou du personnel de santé sont entachées d'erreurs et transmises de manière trop complexe à une population qui dès lors interprète souvent l'information de manière erronée.

Documents disponibles sur le site internet du projet et en annexe de ce rapport :

Revue de la littérature internationale, Revue de la littérature au Burkina Faso, Revue de la littérature au Cameroun, Revue de la littérature au Mali.

Analyse de situation et documents de projet

1.2. La phase exploratoire est définie

Une phase exploratoire commune a été définie lors de la première réunion inter-pays à Ouagadougou en juin 2006. Comme prévu dans le document de projet, cette phase exploratoire n'a pas été simplement descriptive mais a été conçue comme un outil permettant de jeter les bases d'une action qui commençait avec elle.

C'est donc lors de cette première réunion que les sites d'implantation du projet ont été définis précisément : il s'agit des districts de Bogodogo et Boulmiougou au Burkina Faso, de la communauté urbaine de Mopti au Mali et de la ville de Maroua au Cameroun. Ce choix qui n'était pas à cette date encore définitif a été entériné après analyse des résultats de la phase exploratoire.

Ce schéma commun a permis de produire un certain nombre de documents de base sur l'offre de soins, les attentes des bénéficiaires, les programmes de santé génésique, etc.

Tous ces documents sont disponibles dans les pages pays du site internet du projet.

Il convient de rappeler ici la volonté des concepteurs du projet de ne pas recommencer une nouvelle enquête longue et fastidieuse, mais de nous appuyer sur l'existant en nous concentrant sur les éléments indispensables à la définition de stratégies prenant en considération le contexte de chaque site.

Document de synthèse : Compte rendu réunion internationale PASSAGE Mopti 2007-02-08

1.3. La "carte des acteurs" est établie

Tout au début du projet, nous avons réalisé sur les trois sites un recensement des acteurs impliqués dans le domaine de la santé et déterminé leurs domaines prioritaires d'action et leur population cible. Par acteur en SR on entend non seulement les associations/ONG, mais également les structures de santé, publiques ou privées, présentes dans les zones d'intervention du projet. La liste des acteurs recensés dans les trois zones se trouve en annexe 3.

La majorité de ces acteurs mènent ou ont déjà mené des activités dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA qui en réalité est le domaine d'intervention privilégié de bon nombre d'associations. Même si certaines d'entres elles s'intéressent à d'autres domaines comme la formation/éducation des jeunes et des enfants ou l'insertion socioprofessionnelle des jeunes, il n'en est guère qui travaillent dans d'autres domaines de la santé génésique. Les activités menées par la plupart de ces associations sont : la sensibilisation des groupes, les prises en charges médicales et/ou psychosociales, les causeries-débats sur des thèmes liés aux projets à exécuter.

Au Burkina Faso, 123 associations travaillant dans le domaine de la santé génésique ont été recensées, 39 d'entre elles ont été contactées pour une rencontre. Les autres associations avaient soit une existence fictive, soit des adresses et coordonnées erronées. Les deux tiers de ces associations avaient déjà des partenaires techniques et/ou financiers, publics, privés ou internationaux.

Au Mali, 70 associations travaillant dans le domaine de la santé génésique ont été recensées. Une liste de 20 grins et de plus de 200 autres associations et groupements d'intérêt économique a également été établie. Des contacts ont été pris avec les associations et ONG les plus actives.

Au Cameroun on a recensé 36 ONGs travaillant dans le domaine de la santé génésique ainsi que 24 groupes de jeunes. Les principales ONGs qui travaillent dans le domaine de la SR ont été contactées.

Documents de synthèse : Carte des acteurs au Cameroun, Carte des acteurs au Burkina, Carte des acteurs au Mali. Itinéraires Cameroun, Itinéraires Burkina, Itinéraires Mali

1.4. Les attentes et besoins spécifiques des acteurs sont documentés

Une étude sur les attentes et besoins des acteurs a été menée au Burkina Faso, via l'organisation de focus groups avec des adolescents (filles et garçons), des personnes démunies (hommes et femmes), des femmes enceintes et femmes non enceintes.

Au Mali les enquêtes auprès des usagers ont été réalisées par les socio anthropologues avec le chef de projet et le responsable de la communication. Dix focus groups et des entretiens individuels ont été réalisés.

Au Cameroun, des entretiens avec d'une part des bénéficiaires (femmes, jeunes adolescents et adolescentes, personnes démunies) et d'autre part auprès des différents

types de prestataires (reconnus officiellement ou non) susceptibles de constituer des recours (professionnels de santé, vendeurs de pharmacopée traditionnelle, tradipraticiens, accoucheuses traditionnelles, vendeurs ambulants de médicaments, « infirmiers privés ») ont été réalisés

Ces différentes études ont révélé une demande réelle de la part des jeunes pour des soins de santé génésique adaptés. Les barrières à l'accès à ces soins sont bien sûr d'ordre financier mais les jeunes se plaignent surtout du manque de tolérance et de dialogue avec leurs parents et avec le personnel de santé.

La demande pour des structures plus accueillantes et une meilleure information des jeunes et de leurs parents est très forte dans les trois pays.

Documents de synthèse : Attentes et besoins Cameroun, Attentes et besoins Burkina Faso, Itinéraires thérapeutiques au Mali

1.5. L'offre de soins et de services est documentée

Un inventaire des structures publiques et privées offrant des soins de santé génésique a été réalisé dans les trois sites. Nous avons également effectué une analyse de la qualité des services offerts ainsi que de leur accessibilité socioculturelle et financière.

On a constaté une grande variabilité dans les tarifications selon les structures. Les problèmes d'accessibilité financière ne sont pas uniquement liés aux coûts des soins mais aussi au manque de prévoyance des utilisateurs, notamment pour les consultations prénatales et les accouchements.

Nombre de formations sanitaires ne sont pas aux normes en vigueur dans les différents pays, tant du point de vue des installations et des équipements que du paquet minimum d'activités, source évidente de problèmes de qualité de l'offre de soins.

On a également observé des insuffisances de formation du personnel, plus particulièrement pour ce qui concerne la connaissance des attitudes à adopter vis-à-vis des jeunes qui viennent en consultation.

Documents de synthèse : Recensement des structures au Cameroun, Recensement des structures au Burkina, Recensement des structures au Mali

Qualité et accessibilité Burkina Faso, Qualité et accessibilité Cameroun, Qualité et accessibilité Mali.

1.6. Les programmes en santé génésique sont analysés

Les différents programmes nationaux, qui le plus souvent sont des programmes verticaux, ne ciblent pas encore très spécifiquement les jeunes. Ces programmes se focalisent très souvent sur la lutte contre le VIH/SIDA et les soins obstétricaux d'urgence et sont conçus pour les adultes. Partout des programmes existent sur le papier, mais ils sont peu connus des acteurs en santé génésique au niveau périphérique.

Documents de synthèse : Analyse des programmes SR Mali, Analyse des programmes SR Cameroun, Analyse des programmes SR Burkina Faso

1.7. Les interventions sont définies

Sur la base des résultats de l'étude situationnelle, un certain nombre d'interventions adaptées à chaque contexte ont été définies.

Ces différentes interventions correspondent à ce qui avait été prévu dans le document technique et le cadre logique.

Dans chaque site des plans d'action semestriels ont été élaborés et présentés lors des réunions semestrielles inter-pays.

Résultat attendu 2 : offre de soins participative

2.1 La qualité des soins et des services est améliorée

2.1.1 Amélioration de l'équipement des structures

Qualité technique

Dans les trois sites nous avons effectué un inventaire des équipements des structures de santé et établi avec les prestataires une liste des équipements indispensables à l'amélioration de la qualité des soins.

Du matériel médical a donc été fourni à ces structures pour un montant total de 228 000 euros. C'est un peu moins que le montant prévu, mais des économies on été réalisées grâce au choix d'acheter sur place le matériel médical, ce qui a bien évidemment réduit les prix de transport.

Ce choix a été fait d'une part pour réduire les délais de livraison et d'autre part afin de s'assurer, pour certains matériels, que les pièces de rechange pourraient être facilement achetées si nécessaire et ce même après la fin du projet.

Au Mali, du matériel a ainsi été fourni aux centres de santé communautaires et au centre de santé de référence de la ville de Mopti, ainsi qu'à l'hôpital régional et à l'AMPPF. Les autres nombreuses structures et associations de la ville n'ont pas reçu de matériel car ils bénéficiaient déjà d'un soutien de la part d'un autre intervenant français qui avait prévu d'équiper ces structures.

Au Burkina Faso, les bénéficiaires de ce matériel sont les centres de santé des districts de Bogodogo et Boulmiougou, les hôpitaux de ces deux districts et les centres jeunes soutenus par le projet.

Au Cameroun, beaucoup de structures avaient bénéficié en 2003-2006 d'une dotation en matériel par le projet Aquasou. Nous avons complété l'équipement des centres de santé de la ville de Maroua ainsi que de l'hôpital régional et de l'hôpital du district de Meskine. La liste par pays des structures bénéficiaires se trouve en annexe 4.

Documents de synthèse : Besoins en matériel Mali, Besoins en matériel Burkina, Besoins en matériel Cameroun.

Les factures d'achat de ces matériels et les bordereaux de livraison figurent dans les documents comptables du projet.

2.1.2 Formation des prestataires

Des formations spécifiques ont été proposées aux différents acteurs impliqués. Les besoins en formation ont chaque fois été identifiés avec les acteurs de la santé. Les formations ont porté sur divers domaines : techniques (pose de stérilet ou d'implants, prise en charge de certaines pathologies comme les hémorragies du post-partum, les problèmes hypertensifs chez la femme enceinte ou la prise en charge des IST…), organisationnels et de gestion (amélioration de la performance, système d'information sanitaire, organisation des services pour jeunes…), d'élargissement du champ de la santé génésique (droits des femmes, droits de l'enfant…), des attitudes vis-à-vis des jeunes (relation interpersonnelles, accueil…).

Les personnes formées sont essentiellement des prestataires de soins, des membres d'associations, des pairs éducateurs et des gestionnaires des systèmes de santé.

Nous avons ainsi pu former 287 personnes au Mali, 373 au Burkina Faso et 640 au Cameroun. Certaines de ces formations n'ont pas été directement financées par le projet mais ont été organisées avec le soutien d'autres partenaires comme l'USAID, l'UNICEF ou le programme Mona Lisa. Néanmoins les équipes du projet PASSAGE ont pris dans toutes ces formations une part très active.

La liste des formations par pays se trouve en annexe 5.

2.1.3 Organisation générale des services

En fonction des besoins spécifiques des pays identifiés, diverses interventions ont été mises en œuvre. Outre les formations visant à améliorer l'organisation des services citées ci-dessus, des interventions plus ponctuelles ont été réalisées.

Dans les trois pays, des formations visant à mieux faire connaître tous les aspects de la santé génésique ont été organisées à destination des prestataires et autres acteurs dans le domaine.

Au Cameroun des kits de césarienne ont été mis en place au niveau de l'hôpital régional de Maroua afin d'améliorer la rapidité de la prise en charge des urgences. Le centre médical de l'Inspection médico-scolaire a été remis en fonction et propose notamment des consultations curatives à bas prix et une prise en charge gratuite des IST avec des horaires adaptés aux écoliers. Le Protocole kits césariennes au Cameroun est mis en annexe électronique de ce rapport.

Au Mali, des panneaux indiquant clairement la situation des services ont été placés dans les structures de santé. Une salle d'accouchement a été aménagée à l'hôpital régional de Mopti Les horaires de consultation dans les infirmeries de lycées ont été adaptés aux horaires des écoliers.

Au Burkina Faso, un processus d'amélioration de la performance a été mis en œuvre dans 20 formations sanitaires. Ce processus a pour but non seulement d'augmenter l'utilisation des services mais également d'offrir aux jeunes un meilleur accueil au sein des structures de santé.

Qualité relationnelle

Des formations ont eu lieu pour apprendre aux prestataires à mieux accueillir les jeunes qui viennent en consultation. Au Burkina Faso un label « centre ami des jeunes » a été mis en place afin de motiver le personnel à améliorer cet accueil. Au Mali, chaque année, un concours entre aires de santé est organisé et des prix sont décernés à des centres de santé ou à des personnes, selon les performances des structures ou des prestataires. Le Cameroun a quant à lui misé sur l'implication des jeunes dans leur propre santé en soutenant très activement les clubs santé des écoles.

L'intervention la plus importante dans le domaine de l'amélioration des relations entre personnes reste cependant l'organisation des rencontres prestataires – usagers qui, en confrontant utilisateurs et personnels de santé, permettent de mieux comprendre non seulement les attentes de chacun mais également les contraintes auxquelles ils sont confrontés. Cette connaissance mutuelle semble être un moteur majeur de l'amélioration dans le dialogue entre soignants et soignés. Cette intervention, déjà débutée pendant le projet Aquasou au Burkina Faso, fera l'objet d'une publication future.

2.1.4 Adaptation de la carte sanitaire

Dans les trois sites, le nombre de structures était suffisant avant le projet pour couvrir la population en matière de soins curatifs. Le problème se situait essentiellement au niveau de l'équipement des structures, ce qui a été en grande partie résolu par la fourniture de

matériel médical. D'autre part les formations techniques et en accueil des jeunes ont aussi permis d'améliorer la qualité des soins.

Pour ce qui est des besoins non exclusivement curatifs, tels que conseils, accès à la contraception, connaissances en termes de santé génésique, chaque site a développé des stratégies pour permettre aux jeunes de satisfaire leurs besoins.

Au Cameroun, l'Inspection médico-scolaire a été redynamisée, les clubs santé des lycées et collèges largement soutenus en matériel et en informations et trois centres jeunes ont été créés par le projet.

Au Mali, l'infirmerie du lycée Hamadou Dicko a été réhabilitée et propose des services en horaires adaptés. Le centre de l'AMPPFa été assisté et propose désormais des consultations aux jeunes ainsi qu'un centre d'information via internet.

Au Burkina Faso, trois centres jeunes ont été redynamisés. Les horaires de consultation sont adaptés aux écoliers et le personnel a été formé pour accueillir les jeunes. Par ailleurs 11 centres de santé ont reçu le label « Centre ami des jeunes »

2.1.5 Système de référence – contre référence

Le projet ayant été implanté dans des villes importantes, les problèmes de référence/contre-référence sont moins importants que dans les zones rurales.

Au Mali, un système de référence/contre-référence pour les urgences obstétricales existait déjà au niveau du cercle de Mopti. Ce système financé par un système de partage des coûts auquel contribuent les communes, le conseil de cercle, la préfecture, l'association de santé communautaire, les comités de gestion des centres de santé n'était cependant que peu fonctionnel. Le projet a pu le redynamiser et organiser une utilisation plus rationnelle des ambulances du cercle et des systèmes de radio et téléphone entre les structures. Grâce au projet les divers intervenants ont pris conscience de l'importance de ce système et remis en fonction leur système de cotisation pour la prise en charge des transferts.

Au Cameroun, le projet a continué l'action entreprise avec le projet Aquasou pour la mise en réseau des maternités en vue d'améliorer les transferts entre maternités périphériques et maternités de référence. La mise en place de kits de césarienne au niveau de l'hôpital régional a beaucoup amélioré l'accessibilité aux soins obstétricaux d'urgence en levant partiellement un obstacle financier majeur.

Au Burkina Faso, le système de partage des coûts pour la prise en charge des urgences obstétricales mis en place par le projet Aquasou et soutenu par le projet PASSAGE continue à très bien fonctionner dans le district de Bogodogo. Malheureusement ce système n'a pas pu être mis en œuvre dans le district de Boulmiougou. La raison majeure de cet échec est le peu de fonctionnalité du bloc opératoire de l'hôpital de ce district. Cet hôpital devait bénéficier d'un financement pour sa réhabilitation, mais celle-ci n'a commencé que très tardivement La non disponibilité du bloc opératoire au sein de cet hôpital rendait illusoire la création d'un système de partage des coûts dans ce district. Néanmoins, les prestataires et responsables du district on reçu toute l'information nécessaire à la mise en place d'un tel système et seront prêt à l'implanter une fois l'accès aux soins obstétricaux d'urgence assuré.

2.1.6 Rencontres entre prestataires et entre prestataires et usagers sur la qualité des soins

Ces rencontres, déjà organisées lors du projet Aquasou et ayant montré leur intérêt, ont été organisées sur les trois sites car un des constats de l'analyse de situation était que les relations entre personnels de santé et usagers restaient un problème majeur dans toutes les structures. L'objectif de ces rencontres est d'améliorer la qualité relationnelle entre soignants, puis entre usagers et prestataires de santé et de services sociaux dans l'accès

aux soins. Elles ont été organisées dans 27 structures au Burkina Faso, 9 au Cameroun et 8 au Mali.

Cette intervention qui fera l'objet d'une publication ultérieure a permis de mettre en place un certain nombre de décisions visant à améliorer les relations soignants-soignés. Ces différentes décisions sont reprises par pays dans le tableau ci-dessous.

Problèmes identifiés	Solutions proposées
Burkina Faso	
Confidentialité	Réduire le nombre de personnels ou de stagiaires au cours des consultations et/ou Expliquer aux patients la présence d'autres prestataires pendant la consultation
Interactions conflictuelles	Sensibiliser les femmes, surtout des primipares pendant les séances de causeries sur les difficiles relations avec les prestataires à la maternité
Favoritisme	Expliquer aux patients des problèmes de « favoritisme »
Retard, absentéisme	Réorganiser les services (permanences, une meilleure coordination des équipes)
Cameroun	
Manque de conscience professionnelle des prestataires	Augmenter les revenus des prestataires
Relations conflictuelles usagers et prestataires	Sensibiliser les prestataires à l'accueil et à la communication
Problème de confidentialité	Abandonner l'usage des interprètes pendant la consultation
Pléthore d'usagers dans les salles de soins	Informer par des émissions radiodiffusées les usagers sur l'usage des espaces dans les centres de santé
Racket des usagers	Donner des motivations supplémentaires accordées à certains soignants (stagiaires, aides-soignantes)
Mali	
Usagers non informés	Organiser des émissions radiophoniques
Pléthore d'accompagnants	Aménager des espaces pour les accompagnants
Difficultés liées à l'accueil	Organiser un atelier sur l'accueil

Certains problèmes sont communs aux trois zones et si certaines solutions peuvent ne pas toujours sembler pertinentes, il faut plutôt insister ici sur l'importance du processus engagé lors de ces rencontres. L'amorce d'un dialogue entre acteurs qui ne se parlaient pas est un résultat important de ces rencontres. Elles ont été un succès tant au niveau des usagers que des prestataires et les gestionnaires des systèmes de santé ont donc commencé à réfléchir à la pérennisation de cette intervention. Déjà, certains maires de communes ou comités de gestion envisagent de prendre en charge l'organisation de ces rencontres afin de maintenir cet acquis. La présentation de synthèse de ces rencontres faite pour la réunion finale de Ouagadougou est mise en annexe électronique de ce rapport et est disponible sur le site internet du projet.

2.2 Contrats d'objectifs et culture de service

L'idée était ici d'entamer dans certaines structures pilotes un processus de réflexion autour des pratiques des prestataires. Ceux-ci devaient analyser la situation identifier les problèmes, proposer et mettre en place des solutions adaptées.

