



LE CEFOREP EN ACTION



ATELIER DE RESTITUTION DES RESULTATS DE L'ENQUÊTE DE SUIVI DES ACCEPTANTES DE METHODES CONTRACEPTIVES A LONGUE DUREE D'ACTION (MLDA)



Hôtel Pullman Dakar, le 21 juin 2019



Méthodes contraceptives à longue durée d'action : Quelle efficacité dans la lutte contre la mortalité maternelle

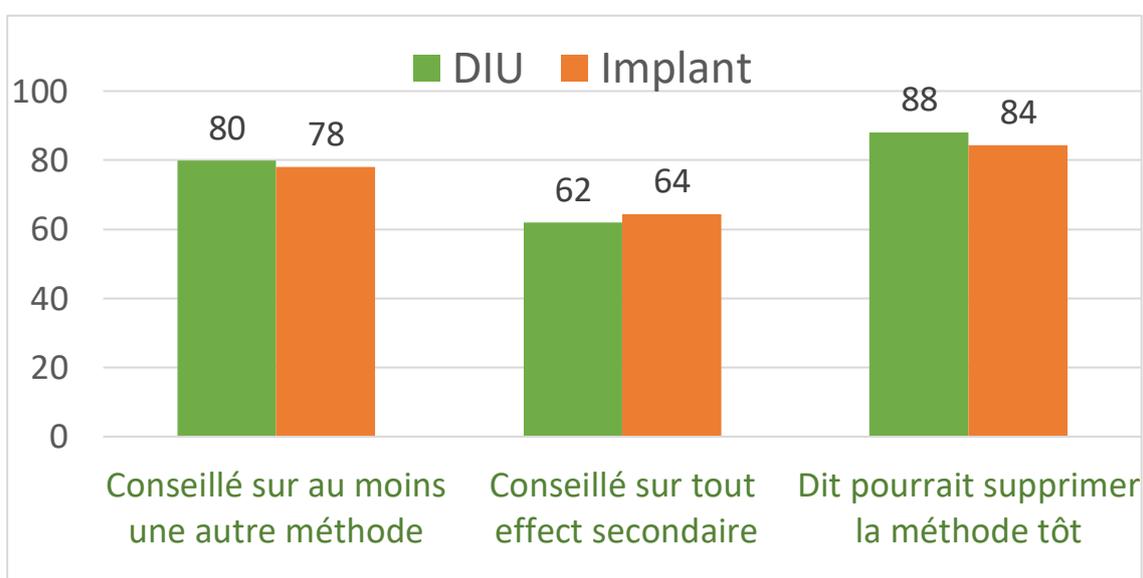
Présidé par Mme Adjiratu Sow Diallo, représentante de la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME) du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS), l'atelier de restitution des résultats de l'enquête de suivi des acceptantes de méthodes contraceptives à longue durée d'action (MLDA) s'est tenu le 21 juin 2019 à l'hôtel Pullman de Dakar. Dans son allocution, elle a fait l'état des lieux de la planification familiale (PF) selon les enquêtes démographiques et de santé (EDS) et les différentes études, qui ont montré la forte évolution des taux de prévalence contraceptive, malgré quelques défis à relever. Elle a également rappelé l'importance des MLDA dans la lutte contre la mortalité maternelle et l'amélioration du bien-être de la femme, avant de déclarer ouverte la séance.



Venu en tant que membre du Conseil d'Administration du CEFOREP, Dr Pierre Dionne a souligné l'importance du thème et a rappelé la longue tradition de collaboration fructueuse qui caractérise les relations du Centre Régional de Formation, de Recherche et de Plaidoyer en Santé de la Reproduction (CEFOREP) avec les partenaires que sont le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, l'USAID, FHI360 et MSI. Il a aussi exprimé l'espoir que des recommandations pratiques et efficaces vont sortir des résultats cette étude.

A en croire, l'Assistant de Recherche et des Etudes du CEFOREP, Ahmed Youssef Mmadi, cette étude avait pour objectif principal de comprendre les facteurs, y compris les effets secondaires, associés à l'utilisation et à la continuation/l'arrêt des MLDA au cours des 12 premiers mois d'utilisation. Il a également précisé la population d'étude, sa composition ainsi que sa répartition suivant les différentes régions ciblées que sont Dakar (52%), Thiès (17%), Diourbel (15%) et Kaffrine (14%). Il a expliqué qu'une cohorte de 1227 femmes a été enrôlée dans cette étude à la base dont les 72% utilisaient un Implant et les 28% un DIU. Ensuite, les suivis à un (01) mois et à trois (03) mois ont concernés 1047 et 1024 femmes mais les effectifs interviewés aux suivis à six (06) et à douze (12) mois ont respectivement été de 994 et 934 utilisatrices de MLDA.

L'Assistant de Recherche a par ailleurs mentionné que 18 interviews approfondies ont été réalisées, au suivi à six mois parmi les femmes qui avaient déclaré être confronté à des effets secondaires lors des précédents suivis. Il a aussi évoqué dans sa présentation, les différents canaux de services considérés dans cette étude, la façon dont les femmes ont été suivies (Face-à-face (18%) et Téléphonique (82%)) ainsi que les caractéristiques sociodémographiques de la population. A l'enquête de base, 442 femmes ont été recrutées à travers les Services Publics, 607 dans les Clinique Mobiles et 178 au niveau des Franchises Sociales de MSI.



Consultation initiale : peu de variation entre les types de méthodes

Par la suite le Responsable de Recherche et des Etudes du CEFOREP, Dr Mohamed Diadiou a présenté les principaux résultats de l'étude qui ont révélé que près de trois participantes sur 4 (72%) utilisaient encore la méthode choisie au départ après 12 mois, 4% avaient changé de méthode, 6% avaient interrompu l'utilisation et 18% avaient été perdues de vue.

Cette étude a également permis de noter l'importance d'avoir une meilleure offre de services à travers une amélioration des formations en termes de curricula et de timing avec de bonnes infrastructures sanitaires et organisation administrative adaptée. Mais aussi de faire d'avantage d'études sur les raisons d'abandon des MLDA et approfondir la recherche en prenant en compte les prestataires de services et éventuellement déterminer l'impact de services de qualité disponibles et accessibles sur la continuation ou l'arrêt de la méthode.

C'est dans cette même dynamique que des recommandations tirées des résultats clés de l'étude ont montré qu'il faut prodiguer des soins de qualité à toutes les femmes car l'effet secondaire qui avait le plus incommodé les utilisatrices du DIU étaient les troubles des règles (38,8%, 54,3%, 50% et 34,4% pour les sessions de suivis de 1 mois à 12 mois). Il en était de même pour les utilisatrices d'implants (50,0%, 57,5%, 66,5% et 60,0%). Il faut également poursuivre les efforts promotionnels en faveur de la PF et des MLDA en particulier, au Sénégal car les ¾ des participantes à l'étude ont continué à utiliser une méthode après 12 mois, malgré la forte prévalence des effets secondaires.



