



**USAID**  
DU PEUPLE AMERICAIN

# STRATÉGIE POUR LA SÉCURITÉ DES PRODUITS DE SANTÉ DE LA REPRODUCTION

DANS LA SOUS-RÉGION D'AFRIQUE DE L'OUEST



JUILLET 2006

Ce document a été conçu pour revue par l'Agence américaine pour le développement international. Il a été réalisé par le projet DELIVER.



**DELIVER**  
No Product? No Program. Logistics for Health



# STRATÉGIE POUR LA SÉCURITÉ DES PRODUITS DE SANTÉ DE LA REPRODUCTION

DANS LA SOUS-RÉGION D'AFRIQUE DE L'OUEST

Les points de vue de l'auteur exprimés dans cette publication ne reflètent pas forcément ceux de l'Agence américaine pour le développement international ou du gouvernement des États-Unis.

## **DELIVER**

DELIVER est un contrat d'assistance qui s'étale sur six ans et qui vise à fournir une aide technique au niveau mondial. DELIVER est financé par l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID).

Mis en oeuvre par John Snow, Inc. (JSI) (contrat no HRN-C-00-00-00010-00), et par les sous-traitants Manoff Group, Program for Appropriate Technology in Health [PATH] (Programme pour la Technologie Appropriée en matière de Santé) et Crown Agents Consultancy, Inc., le projet DELIVER vise à renforcer les chaînes d'approvisionnement des programmes de santé et de planification familiale dans les pays en voie de développement, et ce afin d'assurer la disponibilité des produits de santé d'importance capitale pour les clients des dits programmes. DELIVER fournit également une assistance technique pour le système central de l'USAID pour la gestion des contraceptifs.

### **Citation recommandée**

DELIVER, 2006. *Stratégie pour la sécurité des produits de santé de la reproduction: dans la sous d'Afrique de l'Ouest région*. Arlington, Va : DELIVER pour l'agence de développement International des Etats –Unis

### **Résumé**

La vision de cette stratégie est d'aboutir à la sécurité des produits de santé de la reproduction en Afrique de l'Ouest. Cette sécurité existe quand chaque personne de l'Afrique de l'Ouest peut en toute confiance choisir, obtenir et utiliser des produits essentiels de santé de la reproduction quand il ou elle les veut. Ce document démontre que l'augmentation de l'utilisation des produits de santé de la reproduction peut réduire la mortalité et morbidité maternelles et périnatales, ce qui représentent les objectifs de santé maternelle de l'OOAS.

L'échelle, l'étendu et la capacité de faire le plaidoyer pour les produits de santé de la reproduction à travers la région est un complément en même temps qu'un renfort de ce qui se fait déjà au niveau pays. L'approche va servir comme catalyseur aux décideurs politiques et aux gestionnaires des programmes pour partager les expériences et développer des méthodes communes pour relever les défis communs au niveau des pays de la sous région. Ces défis incluent mais ne sont pas limités à 1) l'accès aux produits SR, 2) des systèmes logistiques inappropriés, 3) insuffisance de financement pour les produits, 4) une multiplicité d'activités mal coordonnées au niveau des pays, et 5) et des barrières politiques importantes à la SPSR. Des domaines clés d'intervention sont identifiés pour lesquels cette approche sous-régionale peut apporter son appui. Ceci inclut par exemple, le développement de systèmes pour partager les informations sur les achats à travers les pays, le renforcement des capacités institutionnelles et individuelles, et le plaidoyer pour l'harmonisation des politiques des produits SR et les cadres de réglementation à travers les états de la CEDEAO.

DELIVER

John Snow, Inc.

1616 North Fort Myer Drive, 11th Floor

Arlington, VA 22209 USA

Téléphone: 703-528-7474

Fax: 703-528-7480

Courriel: [deliver\\_project@jsi.com](mailto:deliver_project@jsi.com)

Internet: [deliver.jsi.com](http://deliver.jsi.com)

# TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	vii
ACRONYMES.....	ix
1.0 RÉSUMÉ.....	1
1.1 Contexte.....	2
1.2 Coordination.....	2
1.3 Renforcement des capacités.....	2
1.4 Activités de soutien au niveau pays.....	3
2.0 INFORMATION DE BASE.....	5
3.0 DÉFIS SOUS-RÉGIONAUX.....	9
3.1 Le lien entre la santé maternelle et infantile, et la SPSR.....	9
3.2 Défis communs.....	11
3.2.1 Accès à des produits et services de qualité.....	12
3.2.2 Gestion logistique.....	12
3.2.3 Financement.....	14
3.2.4 Coordination entre donateurs, gouvernement et secteur privé.....	15
3.2.5 Soutien à la politique.....	15
4.0 DOMAINES THÉMATIQUES DE LA STRATÉGIE SOUS-RÉGIONALE.....	17
4.1 Système d'achats informés coordonnés pour les produits de SR.....	17
4.2 Renforcement des capacités institutionnelles.....	17
4.3 Plaidoyer pour un cadre stratégique et réglementaire harmonisé.....	18
5.0 COMPOSANTE A : PLAN STRATÉGIQUE.....	19
5.1 Vision, mission, et finalité.....	19
5.2 Objectifs.....	19
5.2.1 Contexte.....	20
5.2.2 Coordination.....	20
5.2.3 Renforcement des capacités.....	20
5.2.4 Activités de soutien au niveau national.....	20

5.3	Contexte . . . . .	21
5.3.1	Objectif . . . . .	21
5.3.2	Problèmes de SPSR dans la sous-région. . . . .	21
5.3.3	Stratégies . . . . .	21
5.3.4	Principaux résultats . . . . .	22
5.3.5	Hypothèses . . . . .	22
5.3.6	Risques . . . . .	22
5.3.7	Actions . . . . .	23
5.4	Coordination . . . . .	25
5.4.1	Objectif . . . . .	25
5.4.2	Problèmes de SPSR dans la sous-région. . . . .	25
5.4.3	Stratégies . . . . .	25
5.4.4	Principaux résultats . . . . .	25
5.4.5	Hypothèses. . . . .	25
5.4.6	Risques . . . . .	25
5.4.7	Actions . . . . .	26
5.5	Renforcement des capacités . . . . .	29
5.5.1	Objectif . . . . .	29
5.5.2	Problèmes de SPSR dans la sous-région. . . . .	29
5.5.3	Stratégies . . . . .	29
5.5.4	Principaux résultats . . . . .	29
5.5.5	Hypothèses. . . . .	30
5.5.6	Risques . . . . .	30
5.5.7	Actions . . . . .	30
5.6	Soutien aux pays . . . . .	32
5.6.1	Objectif . . . . .	32
5.6.2	Problèmes de SPSR dans la sous-région. . . . .	32
5.6.3	Stratégies . . . . .	32
5.6.4	Principaux résultats . . . . .	32
5.6.5	Hypothèses. . . . .	32
5.6.6	Risques . . . . .	32
5.6.7	Actions . . . . .	33
6.0	PLAN DE PLAIDOYER POUR LE FINANCEMENT DE LA MISE EN OEUVRE . . . . .	35
7.0	COMPOSANTE B : PLAN OPÉRATIONNEL . . . . .	41
7.1	Résumé du budget. . . . .	41
7.2	Contexte . . . . .	42
7.3	Coordination . . . . .	47
7.4	Renforcement des capacités . . . . .	51
7.5	Activités de soutien au niveau pays. . . . .	55
8.0	COORDINATION, SUIVI ET ÉVALUATION. . . . .	59
8.1	Indicateurs de résultats . . . . .	61
9.0	RÉFÉRENCES. . . . .	65

10.0 ANNEXES .....	67
Annexe 1 – Liste des participants aux ateliers .....	67
Annexe 2 – La liste inter-institutions des médicaments essentiels pour la santé de la reproduction .....	77

#### Figures

3.1. Prévalence contraceptive et mortalité maternelle .....	9
3.2. Mortalité infantile et intervalle de naissance .....	10
3.3. L'état des stocks dans un point de prestation de service du secteur public au Mali (2001 et 2005) le jour de la visite .....	13
3.4. L'état des stocks dans un point de prestation de service du secteur public au Ghana (2006) le jour de la visite .....	13
3.5. Financement des contraceptifs (sauf condoms) par les donateurs comparé à la projection des besoins .....	15

#### Tableaux

1. Actions pour augmenter, améliorer les politiques communes et spécifiques au niveau pays .....	23
2. Actions pour renforcer, planifier, gérer et mettre en oeuvre les activités de SPSR. . .	26
3. Actions pour améliorer la capacité humaine, technique, et institutionnelle pour l'aboutissement de la SPSR dans la sous région Ouest Africaine .....	30
4. Actions pour renforcer les institutions et réseaux sous-régionaux pour apporter l'assistance technique en matière de SPSR .....	33
5. Objectifs et comment ils seront atteints .....	36
6. Résumé du budget pour les années 1-5 .....	37
7. Contexte pour le plan opérationnel .....	39
8. Coordination des actions pour le plan opérationnel .....	41
9. Renforcement de la capacité pour le plan opérationnel .....	42
10. Activités de soutien aux pays du plan opérationnel .....	47
11. Objectifs, actions, sous actions, estimation des coûts et durée pour le plan de suivi et évaluation .....	51

- 12. Indicateurs de résultats action, indicateurs output, et résultats attendus . . . . . 55
- 13. Besoin minimum de médicaments pour un système de soins de santé de base . . . . . 75

# REMERCIEMENTS

L'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) a assuré la direction technique et les besoins organisationnelles et l'orientation techniques nécessaires pour développer cette stratégie. L'OOAS, sous la conduite du Dr Kabba Joiner, directeur général, a organisé une série de trois ateliers consacrés au développement de la stratégie, qui se sont tenus entre novembre 2005 et mars 2006. Parmi les participants à ces différents ateliers figurent notamment des experts des gouvernements de la Communauté économique des États d'Afrique de l'Ouest, des donateurs, des organisations non gouvernementales, et des partenaires techniques (regroupés sous l'appellation groupe d'étude de la SR [santé de la reproduction]) ainsi que des gestionnaires de programmes des pays et des agents de liaison de l'OOAS. L'annexe 1 reprend la liste de ces différentes personnes.

Le projet John Snow Inc. DELIVER a joué le rôle d'animateur des ateliers ainsi que celui d'éditeur de ce document. Le projet Action pour la région d'Afrique de l'Ouest - santé reproductive (AWARE-RH) a fourni un important appui technique et organisationnel. Parmi les organisations ayant affecté beaucoup de temps de leur personnel et de soutien financier à l'élaboration de ce document, on peut citer la United States Agency for International Development (USAID, l'Agence des États-Unis pour le développement international)/Afrique de l'Ouest, USAID/Washington, le Fonds des Nations unies pour la population, le *Kreditanstalt für Wiederaufbau*, ainsi que la Banque mondiale.