Ces contrats d'objectifs n'ont été mis en place par le projet que sur le site du Burkina Faso. En effet, au Mali existait déjà un système apparenté, le monitorage des centres de santé, dont le but est de développer cette culture de service, et au Cameroun, les objectifs du réseau entre maternités mis en place par Aquasou a été considéré comme suffisamment en adéquation avec cet objectif pour qu'il ne soit pas jugé nécessaire de créer une nouvelle intervention. Dans ces deux pays, les interventions préexistantes ont été soutenues par le projet PASSAGE en vue d'en assurer la pérennisation.

Au Burkina Faso, 20 centres de santé de sont lancés dans l'aventure des contrats de performance. Au 31 juillet 2009, 193 lacunes avaient été identifiées principalement dans le domaine de la qualité des prestations. Pour chaque lacune, des objectifs visant à les corriger ont été identifiés et près de 75 % des recommandations d'amélioration ont été mis en place. Ce processus a totalement impliqué les gestionnaires du système de santé et sa pérennisation ne devrait donc pas poser de problème puisqu'en effet, cette intervention est dès à présent intégrée dans les plans d'action annuels des districts**.**

2.3 Les réseaux sont fonctionnels

La création ou l'amélioration de relations entre acteurs étaient un des objectifs les plus importants du projet. La constitution de réseaux se décline de deux manières, les réseaux entre structures de santé et de services, mais aussi les réseaux de personnes prêtes à apporter leur aide aux jeunes

Les réseaux entre structure et services.

Au Burkina Faso il existait déjà un cadre de concertation entre intervenants dans le domaine de la santé. Le projet Passage a donc décidé de ne pas créer de nouvelle intervention pour permettre aux différents acteurs de se rencontrer, mais de participer aux rencontres prévues.

Au Cameroun, comme cela a été dit plus avant, un réseau entre maternités existait déjà et a continué à être appuyé par le projet.

Au Mali, la direction régionale de la santé organise des rencontres régulières avec les différents intervenants dans le domaine de la santé, et l'équipe du projet a participé à ces réunions. Par ailleurs un réseau d'ONG intervenant dans le domaine du SIDA, le réseau RONALS, existait déjà au Mali. Ce réseau très peu actif en 2006 a été redynamisé par le projet.

Le projet a aussi créé des réseaux plus spécifiques.

Au Cameroun, un réseau de pairs éducateurs en santé des jeunes (AJEPSAGE) a été créé. Il réunit les membres de 22 clubs santé, club réglo de lycées et quartiers, de cinq clubs santé des centres d'accueils de formation professionnelle et d'hébergement des jeunes filles et les trois comités des jeunes des centres jeunes de Djarengol, Makabaye et Meskine. Ce réseau est désormais affilié au Conseil national de la jeunesse et pourra de ce fait bénéficier de l'appui étatique pour poursuivre les activités.

Le projet a également mis en place un réseau des personnes référentes en SRAJ. Il est constitué du médecin de l'inspection médico-scolaire, de 10 infirmiers, d'un sociologue, d'un animateur comédien, de quatre animatrices communautaires d'associations partenaires (ALVF, ACMS), de 4 animateurs de centres jeunes, de six responsables de clubs santé et club réglo. Ce réseau pourra poursuivre ses activités grâce à l'aide du programme Care & Health au niveau de l'Inspection médico-scolaire.

L'équipe a aussi redynamisé le réseau des acteurs en prévention VIH/SIDA Celui-ci a pour objectifs de renforcer les capacités des acteurs grâce à un échange de compétences, la planification d'actions communes et la mobilisation commune de ressources. Il veut aussi harmoniser et améliorer le contenu des messages éducatifs et les adapter aux besoins des groupes bénéficiaires.

Au Burkina, deux réseaux ont été créés. Le RESCOPE, réseau de structures communautaires pour la promotion de la pair éducation, a pour objectif de renforcer les compétences des associations membres dans le domaine de la santé génésique et de faire du plaidoyer en faveur de la pair éducation comme stratégie dans le domaine de la santé de la reproduction.

Un réseau de personnes référentes, REPERE, a pour objectif de répondre aux questions des jeunes. Ce réseau est composé de jeunes du Centre jeune de Ouidi, de l'ONG Initiative

privée communautaire, du journal Œil des jeunes, de l'Association Burkinabé pour le bien-être familial, du Centre national des œuvres universitaires, de l'hôpital de Bogodogo et du Réseau africain des jeunes contre le sida. Ce réseau a en outre créé un site internet « Santé de la reproduction des jeunes et des adolescents » http://www.srajbf.org/ via lequel les jeunes peuvent poser des questions. Ce site propose une liste de personnes de contact auxquelles les jeunes peuvent directement s'adresser pour poser leurs questions en toute discrétion.

2.3.1 Relations entre acteurs du privé et du public

Au Burkina Faso, l'équipe du projet a participé aux réunions semestrielles du Comité technique régional de la santé. Cette instance régionale regroupe des représentants de l'ensemble des intervenants dans le domaine de la santé au niveau régional et permet de réunir les acteurs de la santé du privé et du public.

Au Cameroun, le secteur privé est si important que les relations avec ces acteurs étaient une obligation dès le début du projet. L'équipe a donc travaillé en permanence avec les acteurs du privé tout au long de la mise en œuvre du projet avec des rencontres régulières et une implication permanente de ces acteurs dans l'implantation des activités.

Au Mali, deux réseaux regroupent depuis longtemps un grand nombre d'acteurs privés intervenant dans différents domaines : le réseau RONALS pour les ONG intervenant dans le domaine du sida et le groupe Pivot / santé population. C'est avec ces deux réseaux, et principalement le RONALS, que le projet a entretenu des relations soutenues. L'équipe du projet a par ailleurs participé aux rencontres des cadres de concertation existant au niveau district et DRS entre le secteur public et le secteur privé ainsi qu'aux réunions trimestrielles de la DRS/DRDES.

2.3.2 Rencontre annuelle de tous les acteurs

Au Mali trois grandes réunions ont été organisées. La première, en septembre 2007, réunissait les ONG et associations évoluant dans la SR et la lutte contre le VIH/SIDA, la seconde en novembre 2008 avait un public plus large et a réuni les membres du comité de pilotage du projet, les membres du réseau RONALS, l'ASCOMA, l'ASACP, la coordination des radios FM et les membres du réseau des pairs éducateurs. La dernière grande réunion de ce type a eu lieu en avril 2009 dans le cadre de la réunion du Comité régional d'orientation de coordination et d'évaluation des programmes socio-sanitaires du PRODESS (CROCEP).

L'équipe du Burkina a organisé des rencontres trimestrielles de tous les acteurs impliqués dans la mise en œuvre du projet. Ces réunions servaient à faire le bilan des actions menées et à programmer les actions futures. Ces rencontres réunissaient une quarantaine de personnes issues de la Direction régionale de la santé, des équipes cadres de districts, des formations sanitaires, des associations, des réseaux et des comités des jeunes.

Au Cameroun, deux rencontres annuelles des acteurs en santé génésique de Maroua ont été organisées en juillet 2007 et en août 2008. Par la suite, des réunions ont été plus spécifiquement organisées avec le réseau RELIVS de lutte contre les IST/VIH/SIDA (3 rencontres) et le réseau AJEPSAGE des pairs éducateurs jeunes (5 rencontres).

2.3.3 Renforcement des réseaux entre les niveaux de la pyramide sanitaire

Le but était ici de renforcer les réseaux entre niveaux de la pyramide sanitaire par des rencontres régulières entre acteurs (amélioration des références/contre-références, simplification de l'itinéraire des patients, formations communes, etc.).

Ceci a été réalisé dans les trois sites via les rencontres décrites au point précédent et également par la participation d'acteurs des différents niveaux de la pyramide sanitaire à des formations spécifiques.

Il s'agit notamment pour le Mali des formations sur le module d'orientation de l'OMS/UNICEF en SRAJ, de la formation des prestataires de soins en GATPA et en soins obstétricaux d'urgence. Ces formations réunissaient des prestataires de centres de santé de la ville de Mopti, mais également des districts ruraux de la région, et de l'hôpital de référence de Mopti. Le premier atelier sur la SRAJ a aussi concerné des prestataires des infirmeries scolaires, des membres d'associations et ONG et un représentant d'une radio FM.

La direction régionale de la santé de Mopti organise des réunions semestrielles de monitorage des soins obstétricaux et néonatals d'urgence. Ces rencontres réunissent les prestataires et gestionnaires de l'hôpital de Mopti et des districts de santé. Elles ont notamment été l'occasion de redynamiser le système de référence / contre-référence qui souffrait depuis plusieurs années d'un manque de moyens financiers dû aux retards dans le versement des quotes-parts par les partenaires impliqués dans ce système.

Au Burkina c'est lors des réunions du comité technique régional de la santé que se rencontrent habituellement les acteurs des différents niveaux de la pyramide sanitaire.

L'équipe du projet a cependant continué à soutenir activement le système de partage des coûts mis en place par le projet AQUASOU en 2004. Ce système devait également être mis en place dans le district de Boulmiougou. Si des rencontres d'informations et de sensibilisation ont pu être organisées avec un certain succès, le système n'a malheureusement pas encore pu être mis en place. Comme cela a été dit précédemment, ceci est du au fait que les infrastructures de l'hôpital de ce district ne permettent pas encore de prendre en charge correctement les urgences obstétricales. Il faudra attendre l'amélioration des infrastructures (financées par un bailleur de fonds international) pour que ce système puisse se mettre en route. Les principes du partage des coûts ayant été clairement expliqué aux responsables de ce district et aux prestataires de l'hôpital, nous pouvons espérer qu'une fois les conditions matérielles réunies, ce système pourra être lancé à Boulmiougou avec autant de succès que dans le district de Bogodogo où il fonctionne sans aide extérieure depuis plus de 4 ans.

Au Cameroun il existait déjà un réseau des maternités mis en place par le projet AQUASOU. Ce réseau a été élargi à tous les centres de santé de la ville et a été soutenu par le projet PASSAGE. De nombreuses formations (annexe 5) réunissant prestataires des centres de santé et des hôpitaux ont également permis de renforcer les interactions entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire. En outre la mise en place d'un kit d'urgence césarienne (sur le modèle mis en place au Burkina Faso par le projet AQUASOU) a amélioré de manière importante l'accessibilité à la chirurgie obstétricale d'urgence, mais également amélioré les références puisque l'un des buts de ce nouveau système était de rassurer les prestataires des centres de santé sur l'accueil réservé à l'hôpital aux femmes qu'ils réfèrent.

2.4 Amélioration de l'accessibilité aux soins et aux services

2.4.1 Financement des soins de santé
2.4.2 Implication des acteurs dans le financement des soins de santé

Au Burkina, outre le système de subvention des soins obstétricaux et notamment de la césarienne, le projet à continué à soutenir le système de partage des coûts pour la prise en charge des urgences obstétricales.

Au Cameroun, des kits d'urgence pour les césariennes ont été mis en place au niveau de l'hôpital régional de Maroua. Si ces kits ne sont pas gratuits, le système prévoit que les kits peuvent être payés après la prise en charge effective de l'urgence. En outre, si la famille ne peut payer ce kit, une enquête sociale est ouverte par un assistant social. Le dossier est déposé auprès du directeur de l'hôpital qui après étude peut enrôler le cas dans le processus classique (fond d'indigence, municipalité) de prise en charge des indigences et procéder au remplacement du kit consommé.

Au Mali aucun système de prise en charge des urgences obstétricales n'a dû être mis en place puisque la gratuité des césariennes y était déjà effective depuis plusieurs années. Le projet Passage a cependant activement participé, appuyé et contribué à la mise en place d'un système de partage des coûts pour la prise en charge des évacuations / transferts des urgences obstétricales au niveau du cercle de Mopti. Le rapport sur la référence évacuation dans la région de Mopti se trouve en annexe électronique de ce rapport.

Des actions ont été mises en œuvre dans les trois pays pour améliorer l'accessibilité financière des jeunes aux autres services de santé génésique.

Au Mali, les infirmeries des lycées ont été redynamisées. Dans ces infirmeries les consultations sont gratuites tant pour les élèves de l'école que pour les adolescents non scolarisés qui viennent en consultation. Dans les centres de santé publics la consultation pour les jeunes est également gratuite tandis qu'un forfait de 200 francs CFA seulement est demandé dans les centres de santé communautaire. Par ailleurs, le projet a largement soutenu et redynamisé le centre de consultation de l'AMPPF. Dans ce centre, les contraceptifs et autres médicaments sont vendus quasiment à prix coûtants et les détenteurs d'une carte de membre bénéficient d'une réduction de 25 %.

Au Cameroun, l'Inspection médico-scolaire a été réhabilitée et offre désormais des consultations gratuites pour les IST/SIDA. Les consultations et les premiers soins sont également gratuits dans les infirmeries des lycées et collèges. La clinique du Bon secours prend en charge gratuitement selon une convention d'assurance scolaire les cas de traumatismes pour les élèves du lycée classique et du lycée bilingue. Le Centre de santé catholique de Domayo offre des soins pour les jeunes avec paiement forfaitaire par épisode de maladie et une possibilité de prise en charge gratuite (soins, nutrition, scolarisation) des orphelins du sida, des enfants de parents vivants avec le sida et d'adultes sidéens. A la PMI de l'hôpital de Maroua, la contraception est peu onéreuse et il y est également possible d'obtenir gratuitement une contraception d'urgence.

Au Burkina Faso, les trois centres jeunes ouverts par le projet offrent des services moins chers que dans les centres de santé.

2.4.3. Investiguer les connaissances et perceptions des acteurs de la communauté en matière de santé génésique

Tout au début du projet, des études spécifiques ont été réalisées par les socio anthropologues.

Il s'agit des études sur la qualité des soins, les besoins des populations et les itinéraires thérapeutiques. Les rapports de ces études se trouvent sur le site internet du projet.

2.4.4. Organiser des rencontres avec la communauté pour favoriser l'accessibilité socio-culturelle.

De nombreuses rencontres ont été organisées sur les trois sites afin d'informer les populations sur les divers aspects de la santé génésique et sur les difficultés d'accès pour les jeunes à ces services.

Au Burkina Faso en dehors des grandes campagnes de sensibilisation qui seront évoquées plus loin, 28 rencontres spécifiques avec des leaders religieux, politiques et communautaires ont été organisées afin de les sensibiliser à la nécessité pour les jeunes d'avoir accès aux soins de santé de la reproduction. Ces rencontres ont été menées par l'équipe du projet, les comités de jeunes et les associations partenaires. Les communautés ont été également été informées via les émissions radiophoniques et télévisées organisées par le projet.

Au Mali, nous avons aussi largement utilisé les médias (presse écrite, radio et télévision) pour diffuser l'information. Pour toucher les différents leaders, des rencontres ont été organisées, ainsi que des tables rondes, des conférences débats, des journées portes

ouvertes au sein de certaines ONG et la participation aux journées de lutte contre le sida et à la journée mondiale de lutte contre la mortalité maternelle.

Au Cameroun, des rencontres avec les leaders ont été organisées et de nombreuses émissions radiodiffusées. Nous avons également profité de journées spéciales comme la Journée internationale de lutte contre la mortalité et la morbidité maternelle et infantile ou la Journée mondiale de lutte contre le sida pour sensibiliser les communautés à la nécessité d'offrir aux jeunes des services adaptés en santé de la reproduction.

2.4.5 Formaliser des rencontres entre soignants et soignés (ou demandeurs de services) pour faire émerger les non-dits et proposer des stratégies de meilleure adéquation entre l'offre et la demande en santé génésique

Ce type de rencontres initiées par le projet AQUASOU au Burkina Faso ont été mises en place sur les trois sites.

L'objectif de ces rencontres est d'étudier les difficiles relations entre prestataires et usagers pour trouver des pistes pour améliorer la qualité relationnelle entre soignants, puis entre usagers et prestataires de santé et de services sociaux dans l'accès aux soins

Plus de quarante rencontre de ce type ont été organisées (27 au Burkina Faso, 9 au Cameroun et 8 au Mali). Ces rencontres étaient menées par des socio anthropologues assistés de différentes personnes ressources (sages-femmes, membres d'associations partenaires, membres de comités de gestion de centre de santé, …)

Les thèmes abordés lors de ces rencontres sont les suivants :

- Les difficultés rencontrées par les usagers avec les prestataires de soins (qualité relationnelle et obstacles à la fréquentation des structures de santé)
- Les difficultés rencontrées par les prestataires de soins (relations avec les usagers, conditions de travail, relations avec les autres prestataires)
- Les attentes des usagers et des prestataires : Comment améliorer les relations interpersonnelles pour une meilleure qualité des soins ?

Ces rencontres feront l'objet d'une publication ultérieure, on peut cependant énumérer ici quelques résultats importants de ces rencontres.

Les problèmes organisationnels des services restent importants (salles d'attente peu accueillantes, manque d'information pour s'orienter dans les structures et manque d'intimité lors de la consultation). Les obstacles principaux à la fréquentation des services sont en rapport avec le sexe et l'âge des prestataires ainsi qu'avec l'éloignement social entre prestataire et usager. (Voir présentation de ces rencontres sur le site internet du projet http://www.uonn.org/uonn/PASSAGE/pr%C3%A9sentationsOuaga%20Final.htm).

Ces rencontres ont permis d'améliorer la compréhension par les usagers et les prestataires du fonctionnement et de l'organisation des services ainsi que d'expliquer aux usagers certaines attitudes du personnel. Les problèmes de qualité de l'accueil, d'intimité et de confidentialité ont également été mieux appréhendés par les prestataires.

Des actions concrètes ont été mises en place pour pallier certaines des difficultés mises en évidence lors de ces rencontres.

Au Burkina Faso, il a été notamment décidé de réduire le nombre de stagiaires assistant aux consultations et de réorganiser les services pour résoudre les problèmes récurrents d'absentéisme.

Au Cameroun, il a été décidé de ne plus utiliser d'interprètes pendant les consultations afin d'assurer une meilleure confidentialité et d'informer les usagers sur les services de santé via des émissions radio afin que ceux-ci comprennent mieux les contraintes des prestataires.

Au Mali on a également organisé des émissions radio pour informer les usagers, il a été également décidé d'aménager des espaces spécifiques pour les accompagnants souvent trop nombreux et qui encombrent les services de santé.

Ces rencontres ayant suscité une prise de conscience personnelle et professionnelle appréciée de tous, des pistes pour la pérennisation de ces rencontres ont été envisagées. Ces rencontres pourraient se perpétuer via l'implication des mairies, des centres jeunes, des responsables de centres de santé ou encore de membres d'associations.

2.5. Des services spécifiques pour les jeunes sont fonctionnels

2.5.1. Faire l'état des lieux précis en matière de services proposés aux jeunes : structures de soins et services offerts en matière de prévention et de soins curatifs, disponibilité et formation du personnel, etc.…

Ces activités ont été menées en tout début de projet et les rapports sont disponibles sur le site internet du projet. La liste des acteurs intervenant dans le domaine de la santé génésique sur chaque site se trouve en annexe 3.

Ces études ont constitué une base essentielle pour la détermination des actions à mener en termes d'amélioration de l'offre de service et de nécessité de formation du personnel.

Sur base de ces études nous avons donc décidé au Cameroun et au Burkina d'ouvrir ou de réhabiliter des centres spécifiques pour jeunes, tandis qu'au Mali il a été décidé d'appuyer des structures existantes comme le centre jeunes de l'AMPPF et l'ONG AVES.

2.5.2. Créer de nouvelles opportunités de services adaptés aux jeunes, ou renforcer les structures existantes (amélioration de l'environnement, adaptation des horaires d'ouverture, offre de prestations spécifiques, etc.…)

Des centres spécifiques pour jeunes ont été ouverts ou renforcés.