**REUNION DE RESTITUTION DE L'ENQUETE
D'EVALUATION DE BASE**
Recherche opérationnelle de l'accès aux méthodes contraceptives
dans le cadre de l'offre de soins Après Avortement (SAA)
Hotel Terrou-Bi Dakar, le 27 mars 2019

*Offre de Soins Après Avortement (SAA)
Quelles stratégies pour l'accès aux méthodes contraceptives*

La réunion de restitution de l'enquête d'évaluation de base a été présidée par la Chef de la Division de la planification familiale de la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME) du Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS).

Dans son discours, Dr Marième Mady Dia Ndiaye a fait l'état des lieux de la mortalité maternelle selon les enquêtes démographiques et de santé (EDS) de 2011 et 2015, qui ont montré la forte évolution des taux de prévalence contraceptive, malgré quelques défis à relever. Elle a révélé que selon les recommandations de l'OMS, la phase d'attente pour une nouvelle grossesse est d'au moins 6 mois après un avortement. Elle a aussi parlé de la prise en charge des urgences qui étaient privilégiées au détriment de la planification familiale, tout en espérant une amélioration du taux de prévalence grâce à cette étude.

Elle a également fait un rappel sur le cadre de l'étude et de l'intervention. Pour terminer son allocution, elle a suggéré l'adoption d'un meilleur prix de prise en charge et une amélioration des soins après avortement (SAA) mais aussi, elle a fait une forte recommandation en vue de renforcer la mobilisation dans le processus pour pérenniser les acquis.

Quant à la représentante de l'USAID Sénégal, elle a mis l'accent de son allocution sur le rôle prépondérant des soins après avortement (SAA) dans la promotion de la santé des femmes, dans la mesure où ils constituent un point d'entrée pour les services de planification familiale. Dr Ndéye Fatou Ndiaye a par ailleurs exprimé l'espoir que des recommandations pratiques et efficaces vont sortir des résultats de cette étude.

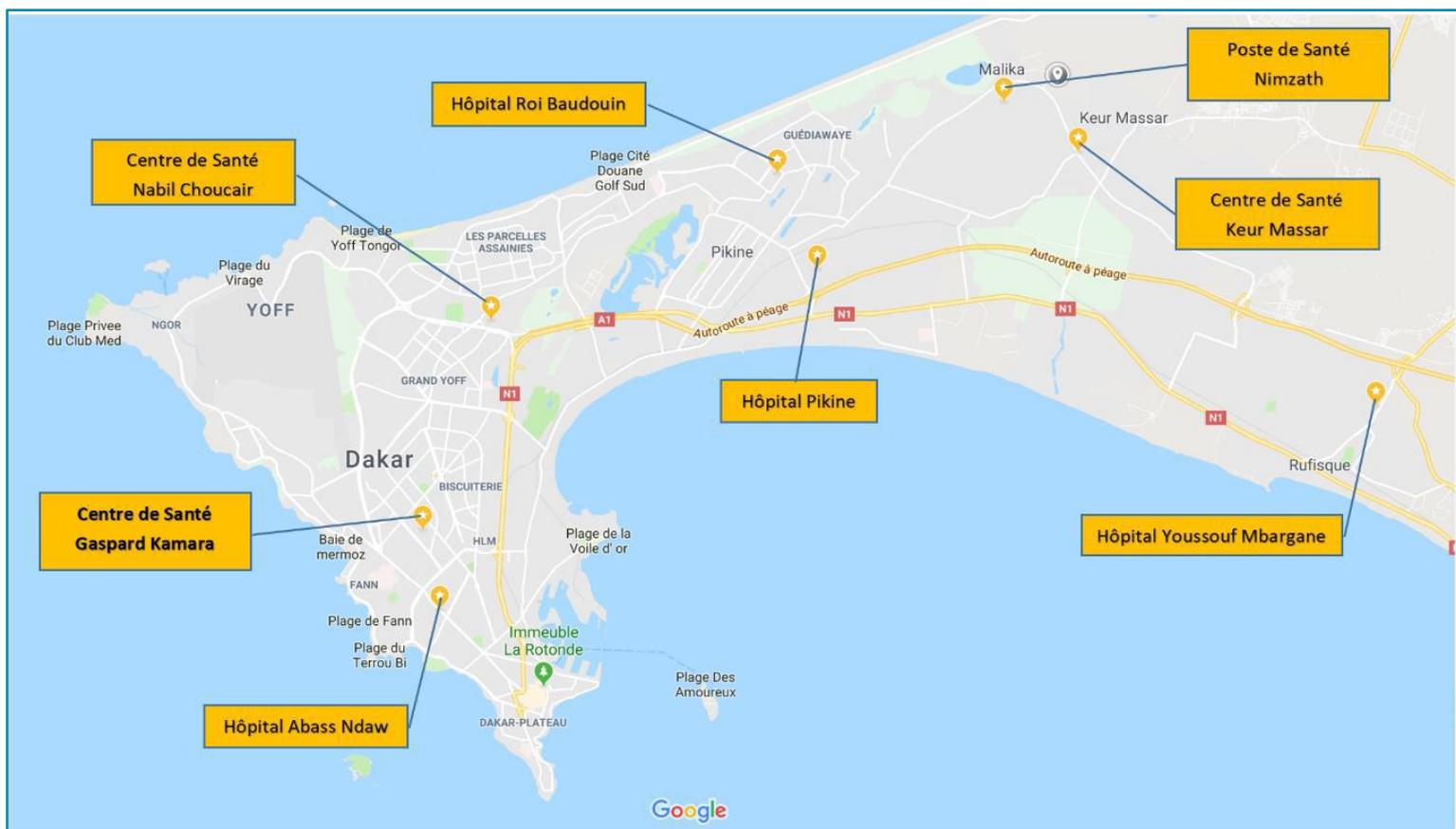
Lors de cette journée de restitution, la Directrice du Projet PAC FP, représentante d'EngenderHealth a d'abord rappelé l'objectif général dudit projet qui est de "**Réduire les décès évitables d'enfants et de mères en améliorant l'accès aux soins après avortement et en faisant davantage appel à la planification familiale volontaire après avortement**".