Les auteurs aimeraient tout particulièrement remercier l'USAID pour avoir soutenu l'OOAS et la rédaction de ce document.



# ACRONYMES

ACAME	Association africaine des centrales d'achat de médicaments essentiels
ACDI	Agence canadienne de développement international
AIC	achats informés et coordonnés
ASM	analyse de la segmentation du marché
AT	assistance technique
AWARE-RH	projet Action pour la région d'Afrique de l'Ouest – santé reproductive
BAD	Banque Africaine de développement
BCEAO	Banque centrale des États de l'Afrique de l'Ouest
BCG	bacille Calmette-Guérin
CAMES	Conseil africain et malgache de l'enseignement supérieur
CCC	communication pour le changement de comportement
CDC	Centers for Disease Control
CDP	capacité de payer
CEDEAO	Communauté économique des États d'Afrique de l'Ouest
CPI	Comité de planification international
D&T	déplacements et transport
DANIDA	Danish International Development Agency
DFID	Department for International Development (Royaume-Uni)
DIU	dispositif intra-utérin
DPAT	Direction Planification
DSSP-CM	Division Soins de Santé Primaires Contrôle de la Maladie
DSW	Fondation allemande pour la population mondiale
FDF	formation des formateurs
FMAR	femmes mariées à l'âge de reproduction
UNFPA	Fonds des Nations unies pour la population
GPOL	gestionnaires de programme et officiers de liaison
GTZ	<i>Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit</i>
IEC	information, éducation, et communication

IPPF	Fédération internationale de paternité
IST	infection sexuellement transmise
JICA	Japan International Cooperation Agency
KfW	<i>Kreditanstalt für Wiederaufbau</i>
LME	liste des médicaments essentiels
ME	ministère de l'Éducation
MF	ministère des Finances
MS	ministère de la Santé
MSH	Management Sciences for Health
NTB	norme de traitement de base
OEIL	outil d'évaluation des indicateurs logistiques
OMD	objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
OMS-AFRO	Organisation mondiale de la santé – Bureau régional pour l'Afrique
ONG	organisation non gouvernementale
OOAS	Organisation Ouest-Africaine de la Santé
OUA	Organisation de l'unité africaine
PEM	procédure d'enregistrement des médicaments
PI	partenaires internationaux
PNUD	Programme des Nations unies pour le développement
PPP	partenariat public-privé
PPS	point de prestation de service
PRB	Population Reference Bureau
QG	quartier général
S&E	suivi et évaluation
SC	sécurité contraceptive
SIDA	Swedish International Development Cooperation Agency
SIDA	syndrome d'immunodéficience acquise
SIGL	système d'information en gestion logistique
SIGS	système d'information en gestion de la santé
SOU	soins obstétricaux d'urgence
SPARHCS	Approche stratégique pour la sécurité des produits de santé de la reproduction

SPSR	sécurité des produits de santé de la reproduction
SR	santé de la reproduction
SRE	santé de la reproduction et de l'enfant
TAR	traitement antirétroviral
TME	transmission mère-enfant
TMI	taux de mortalité infantile
TMM	taux de mortalité maternelle
TPC	taux de prévalence de la contraception
TR	termes de référence
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence américaine pour le développement international
VDP	volonté de payer
VIH	virus de l'immunodéficience humaine



# I.0 RÉSUMÉ

En Novembre 2005, un document conceptuel sur la SPSR dans la sous région a été présenté aux ministres de la santé de l'Organisation Ouest africaine de la santé(OOAS) à la 6eme réunion ordinaire des experts et ministres de la santé tenue à Dakar au Sénégal. A la réunion , les ministres ont autorisé le développement d'une stratégie sous-régionale pour les produits de santé de la reproduction(SPSR) et ont mandaté l'OOAS de conduire le processus. Plus tard en Novembre, le groupe de travail pour la sécurité des produits de santé de la reproduction(Groupe de Travail), conduit par l'OOAS organisa un premier atelier pour commencer à développer une stratégie sous-régionale pour la SPSR.

Après l'atelier de Novembre, en Janvier 2006, les agents de liaison de l'OOAS et les directeurs des programmes de SR des pays se rencontrèrent pour passer en revue le document préparé et faire avancer le développement de la stratégie. En Mars 2006, le Groupe de Travail se réunissait pour passer en revue la stratégie et la compléter. Cette réunion a produit la version finale de la stratégie.

Les efforts combinés du groupe d'étude et des GPOL ont joué un rôle déterminant dans l'élaboration de ce document. Les GPOL représentaient 14 des 15 pays de la Communauté économique des États d'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) et se sont inspirés des expériences des programmes nationaux pour concevoir des interventions réalisables en matière de SPSR.<sup>1</sup> Ces différents ateliers firent suite à la présentation d'un document conceptuel<sup>2</sup> sur la SPSR dans la sous-région, qui fut présenté aux ministres de la Santé de l'OOAS lors de la sixième réunion ordinaire des experts et ministres dans le domaine de la santé en novembre 2005 à Dakar au Sénégal. Lors de cette réunion, les ministres de la Santé de la CEDEAO approuvèrent l'élaboration d'une stratégie sous-régionale en matière de SPSR, et chargèrent l'OOAS de mener ce projet.

Le document conceptuel SPSR souligna l'importance de formuler la sécurité des produits dans le cadre des « 7 C » repris dans l'Approche stratégique pour la sécurité des produits de santé de la reproduction (SPARHCS)<sup>3</sup> (Hare et al. 2004). Le groupe de travail et les GPOL reconnurent que les 7 C (C étant la première lettre des mots anglais signifiant client, capacité, capital, engagement, coordination, et contexte) constituaient les éléments nécessaires pour assurer la SPSR, qui existe lorsque *chaque personne est en mesure de choisir, d'obtenir et d'utiliser de manière fiable des produits à la fois de qualité, abordables et essentiels en matière de santé de la reproduction, et ce, à tout moment où cette personne pourrait en avoir besoin*. Néanmoins, le groupe d'étude admet qu'une stratégie régionale n'est pas réalisable si elle cherche à répondre à toutes les composantes de la SPARHCS. Il faut plutôt chercher à se concentrer sur les défis sous-régionaux transversaux, là où les acteurs sous-régionaux peuvent (en raison de l'ampleur, de la portée et de la rentabilité) ajouter de la valeur en offrant des recommandations, en négociant et en catalysant les activités qui permettent de renforcer les interventions nationales actuelles et futures.

Les stratégies nationales de sécurité des produits, celles qui existent et celles qui sont en train d'être élaborées au Ghana, au Mali, au Nigeria, au Burkina Faso, au Togo, en Gambie, au Cameroun et au Sierra Leone, tiennent déjà compte d'une grande partie des composantes de la SPARHCS, et il ne faudrait pas

---

1 Voir annexe 1 pour la liste détaillée des participants GPOL à l'atelier.

2 « Stratégie sous-régionale pour la SPSR en Afrique de l'Ouest : un document conceptuel » est disponible dans la section « Publications » sur le site [www.deliver.jsi.com](http://www.deliver.jsi.com).

3 L'outil SPARHCS, publié conjointement par USAID et le UNFPA, est disponible dans la section « Publications » sur le site [www.deliver.jsi.com](http://www.deliver.jsi.com).

que la stratégie régionale fasse double emploi. L'approche sous-régionale reflétera et complétera les initiatives des différents pays et renforcera les activités au niveau national. Le cadre a donc été modifié pour tenir compte des forces sous-régionales - ainsi que des domaines thématiques<sup>4</sup> qui ont été déterminés dans le document conceptuel (JSI / DELIVER 2005) - tout en prévoyant un soutien aux efforts nationaux en cours. Le nouveau cadre comprend quatre objectifs stratégiques liés au contexte, à la coordination, à la renforcement des capacités, et aux activités de soutien au niveau national.

## **I.1 CONTEXTE**

*Améliorer, simplifier et accroître le nombre de politiques communes et spécifiques en matière de SPSR, à la fois aux niveaux national et régional, afin de créer un environnement politique qui permettra d'appuyer la SPSR dans la sous-région.*

Pour améliorer le soutien politique pour la SPSR et améliorer l'environnement pour le partenariat entre le secteur public et privé,

Ces initiatives se concentreront sur la sensibilisation aux politiques communes et spécifiques en matière de SPSR aux niveaux national et sous-régional. Il s'agira notamment de mettre en place des lignes budgétaires gouvernementales pour les produits de santé de la reproduction (SR) (niveau national), et de vulgariser des documents et éléments matériels à des fins d'information, d'éducation et de communication (du niveau sous-régional) pour pouvoir renforcer le soutien stratégique à la SPSR et améliorer l'environnement pour les partenariats entre les secteurs privé et public. À mesure que les pays de la CEDEAO continuent à se diriger vers des politiques économiques communes, le plaidoyer pour des droits tarifaires extérieurs communs, des procédures communes en matière d'enregistrement des médicaments (PEM) ainsi que des normes de traitement de base (NTB) pour les produits de SR, peuvent contribuer à renforcer l'efficacité et à réduire les coûts.

## **I.2 COORDINATION**

*Renforcer la planification, la gestion et la mise en oeuvre des activités de SPSR grâce à des mécanismes de coordination mobilisant une large gamme de parties prenantes, y compris les donateurs, les différents gouvernements, le secteur privé, ainsi que les organisations de la société civile.*

Les initiatives de coordination de l'OOAS se concentreront essentiellement (mais non exclusivement) sur la mise en oeuvre du mécanisme d'achats informés et coordonnés qui, tel qu'il a été conçu et mis en oeuvre, servira de mécanisme pratique et de coordination continu qui permettra l'accès et le partage systématiques des données relatives aux achats. D'autres activités reprises dans cette stratégie permettront de renforcer la coordination au sein des pays, et aussi entre les pays et la sous-région. Les mesures de renforcement des capacités et les initiatives de soutien au niveau national seront entreprises à travers toute la sous-région. Par ailleurs, l'élaboration de PEM (procédure d'enregistrement des médicaments) et de NTB (norme de traitement de base) communes (voir ci-dessus dans le paragraphe « Contexte ») permettra de renforcer la coordination entre les pays et les organismes sous-régionaux.

## **I.3 RENFORCEMENT DES CAPACITÉS**

*Améliorer les capacités humaines, techniques et organisationnelles pour la réussite de la SPSR dans la sous-région d'Afrique de l'Ouest.*

---

<sup>4</sup> Voir section 4.0, domaines thématiques de la stratégie sous-régionale.