Au Burkina Faso : ouverture des centres jeunes du secteur 15, du secteur 17 et centre jeune de Ouidi. Ces structures ont du personnel formé pour l'accueil des jeunes et des heures d'ouverture adaptées pour les adolescents scolarisés. Création du label de qualité pour les centres de santé.

Au Mali : réhabilitation de l'infirmerie scolaire du Lycée Hamadou Dicko et du centre jeune de l'AMPPF avec des soins gratuits ou peu chers et des horaires adaptés pour les jeunes

Au Cameroun : réhabilitation de l'Inspection médico-scolaire et du centre jeune de Domayo. Ouverture de trois centres d'écoute pour jeunes à Djarengol, Makabaye et Meskine. Horaires et prix des consultations adaptés.

2.5.3. Assurer la formation d'un personnel spécialisé dans l'accueil et les soins aux jeunes en matière de santé génésique

Les formations ont été décrites au point 2.1.2 et la liste des formations se trouve en annexe 5.

Outre ces formations spécifiques, les rencontres prestataires – usagers auxquelles ont fait suite des réunions de restitution ont permis d'améliorer les relations entre les personnels de santé et les jeunes qui viennent les consulter.

2.5.4. Organiser un réseau de personnes référentes pour la prise en charge médicale et psycho-sociale des jeunes

Ces réseaux ont été décrits au point 2.3

2.6 L'intégration est renforcée

Grâce aux réunions entre acteurs, aux formations communes et à l'organisation commune de campagnes de sensibilisation (ces campagnes seront décrites au point 3.1.3), les différents acteurs ont appris à mieux se connaître. Ces actions ont créé des liens de confiance entre acteurs et permis ainsi de créer des ponts entre structures offrant des services différents.

De plus des formations, comme la formation en SRAJ (Formation des prestataires de la région de Mopti sur le module d'orientation de l'OMS/UNICEF en SRAJ) au Mali, la formation sur le Programme national d'orientation à la santé sexuelle et reproductive des jeunes au Burkina Faso et la formation sur la santé de la reproduction pour les jeunes et adolescents au Cameroun, ont permis d'élargir le champ de connaissance des acteurs aux domaines souvent oubliés de la santé génésique comme les droits en santé sexuelle.

Résultat attendu 3 L'information des bénéficiaires est assurée et leur participation aux décisions en matière de santé est renforcée

Au Burkina Faso un bulletin d'informations (9 numéros parus) a été largement distribué pour informer les populations de l'état d'avancement du projet Passage (numéros disponibles sur le site internet du projet). Le journal « L'Œil des jeunes » à fait une interview du chef de projet, celle-ci a été publiée en octobre 2007.

Au Mali deux éditions spéciales du journal Maxi-jeunes de Mopti ont été consacrées au projet. Le projet a également aidé à la création d'une nouvelle radio pour les jeunes, la radio Oxy-jeune.

3.1. Des supports spécifiques d'information sont développés

3.1.1. Concevoir, fabriquer et diffuser de nouveaux supports d'IEC (affiches, dépliants, etc.)

Dans les trois sites, un atelier pour lister et analyser les supports d'informations disponibles a été organisé.

A la suite de ces ateliers, certains supports existants ont été acceptés, multipliés et distribués dans les écoles, structures de santé et centres pour jeunes.

La liste des supports choisis se trouve en annexe 6.

3.1.2. Organiser une (des) campagne(s) médiatique(s) autour de la santé génésique en tenant compte des messages-clés et des populations cibles (campagnes de presse, messages radiophoniques, etc.)

Trois campagnes médiatiques ont été organisées au Burkina en 2007, 2008 et 2009.

Ces campagnes ont été mises en œuvre par les 10 associations partenaires du projet, les deux centres pour jeunes (Ouidi et le secteur 15) avec l'appui technique des deux équipes cadres de districts, la DRS et le bureau PASSAGE.

Ces campagnes ont permis de toucher 48 015 personnes dont une majorité (80 %) de jeunes et adolescents de moins de 25 ans.

Au Cameroun, deux campagnes vacances ont été organisées en août 2008 et en juillet-août 2009. Elles ont touché un public de respectivement 8 000 et 18 000 personnes. Ces campagnes ont mobilisé les pairs éducateurs des clubs santé et comités de jeunes, mais également les associations partenaires pour sensibiliser les jeunes sur la sexualité responsable.

Le Mali a organisé une campagne médiatique avec les radios FM en 2007, une campagne vacance en 2008 (public de 10 685 personnes) et 2009 (public de 5 780 personnes) et un

jeux-concours radiophonique en 2008. Nombre des activités mises en œuvre passant par des émissions radio, le public touché est difficile à estimer.

Pendant la campagne médiatique, les radios ont diffusé pendant 6 mois, en français, peulh, bozo, bambara, sonrhaï et dogon 6 magazines, 80 spots et 90 microprogrammes sur les différents thèmes de la santé génésique et sur le projet PASSAGE.

3.1.3. Organiser dans la zone une tournée théâtrale et musicale sur les thèmes de la santé génésique (y compris dans la défense des droits)

Les pièces de théâtres se sont révélées être un outil efficace et apprécié par les populations pour la transmission de messages.

Au Cameroun les pièces ont été écrites par des élèves de lycées et collèges. A la suite d'un concours, certaines pièces ont été retenues et jouées de nombreuses fois lors de différentes activités de sensibilisation. Il s'agit des pièces suivantes dont les textes sont disponibles sur le site internet du projet sur la page espace média du Cameroun. Les pièces qui ont eu le plus de succès sont :

- Le mariage précoce et forcé : 15 représentations
- Les grossesses non désirées : 8 représentations
- Le délinquant sexuel : 8 représentations
- Confirmation du bonheur : 7 représentations
- La vulnérabilité de la femme, excision : 5 représentations
- La drogue et le sexe : 5 représentations

Mais au total, 29 pièces ont été mises en scène et fait l'objet de 173 représentations pour un public total d'environ 36 000 personnes

Au Burkina, l'élaboration des pièces a été confiée à l'ASMADE, partenaire du projet, qui en collaboration avec « Le théâtre du copion » écrit, met en scène et joue depuis longtemps des pièces de théâtres à but éducatif. L'ASMADE a ainsi écrit et joué deux pièces : Centre conseil pour jeunes » dont la vidéo est disponible sur le site internet, et « Assurance tout risque » jouée la première fois lors de la réunion semestrielle du projet en janvier 2008.

Une autre association ICCV/N (Initiative Communautaire Changer la Vie /Nazemce) a également écrit et joué plusieurs pièces de théâtres sur des thèmes liés à la santé de la reproduction. Ces pièces ont été jouées 125 fois (dont 84 représentations lors des campagnes vacances, avec un public très nombreux) au cours des trois années du projet pour un public estimé à 15 000 personnes.

Au Mali, trois associations partenaires (Action Mopti, Diam Nati et AMPPF) ont aidé à la production de pièces de théâtre qui ont été jouées 114 fois pour un public estimé à 15 452 personnes (non compris les personnes ayant assisté à des représentations lors de la campagne vacance de 2008). Comme au Burkina Faso, ces pièces ont été jouées dans des écoles et sièges d'associations mais également en plein air dans les quartiers de la ville.

3.1.4. Mettre en place un réseau de pairs chargés d'assurer les relais avec les adolescents et les jeunes, et suivre semestriellement ce réseau

Nous avons décidé dès le début de ne pas former de nouveaux pairs éducateurs mais plutôt de compléter la formation des pairs éducateurs des associations. En effet, ceux-ci ne sont souvent formés que pour la prévention du sida et ignorent les autres domaines de la santé de la reproduction comme la planification familiale, la lutte contre les violences ou encore les droits en santé sexuelle.

Nous avons ainsi formé 44 pairs éducateurs au Mali (non compris les formations continues de ces pairs éducateurs travaillant dans les associations partenaires), 60 pairs éducateurs et

19 membres de comité de jeunes au Burkina, et plus de 100 pairs éducateurs et membres de clubs santé au Cameroun.

Au Cameroun, ces pairs éducateurs se sont associés dans un réseau formel, le réseau AJEPSAGE. Ce n'est pas le cas au Mali et au Burkina Faso où cependant ces pairs éducateurs se rencontrent lors de formations / supervisions par les associations qui les emploient. Au Burkina, le réseau RESCOPE (Réseau des structures communautaires pour la promotion de la pair éducation) est un organe chargé d'aider les pairs éducateurs des différentes associations ainsi que les membres des comités de jeunes. Il semble cependant que les jeunes désirent avoir plus de liberté dans leurs actions et ne considèrent pas d'un bon œil un contrôle jugé parfois trop moraliste par des personnes plus âgées.

3.2. Un plaidoyer en direction des leaders est assuré

3.2.1. Rencontrer les responsables et leaders religieux et communautaires pour les informer sur la santé génésique en général et sur les actions du projet. Tenter d'en faire des partenaires actifs dans le cadre de l'intervention.

3.2.2. Mettre en œuvre un plaidoyer vigoureux en direction des responsables administratifs et des élus locaux et régionaux sur les réalités que vit la population en santé génésique.

Beaucoup de leaders ont été rencontrés sur les trois sites. Il s'agit principalement de leaders religieux, communautaires et d'élus locaux.

Au Burkina il y a eu environ 50 rencontres formelles avec environ une cinquantaine de leaders différents.

Au Mali, 13 rencontres formelles ont été organisées avec plus de leaders, mais ces personnes et d'autres personnes importantes de la société à Mopti ont été invitées régulièrement à des conférences. C'est notamment le cas de 160 femmes leaders qui ont participé à une journée thématique sur l'importance de la consultation prénatale. Au Cameroun, des partenariats formels ont été passés avec les principaux leaders de la communauté de Maroua, que sont le Lamido (chef religieux) de Maroua et le Lawane de Meskine. Grâce à ces contacts nous avons pu toucher les chefs traditionnels des différents quartiers. Nous avons également travaillé en étroite collaboration avec le diocèse de Maroua et les élus locaux.

Ces leaders ont été invités, et ont en majorité accepté de participer, à toutes les grandes manifestations (comme les campagnes vacances ou l'inauguration des centres pour jeunes) organisées par le projet.

3.2.3. Apporter une contribution ou une assistance dans l'élaboration de projets et dans la demande de subvention mises en œuvre par les acteurs de la zone (administration, élus, ONGS, etc.)

Des formations formelles à l'écriture de projet n'ont été proposées qu'au Burkina Faso. Cependant, dans les trois sites, l'équipe du projet a apporté son aide à la conception de projet et à la recherche de financement.

Cette activité est particulièrement difficile à mettre en œuvre car nombre d'associations gardent une attitude attentiste et préfèrent être contactées par de grandes associations ou institutions internationales leur proposant des participations à un projet plutôt que se lancer dans l'écriture de projet.

Cependant, grâce aux efforts des chefs de projet, nous avons pu aider certaines associations à trouver des financements pour perpétuer leurs actions. C'est ainsi que l'AMPPF au Mali recevra pour les années à venir le soutien de la coopération néerlandaise et

que la radio Oxy jeune, mise en place avec l'appui du projet PASSAGE a reçu un financement de l'OMS.

Au Cameroun, l'UNFPA s'est engagé à reprendre le soutien aux activités SRAJ dans la région de l'Extrême-Nord. Si c'est en effet un des mandats de l'UNFPA, il est certain que la réussite du projet PASSAGE sur le site de Maroua a joué favorablement dans la prise de décision. L'Inspection médico-scolaire sera affiliée au réseau CARP et pourra étendre ses activités. Le centre jeune de Domayo bénéficiera de l'appui du projet Siloe et l'association Mognant A Mot sera financée par Care International.

3.3. La défense des droits en matière de santé génésique est effective

3.3.1. Organiser des réunions d'information avec les populations cibles à propos des droits en matière de santé génésique

Au Cameroun, le projet a appuyé le réseau dénommé « Cadre de réflexion sur la situation de la fille de l'Extrême-Nord (CARSIFEN) » pour la relance de ses activités par l'organisation d'un atelier d'évaluation des activités. Ce réseau créé en 2005 regroupe 11 structures qui à travers des rencontres de réflexion et des actions de sensibilisation et d'encadrement défendent les droits des filles/femmes et les violations qu'elles subissent. Lors de la journée internationale des femmes en mars 2009, 1 000 affiches sur la promotion des droits des femmes ont été distribuées. Une dizaine d'émissions radiophoniques ont été entièrement consacrées au droit des femmes. Par ailleurs, les différentes associations partenaires ont reçu l'information nécessaire pour mener des actions efficaces dans ce domaine.

Une affiche reprenant les droits humains et mettant en correspondance les pratiques qui bafouent ces droits au Cameroun a été élaborée et diffusée largement (plus de 1 000 affiches distribuées).

Au Mali, des formations sur les droits en santé génésique ont été offertes à 25 ONGs membres du réseau RONALS. Par ailleurs, avec l'assistance de l'AMPPFet de l'ONG AVES, un accent particulier a été mis sur l'information concernant les droits des enfants. Une action particulière de sensibilisation à ces droits a notamment été menée lors de la journée internationale de l'enfant en juin 2008. Un livret reprenant les droits en santé de la reproduction a été élaboré par l'AMPPF, reproduit et diffusé avec l'appui du projet. Ces informations ont été diffusées aux parents, aux jeunes, aux leaders, aux associations, aux enseignants et globalement à l'ensemble de la communauté à travers des conférences, émissions radio et via des causeries dans les écoles, les quartiers et les grins.

Au Burkina, l'équipe du projet a élaboré un document de synthèse reprenant les droits en santé de la reproduction, les problématiques relatives à ces droits ainsi que les lois en vigueur au Burkina Faso. Ces informations ont été diffusées aux comités de jeunes, aux membres des associations partenaires, aux prestataires de soins et aux leaders communautaires et religieux. Au total 1 696 personnes ont reçu cette information.

Par ailleurs, sur les trois sites, les droits en santé génésique ont été un des thèmes développés au cours des différentes campagnes médiatiques et campagnes vacances.

3.3.2. Favoriser la création de comités représentatifs des usagers et des jeunes. Ces comités deviendront les interlocuteurs privilégiés du projet et des acteurs partenaires.

La mise en place de comité d'usagers est un processus long et fastidieux.

Au Mali il existe déjà deux structures dont l'une des attributions est la défense des usagers, il s'agit de l'association des consommateurs (ASCOMA) et de la Fédération nationale des associations communautaires (FENASCOM). L'ASCOMA a participé au projet depuis juillet 2008 avec la mise en place de bureaux dans certains quartiers de Mopti. Par la suite, nous avons

collaboré avec cette association notamment lors d'un atelier de concertation sur les rôles et responsabilités dans la promotion des droits des usagers. L'ASCOMA a également participé aux rencontres prestataires – usagers pour s'informer sur les problèmes relationnels existant entre personnels de santé et population car le domaine de la santé est nouveau pour cette association. La FENASCOM, qui regroupe pour tout le pays environ 700 associations de santé communautaire a été tout au long du projet un interlocuteur privilégié car leur rôle dans la défense des utilisateurs des services de santé est important. La FENASCOM, ou son antenne régionale, la FELASCOM, a participé à de nombreuses activités du projet dont les campagnes vacances.

Au Burkina, des réflexions ont été menées pour la mise en place de comités d'usagers. Néanmoins, comme ce processus est long et fastidieux, l'équipe à préférer travailler plus activement avec les comités de jeunes afin que ceux-ci puissent devenir des interlocuteurs importants des structures et services de santé. Les comités de jeunes sont très actifs, mais il faudra encore du temps pour que les jeunes prennent une place réelle dans le dialogue avec les prestataires de soins. L'âge et le statut social restent encore des barrières importantes qui empêchent les jeunes de prendre la parole et les prestataires (et nombre d'adultes) de prendre en considération leurs opinions.

Au Cameroun des comités de santé existent dans chaque aire de santé. Comme au Mali, ces comités ont été impliqués dans les rencontres prestataires-usagers. Par ailleurs le comité de santé de Meskine s'est fortement impliqué dans la création de la mutuelle mise sur pied avec l'appui du projet Passage.

Résultat attendu 4 L'intervention est évaluée, les expériences sont partagées et les résultats diffusés

4.1. Une étude avant/après est réalisée

4.1.1. Définir le protocole de l'étude avant/après

Lors de la première réunion de Ouagadougou une série d'indicateurs avaient été proposés.

- Proportion d'accouchements assistés dans les structures de santé
- Avortements : Données quantitatives : proxy = nombre d'AMIU, nombre de curetages, hospitalisations pour complications ? Données qualitatives : étude socio-anthropologiques
- Nombre de personnes, plus spécifiquement de jeunes, qui consultent pour la première fois un centre afin d'obtenir une information sur la contraception
- Nombre de personnes, plus spécifiquement de jeunes, qui utilisent une méthode contraceptive pour une durée de X mois (à déterminer : 6 mois, 1 an ?)
- Connaissance de ce qui, dans la pratique des acteurs chargés de délivrer des soins en SR, les empêche d'expliquer certains concepts, de délivrer certains messages, ou de réaliser certaines activités, en fonction de la personne qui se présente à eux
- Niveau de connaissance des méthodes contraceptives
- Indicateurs IST/SIDA (à déterminer : quantitatif et / ou qualitatif ?)
- Interviews des acteurs (prestataires de soins et de services) quant à leur connaissance de la santé de la reproduction

4.1.2. Recueillir et analyser annuellement les données

Lors de l'analyse de situation réalisée en début de projet une grande quantité d'informations sur la carte sanitaire et les attentes et besoins des populations ont été collectées sur les trois sites (documents disponibles sur le site internet du projet).

Lors de la seconde réunion du projet, nous avons décidé d'éviter au maximum d'introduire de nouveaux outils de collecte dans des services déjà surchargés par ce genre de travail puisque chaque nouveau projet ou chaque programme vertical exige souvent que les prestataires utilisent des outils qui leurs sont spécifiques.

Nous avons donc raffiné la liste d'indicateurs pour lesquels il serait souhaitable de recueillir des informations. Compte tenu des objectifs du projet, qui ne sont pas totalement quantifiables, nous avons laissé à chaque équipe pays le soin de déterminer quelles étaient les données qu'il était possible de collecter sans perturber le bon fonctionnement des services de santé.

Indicateurs proposés pour le suivi du projet

Avortements : Quantitatif : nombre d'AMIU; Qualitatif : étude auprès des jeunes sur les thèmes de l'accouchement, l'avortement, le planning familial et du dépistage volontaire. Connaissances et recours sociaux et médicaux. Recueil d'informations auprès des jeunes qui fréquentent une structure de santé et auprès de jeunes qui n'ont pas fréquenté de structures de soins.

Santé de la reproduction

- Nombre total de contacts (anciens et nouveaux) de jeunes avec un centre qui offre des services et / ou des soins dans le domaine de la santé de la reproduction.
- Nombre de jeunes qui sont venus dans un centre de jeunes offrant une information sur la SR (affiche, dépliants, pairs)
- Connaissance de ce qui, dans la pratique des acteurs chargés de délivrer des soins en SR, les empêche d'expliquer certains concepts, de délivrer certains messages, ou de

réaliser certaines activités, en fonction de la personne qui se présente à eux. Autoréflexivité.
- Niveau de connaissance des méthodes contraceptives sur un groupe restreint de jeunes (une école, un quartier, ou un centre jeune) en suivi périodique (coupe transversale) et un groupe de prestataires dans la zone pilote

Acteurs politiques

- Nombre de contacts avec des acteurs
- Nombre d'engagements concrets

4.1.3. Elaborer le rapport de l'étude avant/après

Il est vite apparu que le recueil des données quantitatives posait un énorme problème de collecte. C'est dans ce sens que nous avons préféré réaliser une évaluation réaliste (voir rapport joint) capable de nous faire comprendre comment les interventions ont fonctionné, pour qui et dans quelles circonstances.