De surcroît, la Directrice du projet PAC-FP a détaillé le contenu de chacune de ces stratégies. Elle a souligné certains obstacles, à l'échelle continentale, qui affectent l'offre de SAA de qualité partout et à toutes les heures. Il s'agit, notamment, du faible niveau de priorité que les gouvernants accordent aux SAA et la faiblesse des fonds consacrés par les bailleurs. A cela s'ajoute un personnel en sous-effectif et peu qualifié, ainsi qu'un problème de couverture géographique.

MODELE DE GESTION DES FLUX DES PATIENTES ET DE RECOUVREMENT DES COÛTS

Dans la même dynamique, le Responsable de la Recherche et des Etudes du CEFOREP, chercheur principal de l'étude a présenté le modèle PAC-FP. Dr Mohamed Diadiou a d'abord présenté le flux actuel des patientes SAA, ainsi que le système de recouvrement des coûts en vigueur dans les 8 structures concernées par l'étude. Celui-ci est essentiellement caractérisé par une lourdeur dans les procédures, aussi bien administratives que financières. Ensuite, il a décrit le modèle proposé par le CEFOREP, qui se rapproche de celui utilisé à l'Hôpital National de Pikine, de même que les outils de gestion qui sont censés l'accompagner. Ce modèle présente l'avantage de réduire considérablement les formalités administratives et le nombre de paiements. Il vise à réduire les coûts des prestations SAA et les pertes de temps, tout en garantissant la traçabilité des produits contraceptifs utilisés lors des services de SAA.

Pour l'enquête de base, il a souligné que 729 patientes traitées dans les 8 sites pour des complications d'avortement et 66 prestataires de ces sites ont été interviewés pour le compte du volet quantitatif. Concernant le volet qualitatif, des entretiens semi-dirigés ont été menés auprès de 14 responsables de structure et de service, de 10 prestataires impliqués dans les SAA et 8 discussions de groupe dirigées auprès de patientes traitées pour les SAA.



PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ENQUETE D'EVALUATION DE BASE

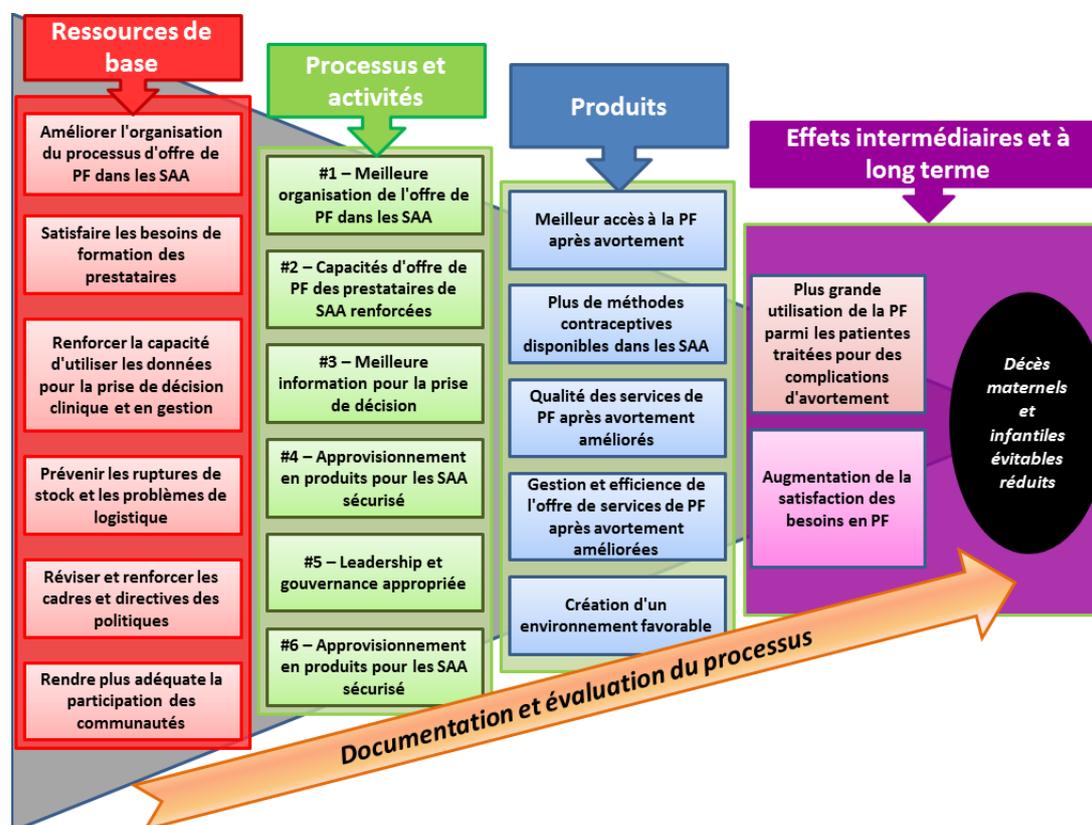
En à croire, le Coordonnateur du CEFOREP, l'enquête de base a révélé une forte prévalence des avortements spontanés (96,5%) et peu d'avortement à risque (1,2%) avec une rapidité de la prise en charge (plus de 67% des patientes ont eu un accès immédiat aux soins lors de leur présentation à la structure de santé).

Cependant, M. Thierno Dieng est revenu sur la persistance de l'utilisation de méthodes d'évacuation utérine non recommandées (curage digital 7% et dilatation curetage 1%) avec peu d'interactions entre patientes et prestataires (Information sur les signes de danger insuffisante et souvent mal ciblée). Ce qui a entraîné une faible possibilité de choix de la méthode d'évacuation utérine (98,1% des choix sont effectués par les prestataires) et l'AMIU est la plus utilisée (42,7%). A cela, s'ajoute le coût des prestations élevé, avec une séparation des paiements qui contribue à leur surenchérissement (52.225 FCFA en moyenne).

Recommandations pour améliorer les Services SAA

1. Penser à décentraliser les soins après-avortement, de manière ciblée et progressive, afin d'améliorer la couverture, de réduire la surcharge de travail dans certaines structures de référence.
2. Amoindrir le coût de la prise en charge des complications d'avortement.
3. Mener une investigation pour comprendre la quasi-inexistence de postes de santé offrant des SAA dans la région de Dakar et particulièrement dans le district sanitaire de Rufisque, alors qu'un nombre important de ces structures sont équipés et disposent d'un personnel formé.
4. Renforcer la communication, pour sensibiliser davantage les clientes sur les signes de danger devant justifier un recours immédiat aux services d'une sage-femme ou d'un gynécologue, afin de réduire la durée entre la survenue des complications et l'accès aux structures de traitement.
5. Offrir aux patientes la possibilité de choisir la méthode d'évacuation utérine qui leur sied davantage.
6. Appliquer la législation, afin d'amener les structures et les personnels de santé à assurer un fonctionnement à temps plein, particulièrement avant la relève par les équipes de garde (généralement entre 15h et 19h).