La faculté de délivrer des produits de SR aux clients grâce à des chaînes d'approvisionnement efficaces, de surveiller et de tester la qualité des produits, et de former le personnel à la kyrielle de fonctions faisant appel à la SPSR, varie d'un pays à l'autre. Cependant, il est évident que ces aspects ainsi que d'autres faiblesses en matière de capacité sont communs aux pays de la sous-région. La stratégie SPSR sous-régionale devra aborder ces questions en soutenant les laboratoires d'essais pour le contrôle de la qualité, ainsi que des programmes de formation au niveau sous-régional dans le domaine des achats et de la gestion de la chaîne d'approvisionnement. Dans de nombreux pays, les ressources pour de telles structures et activités ne sont pas disponibles. Les acteurs aux niveaux sous-régional et national devraient également consigner et faire circuler les meilleures pratiques, et se tenir régulièrement informés des activités de chacun pour éviter tout double emploi et pour pouvoir déterminer où il est possible de jouer des rôles complémentaires, et où des échanges techniques du Sud au Sud peuvent s'avérer bénéfiques.

#### **I.4 ACTIVITÉS DE SOUTIEN AU NIVEAU PAYS**

*Accroître l'assistance technique ciblée au niveau pays en matière de SPSR, qui produit des résultats et qui peut être reproduite et vulgariser à travers toute la sous-région.*

La logique de cet objectif est basée sur un constat : une aide technique stratégique et mûrement réfléchie au niveau national est à même de renforcer la SPSR de manière substantielle. De plus, étant donné que les ressources sont limitées, il est absolument essentiel de fournir une aide technique directe en matière de SPSR aux pays où les expériences peuvent se traduire en meilleures pratiques pour d'autres pays dans la sous-région. De nombreux programmes nationaux sont caractérisés par de faibles systèmes de gestion de programmes, notamment dans le domaine du suivi et de l'évaluation (S&E) et de la gestion financière. Les activités de soutien nationales dans la sous-région viseront à appuyer le développement d'un réseau de fournisseurs d'assistance technique et de sources de financement pour pouvoir se concentrer sur ces autres lacunes.

La version finale du plan stratégique est reprise dans les pages suivantes. Celui-ci se divise en deux composantes :

La **composante A** est caractérisée par une structure générale permettant de déterminer et de répondre à une grande partie des questions abordées dans le document conceptuel. On y trouve une description des objectifs, des stratégies, des mesures, des résultats prévus, des hypothèses et des risques. On trouvera également un chapitre sur la sensibilisation et le financement dans le cadre de la stratégie sous-régionale, décrivant de quelle manière le soutien critique à la mise en oeuvre se déroulera.

La **composante B** contient le plan opérationnel, une estimation du budget, ainsi que le plan de suivi et d'évaluation, y compris les indicateurs des résultats prévus. On trouvera également dans cette partie les actions et sous-actions, le calendrier, le budget et les coûts, ainsi que le détail des indicateurs.

Le succès de la stratégie dépendra de la participation et des contributions des nombreuses institutions d'Afrique de l'Ouest travaillant dans le domaine de la santé de la reproduction, ainsi que du soutien de la part des partenaires internationaux et bilatéraux. En tant que principale autorité dans le domaine de la santé au niveau sous-régional pour la CEDEAO, l'OOAS est bien placée pour prendre la direction des opérations pour coordonner la mise en oeuvre et le développement d'une stratégie sous-régionale en matière de SPSR, et pour préconiser le soutien matériel directement auprès des donateurs et des pays membres. Par ailleurs, d'autres acteurs dans la sous-région – et notamment le Bureau régional pour l'Afrique de l'Organisation mondiale de la santé (OMS-AFRO), l'Association africaine des centrales d'achat de médicaments essentiels (ACAME), le Centre d'études et de recherche sur la population pour le développement (CERPOD), et d'autres encore, aux côtés de l'OOAS – auront un rôle important à jouer en tant

que défenseurs, négociateurs et catalyseurs pour l'adoption et la mise en oeuvre d'une stratégie sous-régionale. La difficulté dans la mise en oeuvre de ce plan réside dans la manière de gérer les initiatives au niveau sous-régional, tout en appuyant les interventions au niveau national.

## 2.0 INFORMATION DE BASE

Les indicateurs de santé maternelle et infantile dans les pays de la sous-région d'Afrique de l'Ouest sont peu encourageants, bien qu'ils restent comparables à ceux d'autres pays en développement. L'OOAS et ses partenaires reconnaissent la gravité des lacunes dans la qualité des services de santé maternelle et périnatale dans la sous-région, ainsi que dans l'accès à ces services. Pour faire face à ces difficultés, ils ont mis au point le *Plan stratégique pour la réduction de la mortalité maternelle et périnatale en Afrique de l'Ouest*. Cette stratégie sous-régionale vient également en appui à la *feuille de route* de l'OMS-AFRO ainsi qu'au Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique / objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) des Nations unies. Cette feuille de route et les OMD portent sur la réduction de la mortalité maternelle et infantile et le VIH / sida en tant que facteurs clés dans la réduction de la pauvreté. Ces réductions dépendent de la disponibilité et de l'utilisation constantes des produits de santé de la reproduction (SR) (UNFPA, 2004).

Pour pouvoir faire face à ces difficultés dans le domaine de la santé de la reproduction, et pour faire progresser son Plan stratégique pour la réduction de la mortalité maternelle et périnatale, l'OOAS a déterminé l'interdépendance (et aborde systématiquement celle-ci) entre la SPSR et les résultats en matière de santé maternelle et infantile. Lors de la cinquième Assemblée annuelle à Accra en 2004, les ministres de la Santé de la CEDEAO ont recommandé que l'OOAS et ses partenaires élaborent une stratégie sous-régionale pour la SPSR en vue de soutenir le plan stratégique de santé maternelle et périnatale. Les ministres de la Santé ont ensuite approuvé une feuille de route pour cette stratégie, qui a été présentée sous la forme du document conceptuel de SPSR lors de la réunion annuelle 2005 à Dakar au Sénégal. En encourageant l'accès élargi aux produits SR et à l'utilisation de ceux-ci, la stratégie SPSR viendra également appuyer la réalisation des OMD ainsi que les objectifs de la feuille de route, ce qui donnera lieu à une réduction importante de la mortalité maternelle et infantile d'ici 2015 (Nations unies 2004).

Un certain nombre de difficultés en matière de SPSR sont communes aux différents pays de la région CEDEAO. Pour tirer profit de l'échelle et pour encourager la coopération sous-régionale, on peut aborder ces difficultés à la fois au niveau sous-régional et national. Cette approche a de nombreux avantages.

En effet, une approche sous-régionale à la SPSR :

- constitue un excellent moyen de sensibilisation et encourage la collaboration entre les différents pays pour pouvoir comparer, informer et influencer les politiques de santé publique ;
- réunit les principaux décideurs des différentes parties prenantes autour d'un même cadre conceptuel, d'une même terminologie, des mêmes outils, et des mêmes méthodes pour pouvoir évaluer et répondre aux difficultés ;
- facilite le partage des expériences entre les pays ;
- attire l'attention et sollicite le soutien du gouvernement, des organisations multilatérales, des bailleurs de fonds bilatéraux et autres partenaires en matière de SPSR.

Les différents partenaires, dont l'OOAS, le UNFPA, USAID, *Kreditanstalt für Wiederaufbau* (KfW), la Banque mondiale, ainsi que d'autres organismes, ont reconnu que les pays de la sous-région se heurtaient à un grand nombre d'obstacles communs en matière de SPSR, et qu'une stratégie sous-régionale SPSR

pouvait constituer un mécanisme efficace pour répondre à ces difficultés. Parmi les difficultés communes aux pays de la sous-région, on peut citer (1) accès limité à des produits et services SR de qualité ; (2) systèmes logistiques nationaux inadéquats pour la gestion des produits SR ; (3) financement insuffisant pour les produits et services SR quelle que soit la source (ménages, communauté, gouvernements nationaux, bailleurs de fonds multilatéraux et bilatéraux, et organismes prêteurs) ; (4) mécanismes de coordination inadéquats entre partenaires de la sous-région ; (5) multitude d'activités mal coordonnées dans les différents pays, donnant lieu à des doubles emplois inutiles et à une utilisation peu efficace des ressources limitées disponibles pour la SR ; et (6) importantes barrières au niveau des politiques nationales et opérationnelles dans le domaine de la SPSR.

Trois domaines clés ont été définis dans lesquels une stratégie sous-régionale serait capable d'optimiser le soutien et les avancées en matière de SPSR :

1. Un système d'achats informés et coordonnés (AIC) entre les pays de la CEDEAO permettrait aux responsables nationaux des achats et de l'approvisionnement de partager des informations avec leurs homologues dans la sous-région concernant le prix des fournisseurs, et ultérieurement, des informations sur la qualité des produits et autres données pertinentes. Ces informations permettraient de prendre des décisions éclairées au niveau des achats et, en comparant les prix obtenus par d'autres pays du réseau, on pourrait veiller à procéder à des achats de produits SR offrant le meilleur rapport qualité-prix.
2. La faculté de délivrer des produits de SR aux clients grâce à des chaînes d'approvisionnement efficaces, de surveiller et de tester la qualité des produits, et de former le personnel à la kyrielle de fonctions faisant appel à la SPSR, varie d'un pays à l'autre. Les lacunes dans la mise en valeur des ressources humaines, dans le renforcement des capacités institutionnelles, ainsi que dans l'assistance technique, sont communes aux différents pays de la sous-région. La capacité de pouvoir livrer des produits nécessite une attention toute particulière.
3. La stratégie sous-régionale préconisera un cadre réglementaire et politique harmonisé. Les organisations sous-régionales sont en mesure de jouer un rôle de catalyseur pour contribuer à mettre en place des droits tarifaires extérieurs communs, des procédures comparables en matière d'enregistrement des médicaments, ainsi que des normes de traitement de base communes pour défendre le renforcement de l'environnement politique et réglementaire soutenant la SPSR.

La stratégie sous-régionale proposée visera à assurer la SPSR en se concentrant sur le renforcement des systèmes pour élargir l'accès aux produits de SR, à la fois pour les utilisateurs actuels et pour ceux exprimant un besoin non satisfait pour ces produits (c'est-à-dire le souhait ou le besoin de les utiliser alors qu'ils ne les utilisent pas actuellement). L'outil SPARHCS a été adapté pour être utilisé comme cadre conceptuel. La SPARHCS adopte un point de vue à long terme, multidisciplinaire et multilatéral par rapport à la SPSR en déterminant de quelle manière différents éléments, y compris le cadre contextuel, la capacité, la coordination et le financement, sont à la fois interdépendants et nécessaires pour réussir la SPSR. Des variantes dans le cadre et l'outil d'évaluation SPARHCS ont déjà été utilisées au Burkina Faso, au Cameroun, en Gambie, au Ghana, au Nigeria et au Togo pour aider à la conception et à la mise en oeuvre des stratégies SPSR.