Nous avons également dans les trois pays réalisé une étude qualitative sur la problématique de l'avortement.

4.2. Le suivi en continu et les évaluations externes sont effectués

Le suivi continu des activités a été effectué via les visites sur le terrain des partenaires du Nord. Pour rappel, se suivi était sur les trois sites multidisciplinaires avec un spécialiste de santé publique (Université de Toulouse pour le Cameroun, ULB au Mali, IMT au Burkina Faso, un anthropologue (IRD pour les trois pays) et un spécialiste des activités de mobilisation sociale et politique (E&P pour les trois pays).

La méthodologie de suivi des activités la plus importante reste cependant l'organisation des rencontres semestrielles réunissant les différentes équipes et les partenaires du Nord. Il y a eu comme prévu six réunions semestrielles (2 à Mopti en février 2007 et juin 2008, 2 au Cameroun en août 2007 et en janvier 2009, et 2 au Burkina en juin 2006 et janvier 2008).

Les comptes rendus et présentations faites lors de ces réunions se trouvent sur le site internet du projet. Lors de ces réunions chaque pays présentait l'état d'avancement du projet et les plans d'actions pour les six mois suivants. A chaque réunion, une série de thèmes spécifiques étaient également proposés à la discussion. Ces réunions très enrichissantes ont permis non seulement aux équipes de mieux se connaître, mais ont été également le lieu d'échanges et de discussions qui ont sans aucun doute nourri de manière très positive le projet et donc amélioré sa mise en œuvre.

Une évaluation externe a également été réalisée pour tenter de mettre en évidence les acquis du projet. Le projet étant assez complexe et mis en œuvre dans des sites très différents, avec des acteurs différents, nous avons opté pour une évaluation réaliste. Cette méthode d'évaluation encore trop peu utilisée, mais qui depuis quelques années montre son intérêt dans des situations complexes nous a permis de mettre en lumière les points forts et points faibles d'un projet qui avait pour but de faire travailler ensemble des personnes de sensibilités fort diverses. Le rapport d'évaluation final fait l'objet d'un rapport séparé joint au rapport narratif.

4.2.1. Etablir une méthodologie commune de suivi de processus (avec entre autres la mise en place d'un carnet de bord dans chaque zone)

Dès la première réunion à Ouagadougou en juin 2006 il a été décidé que chaque chef de projet enverrait chaque mois un mémo, bref mais complet, reprenant les activités menées au cours du mois écoulé. Cette recommandation a été remarquablement suivie sur les trois sites et ces documents qui constituent la mémoire du projet permettent de retracer les évènements écoulés depuis son début. Ce genre de processus, trop peu souvent mis en

place, est inestimable pour le suivi des activités car en effet, nous avons tous tendance à vivre le jour présent et à oublier les petits faits qui parfois ont été d'une importance capitale dans le déroulement d'un projet.

4.2.2. Organiser une réunion trimestrielle avec les acteurs des zones concernées pour discuter de l'avancement du projet et proposer les recommandations qui s'imposent

Ces réunions ont effectivement eu lieu sur les trois sites.

Celles-ci ont été organisées de manière mensuelle au Burkina Faso, mais selon les besoins, des réunions plus thématiques (préparation d'évènements comme les campagnes vacances) y ont aussi été organisées.

Au Cameroun, ces réunions ont été beaucoup moins régulières du fait notamment du peu d'implication de la Direction régionale de la santé dans l'orientation des actions du projet. Sur ce site, de nombreuses réunions de concertation ont été organisées mais seulement avec certains des acteurs concernés en fonction des thèmes de discussion.

Au Mali des réunions mensuelles (pas toujours régulières) ont été organisées avec les principaux acteurs du projet. Comme au Burkina Faso, de nombreuses réunions thématiques ont également eu lieu.

4.2.3. Etablir un rapport annuel sur le déroulement du projet dans chaque zone

L'équipe du Burkina Faso a effectivement remis un rapport annuel. Le Mali a rédigé deux rapports assez synthétiques et le Cameroun s'est contenté de compiler les informations réunies pour la présentation de l'avancement des actions pour les réunions semestrielles.

Le profil des chefs de projet explique en partie cette situation. Au Burkina, le chef de projet, ancien directeur régional de la santé est habitué à ce genre d'exercice. Au Mali le chef de projet a plutôt un profil d'acteur de terrain et au Cameroun c'est un gynécologue plus enclin à s'impliquer dans l'action. Nous n'avons pas insisté pour la remise de ces rapports annuels car nous disposions, via les mémos et les rapports thématiques des diverses actions importantes, de toutes les informations nécessaires au suivi des activités.

4.3. Les expériences sont partagées entre équipes

Comme cela a été dit plus avant, les réunions semestrielles ont été un lieu d'échange inestimable. Lors de la première réunion, les différentes équipes étaient un peu méfiantes, mais dès la deuxième réunion, des liens se sont créés et grâce aux connections internet, que nous avions voulu performantes pour chaque site, des relations quasi quotidiennes se sont développées entre les différentes équipes.

Il faut cependant souligner que ces échanges concernent essentiellement les chefs de projet et qu'il semble que les responsables de communication aient eu peu de contact entre eux en dehors des réunions semestrielles. Ceci est peut-être dû à une certaine incompréhension (peut-être due aux habitudes dans ces pays) sur les liens hiérarchiques au sein des équipes. Il n'était pas dans l'intention des concepteurs du projet de créer ce genre de hiérarchie, mais elle a été constituée sans doute par le fait que la responsabilité financière du projet était dans les mains des chefs de projet.

4.3.1. Organiser une rencontre semestrielle entre les équipes de zones. Ces rencontres se dérouleront alternativement sur les sites. Y participeront, le coordinateur du projet, et 1 ou 2 acteurs locaux choisis en fonction de l'avancement du projet. Elles permettront d'échanger les expériences et de visiter les sites.

Comme cela a été dit plus haut, ces réunions se sont effectivement tenues alternativement sur les trois sites. Il n'était pas prévu au début du projet d'y convier les anthropologues des

sites, mais dès la seconde réunion, il s'est avéré que leur présence représentait un avantage certain dans les discussions.

4.3.2. Elaborer un rapport de ces réunions semestrielles

Les rapports sont disponibles sur le site internet du projet.

4.4.1. Créer un site internet interactif consacré à l'intervention et alimenter régulièrement ce site

Le site a été mis en place en janvier 2007 et est régulièrement alimenté par les rapports émanant des pays. Ce site offre une présentation du projet, des pages par pays avec une liste des activités mensuelles (agenda des activités), la présentation des partenaires, et les documents les plus importants (page actualité). Ce site continuera à être alimenté régulièrement au moins jusqu'à la fin des publications prévues.

4.5.2. Organiser l'évaluation à mi-parcours et en fin de projet

Comme cela a été dit plus haut, nous avons préféré faire une évaluation réaliste en fin de projet. Nous avons vite réalisé que dans des situations si complexes, une évaluation à mi-parcours ne nous apporterait pas plus d'informations que celles obtenues via les réunions semestrielles.

4.4. Les résultats sont diffusés

4.4.3. Etablir un programme de publications, les élaborer, les présenter aux revues concernées

Le programme de publication est en cours d'élaboration. A ce jour, il est prévu des publications sur les thèmes suivants :

Les rencontres prestataires –usagers

La mise en réseau

Le système de partage des coûts et les Besoins obstétricaux non couverts à Ougadougou

Le registre obstétrical à Maroua

Article déjà publié

Ouattara F, Bationo B.F., Gruénais M.E., (2009) Pas de mère sans un « mari ». La nécessité du mariage dans les structures de soins à Ouagadougou (Burkina Faso). Autrepart (52), 2009, p. 81-94.

4.5. Le suivi scientifique est assuré

Le suivi scientifique a été assuré comme prévu par les partenaires du Nord

Cameroun

Volet santé publique par Patrick Thonneau et Thierry Calvez de l'Université de Toulouse

Volet anthropologique par Marc-Eric Gruénais de l'IRD

Volet communication par Robert Toubon de E&P

Burkina Faso

Volet santé publique par Dominique Dubourg de l'IMT

Volet anthropologique par Marc-Eric Gruénais et Fatoumata Ouattara de l'IRD

Volet communication par Dominique Pobel de E&P

Mali

Volet santé publique par Charles Vangeenderhuysen de l'ULB

Volet anthropologique par Marc-Eric Gruénais et Fatoumata Ouattara de l'IRD

Volet communication par Dominique Pobel et Cyril Wissocq de E&P

2.4 Veuillez énumérer toutes les publications (et le nombre d'exemplaires) produites pendant l'Action quel qu'en soit le format, entre-autres celles contenant de nouvelles approches, des moyens innovatifs de communication…. (Veuillez joindre une copie de chacune d'elles, sauf si vous l'avez déjà envoyé par le passé).

Article déjà publié

Ouattara F, Bationo B.F., Gruénais M.E., (2009) Pas de mère sans un « mari ». La nécessité du mariage dans les structures de soins à Ouagadougou (Burkina Faso). Autrepart (52), 2009, p. 81-94.

Publications prévues :

Les rencontres prestataires –usagers

La mise en réseau

Le système de partage des coûts et les Besoins obstétricaux non couverts à Ougadougou

Le registre obstétrical à Maroua

2.5 Veuillez énumérer tous les contrats (travaux, fournitures, services) de plus de 5000€ attribués pour la mise en œuvre de l'action depuis le dernier rapport intermédiaire (si existant) ou pendant la période de reporting, en indiquant pour chacun d'eux le montant, la procédure d'attribution suivie et le nom du contractant ;

Burkina Faso			
Désignation	Montant	Nom du contractant	Procédure
Achat de matériel audio – visuel et ludique pour le centre pour jeunes de Ouidi	4 891 800 F (7457,5 €)	Ets Roya / Commerce général 01 BP 2382 Ouagadougou 01	Consultation de trois fournisseurs
Confection d'affiches et de dépliants de sensibilisation	4 130 000 F (6296,1 €)	Travel and Trade 04 BP 8641 Ouagadougou 01	Consultation de trois fournisseurs
Achat de matériel médico technique pour les structures sanitaires	20 978 200 F (31 981,1 €)	PM Biotech 09 BP 362 Ouagadougou 09	Consultation de trois fournisseurs

Mali			
Désignation	Montant	Nom du contractant	Procédure
Achat de matériel audio – visuel pour 10 centres	3 000 000 F (4 573 €)	Ets BB Electronique BP 2784 Bamako rue Caran	Consultation de trois fournisseurs
Aménagement de l'espace jeune AMPPF	400 000 (5 183 €)	Entreprise générale des travaux de construction BP : 98 Tel : 633 55 75	Consultation de trois fournisseurs
Achat de matériel médico technique pour les structures sanitaires	25 000 000 F (38 112 €)	O.B.S Badji Cissoko BP : 34 Medinacoura, rue 24 porte 2002 Bamako	Consultation de trois fournisseurs
Achat de matériel médico technique pour les structures sanitaires	6 351 000 (9 682 €)	O.B.S Badji Cissoko BP : 34 Medinacoura, rue 24 porte 2002 Bamako	Consultation de trois fournisseurs
Achat d'ordinateurs et imprimante	6 500 000	Demco consultation Bamako, Kalanbancoura BP : 56	Consultation de trois fournisseurs

2.6 Indiquez si l'Action va se poursuivre après la fin de l'aide de la Communauté européenne. Y a-t-il un suivi des activités envisagé? Qu'est-ce qui va assurer la durabilité de l'Action?

Au Burkina Faso, les activités développées par le projet sont inscrites dans les plans d'action de la DRS, des districts et des formations sanitaires. La DRS se propose par ailleurs de contractualiser certaines activités avec les organisations à base communautaire et d'exécution.

Au Mali, la SRAJ est intégrée dans les plan opérationnels des districts sanitaires qui vont poursuite de la mise en ouvre du processus d'amélioration de la qualité des services offerts à travers les contrats de performance et un processus d'accréditation des centres de santé. (Projet Keneya Ciwara II). L'AMPPF a obtenu un financement de l'UNFPA pour continuer à mettre en œuvre ses activités dans la région.

Au Cameroun, l'UNFPA va reprendre les activités de SRAJ dans la région de l'Extrême Nord, avec une extension des activités développées par le projet Passage aux autres sanitaires de la région.

2.7 L'Action a-t-elle assuré la promotion de l'égalité des genres, des personnes handicapées… ? Si c'est le cas, veuillez expliquer[3]

Nous avons développé un volet important pour la promotion des droits en santé de la reproduction (voir point 3.3 La défense des droits en matière de santé génésique est effective). Le projet Passage dans son ensemble, voulait à travers toutes les activités menées promouvoir l'égalité des genres notamment dans l'accès aux soins et services.

2.8 Comment et par qui les activités ont-elles été monitorées/évaluées? Veuillez résumer les résultats du feedback reçu, en ce compris des Bénéficiaires.

Les activités ont été évaluées sur les trois sites par des anthropologues. Les rapports de ces études et le rapport d'évaluation finale sont en annexe de ce rapport.

[3] Référez-vous aux Lignes directrices de la CE concernant l'égalité des genres, les personnes handicapées…

3 Partenaires et autre coopération

3.1 Comment évaluez-vous les relations entre les partenaires formels de cette Action (c-à-d les partenaires qui ont signé une déclaration de partenariat)? Veuillez spécifier pour chaque organisation partenaire.

IRD : pour ce qui concerne l'IMT nous travaillons avec l'IRD depuis de nombreuses années et avons toujours jugé cette collaboration très positive. Depuis le projet AQUASOU, les relations IRD – E&P sont aussi très satisfaisantes ainsi que pour l'ULB. Les relations avec l'Université de Toulouse sont toujours un eu empreinte de méfiance des deux côtés mais dans l'ensemble tout c'est bien passé dans le projet PASSAGE. Pour ce qui concerne les partenaires du Sud, aucun n'avait vraiment l'habitude de travailler avec des anthropologues et la vision que ceux-ci ont des choses a un peu dérouté nos partenaires au début du projet.

Je pense cependant que notamment grâce aux réunions semestrielles une relation de confiance c'est peu à peu installée et que l'intérêt d'avoir à nos côtés des spécialistes d'une discipline plus qualitative et parfois plus critique a été appréciée de tous

ULB : Au vu des échanges entre l'équipe du Mali et le représentant de l'ULB, il ne fait aucun doute que des relations de respect et d'amitiés ont été nouées, L'apport du chercheur de l'ULB a été plus qu'apprécié tant par l'équipe du projet que par les partenaires du Mali (DRS et AMPPF) ainsi que par le gynécologue de l'hôpital de Mopti.

E&P : étant des spécialistes de la communication, il eut été étonnant que les relations avec les partenaires se passent mal. L'équipe E&P a toujours montré une ouverture d'esprit et une disponibilité qui a été positivement appréciée tant par les partenaires du Sud que par les partenaires du Nord

Université de Toulouse : le chercheur de l'Université de Toulouse en charge du volet santé publique au Cameroun était le même que celui qui avait mené à bien le projet AQUASOU à Maroua (site de notre projet). Les bonnes relations développées pendant le projet AQUASOU ont donc simplement continué au cours de ces trois dernières années.

IMT : des liens de travail (Projet AQUASOU) ont été créés il y a plusieurs années avec les différents partenaires du Nord. Il n'y a donc eu aucun problème à ce niveau.

La relation avec les partenaires du Sud n'a à mon sens pas posé de problèmes, même si parfois la double fonction exercée au Burkina Faso (partenaire santé publique et coordinateur du projet) a parfois créé une certaine confusion.

ASMADE : Nous avions aussi une habitude de travail avec cette ONG dans le cadre du projet AQUASOU. Les relations entre la personne désignée par l'ASMADE pour suivre le projet ont toujours été très bonnes. Il faut cependant noter que les relations IMT et l'équipe du projet au Burkina avec l'ASMADE non pas toujours été optimales. A ce jour, je n'ai, malgré des concertations avec la directrice de l'ASMADE, toujours pas réussi à comprendre les problèmes qui entachaient nos relations. L'hypothèse la plus probable concerne une répartition des budgets entre l'équipe projet et l'ASMADE et peut-être une démonstration d'autorité jugée excessive du chef de projet (cette autorité excessive peut, je pense, s'expliquer par le fait que le chef de projet était responsable vis-à-vis de l'IMT et donc de la Commission européenne de la bonne gestion financière du projet).

Direction régionale de la santé de Ouagadougou : les relations ont toujours été bonnes avec l'équipe du projet et les partenaires du Nord. Il faut cependant noter une certaine période d'adaptation lors de l'arrivée d'un nouveau directeur régional de la santé. La stabilité des relations a cependant, même durant cette période, pu être maintenue du fait de la nomination d'un point focal, par ailleurs très actif et impliqué, au niveau de la DRS.

Direction régionale de la santé de Mopti : d'excellentes relations se sont développées avec l'équipe du projet invitée à participer aux réunions hebdomadaires de la DRS. Un point focal a été désigné dès le début pour suivre les activités du projet et quand ce pont focal a été appelé à d'autres fonctions, une autre personne a été désignée pour nous accompagner.

Dans l'ensemble les relations ont été bonnes, voire excellentes, avec tous les partenaires. Ceci est en grande partie du au fait que la plupart de ces partenaires avaient déjà travaillé ensemble dans le projet AQUASOU, ce qui nous a évité la période « d'adaptation » souvent nécessaire dans ce type d'intervention multidisciplinaire.

3.2 Le partenariat est-il destiné à se poursuivre? Si oui, comment? Si non, pourquoi?

Nous allons continuer à collaborer avec Equilibres et Populations et l'ASMADE à travers le projet « Défi jeunes : une approche intégrée de promotion de la demande des adolescentes en services de santé sexuelle et de la procréation » rédigé par E&P et soumis pour financement à l'Agence française de développement.

Nous continuerons certainement à collaborer ave l'IRD comme nous le faisons depuis des années et envisageons de développer un projet commun sur l'étude des avortements au Maroc.

Nous continuerons également à travailler avec le district sanitaire de Bogodogo dans le cadre du suivi du système de partage des coûts initié par le projet AQUASOU et soutenu par le projet PASSAGE.

3.3 Comment évaluez-vous les relations entre votre organisation et les autorités étatiques dans les pays de l'Action ? Comment ces relations ont-elles affecté l'Action?

Nos relations concernaient principalement les directions régionales de la santé partenaires du projet et comme cela a été dit plus haut, nous n'avons constaté aucuns problèmes particuliers.

3.4 Le cas échéant, décrivez vos relations avec toute autre organisation impliquée dans la mise en œuvre de l'Action :

Nous avons au Mali eu de très bonnes relations avec la mairie de Maurepas en France. Cette commune intervenait dans la commune de Mopti notamment pour fournir du matériel médical aux centres de santé. Grâce à E&P nous avons pu après concertation nous répartir l'aide en matériel à fournir aux structures de santé, ce qui nous a permis d'améliorer notre assistance à l'hôpital de Mopti sans léser les centres de santé qui ont bénéficié de l'aide de la France.
Nous avons également eu de bonnes relations avec le programme Mona Lisa qui a participé à l'amélioration de l'offre contraceptive au Cameroun et au Mali en investissant dans l'équipement et la formation du personnel.
Nous avons aussi eu de bonnes relations avec l'UNFPA qui au Cameroun et au Mali financera en partie la continuation de certaines activités développées par le projet Passage.