7. S'inspirer du modèle d'Identification des Besoins de la Cliente (ISBC), utilisé dans le cadre de l'Initiative Sénégalaise de Santé Urbaine (ISSU), afin de faciliter l'établissement des relations avec les autres services.
8. Utiliser un outil élaboré dans le cadre du counseling pour prendre en compte toutes les questions importantes pour une mise en confiance des clientes de la PF post avortement en mettant le focus du message sur le retour précoce à la fécondité et sur les risques liés à des avortements successifs.
9. Améliorer le remplissage des registres, afin de renseigner les indicateurs clés du système d'information et de documenter les progrès réalisés.
10. Mettre à contribution le niveau communautaire, par exemple les "Badienu Gox", pour une bonne prise en charge des clientes.
11. Prendre en charge les frais liés aux soins après-avortement par les mutuelles de santé, dans le cadre de la Couverture Médicale Universelle (CMU) pour en faciliter l'accès financier.
12. Mettre à contribution le réseau de périnatalité, afin de renforcer le partage des connaissances et d'étendre l'offre de soins à plus de structures sanitaires



Théorie du changement du projet PAC-FP

Le CEFOREP a formé des prestataires de santé et acteurs de santé communautaires pour faire face aux Mutilations Génitales Féminines (MGF)

Le Centre Régional, de Formation, de Recherche et de Plaidoyer en Santé de la Reproduction (CEFOREP), en collaboration avec le Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS), la Clinique Gynécologique et Obstétricale (CGO) a animé des sessions de formation sur la prise en charge clinique et psychosociale des victimes de mutilations génitales féminines/Excision (MGF/E) au profit des prestataires de santé et des acteurs communautaires de santé des districts sanitaires de Matam, Ziguinchor, Bignona, Oussouye et Kolda.....

Ces formations initiées par le CEFOREP et financées dans le cadre du projet conjoint UNFPA-UNICEF pour l'éradication des mutilations génitales féminines/Excision (MGF/E) au Sénégal, se sont déroulées parallèlement dans les différentes zones ciblées.

**Dr Latyr DIOUF,
Médecin Chef du
District Sanitaire de
Matam parle de
l'importance des
formations offertes
par le CEFOREP**



Dr Latyr DIOUF

1. Les résultats de l'EDS-C 2017 ont montré que la région de Matam occupe la première place par rapport aux mutilations génitales féminines/excision (MGF/E) au Sénégal avec un taux de prévalence de 61%. Selon vous, qu'est-ce qui explique ce phénomène dans cette zone ?

La région de Matam est peuplée en majorité d'ethnies Pular et Soninké. La pratique d'excision est très ancrée dans la culture de ces peuples car considérant les femmes non excisées comme impures et ne devant pas servir à manger à l'époux. Ces sociétés restent encore dominées par le pouvoir de l'homme sur la prise de décision mais également par une considération inestimable des chefs religieux et coutumiers. Ces derniers gardiens des traditions, gardent jalousement ces pratiques car les considérant comme un lègue de leurs ancêtres qu'il faut sauvegarder et entretenir.

2. Comment les formations organisées par le CEFOREP, en collaboration avec ses partenaires, au profit des prestataires de santé et des acteurs de santé communautaires, peuvent aider à lutter contre ce fléau ?

Ces formations permettront aux prestataires et acteurs communautaires une meilleure connaissance de la mutilation génitale suite à l'excision et leurs conséquences. Cette aptitude aidera à notifier les cas de mutilations génitales féminines, à classer le type. Ces formations serviront de mieux outiller les prestataires à avoir des arguments valables de plaider pour les époux, pour les hommes sur leur façon de gérer la question afin de changer de paradigme.

Elles aideront également aux acteurs communautaires à une meilleure connaissance et compréhension du sujet afin de lever les tabous autour des MGF à travers les causeries organisées.

3. Quel rôle doivent jouer les prestataires de santé pour un accompagnement psychosocial des victimes des mutilations génitales féminines/excision (MGF/E) ?

Le prestataire doit après avoir bien identifié la partie mutilée et les conséquences, rassurer la victime, l'aider à un bon suivi ou à une bonne référence pour une réparation ou une restauration dans la mesure du possible. Le prestataire doit sensibiliser les familles, l'entourage des victimes à un accompagnement et à une compréhension pour une acceptation.

4. Quelles sont les stratégies de communication efficaces pour sensibiliser les populations afin de mettre fin à cette pratique ?

Les stratégies de communication doivent être bien adaptées en tenant compte des réalités culturelles locales. Il s'agit de mener des activités de causeries, de plaider auprès des leaders religieux, de leaders traditionnels.

5. Quel est le niveau d'implication des leaders religieux de la région pour relever les défis dans la région de Matam ?

Les leaders religieux, vu leur posture et de par le passé sur l'excision (histoire d'arrestations de certains parmi eux avec l'ONG TOSTAN), ils ne sont pas trop impliqués. Jamais lors des prêches ou des cérémonies religieuses un thème sur les MGF n'a été abordé. Leur niveau d'implication reste encore quasi nul. Le défi resterait de faire un plaidoyer fort auprès de ces leaders religieux.

6. Matam est une région frontalière, quel message adressez-vous aux autorités pour une lutte efficace contre les MGF/E ?

Il faut toujours faire comprendre aux autorités de part et d'autre des frontières, vivent des populations partageant les mêmes cultures et les mêmes pratiques. Il est nécessaire que des efforts de vigilance particulière soient accordés à l'intérieur de la région mais aussi aux pays limitrophes tels la Mauritanie ou le Mali. Il est impératif avec le concours de la sécurité de veiller au passage de nos populations, qui malgré les efforts internes faits sur les MGF, peuvent être amenées à traverser la frontière afin de continuer les pratiques d'excision.

Les prestataires de santé et acteurs communautaires outillés pour éradiquer les Mutilations Génitales Féminines (MGF).

Un maillage complet s'avère donc nécessaire pour une bonne prise en charge de la question des mutilations génitales féminines/excision (MGF/E). Il s'agira pour l'agent de santé de bien cerner les difficultés en s'appuyant sur les relais communautaires d'où cette approche intégrée de la lutte.

« Ce que nous pouvons retenir au sortir de cette formation, c'est une fois dans nos zones de responsabilité, essayer de partager les informations avec les leaders d'opinion. »

Mariama NDIONE, Sage-Femme d'Etat au Poste de Santé de Danthiady à Matam



Mariama NDIONE



Birame SEYE

« J'aimerais quand même au sortir de cette formation, pouvoir prendre les femmes en charge surtout sur le plan psychologique puisque nous sommes en traitement de première intention donc les femmes vont venir en premier chez nous. Il va falloir qu'on les prenne en charge correctement sur le plan psychologique et les accompagner pour que cette vécu, cette douleur ou ce souvenir soit un mauvais pour elle ».