L'approche sous-régionale décrite en détail dans cette stratégie vise à renforcer (et non à supplanter) ces initiatives. Des liens entre initiatives nationales et régionales en matière de SPSR sont déjà en cours. Par exemple, l'approche ouest-africaine d'USAID, partiellement mise en oeuvre par le projet AWARE-RH, offre un soutien combiné aux initiatives de ces pays, tout en soutenant des systèmes et institutions au niveau régional, comme par exemple le *Centre africain d'études supérieures en gestion* (CESAG), ou encore l'*Institut régional de santé publique* (IRSP) signe que l'on ne peut se concentrer exclusivement sur un seul

niveau. L'adoption de la stratégie SPSR d'organisations sous-régionales en Afrique de l'Ouest devrait par ailleurs permettre de renforcer ces approches existantes et renforcer également la compatibilité avec les initiatives au niveau national en matière de SPSR.



# 3.0 DÉFIS SOUS-RÉGIONAUX

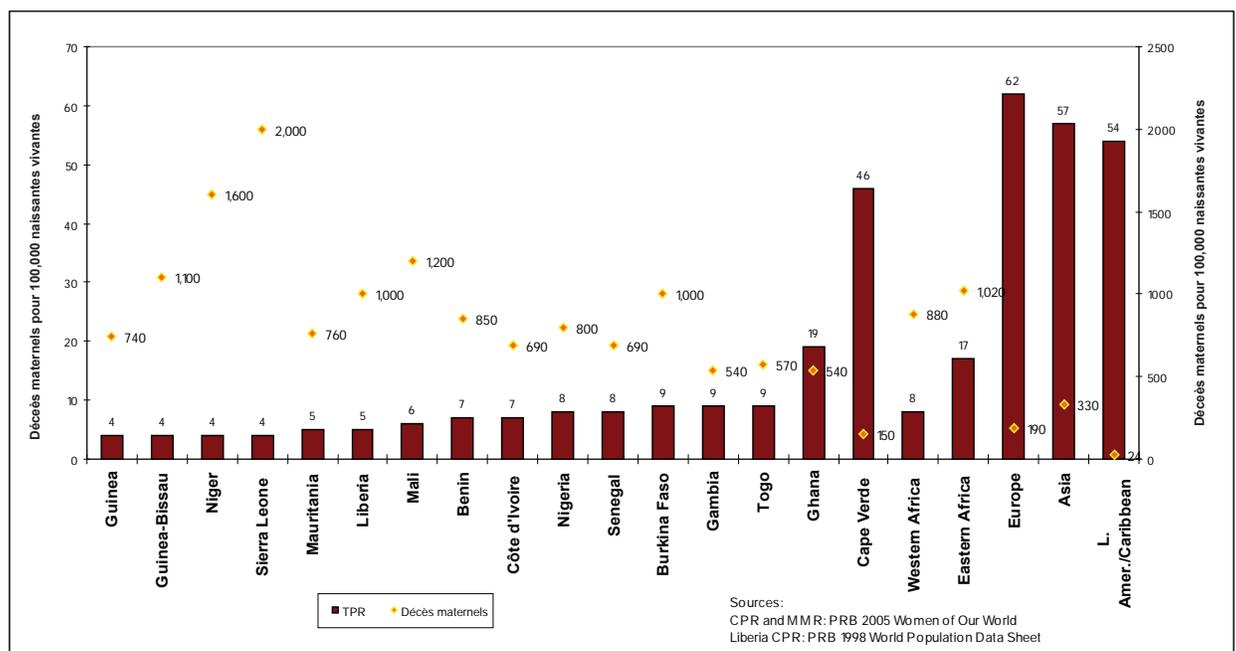
## 3.1 LE LIEN ENTRE LA SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE, ET LA SPSR

En Afrique de l’Ouest, on compte 880 décès maternels et plus de 100 décès infantiles pour chaque tranche de 100.000 naissances vivantes. Le pourcentage de femmes mariées utilisant des méthodes modernes de contraception dans la sous-région se situe à 8%, plaçant ainsi Afrique de l’Ouest quasiment au bas de l’échelle mondiale en ce qui concerne l’utilisation de contraceptifs. Par ailleurs, 4,3% des adultes en Afrique de l’Ouest âgés de 15 à 49 ans sont contaminés par le VIH / sida, et pratiquement 60% de ces personnes sont des femmes (PRB 2005). Ces différentes statistiques maternelles, infantiles et reproductives sont inacceptables.

Parmi les indicateurs des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) des Nations unies, on retrouve notamment l’amélioration des indicateurs en matière de santé maternelle et infantile, ainsi que l’atténuation de la propagation du VIH / sida, autant d’éléments qui dépendent de la disponibilité et de l’utilisation constantes des produits de SR (UNFPA 2004). La SPSR, qui existe lorsque *chaque personne est en mesure de choisir, d’obtenir et d’utiliser de manière fiable des produits à la fois de qualité, abordables et essentiels en matière de santé de la reproduction, et ce, à tout moment où cette personne pourrait en avoir besoin*, est d’une importance cruciale pour réaliser ces objectifs internationaux.

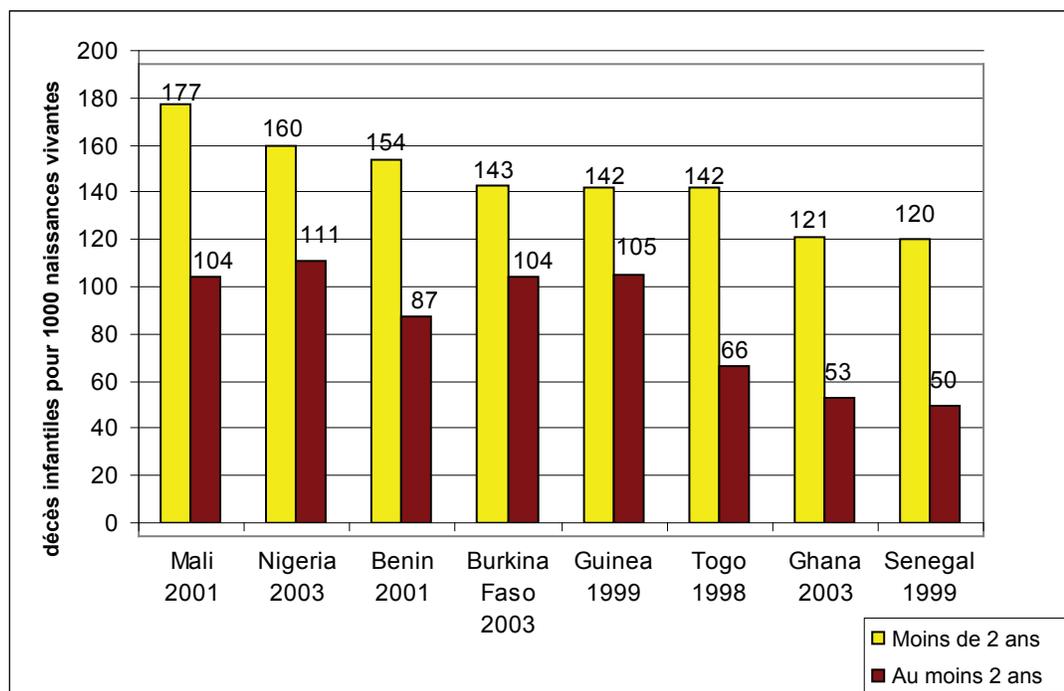
La figure 3.1 illustre la relation entre des taux élevés de mortalité maternelle (TMM) et de faibles taux de prévalence de la contraception (TPC). En aidant les femmes à planifier et à espacer leurs naissances et à éliminer les grossesses non désirées, la SPSR est à même de jouer un rôle important dans la réduction de la mortalité maternelle et dans l’amélioration de la santé maternelle.

Figure 3.1. Prévalence contraceptive et mortalité maternelle



La SPSR a également un impact sur la santé infantile. Par exemple, lorsque les mères espacent leurs naissances d'au moins deux ans, les taux de mortalité infantile reculent d'un ordre de grandeur pouvant aller jusqu'à 50% (voir figure 3.2).

**Figure 3.2. Mortalité infantile et intervalle de naissance**



S'il est vrai que la sous-région a enregistré des progrès au cours des dix dernières années en ce qui concerne l'accroissement de l'utilisation des services de planification familiale – le TPC (pour les méthodes modernes) a doublé, par exemple, dans un certain nombre de pays<sup>5</sup> – l'utilisation de la planification familiale reste néanmoins faible, tandis que le besoin non satisfait est élevé (environ 30% en moyenne dans la sous-région).<sup>6</sup> Si les femmes en âge de fécondité avaient accès à la contraception, les résultats en matière de santé maternelle et infantile seraient meilleurs. D'après le Rapport sur le Développement humain de 2003, « Si on pouvait répondre au besoin non satisfait pour la contraception, et si les femmes avaient uniquement le nombre de grossesses aux intervalles qu'elles souhaitent, la mortalité maternelle diminuerait d'un facteur compris entre 20 et 35% ». Les avortements à risque provenant de grossesses non désirées représentent environ 13% de l'ensemble des décès maternels chaque année (PNUD 2003). Pour pouvoir répondre à ce besoin exprimé et pour améliorer les résultats dans le domaine de la santé maternelle et infantile, il est indispensable d'accroître de manière substantielle l'accès aux services et aux produits de santé de la reproduction en Afrique de l'Ouest.

Les figures 3.1 et 3.2 soulignent la relation solide existant entre la SPSR, surtout pour la planification familiale, et les résultats en matière de santé maternelle et infantile. De plus, les répercussions de la pandémie du VIH / sida – qui ont déjà mis à rude épreuve les systèmes de prestation de santé – aggraveront encore la situation au fur et à mesure que la demande en préservatifs et des produits pour la prévention et

<sup>5</sup> Au cours des dix dernières années, le TPC a augmenté dans chaque pays de la CEDEAO pour lequel des données étaient disponibles. Cependant, le TPC reste plus faible que dans d'autres régions du monde, avec un taux de 8%, à comparer aux 14% en général en Afrique subsaharienne (enquêtes démographiques et de santé, entre 1990 et 2003).