3.5 Le cas échéant, décrivez les liens que vous auriez développés avec d'autres actions

3.6 Si votre organisation a reçu précédemment d'autres subventions ayant comme objectif d'appuyer le même groupe cible, dans quelle mesure cette Action a-t-elle pu renforcer/compléter la (les) précédente(s)? (Enumérez toutes les subventions précédentes pertinentes).

Comme cela a été dit plusieurs fois dans ce document, le projet PASSAGE au Burkina Faso et au Cameroun a fait suite au projet AQUASOU financé par le Ministère des affaires étrangères français. Il est évident que la connaissance du terrain et des partenaires dans les pays a été un atout majeur non seulement pour la réussite d'un projet mais également pour le renforcement des acquis du projet précédent (comme la mise en réseau des maternités au Cameroun et le système de partage des coûts au Burkina Faso).

3.7 Le cas échéant, décrivez les liens que vous auriez développés avec d'autres actions

Nous n'avons pas eu de problèmes particuliers, mais l'éloignement fait que les liens ont été surtout administratifs.

4 Visibilité

Comment la visibilité de la contribution de l'Union européenne est-elle assurée dans l'Action?

Nous avons tenté de suivre les recommandations du manuel de visibilité de la Commission européenne.

Tous les rapports diffusés stipulent clairement l'origine de la subvention (avec le logo de l'Union européenne).

Les brochures, dépliants ou lettres d'information produites par le projet mentionnent systématiquement l'origine de la subvention.

Des émissions radiophoniques et télévisées, des articles dans la presse écrite.

Un site internet. Le site du projet Passage se trouve sur le site du réseau UON (Unmet obstetric need network) qui a dans le domaine de la santé maternelle une renommée grandissante depuis que la méthode des Besoins obstétricaux non couverts a été reconnue par l'Organisation mondiale de la santé et qu'elle figure en bonne place dans le nouveau manuel « Monitoring emergency obstetric care : a handbook ».

Des panneaux d'affichage ont été implantés devant chaque bureau du projet au Mali, Burkina Faso et Cameroun.

Des bannières ont été réalisées pour les réunions de fin de projet et pour la réunion internationale de fin de projet à Ouagadougou

Quand cela a été possible, c'est-à-dire quand nous avons pu les obtenir des bureaux de la Commission, des autocollants identifiant la Commission européenne ont été apposés sur le matériel fourni par le projet aux structures de santé et aux divers services impliqués dans le projet.

Les campagnes médiatiques ont touché un public d'au moins 170.000 personnes et lors de ces campagnes l'origine de la subvention a toujours été clairement mentionnée.

Nom de la personne de contact pour l'Action:
Dominique Dubourg
Institut de médecine tropicale d'Anvers
155 Nationalestraat
2000 Antwerpen
Belgique
ddubourg@itg.be
Signature: ……

Date à laquelle le rapport était dû: …31/03/2010……..

Date d'envoi du rapport: ……29/03/2010……..

Annexe 1 Membres des comités de pilotage

Burkina Faso

Gouverneur de la région du Centre

Directrice de la santé de la famille

Maire de l'arrondissement de Bogodogo

Maire de l'arrondissement de Boulmiougou

Directeur régional de la santé du Centre

Directeur régional de l'action sociale et de la solidarité nationale du Centre

Directrice régionale de la promotion de la femme du Centre

Médecin chef du district sanitaire du Secteur 30

Médecin chef du district sanitaire de Pissy

Directrice régionale de l'Ecole nationale de santé publique de Ouagadougou

Chef du service de la maternité du Centre hospitalier universitaire Yalgado

Une représentante des femmes

Une représentante des jeunes filles

Un représentant des jeunes garçons

Plus les six membres du bureau PASSAGE

Cameroun

Conseiller du gouverneur aux affaires sociales et culturelles

Délégué Provincial de la santé publique

Délégué provincial promotion de la femme et famille

Délégué provincial de la jeunesse

Délégué provincial des enseignements secondaires

Représentant du délégué provincial éducation de base

Directeur de l'hôpital provincial de Maroua

Chef service maternité hôpital provincial Maroua

Délégué du gouvernement auprès de la commune urbaine Maroua

Maire commune rurale Maroua

Lamido de Meskine

Lamido de Maroua

Service départemental des affaires sociales du Diamaré

Association de lutte contre les violences faites aux femmes

Représentante des accoucheuses

Représentante des jeunes filles

Représentant des jeunes garçons

Représentante des écoles de formation

Chef de projet PASSAGE

Responsable de communication PASSAGE

Journaliste de la radio télévision

Mali

Gouverneur de la région de Mopti

Préfet du cercle de Mopti

Représentant de l’assemblée Régionale

Chef de projet PASSAGE

Responsable communication du projet PASSAGE

Président de la FASCOM

Directrice régionale promotion de la femme, de l’enfant et de la famille

Direction régionale de la jeunesse des sports, des arts et de la culture (représentée par une lycéenne de 13 ans)

Directeur régional de la santé

Directeur régional du développement social et de l’économie solidaire

Représentant de l’université libre de Bruxelles

Directeur de l’académie d’enseignement de Mopti

Représentant de l’ONG ASDAP

Coordinateur régional du CESAC

Coordinatrice régionale de l’AMPPF

Docteur Togola conseiller technique Unicef auprès de la direction régionale de la santé de Mopti

Annexe 2 : Liste des documents consultés par pays pour la revue de la littérature

Burkina Faso

Direction de la Promotion de la Famille du Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale. Rapport annuel du projet Promotion de la santé sexuelle et reproductive des adolescentes, 2005.

Mwangaza Action, Projet d'Appui à l'émergence d'initiatives communautaires de lutte contre la propagation du VIH au sein des adolescents, 2005

Advocates for Youth, Pacific Institute for Women's Health, Programme de Participation communautaire pour la santé reproductive et sexuelle des jeunes,

Pacific Institute for Women's Health, Advocates for Youth, Mwangaza Action. Les Jeunes et leurs communautés prennent en charge la sante reproductive et sexuelle des jeunes au Burkina Faso.

Association Burkinabè pour le Bien être Familial, Programme Jeunes pour jeunes, 1992

Ministère du travail de l'emploi et de la jeunesse, Projet Communication pour le Changement de Comportement des Adolescent(e)s en matière de Santé de la Reproduction », 2005

Yaro Y., Evaluation finale du programme sur la participation communautaire pour la promotion de la santé de la reproduction des adolescents et jeunes de Bittou, Pama et Léo, 2003

Ouédraogo C., Woog V., Sondo G., Expériences des adolescents en santé sexuelle et reproductive au Burkina Faso, 2006

Guiella G., Woog V., Santé sexuelle et reproductive des adolescents au Burkina Faso : Résultat d'une enquête nationale. Occasional Report No. 21, 2006, Guttmacher Institute

Congo Z., Etude quantitative sur les connaissances, attitudes et pratiques en sante sexuelles et reproductive des jeunes scolarisés dans quelques établissements d'enseignement secondaire des régions du sud ouest et de l'est.

Yameogo M. K., Yaméogo B., Gue M.X., Rouamba N. Santé de la reproduction dans 10 villages du Sanmatenga, 1996

Derra A. Etude sur les facteurs socioculturels limitant l'utilisation des services de PF dans le district sanitaire de Dori. Province du Séno. (Mémoire de fin d'étude non publie. bibliothèque de l'OMS, cote 1250, 106 p.), 1998.

Guiella G Santé sexuelle et de la reproduction des jeunes au BF : un état des lieux, 2004

Nebie S.P., Ouedraogo I. Etude de cas en santé de la reproduction. Projet policy et Resar, 1998

Sawadogo R.C., Coulibaly N.C., Coulibaly S., Kaboré Y., Ouaba N., Soubeiga A., 1996, Enquête de connaissances, attitudes, pratiques (CAP) sur la Planification Familiale, le Sida, les Maladies Sexuellement Transmissibles et l'Education à la vie familiale. Rapport final. MEFP, SPCNP, PPLS, Sud Consult. Ouagadougou, octobre 1996, 253 p

Yaro Y et al., Les facteurs sociaux et les comportements sexuels des adolescents face au Sida au Burkina Faso, Rapport de recherche, Ouagadougou : APJAD-UERD, 2000.

Cisse M., Kabore I., Saloucou L., Zio B. Analyse situationnelle des services de santé de la reproduction au Burkina Faso, Ministère de la santé (DSF), Population Council, UNFPA, 2006

Burkina Faso. Ministère de la Santé. Direction de la Santé de la famille Population Council: Analyse situationnelle des services de santé de la reproduction au Burkina Faso. Rapport final. Décembre 2006.

Ouédraogo I. Identification des besoins spécifiques des jeunes dans le domaine de la santé sexuelle

Population Council Etude diagnostique du vécu des adolescentes mariées et de leurs besoins économiques et en SR, 2001

BAPS'96. Enquêtes de surveillance de comportements relatifs aux IST/SIDA au Burkina Faso (ESC) ; volet cartographie, rapport, 2001

Comité National de Lutte contre la Pratique de l'Excision Excision au Burkina, rapport d'activités, 2004, Ouagadougou, 2004

INSD Rapport d'analyse sur l'ampleur de la pratique de l'excision, UNICEF, 1997

UNFPA Rapport d'évaluation de la santé reproductive des adolescents au BF par le centre pour les activités en matière de développement et population, 1997

Politique nationale de population

Plan national de développement sanitaire 2001-2010

La politique, les normes et protocoles en sante de la reproduction au Burkina Faso

Mali

Aghajanian A., MERHYAR A., 1999, Fertility, contraceptif use and family planning programme activity in the Islamic Republic of Iran, in International Family Perspectives, Vol 25, n°2

AMPPF 1986 : Ce que les maliens disent du Planning familial

AMPPF, 1991 : Connaissances, Attitudes et Pratiques en Matière de Planification Familiale des Professionnels de la Santé au Mali.

AMPPF-Mopti. 1994 : Rapport sur Le Séminaire Atelier : 'L'Islam et la Planification Familiale' Tenu à Djenne le 07-08-09-10/ 06/1994 .

AMPPF (Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille), 1994 Rapport Final du Séminaire 'Islam et Planification Familiale' - Sikasso du 10 au 13 Mai.

Aprocam (Action pour la Promotion Coopérative et Associative au Mali), 1998; Analyse des situation des ASACO du cercle de Bandiagara, MSPAS, DRSPAS -Mopti - Service socio-sanitairede Bandiagara.

Bankole A. and Singh S., 1996 Couples'fertility and contraceptive decision-making in developing countries : hearing the man's voice. in International Family Planning Perspectives, Volume 24,n°1 pp 14-24

Barnet B., 1998, Planification Familiale - des décisions souvent influencées par la famille, in Network en Français - Planification familiale et vie des femmes, volume 18, n°4

Berche T., 1998 : Anthropologie et santé publique en pays dogon KARTHALA

Bertrand J. T., Hardee K., Magnani R.J, Angle M.A., 1995 : programmes de Planification familiale: accès, qualité des soins et obstacles médicaux:, Perspectives Internationales sur le Planning familial, N) Spécial pp 20 -27

Bourdarias F., 1996, faut-il croire au sida pour s'en protéger ? Perceptions et négociation du risque biologique : une dynamique des tensions sociales en milieux urbains (Bamako, Mali), in Sciences sociales et SIDA en Afrique - bilan et perspectives - Codesria, CNLS, ORSTOM - Dakar.pp 11-19

Cerpod ; 1996 Santé de la reproduction au sahel - Les jeunes en danger (résultats d'une étude régionale dans cinq pays d'Afrique de l'ouest):

Coulibaly B, Eckert E. Sow T.1995, Etude sur la santé reproductive chez les adolescents dans le Sahel- Résultats des focus groups des interviews individuels - le cas du Mali – CERPOD

Conférence sur la Maximisation de l'Accès et de la qualité des soins (la mise en oeuvre de politiques, normes et protocoles - PNP de services en santé de la reproduction SR) Entre autre sur la contraception d'urgence, les soins post-abortum, Dakar 1999

Desgrees Du Lou A., 1998, « Santé de la reproduction et sida en Arique Subsaharienne : enjeux et défis », population, n°4 pp 701 - 730

Dedy S., Tape G., 1993, Jeunesse, sexualité et sida en Côte d'Ivoire, in Les sciences sociales face au SIDA (cas africains autour de l'exemple ivoirien. J.P DOZON et L. VIDAL (Eds) pp101 - 109

Deniaud F., 1993, Jeunesse et préservatifs à Abidjan, in Les sciences sociales face au SIDA (cas africains autour de l'exemple ivoirien. J.P DOZON et L. VIDAL (Eds).pp 111- 136.

Dozon JP., 1993, Médecines traditionnelles et sida - les modalités de sa prise en charge par un tradipraticien ivoirien, in Les sciences sociales face au SIDA (cas africains autour de l'exemple ivoirien. J.P DOZON et L. VIDAL (Eds).

Darra T., Koné Y.F. , et Tounkara B. 1992, Etude socio-culturelle sur l'éducation scolaire et la vie familiale - Rapport Final, Institut des Sciences Humaines

Fay C., Pamanta O.,1994 Le sida au Maasina: une maladie des limites, in diarra T, fay C. et al révélations du sida et pratiques du changement social au Mali - ORSTOM - ISD

Fay C., 1999, reformulations et hiérarchisations des risques en temps de sida (Mopti - Mali, in, Face au sida, négociations sociales, des risques en Côte d'Ivoire et au Mali - ANRS pp 109 153

Farzaout R, Ashford L., 1996, Les femmes et le Planning familal en Afrique, in Population Reference Bureau

Fédération Internationale pour la planification familiale 1987 : la Participation communautaire dans les programmes de planification familiale

Finger W., 1994 : Comment répondre aux besoins non satisfaits, in Network en français - les femmes et la planification familiale, Volume 9, n° 4.

FNUAP GEEP (Groupe pour l'Etude et l'Enseignement de la Population), CERPOD 1997 Sénégal : campagne de dissémination des résultats de l'étude régionale menée par le CERPOD dans Cinq pays de l'Afrique de l'Ouest sur la santé de la reproduction au Sahel .

GTZ, 1998 : Adolescents and sexual health, 35 pages.

Institut islamique pour le développement (IKHRA) 1997 : Colloque sur : le regard de l'islam sur la santé de la reproduction l'éducation liée à la vie familiale et les problèmes de population.

International Planned Parenthood Federation Africa Region, Family Welfare Association o Niger (ANBEF) 1996: Report of Regional Conference on Women, Islam and Family Planning -Niamey Niger October 23 to 24 1995, 45 pages.

Katz K. R., West C.G., Doumbia F., Kané F., 1999, Accroissement de l'accès aux services de Planification familiale dans les régions rurales du Mali grâce à la distribution communautaire, in Perspectives internationales sur le planning Familial n°spécial.

Koné N., Malle D., Touré M., Tall T.S.L, Coulibaly H. Traoré, 1996;: Rapport sur l'analyse de la situation de la santé reproduction et de la planification familiale dans la région de Mopti, - Comité Régional de lutte contre le Sida - Région de Mopti, 28 pages.

Kone Y. F., 1993 Révélations du sida et changement social : la région de Sikasso, in

Révélations du sida et changement social au Mali, DIARRA T. et al , ORSTOM-ISD Rapport Final, 15 pages

Koné Y. F., 1999, Les senufo à l'épreuve du sida dans la région de Sikasso, in face au sida, négociations sociales des risques en Côte d'Ivoire et au Mali, Rapport Final ANRS, pp 89-108.

Latoundji D., Hountondji, J. G., 1996 : Etude du comportement sexuel des adolescents de 15 à 19 ans face au sida, in SidAlerte, n°52, pp 2 0 - 24.

Le Palec A., Tieman D. , 1993, Révélations du SIDA à Bamako - le traitement de l'information, in Les sciences sociales face au SIDA (cas africains autour de l'exemple ivoirien. J.P dozon et L. Vidal (Eds), pp 137-153.

Le Palec A., 1994, Bamako, se protéger contre le sida, in DIARRA T, FAY C. et al révélations du sida et pratiques du changement social au Mali - ORSTOM - ISD

Maiga S., 1996, contribution à l'étude de la planification familiale auprès des utilisatrices du Centre de Santé de la commune VI Thèse de médecine ENMP -Bamako.

McGinn T., Bamba A., Balima M., 1989; Connaissance et utilisation des méthodes de planning familial par les hommes et attitudes masculines à leur égard au Burkina Faso. in Perspectives Internationales sur le planning familal , n°spécial PP 2 - 6

Malle D., 1995, Rapport de l'enquête CAP sur les Maladies Sexuellement Transmissibles et le Sida dans la région de Mopti 1994. Comité Régional de lutte contre le Sida - Région de Mopti, 36 pages.

Mounkoro R., 1993 : Perceptions communautaires du Planning Familiale dans le cercle de Tominian - Thèse de médecine - ENMP - Bamako.

MSSPA, DNSP - DSFC; 1995, PNP 2006 : Politique et normes des services de santé de la reproduction et la Planification Familiale

Population Référence Bureau :1994 : Inquiétudes féminines : textes sur la santé de la reproduction.

Population Référence Bureau 1997: Améliorer la santé en matière de reproduction dans les pays en développement

Population Référence Bureau 1999: Santé de la reproduction politiques et pratiques

Regent's College. Inner Circle Regent's Park., 1991 : La Participation Masculine à la Planification Familiale - Compte Rendu d'Atelier (Gambie 25-28 Novembre).

Rosen J. E., Couly S.R., 1998: Le défi de la population en Afrique, in Population Action Internationale

Sawadogo R., 1991, Analyse des prestations des services de santé maternelle et infantile de la ville de Niono Thèse ENMP Bamako.

Somarc II, 1992 - Contraceptive Social Marketing- Contraceptive attitudes and practice survey - Final rapport

Sy A., Traoré Y. K., 1995 : Rapport d'enquête communautaire qualitative sur les comportements des groupes cibles vis-à-vis du sida dans la région de Mopti, Comité Régional de lutte contre le Sida - Région de Mopti, 29 pages?

The Allan Guttmacher Institute, 1996, Espoirs et réalités - Taille de la famille: espoirs et réalités.

Tinta S., 1993: Les services de santé du cercle de Bandiagara, in se soigner au Mali, BRUNET JAILLY (sous la direction de).

Tinta S., 1999 : Projets de santé et prévention en milieu dogon du Mali, in Bulletin APAD

n°17, pp 41-61

Tioulenta T., 1994, Représentations du Sida à Mopti , in Révélations du sida et pratique du changement social au Mali : 11 pages

World Health Organization, 1994: Contraceptive Research and development 1984 to 1994. The Road to Mexico City to Cairo and Beyond, Oxford University Press. Edited by Vanlook P. F. A G. et Perez-Palacios

Populations cibles : les femmes des pays en développement

Westoff F. Westoff, 1992 : Age at Marriage, Age at First Birth and Fertility in Africa. World Bank Technical Paper Number 169

World Bank, 1986 Population Growth and Policies in Sub-Saharan Africa.

World Bank, 1994 : Pour une meilleure santé en Afrique - Les leçons de l'expérience.

Université de Ougadougou - FACULTE DES LANGUES DES LETTRES DES ARTS DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES - Unité d'Enseignement et de recherche en démographie - Séminaire sur la santé de la reproduction des jeunes; 31 /03 - 06/04 / 1997 Bobo-Dioulasso.