BIRAME SEYE, Sage-Femme d'Etat au Poste de Santé d'Adeane dans le District Sanitaire de Ziguinchor.

Un cri du cœur d'anciennes exciseuses, de matrones, de « Badienu Gox » et d'agents communautaires. Elles sont aussi engagées à lutter contre le fléau.

« Ce qu'on nous a appris ici, les conséquences de l'excision qu'on a vues, même les preuves d'illustrations nous montrent que ce sont des choses qu'on ne devrait pas faire ».

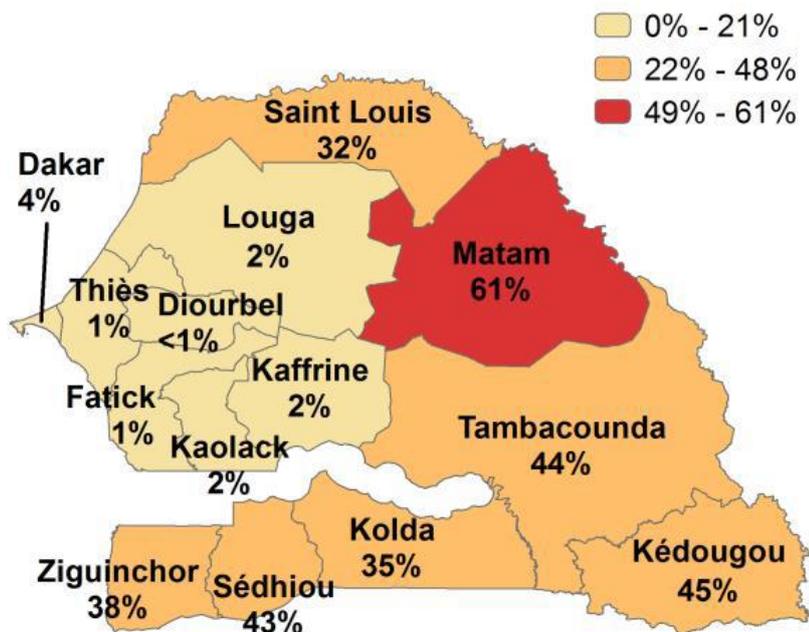
**Adja Djeynaba KANE, Matrone,
Relais Communautaire et
ancienne exciseuse de**



Adja Djeynaba KANE

Professeur Mamadou Lamine Cissé, un des formateurs principaux du CEFOREP est revenu sur les complications gynécologiques et néonatales causées par les mutilations génitales féminines/excision (MGF/E).

« Les mutilations génitales féminines/excision aux conséquences multiples entraînent d'énormes complications chez la femme comme celles gynécologiques qui peuvent aller de l'infection à la stérilité. Au cours de l'accouchement, les victimes peuvent avoir de complications majeures à types de déchirure, d'hémorragie et surtout des complications néonatales. Au-delà des compétences, des connaissances qu'on donne aux sages-femmes, on les aide à la notification qui consiste un point faible en matière de données sanitaires, c'est-à-dire l'identification, le rapportage de tous les cas rencontrés ».



Excision chez les filles par région
Pourcentage de filles de 0-14 ans excisées

Source : EDS-Continue 2017

Au-delà du volet médical, les acteurs de santé comptent mener des actions de sensibilisation auprès des leaders religieux et communautaires pour qu'ensemble les mutilations génitales féminines/excision soient complètement abandonnées dans la région de Matam.

Les interviews avec Pr Mamadou Lamine CISSE, Mariama NDIONE, et Djeynaba KANE ont été tirées d'un reportage réalisé par la journaliste de la RTS de Matam, Fatoumata Banel BA avec l'appui du Médecin Chef de District, Dr Latyr DIOUF.

L'avis des experts : les Gynécologues parlent des conséquences néfastes des Mutilations Génitales Féminines (MGF).

Professeur Abdou Aziz DIOUF, Gynécologue-Obstétricien, Responsable de la Cellule de Formation du CEFOREP

« Les mutilations génitales féminines/excision constituent un problème de santé dans la mesure où elles causent beaucoup de complications chez les filles. Ces complications peuvent survenir immédiatement au décours de l'acte et il peut s'agir de complications qui peuvent mettre en jeu le pronostic vital de l'enfant telles que l'hémorragie, les infections qui peuvent être localisées ou généralisées et surtout la douleur syncopale.

Après le mariage également, la fille peut avoir d'autres complications telles que les douleurs au moment des rapports sexuelles, l'impossibilité de pénétration, de réaliser l'acte sexuel avec son mari et enfin lorsque cette fille réussit à entraver toutes ces complications, d'autres peuvent survenir pendant l'accouchement et aller d'une simple dystocie qu'on appelle accouchement dystocique à un décès maternel. Au-delà des complications immédiates, d'autres peuvent être d'ordre gynécologiques. »



Pr Abdou Aziz DIOUF



Pr Mamadou Lamine CISSE

Professeur Mamadou Lamine CISSE, Gynécologue-Obstétricien un des formateurs principaux du CEFOREP

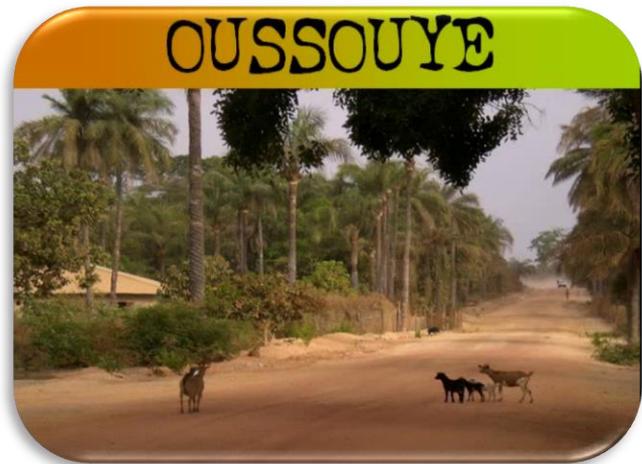
« Les mutilations génitales féminines/excision aux conséquences multiples entraînent d'énormes complications chez la femme comme celles gynécologiques qui peuvent aller de l'infection à la stérilité. Au cours de l'accouchement, les victimes peuvent avoir de complications majeures à types de déchirure, d'hémorragie et surtout des complications néonatales. Au-delà des compétences, des connaissances qu'on donne aux sages-femmes, on les aide à la notification qui consiste un point faible en matière de données sanitaires, c'est-à-dire l'identification, le rapportage de tous les cas rencontrés ».