<sup>6</sup> Le besoin non satisfait se définit comme le pourcentage de toutes les femmes en âge de procréer qui souhaitent remettre à plus tard ou prévenir leur prochaine naissance, mais qui n'utilisent pas à l'heure actuelle de planification familiale.

le traitement du SIDA continuera d'augmenter. Des études ont montré qu'il était raisonnable de s'attendre à ce qu'un approvisionnement fiable en préservatifs pour la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) et du VIH / sida contribue à diminuer la tendance du taux d'infection par le VIH / sida (CDC 1993).

Il existe de nombreux autres liens manifestes entre la SPSR et l'amélioration des indicateurs en matière de santé maternelle et infantile. Par exemple, un document publié par le projet POLICY intitulé *What Works: A Policy and Program Guide to the Evidence on Family Planning, Safe Motherhood, and STI/HIV/AIDS Interventions*, cite de nombreux exemples de cette relation parmi des interventions de maternité sans risque qui ont fait leurs preuves, et notamment :

- « L'accès géographique aux [soins obstétricaux d'urgence (SOU)] et l'utilisation de ces soins, un personnel formé et réactif, du matériel essentiel, des fournitures et des médicaments sont mis en corrélation avec une amélioration des résultats en matière de santé maternelle et infantile... » Une étude prospective auprès de 19.545 femmes en Afrique de l'Ouest tout au long de leur grossesse et pendant soixante jours après l'accouchement, a montré que [dans] 69,1% de l'ensemble des décès maternels... [les femmes] avaient accouché sans avoir accès à des SOU... (p. 18)
- Le moyen le plus efficace de traiter l'éclampsie consiste à utiliser du sulfate de magnésium... (p. 29)
- « L'utilisation d'antibiotiques prophylactiques au moment d'une césarienne diminue l'incidence de la morbidité infectieuse postopératoire ». Par exemple, l'utilisation d'antibiotiques diminue l'incidence de l'endométriose de l'ordre de deux tiers à trois quarts, et « atténue nettement les épisodes de fièvre, les infections des plaies, les infections des voies urinaires ainsi que les infections graves. » (p. 33)
- La vaccination des femmes enceintes contre le tétanos constitue l'un des moyens les plus simples et les plus rentables pour réduire la mortalité néonatale et réduire également l'incidence du tétanos maternel, qui est responsable d'au moins 5% des décès maternels dans les pays en développement. (p. 54)
- L'administration à des femmes enceintes de médicaments efficaces localement contre le paludisme peut réduire l'incidence de l'insuffisance pondérale à la naissance et de l'anémie parmi les femmes à faible parité (p. 55)
- La prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement de la tuberculose permettent de réduire le nombre de décès maternels chez les femmes enceintes, notamment les femmes séropositives pour le VIH. (p. 58)
- On a montré que le traitement de l'anémie ferriprive, grâce à l'apport de fer pendant la grossesse, permettait de réduire... l'anémie et la morbidité maternelle... (p. 79) Le traitement d'une grave carence en fer pendant la grossesse pourrait atténuer le risque de mortalité maternelle (p. 78)

Ces différents exemples soulignent l'importance de la SPSR dans l'amélioration des indicateurs en matière de santé maternelle et infantile ; toutes ces interventions primordiales nécessitent l'approvisionnement ininterrompu de produits de SR de qualité.

## 3.2 DÉFIS COMMUNS

En plus de l'initiative SPSR de l'OOAS, des évaluations approfondies en matière de SPSR ont été réalisées au Ghana et au Burkina Faso. Une évaluation similaire, soutenue par USAID et le UNFPA, a été effectuée au Nigeria. Des évaluations supplémentaires visant à mesurer la faisabilité d'achats informés et coordonnés ont également été effectuées au Burkina Faso, au Ghana, au Mali, au Nigeria et au Sénégal. Ces évaluations, combinées à l'expérience du programme au sein du groupe d'étude SPSR et du groupe de travail GPOL, ont permis de dégager des données nationales d'une importance cruciale qui ont contribué au contenu de cette stratégie. Les activités de terrain et le travail de bureau effectués précédemment dans

le cadre de la SPSR de l'OOAS<sup>7</sup> ont également permis de déterminer certains des principaux obstacles auxquels la sous-région est confrontée.

Sur la base de revue documentaire, les évaluations effectuées dans les pays et les délibérations des groupes de travail de la stratégie, un certain nombre de problèmes clés ont pu être identifiés: il s'agit notamment de quelques-uns des grands défis SPSR interrégionaux qui renforcent les avantages d'une stratégie SPSR sous-régionale. Ces questions représentent un ensemble de difficultés communes qu'il faudra surmonter pour réussir la SPSR, tout en améliorant la santé maternelle et en relevant les défis posés par les OMD.

### **3.2.1 Accès à des produits et services de qualité**

Dans de nombreuses régions d'Afrique de l'Ouest, l'accès aux produits de SR est limité. De longues distances à parcourir pour se rendre aux établissements de santé, de fréquentes ruptures de stock donnant lieu à une non-disponibilité chronique, le manque de moyens de transport fiables, ou encore la précarité des infrastructures, sont autant d'éléments qui caractérisent la situation dans de nombreuses parties de la sous-région. Les moyens financiers ainsi que des informations incorrectes ou inadéquates sur l'utilisation et les avantages des produits de SR, représentent également des obstacles de taille lorsqu'il s'agit de répondre à la demande des clients. Souvent, les clients n'ont pas accès à la gamme complète des produits permettant de répondre à leurs besoins (par exemple, il n'existe qu'un éventail limité de méthodes contraceptives et un accès limité aux nouvelles technologies contraceptives), et bien souvent, les prestataires de services ne disposent pas des compétences ou de la motivation pour offrir des services de qualité. Par ailleurs, les barrières sociales, culturelles et religieuses limitent encore davantage l'accès dans la sous-région.

### **3.2.2 Gestion logistique**

Bien que la plupart des pays de la sous-région aient mis en place des systèmes logistiques dans le secteur public, l'efficacité de ces systèmes varie. Des évaluations ont mis à jour des faiblesses dans le domaine des ressources humaines, la capacité d'approvisionnement, la gestion des données, l'entreposage et le transport.<sup>8</sup> De plus, l'intégration de la gamme de produits et la décentralisation engendrent de nouvelles complexités qui entravent parfois la gestion efficace de la chaîne d'approvisionnement, et ces systèmes seront soumis à de nouvelles pressions au fur et à mesure qu'ils réagissent à la pandémie du VIH / sida. Ces différentes faiblesses dans les systèmes logistiques occasionnent la péremption des produits, des déséquilibres de l'approvisionnement (stocks excessifs), ainsi que des ruptures de stock aux points de prestation de service.

Pour démontrer l'importance des interventions des systèmes logistiques en ce qui concerne la disponibilité des produits, la figure 3.3 montre la disponibilité des contraceptifs avant et après les interventions logistiques au Mali. Une récente évaluation de système logistique dans le cadre du projet DELIVER a montré que la disponibilité de produits aux points de prestation de services (PPS) et aux entrepôts avait augmenté de manière significative au Mali et au Ghana. La disponibilité des préservatifs Protector au Mali avait

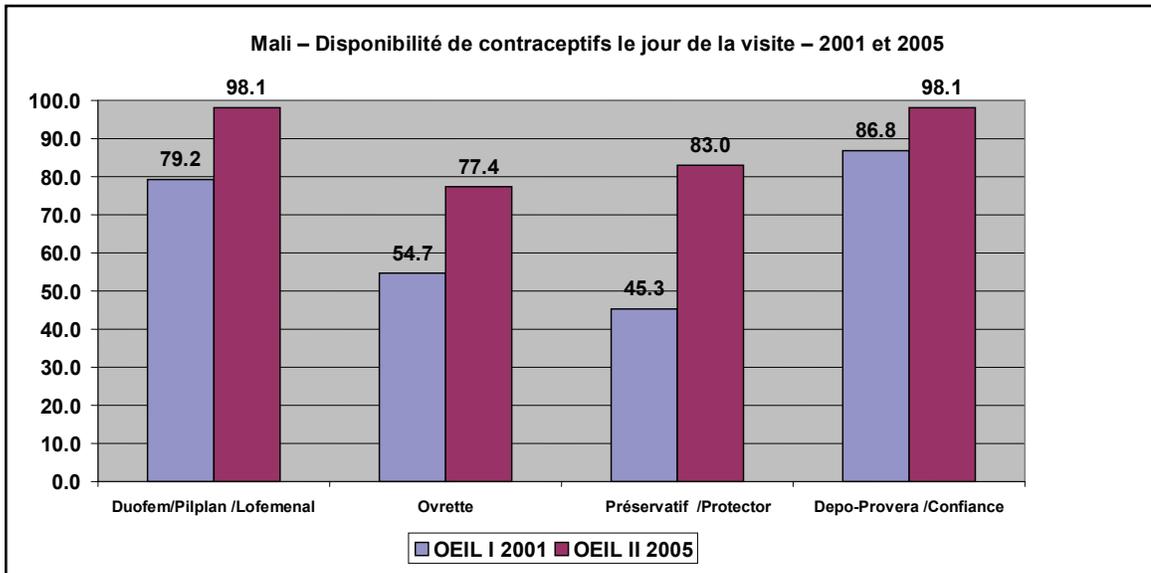
7 Voir DELIVER. *No Product?, No Program!: RHCS for Improved Maternal and Child Health*. 2003. Arlington, Va.: John Snow, Inc./DELIVER, pour USAID; OOAS, USAID, UNFPA, et la Banque mondiale. 2002. "West Africa Regional Initiative for Reproductive Health Commodity Security." Un document conceptuel élaboré à partir de débats entre l'OOAS, USAID, le UNFPA et la Banque mondiale. N.p; Dowling, Paul. 2004. *West Africa RHCS: Local Manufacturing of RH Commodities*. Arlington, Va.: John Snow, Inc./DELIVER, pour USAID. Diarra, Aoua. 2004. *West Africa RHCS: Logistics System Capacity (DRAFT Report)*. Arlington, VA: DELIVER/John Snow, Inc. pour USAID. DELIVER, *Logistics System Assessment Survey Results: Mali, Nigeria, Ghana* (2001–2002). Arlington, Va.: John Snow, Inc./DELIVER, pour USAID; Abdullah, Hany, Dana Aronovich, Aoua Diarra, Paul Dowling, Lisa Hare, Meba Kagone, Ali Karim, Raja Rao, et David Sarley. 2004. *The West Africa Reproductive Health Commodity Security Study: Summary of Findings from Phase One*. Arlington, Va.: John Snow, Inc./DELIVER, pour l'Agence américaine pour le développement international (USAID).