Rapport d'atelier de validation du GUIDE DES MESSAGES santé REVISE MARS 2006-

Sy J., Kone H La communication pour le développement durable en Afrique» Presses universitaires de Côte d'Ivoire, Abidjan, CI, 1995.

Cameroun

Fonkwa Fonkwa C. Connaissance, attitude et pratiques de la contraception par le personnel de santé en zones urbaines, semi urbaines et rurales du Cameroun. Thèse de médecine, 1997 ; Université de Yaoundé I.

Brabin L, Kemp J, Obunge OK, Ikimalo J, and al. 1. Reproductive tract infection and abortion among girls in rural Nigeria. The Lancet, 1995:345; Fev 4.

Kamtchouing P, Takougang I, Ngoh N, Yakan I. Sexualité des élèves adolescents à Yaoundé. Contracept Fertil Sex. 1997,Oct ;25(10) : 798-801

Nguepi Nguimo EC. Connaissance attitude et pratique de la contraception d'urgence chez les femmes en âge de procréer de la ville de Yaoundé. Thèse médecine, 1999 ; Université de Yaoundé I.

Nji_Ako S, Mbu R, Nana P, Tonye R, Eteki N, Leke RJI. Adolescent birth outcome in central maternity of central hospital Yaoundé-Cameroon: a comparative study. Health Sci. Dis.2002:2(june).

Nji-Ako S, Mbu R, Nana P, Tonye R, Eteki N, Leke JRI. Complications o first and second trimerster of pregnancy among adolescents admitted in the central maternity of the Yaoundé central hospital, Cameroon. Health Sci Dis 200:2(june).

Tebeu PM, Kouam L, Abena Obamla MT et col. Quel serait l'âge de la parité précoce chez les adolescentes au Cameroun ? 5 années d'expériences/CHU Yaoundé (Cameroun). Méd Afr N, 2002, 49 :417-24.

Tebeu PM, Tantchou J, Abena Obamla MT, Mevoula Onana DE, Leke RJI Accouchement des adolescentes à l'Extrême Nord du Cameroun : des proportions inadmissibles. Rev Med Liege 2006 ; 61 :2 :124-7

12ème conférence médicale nationale du Cameroun. Quelle santé pour la jeunesse africaine dans le 3e millénaire. Yaoundé mars 2000 : recueil des abstracts.

Dongmo R, Fenieys D, Aminou M, Calvez T, Gruenais M-E, Thonneau P. Introduction d'un systeme d'information obstetrical : rsultats d'une etude pilote menee au Nord Cameroun. Rev Epidemiol Sante Publique, 2006, 54 :507-515

Enquête de démographie et de santé - Cameroun (EDS III). Ministère de la planification, de la programmation et de l'aménagement du territoire 2004

Stratégie sectorielle de la santé 2001-2010. Ministère de la santé publique 2001

Protocoles des services de planification familiale. Ministère de la santé publique 1993

Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) république du Cameroun 2003

Guide technique pour la prévention de la transmission mère enfant du VIH au Cameroun. Ministère de la santé publique 2002

Prévention de la transmission mère enfant du VIH : guide de poche. Ministère de la santé publique 2006

Politique, normes, procédures de santé de la reproduction au Cameroun. Ministère de la santé publique 2001.

Enquête de démographie et de santé (EDS III). Ministère de la planification, de la programmation et de l'aménagement du territoire 2004

Feuille de route de réduction de la mortalité maternelle et néonatale Ministère de la santé publique 2006.

Guide du communicateur local en faveur des soins obstétricaux et néonataux essentiels et d'urgence. Ministère de la santé publique 2006.

Programme National de Santé de la Reproduction au Cameroun

Annexe 3 Acteurs

Burkina Faso

N°	Identité des Associations	Partenaires	Domaines d'intervention	Public cible	Activités	Relations associatives	Forces	Faiblesses	Observations
	Association Wend-sick Manégré (AWESMA), Secteur 29, Arrondissement de Bogodogo. Créé en 2006 et reconnue officiellement en 2006 ; 20 adhérents	Aucun	Education, épanouissement ,	Enfants déshérités,, Femmes en difficultés	Education des enfants, lutte pour l'épanouissement des femmes	RAS		L'association, n'intervient pas dans le domaine de la santé génésique	L'association n'a pas d'activités précises, mais organise des cours d'appui aux enfants scolarisés , C'est une association naissante avec presque pas d'expérience
	Association pour l'épanouissement des jeunes (œil des jeunes), Secteur 14 (Bogodogo), Créé en 1991 et reconnu en 1998 ; 1000 adhérents	FONER, CANAL3 , DHPS ;, OXFAM/ Québec ;, Enda Tiers monde, CIJEF, , CIPUF, , Frei haffen,, FMG,	Santé, Education, Emploi, Epanouissement, (Tous les domaines qui touchent les jeunes)	Jeunes et adultes	Journal école, dîner – débats	Les journaux de l'association sont vendus par d'autres associations qui en guise de récompense bénéficient d'espace dans le journal pour publier leurs articles	-Diffuse les informations sur les jeunes	L'association après entretien, n'intervient pas spécifiquement dans la santé génésique	L'association édite un journal (L'œil des Jeunes) sur le manque d'emplois, la promotion de la culture, la vie associative. Cependant pourrait intéresser le projet PASSAGE pour l'information et la sensibilisation
	Association Kabak Manangba, Secteur 28 (Bogodogo) ; créé en 2001 et compte environ 100 membres	CMA 30,	Santé, Protection, sociale, Epanouissement , Environnement	Jeunes, Adolescents, Enfants déshérités,,	Campagne de nettoyage, Sensibilisation des parents , Sensibilisation des enfants, lutte contre le SIDA/IST, Protection des enfants de la rue, Lutte contre l'excision	Echanges avec les autres groupes associatifs	Dispose de Procès Verbaux de réunions,	Pas de siège , Un hangar sert de lieu de rencontre , Pas de partenaires financiers, Pas de plan d'action, Peu active	,
N°	Identité des Associations	Partenaires	Domaines d'intervention	Public cible	Activités	Relations associatives	Forces	Faiblesses	Observations
	Association des Jeunes pour la Promotion des Orphelins (AJPO) Secteur 28 (Bogodogo) reconnu officiellement en Décembre 1991 ; compte 200 adhérents	SP/CNLS, Associa tion des, sœurs du Burkina, CICDoc, USAID, OSI, PADS, PAMAC, IPC, Ministère , de la Santé, CATHWEL, ESTHER,	Santé , Assistance sociale, Insertion , Socio-professionnelle, Formation	Orphelins, Enfants, Démunis, Veuves, Personnes infectées, Jeunes, Personnes, affectées	Sensibilisation, Formation, Dépistage, Suivi conseil, Prévention, Prise en charges des infectés et affectés, Traitement	Membre d'un cadre de concertation mis en place par le REGIPIV	L'association obéit à tous les critères ci-dessus énumérés,	L'association est en voie de devenir une ONG selon les informations recueillies auprès des responsables	

		Medicos del Mundo							
	Jeunesse Solidaire Chaîne de l'Amitié, (JSCA) Secteur 28 (Bogodogo) reconnu officiellement en Avril 1994 ; compte environ 90 membres	PAMAC, SP/CNLS, IPC, PAM, MBDH, ADS, MJE, UNICEF, M. Santé, MEBA, MERSS, MAIRIES	Education, civique, Assistance, sociale, Santé	OEV, Jeunes	Causeries éducatives, Théâtre forum, Entretien, Suivi pré test et post test, Prévention SIDA/IST, Prise en charges , Promotion du dépistage	Membre d'un cadre de concertation mis en place par le REGIPIV	Association structurée et fonctionnelle avec des activités en permanence,		L'association travaille en étroite collaboration avec la précédente (AJPO),
	Association song kambiba Secteur 27 (Bogodogo) reconnu en 2005 compte 100 membres	PAMAC, BURCASO, AAS	Santé, Assistance sociale, Epanouissement	Orphelins, Enfants, démunis, Veuves, Personnes infectées, Jeunes, Personnes, affectées	Causeries éducatives, Théâtre forum, Entretien, Suivi pré test et post test, Prévention SIDA/IST, Prise en charges , Prise en charge médicale, Sensibilisation, Dépistage, Promotion du dépistage	Faible connaissance des autres structures	L'association mène des activités sur le SIDA ,	Reconnu il y a seulement une année	L'association n'entretient pas de relation avec d'autres associations.
N°	Identité des Associations	Partenaires	Domaines d'intervention	Public cible	Activités	Relations associatives	Forces	Faiblesses	Observations
	Association Belm wende, Secteur 15 (Bogodogo) reconnu en 2003 et compte 100 membres	Médecins du monde , GAMA BF	Education , Hygiène , Environne mentale, Santé de la reproduction, Droits humains	Orphelins, Enfants, démunis, Veuves,	Causeries éducatives , avec des personnes ressources, Entretien et sensibilisation, Réunions de veuves, Dépistage	Méconnaissances des autres structures associatives	,	Le bureau de l'association est réduit à la présidente et sa fille. Les autres membres ne s'impliquent plus. C'est une association qui a son siège dans la zone du projet PASSAGE, mais les actions sont menées dans le département de Komsilga qui ne relève pas de la zone du projet.	l'association n'entretient pas de relations avec d'autres associations,
	Association Gueswende Bala Secteur 30 (Bogodogo) reconnu en 2001 Compte 150 membres	PAMAC, MEDICUS - MONDIS, CMA/30, MAIRIES/, de Bogodogo, ABLS Horizon	Promotion de , la santé, Réinsertion , Socio économique	Jeunes, femmes	Causeries éducatives, Prévention , Prise en charges des infectés et affectés, Insertion , Socio-professionnelle, Causerie locale, Sensibilisation ,			,	Membre du réseau PAMAC

					Projection vidéo				
	Association pour la promotion de l'intégration économique et sociale des femmes dans le développement (IES-FEMMES) Secteur 30 Bogodogo) créé en 2005 compte 85 membres	PAMAC, MAIRIE/ Bogodogo, SP/CNLS, CMA/30, REGIPIV, MASSN	Education, Santé, Environnement	Orphelins, Enfants, Vulnérables (OEV)	Sensibilisation, Appui psycho social, Formations, Campagne de nettoyage	Connaissance et collabo ration parfaite avec les autres structures associa tives		Association de femmes récente, Pas d'organe fonctionnel en permanence. Les membres du bureau se réunissent au besoin	Membre du réseau REGIPIV
N°	Identité des Associations	Partenaires	Domaines d'intervention	Public cible	Activités	Relations associatives	Forces	Faiblesses	Observations
	Association Laafi la Viim(A LA VI) Secteur 14 (Bogodogo)créé en 1995 c'est une organisation non gouvernementale	SP/CNLS, PAMAC, IPC,, Ministère , de la Santé, UNFPA, SIDAC TION, OJF, UNICEF	Santé, Assistance, sociale, Epanouissement, Education	hommes, enfants, jeunes, adolescents	Consultation, Soutien aux OEV, Soutien psychosocial, Prévention, Prise en charges, Appui psycho, social	Connaissance et collaboration parfaite avec les autres structures associatives	ONG		Organisation Non Gouverne mentale (ONG)
	Centre Municipal Polyvalent des Jeunes de Ouagadougou (C.M.P.JO.) Secteur 30 (Bogodogo) créé en 2003 une institution étatique	PAMAC, SP/CNLS, RAJS	Sport, Santé, Assistance, sociale, Education, Epanouissement	Hommes, Enfants, Jeunes, Adolescents	Sensibilisation, Causeries éducatives, Séance d'animation, Dépistage,	Connaissance et collaboration parfaite avec les autres structures associatives	Association avec une grande capacité de fonctionnement		Institution semi étatique
	Association Trait d'Union des Jeunes Burkinabé (ATUJB) Secteur 17 Boulmiougou reconnu en 1999 ; compte environ 1500 membres	Aucun	Santé, Artisanat, Alphabétisation, Emploi , Education	Enfants de la rue, Prostituées, Jeunes, Artisans	Sensibilisation, Suivi des enfants, Réinsertion , Socio-professionnelle , Alphabétisation, Lutte contre la tuberculose, Causeries débats	Connaissance et collaboration parfaite avec les autres structures associatives	L'association a pour groupe cible spécifiquement les jeunes,	Les actions sont beaucoup plus axées sur autres domaines que la santé	Association avec une large zone de couverture (Pô, Koupela, Bitou, Nouna, Tenkodogo, etc.
	Association BUKINACTION Secteur 16 (Boulmiougou) reconnu en 2006 compte 130 membres	PAMAC, BURCASO, REGIPIV, IPC,	Santé, Epanouissement, Education, Assistance sociale	Orphelins, Enfants (OEV), Personnes infectées	Prise en charges médicale, Soins à domicile, Activités récréatives , Prise en charge scolaire, Suivi à l'école, Soins des OEV, Causeries débats, Prise en charges, des infectés et affectés, Mise sous ARV	Connaissance et collaboration parfaite avec les autres structures associatives	Association fonctionnelle et très active., Intervient plus dans le domaine de la santé		Membre du réseau REGIPIV

N°	Identité des Associations	Partenaires	Domaines d'intervention	Public cible	Activités	Relations associatives	Forces	Faiblesses	Observations
	Union des Routiers Burkinabé de Lutte contre le Sida (URBLS) Secteur 17 (Boulmiougou) créé en 1993 et reconnu en 1997 compte 900 membres	PAMAC, PADS/TAP, PSI/AWARE, CICDOC, M.santé, CMA/17,	Santé des jeunes, Assistance, sociale, Education, Formation,	Conducteurs, Passagers, Jeunes filles, et garçons	Animation de masse, Causeries éducatives, Visites à domicile, Visites à l'hôpital, Club d'observance, Lutte contre le VIH, Gestion de micro projet, Formation, Appui spirituel, Vente de condoms, communications	Connaissance et collaboration parfaite avec les autres structures associatives	Association avec une grande capacité de fonctionnement		ONG depuis 1997 et disposant d'un CSPS depuis 2005
	Association des femmes Unies pour le Développement (AFUD) Secteur 17 (Boulmiougou) créé en 2000 et reconnu en 2001, compte environ 100 membres	SP/CNLS, PAMAC, IPC, AFAPSI, Mairie Boulmiougou, CMA/17, Médecin sans frontière, CMECO, PAM, CECI, RAJS, ADS, PROMACO, CICDOC, BACB	Santé des , femmes, Assistance, sociale , Protection , sociale , Protection des , droits de l'enfant,	Femmes, Jeunes filles	Prise en charges alimentaire, Soutien aux OEV, AGR, Prise en charge scolaire, Suivi à l'école, Dépistage, Causeries débats, Suivi conseil, Information	Connaissance et collaboration parfaite avec les autres structures associatives	Association fonctionnelle et très active avec des activités en permanence		,
	APIAS Secteur 17 (Boulmiougou) reconnu en 2005 ; compte 475 membres	PAMAC,, MSF	Santé , Assistance , sociale	Enfants, Jeunes, adultes	atelier d'information,, club d'observance, visites à domicile, groupe de parole, ateliers culinaires, visites sur le site de l'association, Sensibilisation	Connaissance et collaboration parfaite avec les autres structures associatives	L'association mène des activités de manière permanente, Dispose de documents comptables	L'association a pour public cible unique ment les personnes touchées par le VIH	
N°	Identité des Associations	Partenaires	Domaines d'intervention	Public cible	Activités	Relations associatives	Forces	Faiblesses	Observations
	Association Catholique pour le Développement Socio économique (ACDS') Secteur 28 (Bogodogo) reconnu en Mai 1999 ; compte plus de 50 membres	projet femmes, en détresse, Frères, d'espérance, MPS, MASSN, OCADES, FAARF, Mouvement , Shalom, amis	Couture, Tissage, Broderie, Formation, sensibilisation, Santé, Insertion , Socio-professionnelle	Femmes, Jeunes filles et , Garçons,	Formation en informatique, Sensibilisation, Format ion sur l'excision, Incitation au dépistage, Lutte contre la tuberculose, Vaccination en cas d'épidémie, Cours de puériculture, Alphabétisation en mooré, Théâtres forum	Connaissance et collaboration parfaite avec les autres structures associatives		Dans l'ensemble des activités menées, c'est plutôt la formation des jeunes filles dans des métiers	

	Association Nomwendé Secteur 29 Bogodogo. Reconnu officiellement en 2004 ; compte 36 membres	ASMADE , REGIPIV,	Hygiène, Santé, Formation, Education civique	Enfants, Jeunes, adultes	Lutte contre la tuberculose, Formation en hygiène, Sensibilisation sur les modes de transmission de maladies, Causeries débats, Théâtre forum, Rencontres et échange avec les jeunes	Connaissance et collaboration parfaite avec les autres structures associatives		Les actions déjà menées sur la santé sont limitées à quelques séances de sensibilisation sur le SIDA	
	Groupement féminin Wend Waoga Secteur 29 Bogodogo compte32 membres	REGIPIV, MASSN, CMA/30	Transformation, des produits locaux, Santé	Enfants, Jeunes, femmes	Rencontres et échange avec les jeunes, Sensibilisation sur le planning familial, Visites médicales et, éducatives, Incitation au changement de comporte ment,	Connaissance et collaboration parfaite avec les autres structures associatives		Pas de documents administratifs et de gestion, Le domaine d'activité dominant est la transformation des produits alimentaire locaux	
N°	Identité des Associations	Partenaires	Domaines d'intervention	Public cible	Activités	Relations associatives	Forces	Faiblesses	Observations
	Association des Jeunes Solidaires de Sinyiri Secteur 30 Bogodogo créé en 2003 ; Pas de récépissé. Compte 50 membres et plus.	Président d'honneur	Epanouissement , des jeunes, Insertion , Socio-professionnelle , santé , environnement	Jeunes filles, Garçons	Campagne de nettoyage , Assistance mutuelle des , membres , Sensibilisation , Hygiène salubrité	Connaissance et collaboration parfaite avec les autres structures associatives		L'associa tion n'intervient pas dans la santé génésique	Le domaine d'activité est l'insertion socio professionnelle des jeunes
	Association Wend poulongo Secteur 29 Bogodogo Créée en 2004 15 membres	Aucun	Santé, Echanges	Jeunes, Vieux, Enfants,	Campagne de sensibilisation, Campagne d'éducation, Echange,	Méconnaissances des autres structures associatives		Pas de public cible, Pas de partenaire, Pas d'activités menées	
	Association Graine de Génie (AGG) secteur 16 Boulmiougou, reconnu en 1999 ; compte 50 membres	IPC,CNLS, IPC/BF, MSF, BURCASO, Réseau Afrique Jeunesse, CMA/Pissy, CSPS/16	Santé, Education, Environnement,	Jeunes filles, Garçons	Causeries éducatives, Ciné débats, Plaidoyers- formation , Soutien aux OEV, Conseils, Dépistage, Observances, PTME	RAS			Association active dans le domaine de la lutte contre la SIDA
	Dialogue Sidaction) secteur 17 Boulmiougou, reconnu en 1999 compte 97 membres	PAMAC, IPC/BF, MSF, IPCIBF,	Santé, Soutien aux OEV, Emploi, Education,	Tout le monde, Surtout les OEV, PVVIH,	PEC médical, PEC psycho sociale, Activités récréa tives, Dépistage, Formation en couture, PEC OEV, Insertion Socio-	Connaissance et collaboration parfaite avec les autres structures associatives	Activités diversifiées dans la lutte contre le SIDA		

					professionnelle, Assistance sociale, Suivi social des OEV				
N°	Identité des Associations	Partenaires	Domaines d'intervention	Public cible	Activités	Relations associatives	Forces	Faiblesses	Observations
	Association d'Assistance Pour les Maladies Infectieuses (ADAPMI), secteur 17 Boulmiougou, reconnu en 2005,143 membres	PAMAC, MSF,	Santé, Soutien aux PVVIH, Soutien aux couches défavorisées	Jeunes, OEV,, PVVIH, vulnérables	Dépistage, Visite à domicile et à l'hôpital, Consultation médicale, Soins médicaux , Sensibilisation , Repas communautaires	Connaissance et collaboration parfaite avec les autres structures associatives	Activités diversifiées dans la lutte contre le SIDA, Fonctionne permanemment		Intervient uniquement dans le domaine de la lutte contre le SIDA
	Vie Positive- Wake up secteur 17 Boulmiougou, reconnu en 2000, compte 150 membres	Non précisé	Santé, Formations professionnelles,	Personnes infectées et affectées par le VIH, OEV	PEC médical, psychologique, alimentaire, économique, juridique et administratif, PEC des PVVIH et des OEV, Dépistage , Sensibilisation et prévention, Plaidoyers et formation	Connaissance et collaboration parfaite avec les autres structures associatives	Association très active avec une bonne fonctionnalité,		Intervient uniquement dans le domaine de la lutte contre le SIDA
	Association-Solidarité – Développement (ADS) secteur 28 Bogodogo. Sans récépissé compte 23 membres ,	Aucun	Santé :, (tabagisme, alcoolisme drogue), Prostitution,	Jeunes, Enfants,	Campagne de nettoyage, Rencontres avec les parents des enfants concernés, Campagnes de sensibilisation, Causeries débats,	Méconnaissances des autres structures associatives	L'association agit dans des domaines connexes à la santé génésique tels que le tabagisme, l'alcoolisme la drogue, la prostitution à travers des sensibilisations sur des fonds propres	L'association intervient depuis seulement un an dans la santé génésique, Pas de partenaires, N'est pas reconnue	
N°	Identité des Associations	Partenaires	Domaines d'intervention	Public cible	Activités	Relations associatives	Forces	Faiblesses	Observations
	Groupement féminin Wend yam secteur 17 Boulmiougou, reconnu en 2002 compte 50 membres et plus	DGCOOP,	Santé, Formation, Fabrication du , savon, Transformation, Alphabétisation	Populations,	Sensibilisation , Formations et lutte contre l'excision, VIH/IST, Lutte contre l'analphabétisme,	Méconnaissances des autres structures associatives	, Dispose de documents de gestion, rapports	,	Association composée uniquement de femmes
	Association Burkinabé des	00	Santé, Développement ,	Personnes en difficultés,	Sensibilisation , Conseils, Visites ,	Connaissance des autres structures		N'intervient pas dans le domaine de	L'association œuvre pour l'assistance aux