Vous pouvez regarder à travers le lien ci-dessous la vidéo sur l'intervention du Professeur Abdou Aziz DIOUF. Il s'est entretenu avec la journaliste Rokhaya Béye du Groupe Média Sud (GMS) de Ziguinchor.

<https://gms.sn/index.php/2019/03/27/ziguinchor-les-sages-femmes-se-lancent-dans-la-lutte-contre-les-mutilations-genitales-feminines/>

Le CEFOREP et ses partenaires renforcent la capacité des prestataires et des agents de santé communautaires

Mme Geneviève Yasmine TENDENG, Coordinatrice en Santé de la Reproduction du District Sanitaire d'Oussouye revient sur l'utilité de la formation dans le cadre de son travail



1. Comment appréciez-vous cette formation sur la prise en charge intégrée des mutilations génitales féminines/Excision (MGF/E) ?

Une formation qui nous a permis d'acquérir des connaissances et compétences sur les conséquences et les aspects juridiques des MGF/E. Ceci a facilité la transmission du message conduisant à l'abandon de la pratique.

2. Pouvez-vous revenir sur les conséquences psycho-sociales, physiques et psycho-sexuelles des MGF/E ?

- Les conséquences psycho-sociales sont souvent dues à l'absence de scolarisation, la perturbation ou la compromission des potentialités scolaire de la fille, la répercussion sur le plan psychologique.
- Les conséquences physiques sont le syndrome obstructif des voies urinaires ; l'incontinence urinaire et les infections urinaires récidivantes.
- Les conséquences psycho-sexuelles sont les dyspareunies, les rapports sexuels douloureux, le vaginisme.

3. Comment la communauté d'Oussouye est-elle impliquée à la prise en charge des MGF/E ?

Etant une pratique qui est formellement interdite dans la communauté, son implication reste timide car il est même interdit d'en parler. Néanmoins, les acteurs formés mènent des activités de sensibilisation ciblant les communautés étrangères résidentes dans le département et qui la pratiquent.

4. Quels sont les aspects juridiques, de genre et de droits humains relatifs aux MGF/E que vous avez retenus au terme de cette formation ?

Les aspects juridiques, de genre et de droits humains relatifs aux MGF/E que nous avons retenus au terme de cette formation sont liés aux droits humains, au droit sur la santé de la reproduction, à l'implication juridique des MGF/E.

5. Comment pensez-vous utiliser vos nouvelles compétences pour lutter contre les MGF/E ?

Nous partageons avec la communauté les méfaits des mutilations génitales féminines/Excision (MGF/E).

6. Quel plaidoyer faites-vous à l'endroit des autorités pour mettre fin à cette pratique néfaste à la santé des femmes ?

Notre plaidoyer envers les autorités se base sur les conséquences psycho-sociales, physiques et psycho-sexuelles des MGF/E ainsi que l'implication juridique.

**Mme Aminata Mimi
SEYDI, Relais
Badiènou Gokh au
Centre de Santé de
Vélingara à Kolda**



Aminata Mimi SEYDI

1. Qu'est-ce qui explique l'ampleur et les raisons de la persistance de la pratique des mutilations génitales féminines/excision (MGF/E) dans la région de Kolda ?

Les raisons de la persistance de la pratique des MGF /E sont diverses : la mauvaise interprétation des hadiths du Prophète Seydina Mohamed PSL ; le fait que 80% des hommes des ethnies comme les soninkés, les mandingues, les diahankés, les peulhs ne se marieront pas avec une femme non excisée au village. C'est aussi une façon de lutter contre les grossesses précoces selon les soninkés et les diahankés avec le fameux « Notto » qui consiste à fermer l'orifice vaginal.

2. Quelles sont les techniques de communication appropriées pour sensibiliser les communautés de cette zone sur les conséquences néfastes des MGF/E ?

Les techniques de communication appropriées pour la sensibilisation des communautés sur les conséquences néfastes sont : le plaidoyer des leaders coutumiers et religieux ; le forum inter générationnel de tous les leaders (jeune homme, jeune femme jeune fille grand mères, grand père) sous l'arbre à palabres ; le forum intergénérationnel femmes (grand-mère leaders, femmes en âge de reproduction leaders, jeunes filles leaders) ; le dialogue communautaire avec toutes les tranches de la communauté ; la séance de stratégie grand-mère avec des histoires sans fin sur les conséquences néfastes des MGF /E.

NB : la grand-mère doit être la cible primaire pour cette sensibilisation !

3. Qu'est-ce que les nouvelles compétences, acquises lors de cette formation vous permettront de faire ?

Les nouvelles compétences acquises lors de cette formation nous permettent de bien mener notre plaidoyer auprès des leaders coutumiers, religieux, locaux. Avec une bonne connaissance des contre raisons la plupart évoquées par ces derniers, les supports (cartes conseils très explicites) à l'appui et la maîtrise des conséquences immédiates, urologiques, gynécologiques (surtout avec les infections virales, stérilité et chéloïdes), obstétricales (les fistules qui sévissent au Fouladou et césarienne), ne parlons pas des conséquences psychosociales qui détruisent la vie d'une femme excisée ! Avec une bonne communication, ils sont tous surpris en voyant les images et écoutent avec intérêt !

4. Au terme de cette formation, êtes-vous assez outillés pour mener le plaidoyer auprès des leaders coutumiers et religieux de la zone ?

Oui, nous sommes bien outillés pour mener nos plaidoyers auprès des leaders car cette formation nous a donné des arguments très convaincants avec des techniques de communication très simples respectueux pour les leaders.

5. Quels sont les obstacles que vous rencontrez souvent sur le terrain ?

Les obstacles rencontrés sont d'abord d'ordre financier car pour la causerie dans les quartiers, il faut des chaises, pour le plaidoyer il faut aussi un local. Ensuite, l'accompagnement des prestataires dans les activités ne sont jamais disponibles.

6. Quelles recommandations faites-vous pour accentuer la lutte contre les MGF dans cette région ?

Nous recommandons, l'élaboration d'un plan de communication intense avec comme cible les hommes ; les grand-mères et comme stratégies des forums intergénérationnels, un dialogue communautaire, une stratégie grand-mère.

Mettre fin aux décès évitables et améliorer la santé des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents d'ici 2030

Le Mécanisme de financement mondial (GFF), en soutien à l'initiative « Chaque femme, chaque enfant », contribue aux efforts globaux pour mettre fin aux décès évitables et améliorer la santé des mères, nouveau-nés, enfants et adolescents d'ici 2030, à travers des financements intelligents, durables, pour la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente et la nutrition. Le GFF adopte un nouveau modèle qui ne privilégie plus l'aide publique au développement, mais associe les appuis extérieurs, les financements intérieurs et les contributions du secteur privé en exploitant leurs synergies. Le GFF appuie la formulation par les pays d'un plan définissant leurs priorités (le « **dossier d'investissement** ») pour le secteur de la santé, qui cadre avec les ressources disponibles à court terme, et aide les autorités à renforcer leur système de financement de la santé de manière à dégager des financements intérieurs plus importants et durables.