8 DELIVER, Résultats d'enquête sur le système logistique: Pays choisis, Afrique de l'Ouest (2001–2002).

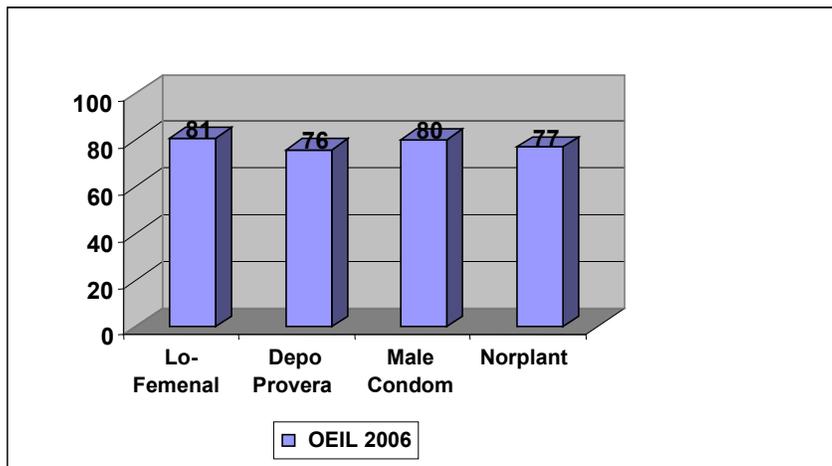
augmenté de plus de 40% au cours de la période en question de quatre ans. Au Ghana, la disponibilité constatée le jour de la visite aux PPS a été maintenue à près de 80% sur plusieurs années pour toute une série de contraceptifs (voir figure 3.4).

Bien que d'importantes ressources visant à renforcer le système logistique (à savoir l'estimation des besoins, le financement, l'approvisionnement et la distribution) sont à même d'accroître la disponibilité et de renforcer la SPSR, les ruptures de stocks de produits essentiels en matière de SR se produisent toujours fréquemment, privant les clients de produits indispensables.

**Figure 3.3. L'état des stocks dans un point de prestation de service du secteur public au Mali (2001 et 2005) le jour de la visite**



**Figure 3.4. L'état des stocks dans un point de prestation de service du secteur public au Ghana (2006) le jour de la visite**



### 3.2.3 Financement

La déclaration d'Abuja de 2001 stipulait qu'au moins 15% des budgets nationaux soient octroyés aux améliorations du secteur de la santé (OUA 2001). Mais aucun pays dans la sous-région n'a atteint cet objectif, et les affectations qui en résultent pour le secteur de la SR restent nettement insuffisantes. Le nombre de plus en plus élevé de femmes et d'hommes en âge de procréer, et la demande croissante de ce groupe de population pour des produits de SR, indique que le manque de financement existant pour les produits de SR se creusera davantage, à moins qu'un investissement pérennisable ne soit fait à tous les niveaux pour financer le coût des produits – de la part des ménages, des communautés, des tiers, des gouvernements, ainsi que des donateurs et partenaires au niveau international.

Au niveau des ménages ou de la communauté, il existe une limite à ce que les gens d'Afrique de l'Ouest peuvent payer de leur poche pour financer les produits de SR. « Actuellement, le véritable secteur commercial, que l'on définit comme des produits et services non subventionnés fournis à des fins lucratives par des sources du secteur privé, n'a qu'un rôle restreint sur les marchés de la santé de la reproduction en Afrique de l'Ouest. Un niveau de revenus de référence d'environ 1.000 USD par habitant est considéré comme le niveau auquel les contraceptifs commerciaux d'entrée de gamme deviennent abordables. En Afrique de l'Ouest, un très petit pourcentage de la population (environ 10% au moins dans la plupart des pays) possède ce niveau de revenus » (Dowling 2004). La plupart ne peuvent même pas se permettre de contribuer ne fût-ce que symboliquement au financement des produits de SR.

De plus, la plupart des gouvernements d'Afrique de l'Ouest ne contribuent pas suffisamment au financement de l'achat de produits de SR pour répondre aux besoins de leurs populations. D'ailleurs, la plupart ne disposent même pas d'une ligne budgétaire pour les produits de SR. Et lorsque le financement existe, il est souvent combiné à d'autres produits de santé, ce qui donne souvent lieu à des quantités d'achat insuffisantes. En d'autres termes, les produits de SR sont en concurrence pour de maigres ressources. Résultat : les gouvernements dépendent en grande partie des contributions des donateurs, contributions qui fluctuent d'année en année.

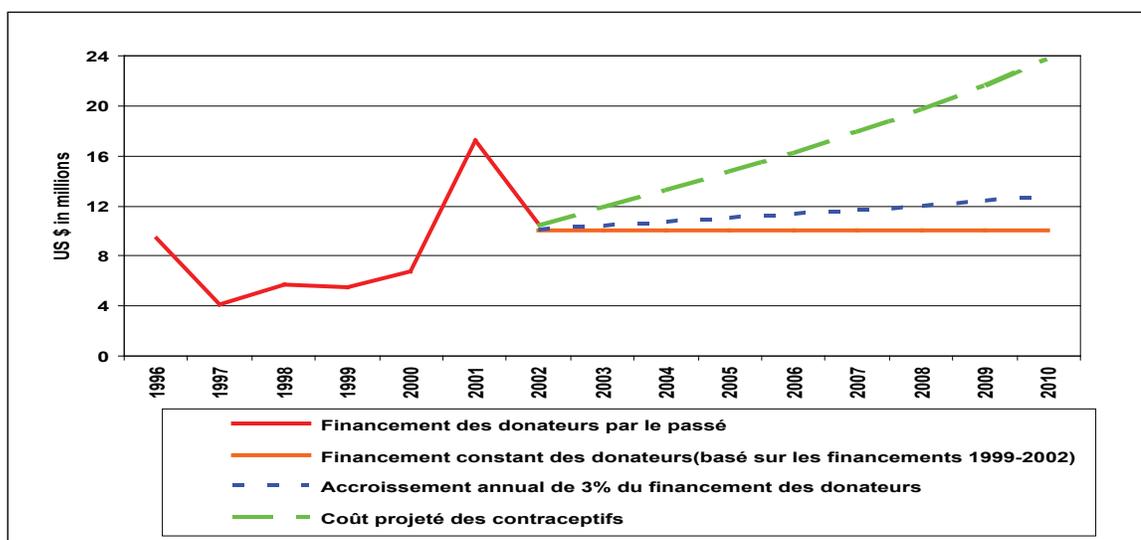
Entre 1996 et 2002, en ce qui concerne les donateurs, le soutien financier à la sous-région pour les contraceptifs a été très irrégulier (voir figure 3.5). Le soutien des bailleurs de fonds pour les contraceptifs en Afrique de l'Ouest a chuté de manière significative, passant de 17 millions USD en 2001 à moins de 11 millions USD en 2002. Les coûts prévus pour les contraceptifs atteindront probablement 25 millions USD par an d'ici 2010. De plus, comme le montre cette figure, si le financement des donateurs reste constant aux niveaux de 2002, le manque de financement sera au minimum de 14 millions USD par an à partir de 2010,<sup>9</sup> sans compter les préservatifs.

Si l'on tient compte des produits supplémentaires de SR pour la prévention des IST, pour les soins prénatals ou pour d'autres états de santé, alors les besoins pour la sous-région doublent pour atteindre quasiment 60 millions USD. Outre les coûts des produits, il faut également un important financement pour les opérations de routine, la prestation de services, la consolidation des capacités et les infrastructures.

---

<sup>9</sup> Les niveaux de soutien actuels et passés de la part des donateurs pour les contraceptifs ont été obtenus de la part du UNFPA. Les prévisions en besoins de financement pour les contraceptifs proviennent de l'Étude sur la sécurité en produits de santé de la reproduction en Afrique de l'Ouest, et ces besoins ont été estimés en tenant compte des besoins projetés et du coût unitaire. Le logiciel Spectrum, mis au point par le Futures Group, a été utilisé pour estimer la quantité prévue nécessaire en appliquant les données démographiques provenant des enquêtes les plus récentes (on parle ici des enquêtes démographiques et de santé réalisées par ORC Macro International, les enquêtes par grappes multi-indicateurs (EGMI) réalisées par l'Unicef, ainsi que les enquêtes de santé de la reproduction effectuées par les CDC) aux objectifs de fécondité estimés par les Nations unies pour la région. La moyenne globale a été utilisée pour le coût unitaire des contraceptifs.

**Figure 3.5. Financement des contraceptifs (sauf condoms) par les donateurs comparé à la projection des besoins**



Il est peu réaliste de s'attendre à une augmentation substantielle des contributions des ménages ou à d'importantes dépenses de la part du gouvernement pour les produits de SR à court et à moyen terme. Le faible pouvoir d'achat des clients, la faible prévalence ainsi qu'une croissance économique lente et irrégulière signifiera que l'on continuera à dépendre de l'aide des bailleurs de fonds au cours des prochaines années.

### **3.2.4 Coordination entre donateurs, gouvernement et secteur privé**

Le manque de mécanismes de coordination entre les partenaires de la sous-région, et la multitude d'activités non coordonnées au niveau national, engendrent souvent des doubles emplois inutiles et une utilisation peu efficace des ressources limitées disponibles pour la SR. Étant donné que les ressources sont limitées, il convient d'accorder une importance toute particulière à la coordination efficace entre gouvernement, bailleurs de fonds, organismes de prêt, et organismes de mise en oeuvre pour minimiser les doubles emplois et mobiliser des ressources complémentaires. L'OOAS occupe une position de choix pour faciliter cette coordination efficace. Il existe d'ailleurs de bons exemples de coordination entre les différentes parties prenantes au niveau national au sein de la communauté CEDEAO. Mais il n'en reste pas moins vrai que les initiatives nationales et sous-régionales pourraient être renforcées en associant un éventail plus large de parties prenantes, y compris des ministères autres que celui de la Santé (Finances, Planification, Éducation etc.), des détaillants et fabricants du secteur privé, des associations de médecins et d'infirmiers, ainsi que des organisations de la société civile (institutions religieuses, organisations non gouvernementales, ou encore des institutions agricoles et de micro-financement à base communautaire).

### **3.2.5 Soutien à la politique**

Il existe encore de nombreuses barrières au niveau des politiques nationales et opérationnelles en matière de SPSR. Il est indispensable d'accroître le soutien à la politique au niveau sous-régional et national si l'on veut relever ces défis, parmi lesquels le manque de financement national pour les produits de SR (p. ex. rubrique budgétaire) ou encore des taxes, des tarifs douaniers et des droits tarifaires à la fois irréguliers, incohérents et excessifs. Parmi les autres problèmes transversaux, on peut citer les restrictions en matière de publicité, les politiques opérationnelles limitées en ce qui concerne la prestation de services, ainsi qu'un manque de sensibilisation, d'éducation et d'informations de qualité.