	Jeunes Pour le Soutien des Personnes en Difficulté/Jeunesse Unie (ABJSPD/JU) secteur 29 Bogodogo compte plus de 32 membres		durable, sport, Assistance , sociale	Jeunes,	Activité d'épanouissement, Projection cinématographique, Tournoi de football Assistance , sociale des personnes âgées et en difficulté, Sport	mais échanges difficiles		la santé génésique	personnes âgées
	Association Burkinabé Action Solidarité Femmes Enfants (ABASFE/BF) secteur 17 Boulmiougou, reconnu en 1999 compte 65 membres	SP/CNLS, PAMAC, IPC,, PAAC, MSF, CEAS, Mairie/, Boulmiougou, BACB, BRS, CNRST, GIE/NAFA	Education , Santé, AGR, Atelier culinaire	Enfants et, Femmes	Soutien alimentaire, Soin à) domicile, PEC des PVVIH, Formation, PEC des OEV, Sensibilisation, Projection cinématographique, Club d'observance, Groupe de parole, Atelier culinaire	Connaissance et collaboration parfaite avec les autres structures associatives	Association très fonctionnelle et active, Elle couvre les deux zones d'intervention de PASSAGE, Soutient aux filles en situation de grossesses non désirées ou contestées		
N°	Identité des Associations	Partenaires	Domaines d'intervention	Public cible	Activités	Relations associatives	Forces	Faiblesses	Observations
	Association pour la Promotion Economique et Sociale des Femmes du Burkina Faso (APES/BF) secteur 16 Boulmiougou, ; compte 7 membres	MSF, Médecin du monde,	Santé, formation,	PVVIH, OEV, Femmes démunies,	Soutien aux PVVIH, Groupe de parole , Sensibilisation , Formation , Prévention des PTME, Création des AGR	Méconnaissances des autres structures associatives		Pas de reconnaissance officielle, Pas d'adresse personnelle (un numéro de télé centre sert de contact)	
	Amicale des Jeunes de Cissin (AJEC) secteur 16 Boulmiougou, reconnu en 2000 compte 72 membres	RAJS, Emmaüs-solidarité, AJCED, AGG	Santé, Education , Environnement, formation,	Populations,	Campagne de sensibilisation , formation éducative,	Connaissance et collaboration parfaite avec les autres structures associatives	,	Pas de public cible précis	
	Initiative Communautaire Changer la Vie-Nazemsé (ICCV-N) secteur 16 Boulmiougou, reconnu en 2005 ; compte500 membres	REGIPIV, ASMADE, FDC, CMA/Pissy, CSPS/16, Mairie de Boulmiougou	Santé , droits humains, éducation,	Enfants, Jeunes, Femmes,	Soins, Information, Sensibilisation, Lutte contre la tuberculose	Connaissance et collaboration parfaite avec les autres structures associatives			
	Association pour la Promotion des Groupements Féminin Secteur 30	ASMADE, UNICEF, ONAC, MSF, Mairie/ Bogodogo,	Droits humains, Assistance , sociale, Santé	Enfants, Jeunes, Femmes	Sensibilisation, Observance –, Appui matériel et social des femmes enceintes et	Connaissance et collaboration parfaite avec les autres structures	C'est une association qui a été impliquée dans la		

	Bogodogo. Reconnu en 1997	SIAO, CMA/30, CECI			VVIH, Références vers les SMI	associatives	mobilisation sociale du projet AQUASOU		
N°	Identité des Associations	Partenaires	Domaines d'intervention	Public cible	Activités	Relations associatives	Forces	Faiblesses	Observations
	Association des Travailleurs du Secteur des Transports pour la Lutte contre le VIH/SIDA au Burkina ATSB) secteur 19 Boulmiougou compte 1000 et plus membres	Aucun	Mobilisation , communautaire, Promotion de , l'intégration de , approche genre, Santé,	Populations	PEC des malades, Assistances des OEV et des familles victimes, Installation nationale des commissions de conseil,	Méconnaissances des autres structures associatives	,	C'est une association naissante qui affirme n'avoir pour le moment pas réalisé d'activités concrètes, Elle n'est pas encore reconnue et est moins structurée	,
	Association Toog Rogm de Sandogo secteur 19 Boulmiougou compte 500 membres	Aucun	Scolarisation, Assistance , sociale des membres, Santé , Emploi	Jeunes, Vieux, femmes,	Activités annuelles, Don de fournitures aux élèves , Sensibilisation, Aide à l'insertion Socio-professionnelle	Méconnaissances des autres structures associatives		C'est une association familiale de solidarité	L'association ne répond pas aux critères d'éligibilité., Le responsable de cette association est le même pour l'ATSB
	Association pour la Promotion des orphelins et le développement (APOD secteur 19 Boulmiougou, reconnu en 1999 compte 1500	PAPMLS, IPC, PAMAC, SP/PNLS, CEAS	Education, Santé, Assistance sociale	population	Aide aux orphelins, Dépistage, Repas communautaires, Sensibilisation , PEC des PVVIH, Tenues d'AGR, Prévention , Don de kits scolaires, PEC de la scolarité des OEV, Activité d'éveil, Visite à l'école, PEC psychosocial , Groupe de parole observance	Connaissance et collaboration parfaite avec les autres structures associatives	Dispose de documents administra tifs (registre de gestion des bénéficiaires)		
N°	Identité des Associations	Partenaires	Domaines d'intervention	Public cible	Activités	Relations associatives	Forces	Faiblesses	Observations
	Centre de formation des jeunes filles le nazaréen Secteur 28 Bogodogo reconnu en 2004 compte 30 membres		Education, Formation , professionnelle, Santé,	Jeunes filles, Femmes, défavorisées,	Cours d'hygiène, Sensibilisation, Cours d'économie familiale, Séchage, Cuisine, Couture, Pâtisserie	Méconnaissances des autres structures associatives	Dispose de rapports de suivis,	Pas de partenaires	L'action de l'association dans la santé est marquée par les cours de sensibilisation sur le SIDA aux filles encadrées, L'association ne mène pas d'actions directes sur le terrain par rapport à la santé génésique
	Association bon		Santé , Education ,	Population	Sensibilisation,	Méconnaissances		L'association n'est	

	voisinage secteur 19 Boulmiougou, compte environ 200 membres		Reboise ment,		Assistance sociale, Vaccination, Projection cinématographique	des autres structures associatives		pas encore reconnue , Les activités sont peu permanentes	
	Association SOS Sida Jeunesse mobilisée, secteur 19 Boulmiougou, reconnu en 1992	PAMAC, IPC, AFAPSI, CAS/VIH, REGIPIV, RAJS/BF, BURCASO, ADC/Suisse, CUSO/Canada, Afrique Amitié, RCS, Am CHRISTIAN Aids, CICDOC	Santé, Education, Elevage	Population	PEC médical, PEC psycho social, PEC OEV, Dépistage, Sensibilisation,	Connaissance et collaboration parfaite avec les autres structures associatives	L'association est fonctionnelle permanemment		

Mali

	Intervenants	Type d'activité	localisation	Groupe cible
	Structure étatique			
1	Direction Régionale de la santé	Coordination/ Supervision/ Suivi/ Evaluation	Sevaré I	Population de la région de Mopti
2	Direction régionale du Développement Social et de l'Economie Solidaire	Coordination des activités de mobilisation sociale., Supervision des activités IEC	Sevaré	Population de la région de Mopti
3	Direction Régionale de la Femme de l'Enfant et de la Famille	Coordination des activités promotionnelles	Sévaré I	Femmes / Jeunes
4	Direction Régionale de la jeunesse, des sports et de la culture	Coordination des activités de la jeunesse	MoptiCentre commercial	Jeunes
5	Académie de l'Enseignement	Coordination des activités IST/VIH SIDA, Dans les écoles	Sévaré II	Jeunes scolaires
6	Coordination régionale de la jeunesse	Coordination des activités de jeunes	Mopti	Jeunes adolescents
7	Hôpital régional	Prise en charge des urgences obstétricales, Dispensation des ARV	Mopti Quartier administratif, Komoguel I	Population
8	Centre de santé de référence de Mopti	Mise en œuvre des activités SP/PFIEC/SRIEC/VIH SIDA	Mopti, Komoguel I	
9	CSCOM central	PMA	Komoguel I	
10	ASCOTAMB	PMA	Monsikoré	
11	SCOM Sevaré I et II	PMA	Sévaré II	
12	CSCOM Sevaré III	PMA	Sevaré III	
13	FERASCOM	Fédération régionale des associations de santé communautaires et locales		
	Associations et ONG			
1	AADI (Association Appui au Développement Intégré)		Djenné	
2	Action Mopti	SR/ PF, IST VIH /SIDA	Monsikoré	Jeunes, adolescent, femmes de Mopti
3	ADCL (Association pour le Développement des Collectivités Locales)		Mopti	
4	ADEPSA (Association pour le Développement des Pays du Sahel)	VIH/SIDA	Mopti Gangal	jeunes
5	ADESA (Association pour le Développement au Sahel)		Djenné	
6	ADMR (Association pour le Développement du Monde Rural)		Mopti	
7	AEDM (Agence Evangélique de Développement du Mali)		Mopti, Bandiagara, Bankass, Koro, Tenenkou, Youwarou	
8	AFAR (Action pour la Formation et l'Auto promotion Rurale)		Mopti, Bandiagara, Youwarou	
9	AGVF (Association des Groupements Villageoise de Femmes)		Bandiagara	
10	AIDE ET ACTION		Sévaré, (zone château)	
11	AID-Mali (Association Malienne de Initiatives et d'action de Développement)		Mopti	
12	Alliance Mission	VIH/SIDA	Sevaré I. II	Jeunes
13	AMABIPP (Association Malienne pour le Bien-être Physique et Psycho mental)		Mopti	

14	AMFVD (Association Malienne des femmes Villageoises pour le Développement)		Mopti, Koro	
15	AMPPF	PF, VIH/SIDADistribution des contraceptifsFormation des relais communautaires	Mopti Komoguel I	Jeunes adolescentsFemmes en âge de procréer
16	Amprode Sahel (Association Malienne pour la Promotion et le Développement de l'Enfance au Sahel)		Bandiagara, Tenenkou, Youwarou, Koro,	
17	ANSB (Association Nulè du Sénon Bankass)		Bankass	
18	APFM (Association pour le planning Familial et la Lutte contre la mal Nutrition)		Mopti	
19	APH (Action pour la Promotion Humaine)		Bandiagara, Douentza	
20	APIDC (Association pour la Promot des Initiatives de Développement Communautaire)		Bankass	
21	APROFEM (Association pour la Promotion de la Femme et de l'Enfant au Mali)		Mopti	
22	ASAREN		Douentza	
23	ASDAP (Association pour le Soutien des Actions des Populations)		Bankass	
24	ASLADE	SR/ VIH /SIDA	Tahikiri	jeunes
25	ASM (Aide au Sahel Mali)		Bankass, Douentza	
26	Association des Volontaires pour le Développement Rurale		Bankass	
27	Association Malienne pour la Promotion de la Santé et des Droits Humains	Promotion des droits humains	Mopti Bougoufié	FemmesJeunes
28	Association Villages Dogon		Douentza	
29	AVES (Avenir Enfance au Sahel)		Mopti, Bankass, Bandiagara, Douentza , Koro, Djené	
30	AVPA (Association des Volontaires pour la Promotion Agropastorale)		Djenné	
31	AVRIL (Appui à la Valorisation des Ressources et Initiatives locales)		Mopti	
32	BACIC RCD		Mopti	
33	CAFO	Mobilisation sociale	Mopti Gangale	Femmes
34	CESAC	Prise en charge des PV VIH,Dispensation des ARVIEC, VAD	Mopti Monsikoré	PV VIH
35	CONSORTIUM AGA		Mopti	
36	Danaya -So	VIH/IST	Mopti centre commercial	Femmes libres
37	DELTA-SURVIE		Mopti, Bandiagara,Bankass,Djénné Youwarou	
38	DIAM - NATI	VIH/SIDA	Mopti Monsikoré	jeunes
39	echo Sahel		Mopti	
40	EFOR ACD Mali		Djenné, Douentza	
41	ERAD (Equipe de Recherche et d'Appui pour le Développement)		Bankass	
42	ESPOIR		Bandiagara, Koro, Bankass	
43	ESSEM (Association pour l'emploi, la sécurité, la santé de l'enfant et de la mère)			

44	EVEIL		Mopti	
45	GAAS-Mali (Groupe d'Animation action au Sahel)		Bandiagara, Bankass, Koro, Douentza	
46	GAE-Sahel (Groupe d'action pour l'Enfance au Sahel)		Mopti	
47	GAFA (Groupe d'Appui à la Formation et à l'Animation)	Promotion des activités SR/PF, IEC/VIH SIDA dans les zones inondées	Mopti, Douentza	Femmes en âge de procréer
48	GAIE –Walia (Goupe Appui Environnemental-Walia		Bankass, Koro, Ténenkou, Youwarou	
49	GRACE	Mobilisation sociale,Sensibilisation sur la SR/PF, IST/VIH/SIDA dans les écoles	SevaréMillion quin	Jeunes scolaires
50	GRAD (Groupe de Recherche –action pour le Développement)		Mopti, Douentza	
51	GRAT (Groupe de Recherche et d'Application Techniques)		Mopti, Douentza, Ténenkou	
52	HDS (Harmonie pour le Développement au Sahel)		Bandiagara, Bankass, Koro, Douentza	
53	JAAS			
54	JIGISEME			
55	KAWRAL		Mopti	
56	MAJ (Mouvement action jeune)			
57	Molibemo		Bandiagara	
58	NEF (Near East Foundation)		Mopti, Douentza	
59	ODI-Sahel (Organisation pour un Développement Intégré au Sahel)	Promotion des droits humains,IEC dans les écoles, et Associations	Mopti, Bandiagara, Koro, Douentza	Femmes / jeunes
60	OGES (Organisation pour la Gestion de l'Environnement au Sahel)		Mopti, Douentza	
61	OMAES (Œuvre Malienne d'Aide à l'Enfance au Sahel)		Mopti, Djenné	
62	PACECA (Projet d'Appui aux Caisses d'Epargne et de Crédit Auto - gérées)		Tenenkou	
63	PDECO		Bandiagara	
64	Prométhée		Mopti, Bandiagara, Douentza, Koro, Bankass, Tenenkou , Youwarou	
65	SABA (Solidarité pour l'Autopromotion de Base)		Mopti, Bandiagara, Douentza, Bankass, Djenné, Youwarou, Koro, Ténekou	
66	SUCO	VIH/SIDA	Monsikoré	jeunes
67	TOUMAST		Mopti	
68	TSPPD (Tam-tam pour la sécurisation de population du Plateau Dogon)		Mopti,,Bandiagara,Bankass	
69	Woyïo Kondeye		Mopti, Djénne	
70	YAGTU (Yam-Giribolo-Tomou)		Bandiagara	
	Liste des grins			
1	PROFF		Bougoufié	
2	BASTIN		Komoguel	
3	NAZA		Gangal	
4	BOSTON		Gangal	

5	DROID CARRE		Mossinkoré	
6	RESEAU ALKAYIDA		Komoguel I	
7	HIP HOP CITY		Toguel	
8	TYIMITHAMA		Toguel	
9	FATOBOUGOU		Komoguel I	
10	JAMANA JAMA		Bougoufié	
11	LION DE GANGAL		Gangal	
12	DAAMA COIFFURE		, Mossinkoré	
13	PAVE		Mossinkoré	
14	MISIRI CARRE		, Mossinkoré	
15	C.H		Gangal	
16	H.T 2		Toguel	
17	AIGLONS		Toguel	
18	H.T I		Toguel	
19	RFA		Mossinkoré	
20	MASTER ET SON STAF		Bougoufié	

Et 200 autres petites associations de quartiers intervenants dans divers domaines autres que la santé