Ainsi, le modèle de partenariat du GFF reconnaît les rôles et contributions essentiels que les organisations de la société civile (OSC) apportent. La société civile possède des connaissances, une expertise et un accès uniques à nombre de communautés, qui peuvent et doivent être utilisés pour renforcer les processus et résultats du GFF. Les organisations de la société civile (OSC) jouent un rôle primordial dans le Mécanisme de financement mondial. Elles ont le pouvoir de relayer et d'amplifier les voix des citoyens qu'elles représentent afin d'influencer la hiérarchisation des priorités au niveau gouvernemental, de surveiller l'avancement des engagements de leurs gouvernements respectifs et, enfin, de tenir ces mêmes gouvernements responsables pour la mobilisation des ressources nationales et l'amélioration des résultats liés à la santé et la nutrition maternelle, néonatale, infantile et adolescente (RMNCAH-N). L'engagement significatif de la société civile dans la mise en œuvre du GFF aux niveaux international, national et local permet l'accomplissement de progrès considérables pour la santé des mères, des adolescents, des enfants ainsi que des nouveau-nés.

Au Sénégal, le CEFOREP est le Chef de file du groupe thématique « **Communication et Plaidoyer** » de la Coalition des Organisations de la Société Civile (COSC GFF).



En effet, la Banque mondiale est activement engagée auprès du Gouvernement du Sénégal pour soutenir ses politiques sanitaires, et de manière plus spécifique la prise en charge de la santé reproductive, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (SRMNEA) pour l'atteinte de la couverture sanitaire universelle. Cet engagement est notamment illustré à travers le projet Financement Santé et Nutrition (PFSN, 42 millions de dollars), le projet de renforcement des systèmes de surveillance des maladies (REDISSE, 30 millions de dollars), et le Centre d'excellence Africain pour la Santé de la Mère et de l'Enfant.

En conséquence, dans le processus d'élaboration du dossier d'investissement, des régions prioritaires ont été définies et divisées en trois scénarii d'intervention. Le premier groupe de régions correspond à la première zone d'intervention et est constitué de Sédhiou, Kolda, Tambacounda, Kédougou et Kaffrine. Le deuxième scénario est composé des régions de Fatick, Ziguinchor, Matam, Diourbel, Kaolack, et Thiès. Enfin, le troisième scénario est composé des régions de Dakar, Saint Louis et Louga.

C'est dans ce cadre que **la Banque mondiale souhaite contribuer au financement du dossier d'investissement** à travers une **nouvelle opération** de financement à hauteur de 110 à 160 millions de dollars dont un des principaux axes sera la santé de la mère et de l'enfant dans les régions Sédhiou, Kolda, Tambacounda, Kédougou, Kaffrine et Ziguinchor. Le projet, intitulé *Investir dans la Santé de la Mère et de l'Enfant (ISMEA)* a pour objectif principal d'accroître l'utilisation des services de santé et d'améliorer leur qualité dans les régions prioritaires du Sénégal, avec un focus particulier sur la SRMNEA.

Renforcer la communauté francophone autour de la CSC pour la SRMNEA + N

Le Centre Régional de Formation, de Recherche et de Plaidoyer en Santé de la Reproduction (CEFOREP) a eu l'honneur de représenter la Coalition des Organisations de la Société Civile pour la Planification Familiale du Sénégal (COSC PF) au Sommet Francophone pour le Changement Social et de Comportement (CSC) du 25 au 27 février 2019 à Abidjan en Côte d'Ivoire. Ce Sommet avait pour objectif de renforcer la capacité du CSC dans la région francophone de l'Afrique Sub-Saharienne pour augmenter l'utilisation des services de santé, reconnaître le rôle essentiel des activités de promotion de la santé dans les réalisations en santé communautaire, mettre en évidence des pratiques fondées sur des preuves, et présenter de nouvelles approches innovantes. Cette rencontre de grande envergure, en Afrique francophone pour le changement social et de comportement afin d'atteindre les objectifs en matière de planification familiale et de santé maternelle, néonatale, infantile et de nutrition, a été organisée par le Centre des Programmes de communication (CCP) Johns Hopkins avec le soutien de partenaires internationaux et locaux. Le sommet CSC a regroupé 500 participants venus d'horizons différents.



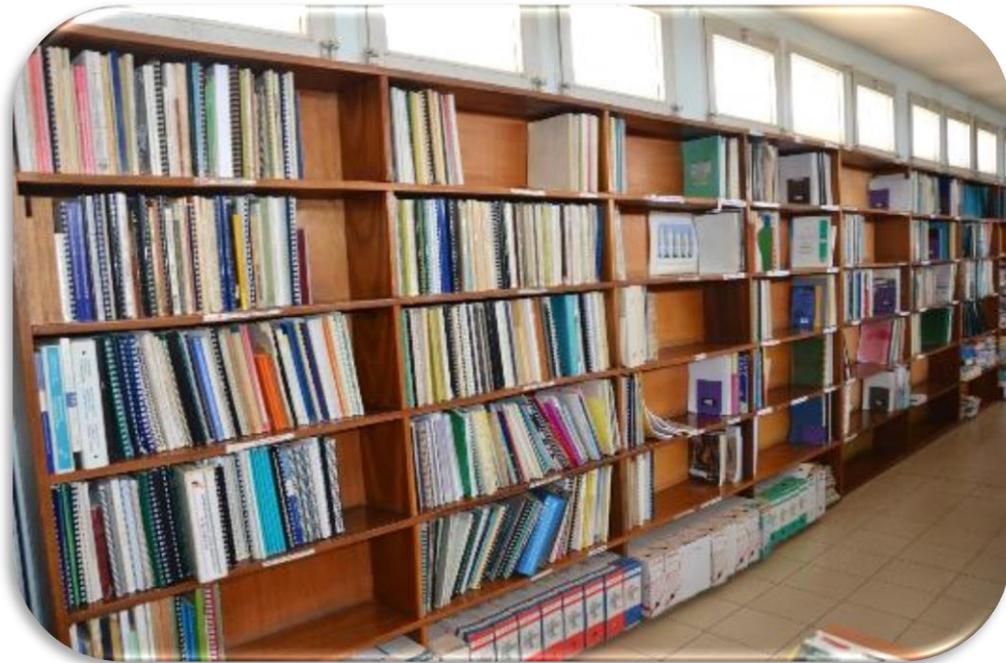
SOMMET FRANCOPHONE POUR LE CHANGEMENT SOCIAL ET DE COMPORTEMENT

Surmonter les obstacles en santé reproductive, maternelle,
néonatale, infantile et de nutrition

Promouvoir la Recherche documentaire par l'Information Médicale

En soutien aux activités de formation et de recherche, le CEFOREP a mis en place un Centre d'Information et de Documentation (CID) spécifiquement dédié à la santé de la reproduction. Cette bibliothèque dispose d'un fonds documentaire de plus de 3000 ouvrages écrits et audiovisuels. Il est ouvert aux chercheurs, aux étudiants, aux professionnels de la santé et aux administrateurs de programmes.