# 4.0 DOMAINES THÉMATIQUES DE LA STRATÉGIE SOUS-RÉGIONALE

Trois domaines thématiques ont été définis, où les acteurs et les activités au niveau sous-régional sont à même (en raison de l'ampleur, de la portée et de la rentabilité) d'ajouter de la valeur en offrant des recommandations, en négociant et en catalysant les activités de SPSR à travers toute la sous-région. Ces domaines abordent une bonne partie des défis signalés dans le paragraphe 3.0. Il s'agit des éléments suivants :

## 4.1 SYSTÈME D'ACHATS INFORMÉS COORDONNÉS POUR LES PRODUITS DE SR

En 2004 et en 2005, les ministres de la Santé de l'OOAS ordonnèrent que l'on commence à travailler sur la conception et la mise en oeuvre d'un système d'achats informés et coordonnés (AIC) au sein des pays de la CEDEAO. Le système AIC permettrait aux responsables nationaux des achats et de l'approvisionnement de partager des informations avec leurs homologues dans la sous-région concernant le prix des fournisseurs, la qualité ainsi que d'autres données relatives aux achats. Ces informations aideront les pays à prendre des décisions éclairées en matière d'achats, et à veiller à ce que les systèmes d'achat soient plus avantageux, en partie grâce à la comparaison avec les prix obtenus par d'autres pays du réseau. Parmi les autres avantages potentiels, on peut citer l'amélioration de la qualité des produits et l'harmonisation des normes, une meilleure gestion de la chaîne d'approvisionnement, ainsi qu'une réduction du gaspillage et des pertes.

## 4.2 RENFORCEMENT DES CAPACITÉS INSTITUTIONNELLES

La faculté de délivrer des produits de SR aux clients grâce à des chaînes d'approvisionnement efficaces, de surveiller et de tester la qualité des produits, et de former le personnel à la kyrielle de fonctions faisant appel à la SPSR, varie d'un pays à l'autre. Cependant, il est évident que ces aspects ainsi que d'autres faiblesses en matière de capacité sont communs aux pays de la sous-région. Une stratégie SPSR sous-régionale est donc à même de faire face à ces questions en soutenant, par exemple, les laboratoires d'essais pour le contrôle de la qualité, ainsi que des programmes de formation au niveau sous-régional dans le domaine des achats et de la gestion de la chaîne d'approvisionnement. Dans de nombreux pays, les ressources pour de telles structures et activités ne sont pas disponibles. Les acteurs aux niveaux sous-régional et national devraient également consigner et faire circuler les meilleures pratiques, et se tenir régulièrement informés des activités de chacun pour éviter tout double emploi et pour pouvoir déterminer où il est possible de jouer des rôles complémentaires, et où des échanges techniques du Sud au Sud peuvent s'avérer bénéfiques. Afin de soutenir ce type de partage d'informations, un centre de référence sous-régional pourrait s'avérer utile.

### **4.3 PLAIDOYER POUR UN CADRE STRATÉGIQUE ET RÉGLEMENTAIRE HARMONISÉ**

Les organisations sous-régionales sont à même de jouer le rôle de catalyseurs en plaidant en faveur d'un environnement politique et réglementaire plus solide pour la SPSR. Ces groupes pourraient, par exemple, servir de centres d'information et recommander des politiques communes et spécifiques en matière de SPSR au niveau des différents pays. Ces politiques pourraient notamment inclure des lignes budgétaires gouvernementales pour les produits de SR, un soutien pour les groupes de coordination SPSR, ainsi que la diffusion de documents et de matériel d'information, d'éducation et de communication (IEC) conçus pour renforcer le soutien politique à la SPSR. Les pays de la CEDEAO continuent de converger autour de politiques économiques communes en vue de réduire les coûts des produits de SR, par exemple en recommandant des droits tarifaires externes communs pour les produits SR, ou une franchise de droits pour les produits jugés d'importance stratégique pour la santé publique, ou encore une zone interne de libre-échange.

Par ailleurs, pour renforcer l'efficacité dans l'accès aux produits de SR, des organismes sous-régionaux comme l'OOAS pourraient contribuer en plaidant en faveur de procédures normalisées d'enregistrement des médicaments à travers la sous-région. Actuellement, la procédure d'enregistrement est spécifique à un fabricant ou un pays particulier. En harmonisant l'enregistrement, on pourrait peut-être renforcer la capacité du secteur privé à améliorer l'accès aux produits de SR. Les personnes interrogées dans le cadre des questionnaires d'évaluation au Burkina Faso et au Ghana (JSI / DELIVER 2005) ont indiqué au titre des obstacles entravant l'accès aux produits les éléments suivants : le manque de critères coordonnés et uniformisés pour la sélection des produits (par exemple pour la liste des médicaments essentiels (LME), les normes de traitement de base, etc.), l'harmonisation de l'enregistrement des produits, ainsi que les normes d'étiquetage des produits au sein de la sous-région. Les institutions sous-régionales pourraient contribuer à coordonner et à catalyser les activités entre les parties prenantes des différents pays pour adopter des conditions communes en matière de procédures d'enregistrement des médicaments, de listes de médicaments essentiels, et de normes de traitement de base au sein de la communauté CEDEAO.

# 5.0 COMPOSANTE A : PLAN STRATÉGIQUE

## 5.1 VISION, MISSION, ET FINALITÉ

La stratégie SPSR est un mécanisme visant à améliorer la santé maternelle et infantile en Afrique de l'Ouest. Les produits que cette stratégie cherche à rendre disponibles de façon régulière aux clients seront ceux de la planification familiale, plus des produits plus généraux. La liste comprendra des produits de santé pour la santé maternelle et contre le VIH / sida ainsi que d'autres produits essentiels de SR. La liste complète, reprise en annexe 2, permettra aux parties prenantes qui sont associées à cette stratégie d'avoir une idée du grand nombre de produits existants pour garantir les fournitures de SR (OMS/UNFPA 2005). Les parties prenantes au niveau national seront encouragées à élaborer des listes spécifiques de produits de SR à partir des catégories thérapeutiques décrites dans la liste essentielle des produits de SR.<sup>10</sup>

Les partenaires dans le domaine de la santé associés à l'élaboration de sa stratégie – y compris l'OOAS, USAID, le UNFPA, la Banque mondiale, KfW, OMS/AFRO ainsi que d'autres organismes techniques – ont eu des discussions approfondies sur la finalité. À la suite de ces débats, il fut convenu que la SPSR existera lorsque *chaque personne sera en mesure de choisir, d'obtenir et d'utiliser de manière fiable des produits à la fois de qualité, abordables et essentiels en matière de santé de la reproduction, et ce, à tout moment où cette personne pourrait en avoir besoin*. Cette finalité est inextricablement liée à la mission générale en matière de santé maternelle et périnatale dans la sous-région. Cela se présente comme suit :

Vision :	Assurer la sécurité des produits de santé de la reproduction dans la sous-région d'Afrique de l'Ouest
Mission :	À terme, réduire la mortalité maternelle et périnatale conjointement avec le plan stratégique de l'OOAS pour la réduction de la mortalité maternelle et périnatale dans la sous-région d'Afrique de l'Ouest
But	Répondre à la demande des utilisateurs existants et de ceux qui expriment un besoin non satisfait dans la sous-région.

## 5.2 OBJECTIFS

Chacun des quatre objectifs décrits ci-dessous soutient les initiatives au niveau national, que ce soit grâce à la consolidation des capacités ou la coordination au niveau sous-régional, ou encore grâce à une aide technique directe dans le pays. Les objectifs sont liés aux programmes de soutien et de création grâce à la sensibilisation, la coordination ainsi que l'identification des ressources et de l'assistance technique. Les acteurs aux niveaux régional et national devraient également se tenir régulièrement informés des activités de chacun pour éviter tout double emploi et pour pouvoir déterminer où d'éventuels rôles complémentaires pourraient être joués.

---

<sup>10</sup> La liste UNFPA/OMS des médicaments essentiels en matière de SR reprend une liste plus détaillée de ces différentes catégories, et sera utilisée comme référence dans ce document. Cette liste représente le consensus actuel entre l'OMS, le UNFPA ainsi que d'autres partenaires concernant le « choix rationnel de médicaments essentiels de SR » (OMS / UNFPA 2006). Voir annexe 2.

### **5.2.1 Contexte**

*Améliorer, accroître et simplifier les politiques communes et spécifiques en matière de SPSR au niveau national afin de créer un environnement stratégique qui permettra d'appuyer la SPSR dans la sous-région.*

Ces initiatives se concentreront sur la promotion des politiques communes et spécifiques en matière de SPSR au niveau national. Il s'agira notamment de mettre en place des lignes budgétaires gouvernementales pour les produits de SR, de faire circuler des documents et éléments matériels dans le domaine de l'IEC pour pouvoir renforcer le soutien stratégique à la SPSR et améliorer l'environnement pour les partenariats entre les secteurs privé et public. À mesure que les pays de la CEDEAO continuent de se diriger vers des politiques économiques communes, un plaidoyer pour des droits tarifaires extérieurs communs, des PEM similaires ainsi que des NTB communes pour les fournitures de SR peuvent contribuer à renforcer l'efficacité et à réduire les coûts.

### **5.2.2 Coordination**

*Renforcer la planification, la gestion et la mise en oeuvre des activités de SPSR grâce à des mécanismes de coordination mobilisant toute une gamme de parties prenantes, y compris les donateurs, les différents gouvernements, le secteur privé, ainsi que les organisations de la société civile.*

Les initiatives de coordination de l'OOAS se concentreront essentiellement (mais non exclusivement) sur la mise en oeuvre du système d'achats informés et coordonnés (AIC) qui, tel qu'il a été conçu et mis en oeuvre, servira de mécanisme pratique et de coordination continu qui permettra l'accès et le partage systématiques des données relatives aux achats. Nombre des activités reprises dans le plan stratégique permettront de renforcer la coordination au sein des pays, et aussi entre les pays et la sous-région. Les mesures de consolidation des capacités et les initiatives de soutien au niveau national seront entreprises à travers toute la sous-région. Par ailleurs, l'élaboration de procédures communes d'enregistrement des médicaments (voir ci-dessus dans le paragraphe « Contexte ») permettra de renforcer la coordination entre les pays et les organismes sous-régionaux.