Cameroun

	Intervenant	Type	Création	Domaine d'intervention	Localisation	Cible
1	ACDEV,	Ass.	2002	Sécurité Alimentaire, Education nutrition, Conseil et formation	Louggol	Femmes enceintes , Enfants malnutris
2	ACEEN ,	Ass.	2002	Protection environnement, Santé et environnement	Domayo , (Camtel)	Pêcheur
3	ACMS,	Ass., Ass.	, 1996	Promotion en PF, Sensibilisation IST/VIH, Distribution Journaux, Préservatif, , Emission Radio 100% jeune	Diguirwo	Jeunes , PVVS
4	ACSAD,	Ass.	2005	Mobilisation Sociale , Sensibilisation SR/PF,	Domayo Patchiguinari	Femmes , Jeunes , Pop gén.
5	ADEF,	Ass.	-	Education et scolarisation, Assainissement, Assistance sociale	Maoudiwo	Jeunes
6	AFAM	Ass.	-	-	Meskine	
7	AFEMDI	Ass.	2002	Soutien aux jeunes scolaires aux jeunes filles	Lopéré marché poulets	Femmes musulmanes
8	AFSU	Ass.	2002	Visites à domiciles, Education sanitaire, nutritionnelle.	Zokok	PVVS
9	AGADJAS	Ass.	2000	Promotion , Formation AT, Animation, IEC, Soutien aux OEV, Education	Doualaré (à 50 m du carrefour Ngounou Ngaya)	Jeunes , Femmes
10	AGIR	Ass.	1994	Appui pour les AGR, Montage des micro-projets	Kongoré	Femmes , Jeunes , Hommes
11	AJSP	Ass.	-		Pitoaré	Jeunes
12	ALVF	Ass.	-	Prise en charge des personnes ayant subi les violences et viols	Kakataré	Jeunes , Adolescents , Femmes
13	APEEFC	Ass.	1999	Encadrement, , Plaidoyer	Djarengol (Saint Jean)	Enfants de la rue
14	APRICOM	Ass.	-	Prise en charge et encadrement des PVVS, Sensibilisation VIH,	Djarengol St Jean	Jeunes et adolescents , Femmes
15	ASSAME	Ass.	2001	Education sanitaire	Kakataré	Femmes et les enfants
16	CACOFRAF	Ass.	2000	Prise en charge des PVVS, Sensibilisation IST/VIH		
17	CDQ	Ass.	2004		Harde	Adultes
18	CJAD	Ass.	2006		Domayo	Jeunes
19	ESAFE	Ass.	1999	Alphabétisation , Prise en charge des PVVS, Protection environnement		Femmes , PVVS
20	GAPOL	Ass.	2002	Sensibilisation , Assainissement , Formation des animateurs	Bololo	Femmes ,
21	Mognang AMOT	Ass.	2000	Sensibilisation, SR, Nutrition	Pitoaré	Jeunes , FVVS
22	OCALPAS	Ass.	2000	Education scolaire et universitaire , Promotion , SR/SG, Micro-projets	Zileng	Jeunes et adolescents, Femmes
23	OPEDEF	Ass.	1998	Sensibilisation, Formation , AGR	Domayo	Femmes , Jeunes filles
24	RACED	Ass.	2005	Education formation chrétiens	Alliance Biblique	La population en générale
25	RESAEC	Ass.		Sensibilisation , Animation en IEC, PF/VIH, Formation	Face Maoua Palace,	Femmes , Adultes

26	ROFAM	Ass.	2005	Sensibilisation grossesses indésirées, Education de la jeune fille, Mobilisation sociale, Promotion de la femme	Ouro-bicorde	Femmes , Jeunes filles
27	SaLaMa	Ass.	1994	Prise en charge des OEV, Formation , Sensibilisation	Louggol	Jeunes , Orphelins , Femmes
28	SOLCODIH	Ass.		Prevention du diabète	comice	
29	WESDEY	Ass.	2001	Prise en charge des OEV, environnement	Ouro-bicorde	
	Organisations internationales					
30	CARE	ONG		Prise en charge des OEV, Sensibilisation VIH,	Domayo	Jeunes et adolescents , Femmes
31	Croix Rouge	ONG	1963	Sensibilisation VIH, Secourisme	Zokok	Pop. gén.
32	UNFPA	ONG		Prise en charge , Soins obstétricaux, Appui des structures	Domayo	Jeunes , Femmes, Population générale
33	VSO	ONG				
34	CAISECO	GIC	2003	Entreprenariat , Formation , AGR	Centre ville	Population générale
35	GAF	GIC	1995	Encadrement , Formation , SR	Maroua urbain	Jeunes filles
36	MAHANA	GIC	2006	AGR, Sensibilisation sur les mutilations sexuelles et génitales	Bamaré	Jeunes filles
	Centres et foyers de jeunes					
1	CS (Foyer des jeunes)	Centre social public		Animation	Dougoï	Jeunes adolescents
2	CJM	Centre social privé confessionnel		Animation et Promotion , Sensibilisation , Projets jeunes , Accompagnement , Soins de santé	Domayo	Jeunes et adolescents , Population générale
3	ICE	Centre d'accueil et d'encadrement (public)		Encadrement , Réinsertion socio -professionnelle	Comice	Jeunes et adolescents , Enfants de la rue
4	« Belle Etoile »	Centre d'accueil et d'encadrement (privé confessionnel)	1998	Encadrement , Réinsertion socio -professionnelle	Mayel - ibbé, (axe poste 105 sonel)	Enfants de la rue
5	Orphelinat le Kawtal	Centre d'accueil (privé)		Encadrement enfants , 0-15 ans	Harde	Jeunes Orphelins

6	Maison Brotier	Centre d'accueil (privé)		Encadrement et accueil des jeunes		
7	Saré Robert Naoussi	Privé confessionnel		Encadrement et formation	Djarengol	Jeunes
8	Saré Tabita	Centre d'accueil confessionnel	2000	Accueil et Formation	Djarengol Kodek	Jeunes filles
	Groupe / aumônerie des jeunes					
1	Groupe d'animation mission Founangue	Privé confessionnel	-	Animation,	Founangue	Jeunes
2	Groupe d'animation mission Doualaré	Privé , Confessionnel	-	Animation,	Doualaré	Jeunes
3	Troupe théâtrale	Privé		Animation, Représent Théa., Conception des supports pour jeunes		
	Associations de jeunes et groupements de quartier					
1	Franc Espoir	Asso. quartier	-	Animation, Sensibilisation	-	Jeunes et adolescents
2	Prestige	Asso.quartier	-	Animation, Sensibilisation	Ouro- tchédé	jeunes
	Club santé, club des lycées et collèges					
1	CSS Lycée Domayo , (club réglo)	Public		Animation, Sensibilisation	Domayo	
2	CSS Lycée Technique ,	Public		Animation, Sensibilisation		
3	CSS lycée Bilingue, (club réglo)	Public		Animation, Sensibilisation		
4	CSS Lycée Classique (club réglo)	Public		Animation, Sensibilisation		
5	CSS Jacques Bernon	Privé confessionnel		Animation, Sensibilisation		
6	CSS El Sabil	Privé confessionnel		Animation, Sensibilisation		
7	CSS Adventiste	-		Animation, Sensibilisation		
8	CSS C.T.M	Privé confessionnel	-	Animation, Sensibilisation		
9	CSS Siddi Djahoro	Privé	-	Animation, Sensibilisation		
10	CSS Aboudahoul	Privé	-	Animation, Sensibilisation		
11	CSS CES Meskine	Public	-	Animation Sensibilisation		

Annexe 4. Structure ayant bénéficié de l’appui en matériel médical par pays

Cameroun

Centre de santé de Djarengol Kodek

Centre de santé de Domayo Djarma*

Centre de santé prive catholique de Domayo

Centre de santé de Doualare

Centre de santé de Dougoi

Centre de santé de Hairou

Centre de santé de Kodek

Centre de santé de Makabaye

Centre de santé de Meskine

Centre de santé de Ourotchede*

Centre de santé de Palar

Centre de santé de Pitoare

Centre de santé de Zokok

Centre de santé de Barmare

Hôpital Provincial de Maroua

Centre médico social CNPS

Hôpital de Meskine

Clinique de bon secours

Polyclinique du Diamere

CMA Foumangue

CM des armées

CM de la police

Burkina Faso

CMA Pissy

CMA du secteur 30

Centre jeune du Secteur16

Centre jeune du Secteur 15

Centre de santé de Nagrin

Centre de santé de Boassa

Centre de santé de Zagtli

Centre de santé de Cissin 17

Centre de santé de Sandogo

Centre de santé du Secteur 19

Centre de santé du Secteur18

Centre de santé de Zongo

Centre de santé de Pissy 17

Centre de santé de Dagnon go

Centre de santé Trame d'accueil du Secteur 28

Centre de santé de Trame d'accueil du Secteur 30

Centre de santé du Secteur 15

Centre de santé du Secteur 30

Centre de santé de Balkouy

Centre de santé de Wemtenga

Centre de santé de Yamtenga

Centre de santé de Ouaga 2000

Centre de santé de Nongtaaba

Centre de santé de Dassasgo secteur 28

Centre SOS Sida

Assosiation .Burk-Action

Association des Jeunes pour la promotion des orphelins (AJPO)

Centre médical polyvalent des jeunes (CMPJO)

Association Jeunesse Solidaire Chaîne de l'Amitié (JSCA)

Mali

Hôpital régional de Mopti

Centre de santé communautaire de Sévaré secteur I

Centre de santé communautaire de Sévaré secteur II

Centre de santé communautaire de Sévaré secteur III

Centre de santé communautaire de Komoguel I

Centre de santé de Référence

Centre jeune de l'AMPPF

Annexe 5 : Formations

Mali

Formations	Nombre	Remarques
Formation de pairs éducateurs des associations partenaires en santé de la reproduction	44	Juin et juillet 2007
Formation des prestataires de la région de Mopti sur le module d'orientation de l'OMS/UNICEF en SRAJ	26	Novembre 2007
Formation de prestataires de soins sur la GATPA	25	Janvier 2008 Financement USAID
Formation de formateurs locaux de la région en Protocole, normes et procédures	19	Janvier 2008 Financement OMS
Formation du gynécologue de l'hôpital et du médecin de la clinique de Mopti en technique d'insertion et de retrait des implants	2	Avril 2008
Formation des agents des sites PTME de la région de Mopti, en counseling	19	Avril 2008 Financement USAID
Formation et information des animateurs radio FM, de l'ORTM Mopti et de la presse écrite sur la SRAJ	9	Avril 2008
Formation des prestataires sur les soins obstétricaux et néonataux d'urgence	17	Février 2008 Co-financement UNICEF
Formation au logiciel de gestion du système de référence/évacuation «GESYRE».	60	Juin 2008
Formation des régisseurs de prison de la région de Mopti et de Sikasso,		Mars 2008 Financement Envarts International en partenariat avec l'OMS et l'ONU SIDA
Formation des monitrices des associations ESSEM et Jigisémé sur la santé de la reproduction et la convention des droits des enfants	16	Décembre 2007
Formation des communicateurs sur radio et promotion de la santé	50	Decembre 2008 Financement OMS
Formation SR des membres du bureau MAJ AMPPF et des clubs de jeunes amis de la radio Oxy Jeunes		
Formation jeunes pairs	32	AMPPF

Burkina Faso

Formations		Nombre	Remarques
Utilisation du partogramme et la prévention des infections	prestataires	80	Novembre 2007, mai 2007, 4 sessions ???
Processus d'amélioration de la performance	prestataires	60	Avril 2007, mars 2008, décembre 2008
Programme national d'orientation à la santé sexuelle et reproductive des jeunes	prestataires des centres de santé et des centres jeunes	34	Mai 2007, octobre 2007, avril 2008
Accueil et communication interpersonnelle	prestataires	60	Février 2008, mars2008, mai 2008
Formation en techniques de supervision	Prestataires	40	Mars 2008, septembre 2008
Planification et élaboration de projet	membres d'association	20	Mars 2008
Les différents aspects de la santé de la reproduction	animateurs d'association	20	Février 2008
Techniques d'IEC	animateurs d'association	20	Avril 2008
Droits en santé génésique	animateurs des associations	20	Septembre 2008
Santé de la reproduction et life skill	membres des comités de jeunes	19	Juin 2008 et avril 2009

Cameroun

Santé de la reproduction pour les jeunes et adolescents	Prestataires	20	
Santé de la reproduction pour les jeunes et adolescents	Etudiants des écoles d'infirmier(ère)s	74	
Insertion et retrait du Norplant	Prestataires	2	
Insertion du DIU	Prestataires	41	
Contraception d'urgence	Prestataires	24	
Aspiration manuelle intra-utérine	Prestataires	9	
Prise en charge syndromique des IST	Prestataires	60	
Organisation des services de santé pour jeunes	Prestataires	40	
Soins de la grossesse et de l'accouchement chez les adolescentes	Prestataires	20	
Suivi d'une femme enceinte HIV +	Prestataires	80	
Registre obstétrical (système d'information sanitaire)	Prestataires	122	
Prévention de l'hémorragie du post-partum	Prestataires	113	
Prise en charge des maladies hypertensives de grossesse	Prestataires	9	
Suivi des indicateurs de santé : formation au logiciel Epidata	Prestataires et gestionnaires de l'information sanitaire	26	
Module d'orientation sur la SRAJ:	Pairs éducateurs Enseignants	103 57	
IST/Vih chez les jeunes	Pairs éducateurs	122	
Santé de la reproduction	bureau d'écoute, de renseignement et d'action communautaire (Berac/Gic AF) Clubs santé du lycée technique et collège adventiste Relais communautaires de Mognant A Mot et comité des jeunes de Makabaye	20 58 12	

Annexe 6 : supports d'IEC

Cameroun

Manuels et documents de référence

Descritption	Quantité
Curriculum de la santé de reproduction des jeunes des adolescentes en 21 modules	5 kits
Scènes d'adolescence	5
Manuel de l'acteur en santé génésique	110
Manuel du pair éducateur jeune en santé génésique	50

Affiches et dépliants

Journaux 100% jeune	4000
Boîte à image de santé génésique	50
Contraception chez les jeunes	2000
Droits en santé de reproduction	1000
Signes de danger pendant la grossesse et l'accouchement	1000
Répertoire des personnes référentes pour jeunes	300
Pratiques néfastes en SR	1000
Adhérons à la mutuelle de santé communautaire	100
Présentation du projet Passage	2000
J'ai une IST que dois-je faire	2500
Bébé sans sida	1000
Promotion de la santé	1000
Planning familial différentes méthodes contraceptives	1000
Planning familial méthode de calendrier	2000

Burkina Faso

Dépliants (IST, le VIH/SIDA et PF)	51.800
Affiches	6850
Livret «Passeport en SRAJ »	1300
Bande dessinée	550
Boîtes à images	120
21 casettes VHS de films différents	221 copies

Mali

Dépliants

Méthodes de la P.F	Français et Bambara
Produits Contraceptifs	Français
Prévention des IST/SIDA	Français
Dépistage du VIH-SIDA	Français
S'informer sur les Généralités du SIDA	Français
Le Calendrier Vaccinal	Français
Le V.A.T (Vaccin Anti Tétanique)	Français

Affiches

Méthodes de la P.F	Français
Planifier votre Famille	Français
Espacement des Naissances	Français
Allaitement Exclusif au sein	Français
Grossesse Précoce non Désirée Tardive	Français
Les Voies de Transmission et de non Transmission du SIDA	Français
Les Moyens de Prévention du SIDA	Français
Soutenons les Personnes Infectées et Affectées par le VIH/SIDA	Français
Comment Vivre avec les Séropositifs	Français
Soigner les Personnes qui ont les SIDA	Français
Les ARV	Français
Alimentation de la Femme Enceinte	Peulh et Bambara
Plan d'accouchement	Français
Accouchements Assistés	Français
Allaitement au Sein	Français
Eléments de Surveillance Post-natale	Français
Alimentation de la Femme Enceinte	Français

Boites à images

Planifier votre Famille	Français
Les Organes Génitaux de la Femme et de L'Homme	Français
Les Différentes Méthodes de la F.P	Français
L'allaitement au sein	Français
Les Avantages de la P.F	Français
IST : Transmission Consanguine	Français
Accouchement Assisté	Français
Référence/Evacuation	Français

Cassettes Vidéo

Double Protection	Français
Avantages des Méthodes de la P.F	Français
Balala Ka Dégué Kun	Bambara
Samba ni Sira	Bambara
Ni Tunya don	Bambara
Mésaventure de Moussa le Taximan	Français
Epidémie de l'ombre	Français
Moussa le Taximan	Français
Adams le Routier (conséquences des rapports sexuels non protégés)	Français
Histoire des Fiancés	Français
Arme Contre le SIDA	Français
SIDA KO Kunafoni	Bambara
Ama Diah Foulé	Français
SIDA dans la Cité I et II	Français
Les Jeunes Contre le SIDA	Français
Timi Ladalako Yérétanga	Bambara
Ce sont aussi mes Enfants (enfants infectés et affectés)	Français
Faso Contre le SIDA	Français
Jamajigui (espoir du monde)	Bambara
Plaisir	Français
Ibra parmi nous	Français
Vivre Positivement avec le VIH	Français
Trithérapie (à la recherche du vaccin contre le VIH)	Français

Cassettes Audio

SIDA en Général	Français

Annexe 7 Droits en santé de la reproduction (Affiche du Cameroun)

Droits	Pratiques néfastes en SR
Droit à la vie	Mutilations Génitales Féminines (excision)
Droit à la liberté et sécurité de la personne	Mariages précoces
Droit à l'égalité et d'être libre de toute discrimination	Mariages forcées
Droit au respect de la vie privée	Lévirat
Droit à l'information et à l'éducation	Sororat
Droit de choisir de se marier ou non, de fonder et planifier sa famille droit de décider d'avoir les enfants et à quel moment	Massage à l'eau chaude des accouchées Gavage des accouchées
Droit aux soins de santé et à la protection	Repassage des seins
Droit de bénéficier des progrès de la science	Tatouages, dépigmentation
Droit à la liberté de penser	Interdits alimentaires
Droit de liberté de réunion et d'appartenance politique	Déviations sexuelles (pedophilie, viol)
Droit de ne subir ni torture ni traitement inhumain ou dégradant que ces droits impliquent en matière de SR	Diète des nouvelles mariées

Abréviations

ACMS	Association camerounaise pour le marketing social
AJEPSAGE	Association des jeunes promoteur en santé génésique
ALVF	Association de lutte contre les violences faites aux femmes
AMIU	Aspiration manuelle intra utérine
AMPPF	Association malienne pour la protection et la promotion de la famille
AQUASOU	Amélioration de la qualité et de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence
ASACO	Associations de santé communautaire
ASCOMA	Association des consommateurs du Mali
ASDAP	Association de soutien au développement des activités de population
ASMADE	Association Songui Manegre-Aide au développement endogène
AVES	Avenir Enfance Sahel
CARSIFEN	Cadre de réflexion sur la situation de la fille de l'Extrême-Nord
CESAC	Centre d'écoute, de soins, d'animation et de conseil
CP	Chef de projet
CROCEP	Comité régional d'orientation de coordination et d'évaluation des programmes socio-sanitaires
DRDES	Direction régionale du. développement social et de l'économie solidaire.
DRS	Direction régionale de la santé
E&P	Equilibres et Populations
FELASCOM	Fédération locale des associations de santé communautaire du Mali
FENASCOM	Fédération nationale des associations de santé communautaire du Mali
GATPA	Gestion active de la troisième période de l'accouchement
IEC	Information, éducation, communication
IMT	Institut de médecine tropicale d'Anvers
IRD	Institut de recherche pour le développement
IST	Infection sexuellement transmissible
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PASSAGE	Projet d'approche solidaire en santé génésique
PRODESS	Programme de développement sanitaire et social
RC	Responsable de la communication
RELIVS	réseau de lutte contre les IST/VIH/Sida
REPERE	Réseau des personnes référentes pour les jeunes
RESCOPE	Réseau des structures communautaires pour la promotion de la pair éducation
RONALS	Réseau des ONGs et associations de lutte contre le sida de la région de Mopti
SR	Santé de la reproduction
SRAJ	Santé de la reproduction pour les adolescents et les jeunes
ULB	Université libre de Bruxelles
UNFPA	United Nations Population Fund
UNICEF	United Nations Children's Fund
USAID	United States Agency for International Development

Le contenu de la présente publication relève de la seule responsabilité de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers et ne peut en aucun cas être considéré comme reflétant l'avis de l'Union européenne