Depuis 2013, le CID offre aux étudiants et aux chercheurs des formations sur la recherche documentaire et sur la lecture critique d'articles scientifiques. A l'heure actuelle dix (10) sessions de formation ont été organisées.



Le Centre d'Information et de Documentation du CEFOREP couvre les domaines suivants :

- La santé sexuelle ;
- L'avortement et la prévention de l'avortement ;
- La planification familiale ;
- Les infections sexuellement transmissibles et le SIDA ;
- La santé des adolescents ;
- La survie de l'enfant ;
- La santé reproductive de l'adulte ;
- La santé maternelle et la maternité sans risque ;
- Les activités d'Information, Education, Communication (I.E.C) ;
- La nutrition ;
- La démographie ;
- La gestion des systèmes de santé.

PLANIFICATION FAMILIALE

Les femmes utilisent de plus en plus les méthodes de longue durée

Le Centre régional de formation, de recherche et de plaidoyer en santé de la reproduction (CEFOREP) a présenté, vendredi 21 juin, à Dakar, les résultats de l'enquête de suivi des acceptantes de Méthodes contraceptives à longue durée d'action (MLDA). Les résultats ont révélé que, malgré l'adhésion des femmes à ces méthodes, les effets secondaires constituent une véritable problématique.



Les Méthodes contraceptives réversibles à longue durée d'action (MLDA), y compris les implants sous-cutanés et les Dispositifs intra-utérins (DIU), ont commencé à changer radicalement la planification familiale volontaire en Afrique. Les résultats de l'enquête de suivi des acceptantes de ces méthodes contraceptives, menée dans les régions de Dakar, Diourbel, Kafrine et Thiès par le Centre régional de formation, de recherche et de plaidoyer en santé de la reproduction (CEFOREP), l'ont confirmé.

Selon le responsable des Etudes et de la Recherche au CEFOREP, Dr Mouhamed Diadhiou, l'étude a révélé que les 3/4 des femmes tiennent à leur contraception une fois qu'elles ont choisi leur méthode. Celles qui ont eu à changer de méthodes représentaient seulement 4 % de l'effectif ciblé. Cependant, malgré la popularité et l'utilisation grandissante des MLDA, Dr Diadhiou a révélé que les besoins non satisfaits et le taux de grossesses non désirées restent toujours élevés. Aussi, l'étude a identifié une série de facteurs contribuant à l'arrêt d'utilisation des MLDA. C'est pour ces raisons qu'il a préconisé des stratégies réactives et efficaces pour assurer un accès élargi à une vaste gamme de méthodes incluant le suivi, la gestion des effets secondaires et les retraits.

A l'en croire, une meilleure compréhension de ces facteurs et de leur interaction est indispensable. Elle pourrait éclairer les directives et les approches en matière de prestation de services de routine.

Cette étude a été dirigée par le CEFOREP en collaboration avec le ministère de la Santé et de l'Action sociale, Fhi360 et Marie Stopes International. Elle a concerné des femmes âgées entre 15 et 49 ans et des mineures émancipées âgées de 15 à 17 ans et mariées. Ces dernières avaient choisi volontairement un implant ou un DIU au niveau des canaux de recrutement considérés. Elles sont issues des quatre régions précitées. L'étude a aussi enrôlé une trentaine de structures sanitaires réparties en trois types. Il s'agit des structures publiques, celles franchisées et des cliniques mobiles. Toujours dans le cadre de cette étude, 1245 femmes ont été recrutées et suivies pendant un an.

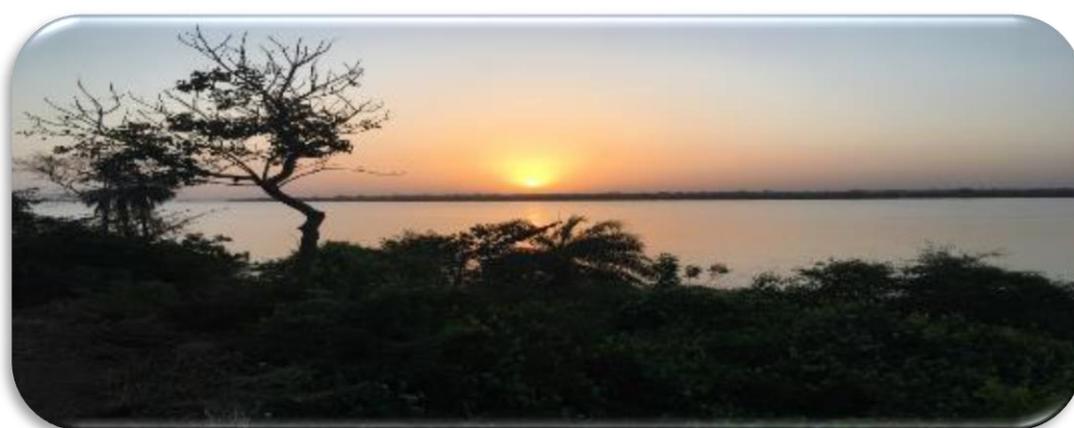
Tata SANE, le 24 juin 2019

<http://lesoleil.sn/planification-familiale-les-femmes-utilisent-de-plus-en-plus-les-methodes-de-longue-duree/>

Centre Régional de Formation, de Recherche et de Plaidoyer en Santé de la Reproduction

Maternité Hôpital Aristide Le Dantec - Avenue Pasteur BP 22 340 Dakar Ponty

Tel : (221) 33 823 37 64 - Email : ceforep@orange.sn; - Site Web : www.ceforep.org



Directeur de publication : Thierno DIENG – **Coordination** : Ramatoulaye DIALLO

Contributions : Hawa Barry Ba, Yaye Madeleine Cissé, Césaltina Pouye, Dr. Mohamed Diadhiou, Pr. Abdoul Aziz Diouf, Youssef Ahmed Mmadi, Bokho Guissé.