### **5.2.3 Renforcement des capacités**

*Améliorer les capacités humaines, techniques et organisationnelles pour la réussite de la SPSR dans la sous-région d'Afrique de l'Ouest.*

La faculté de délivrer des produits de SR aux clients grâce à des chaînes d'approvisionnement efficaces, de surveiller et de tester la qualité des produits, et de former le personnel à la kyrielle de fonctions faisant appel à la SPSR, dépend d'un pays à l'autre. Cependant, il est évident que ces aspects ainsi que d'autres faiblesses en matière de capacité sont communs aux pays de la sous-région. Une stratégie SPSR sous-régionale pourra donc aborder ces questions en soutenant les laboratoires d'essais pour le contrôle de la qualité, ainsi que des programmes de formation au niveau sous-régional dans le domaine des achats et de la gestion de la chaîne d'approvisionnement. Dans de nombreux pays, les ressources pour de telles structures et activités ne sont pas disponibles. Les acteurs aux niveaux sous-régional et national devraient également consigner et faire circuler les meilleures pratiques, et se tenir régulièrement informés des activités de chacun pour éviter tout double emploi et pour pouvoir déterminer où il serait possible de jouer des rôles complémentaires, et où des échanges techniques du Sud au Sud pourraient s'avérer bénéfiques.

### **5.2.4 Activités de soutien au niveau national**

*Accroître l'assistance technique ciblée au niveau national en matière de SPSR, là où les résultats peuvent être reproduits et vulgarisés à travers toute la sous-région.*

Dans les grandes lignes, cette stratégie se concentre principalement sur ce qui peut être fait pour renforcer la SPSR au niveau sous-régional. Parallèlement, il est absolument essentiel de fournir une assistance technique directe en matière de SPSR aux pays où il a des chances d'avoir un impact plus important et où les expériences peuvent se traduire en meilleures pratiques qui pourront être partagées au sein des différents pays et entre ceux-ci. De nombreux programmes nationaux sont caractérisés par de faibles systèmes de gestion de programmes, notamment dans le domaine de la S&E et la gestion financière. Les activités de soutien nationales dans la sous-région viseront à appuyer le développement d'un réseau de fournisseurs d'assistance technique et de sources de financement pour pouvoir se concentrer sur ces lacunes.

## 5.3 CONTEXTE

### 5.3.1 Objectif

*Améliorer, accroître et simplifier les politiques communes et spécifiques en matière de SPSR au niveau national afin de créer un environnement stratégique qui permettra d'appuyer la SPSR dans la sous-région.*

### 5.3.2 Problèmes de SPSR dans la sous-région

- intégration inadéquate de la SPSR dans les politiques de santé nationale et de santé de la reproduction au niveau de certains pays
- financement insuffisant pour les produits de SR et pour la gestion logistique des produits au niveau national
- obstacles réglementaires excessifs (par exemple des taxes excessives, des droits tarifaires trop élevés et de trop importantes restrictions en matière de publicité)
- engagement politique irrégulier ou fixation irrégulière des priorités en matière de SPSR dans le programme gouvernemental
- absence d'application des lignes directrices réglementaires au niveau de la prestation de services nationale
- absence de documents de sensibilisation pour renforcer le soutien stratégique au financement et à la promotion de la SPSR
- manque d'informations sur le besoin non satisfait ainsi que sur d'autres données pour la programmation des produits de SR
- accès insuffisant et faible utilisation des produits de SR.

### 5.3.3 Stratégies

1. **Plaidoyer** : plaider en faveur d'un renforcement et d'une harmonisation du cadre politique et réglementaire pour la SPSR, y compris les PEM, les NTB et les LME.
2. **Partenariats entre les secteurs privé et public** : mettre en place un environnement favorable aux partenariats public-privé.
3. **Financement** : encourager les pays à instaurer un financement durable pour la SPSR.
4. **Besoin non satisfait** : s'attaquer aux problèmes du besoin non satisfait pour les produits de SR dans la sous-région.

### **5.3.4 Principaux résultats**

- meilleur accès et meilleure utilisation pour les clients des services des produits de SR abordables et de qualité grâce à des services publics et privés
- meilleur engagement politique vis-à-vis de la SPSR
- augmentation des moyens financiers permettant d'acheter des produits de SR dans la sous-région
- environnement politique solidaire permettant d'améliorer la SPSR dans la sous-région.

### **5.3.5 Hypothèses**

- La stabilité politique se réalisera dans la sous-région.
- Les responsables des orientations politiques sont prêts à soutenir une approche coordonnée à la SPSR.
- Certains pays sont déjà engagés dans le processus d'amélioration du contexte national pour la SPSR.
- Les capacités appropriées existent dans la sous-région et dans les pays membres pour créer l'environnement politique nécessaire pour appuyer la SPSR.
- L'environnement politique peut s'adapter aux nouvelles stratégies en matière de SPSR.

### **5.3.6 Risques**

- Il y aura une instabilité politique dans la sous-région, ce qui rendra impossible la mise en oeuvre des activités de SPSR.
- Certains pays ne voient pas la SPSR comme un thème prioritaire.
- Les activités en cours pour l'amélioration du contexte de la SPSR sont au point mort ou sont inefficaces.
- Les responsables des orientations politiques préfèrent ne pas s'engager dans une initiative sous-régionale.
- Il est difficile de déterminer les chefs de file appropriés (« les défenseurs nationaux ») au niveau national pour faire avancer le programme SPSR.

## 5.3.7 Actions

Tableaux I. Actions pour augmenter, améliorer les politiques communes et spécifiques au niveau pays

Stratégies	Actions	Sous-Actions
<p><b>I. Plaidoyer</b> : plaider en faveur d'un renforcement et d'une harmonisation du cadre politique et réglementaire pour la SPSR, y compris les PEM, les NTB et les LME.</p>	<p>1. Plaider pour assurer l'intégration de la SPSR dans la politique de SR dans tous les pays de la sous-région.</p>	<p>1.1 Identifier une équipe de consultants pour offrir une assistance technique (AT) aux pays selon les besoins.</p> <p>1.2 Rassembler et fournir des documents de référence techniques aux pays pour l'intégration de la SPSR dans les politiques nationales de SR.</p> <p>1.3 Procéder à la sensibilisation de l'intégration de la SPSR dans les politiques de SR (incluant les questions relatives aux normes socioculturelles défavorables).</p> <p>1.4 suivre l'intégration de la SPSR dans les politiques nationales de SR.</p>
	<p>2. Harmoniser les PEM, les NTB et les LME au niveau du pays (avec un accent sur les produits de SR).</p>	<p>2.1. Rassembler et passer en revue les procédures d'enregistrement des médicaments des différents pays membres (PEM, NTB et LME).</p> <p>2.2 Réunir les parties prenantes afin de passer en revue et d'aboutir à un consensus sur les avantages liés aux approches communes.</p> <p>2.3 Mettre en oeuvre des initiatives de sensibilisation pour réviser et normaliser les PEM, les NTB et les LME au niveau national afin de s'aligner sur le consensus sous-régional.</p> <p>2.4 Surveiller la mise en oeuvre des modifications aux PEM, NTB et LME.</p>

Stratégies	Actions	Sous-Actions
<p><b>2. Partenariats entre les secteurs privé et public :</b> mettre en place un environnement favorable aux partenariats public-privé.</p>	<p>I. Encourager les parties prenantes au niveau national à encourager le secteur privé à participer de manière plus active à la fourniture de produits de SR.</p>	<p>I.1 Mobiliser les parties prenantes au niveau national pour effectuer des études sur la volonté de payer (VDP), la capacité de payer (CDP) et sur les analyses de segmentation de marché (ASM).</p> <p>I.2 Rassembler et disséminer les données existantes en matière de VDP, CDP et ASM.</p> <p>I.3 Soutenir les parties prenantes au niveau national pour démontrer les avantages potentiels d'une approche « marché globale » en ce qui concerne la disponibilité des produits pour les secteurs public et privé et pour la société civile.</p> <p>I.4 Motiver les États membres à partager ces informations au niveau sous-régional dans le but de disséminer les meilleures pratiques ainsi que les pratiques prometteuses dans les partenariats public-privé</p>
<p><b>3. Financement :</b> encourager les pays à instaurer des mécanismes de financement durables pour la SPSR.</p>	<p>I. Faciliter la mise en place de mécanismes de financement durables pour les produits de SR.</p>	<p>I.1 Encourager la mise en place de lignes budgétaires spécifiques pour les produits de SR dans les budgets nationaux de la santé.</p> <p>I.2 Mobiliser les partenaires (donateurs, organismes de prêt, secteur privé et ONG) à augmenter le financement pour les produits de SR.</p>
<p><b>4. Besoin non satisfait :</b> s'attaquer au besoin non satisfait en matière de produits de SR dans la sous-région.</p>	<p>I. Entreprendre une campagne de sensibilisation pour s'attaquer au besoin non satisfait en matière de produits de SR dans la sous-région.</p>	<p>I.1 Procéder à une révision sommaire des facteurs qui contribuent au besoin non satisfait (par exemple des facteurs socioculturels, ou encore la prestation de services).</p> <p>I.2 Préparer et faire circuler des documents basés sur des preuves pour la campagne de sensibilisation.</p> <p>I.3 Surveiller les mesures qui ont été prises par les pays à la suite de la campagne de sensibilisation.</p>

## **5.4 COORDINATION**

### **5.4.1 Objectif**

*Renforcer la planification, la gestion et la mise en oeuvre des activités de SPSR grâce à des mécanismes de coordination mobilisant toute une série de parties prenantes, y compris les donateurs, les différents gouvernements, le secteur privé, ainsi que les organisations de la société civile.*

### **5.4.2 Problèmes de SPSR dans la sous-région**

- mauvaise gestion des informations
- mécanismes de coordination insuffisants et mauvaise utilisation des mécanismes existants
- utilisation limitée ou peu efficace des ressources
- multiplicité ou double emploi des procédures et activités par les parties prenantes
- intégration inadéquate de l'ensemble des parties prenantes (secteur public, secteur privé, etc.) dans le processus de coordination
- les gouvernements ne respectent pas leurs engagements politiques
- les donateurs n'honorent pas leurs promesses de soutien.

### **5.4.3 Stratégies**

1. **Achats informés et coordonnés (AIC)** : créer un mécanisme de coordination permettant de faciliter le partage des informations d'achat (et l'accès à celles-ci) en matière de produits de SR.
2. **Coordination inter-institutions** : améliorer la coordination entre partenaires dans le domaine de la SPSR.

### **5.4.4 Principaux résultats**

- La coordination entre partenaires de la sous-région est plus efficace.
- L'ensemble des pays de la CEDEAO partage et a accès aux informations concernant les achats de produits de SR.

### **5.4.5 Hypothèses**

- Les parties prenantes sont d'accord pour participer aux activités de coordination (en faisant spécifiquement référence aux AIC).
- Les plans, les stratégies et les comités au niveau national en matière de SPSR existent.
- Une capacité de coordination existe au niveau sous-régional.
- La mise en oeuvre des activités de SPSR est décrite au niveau national.
- Le nombre de parties prenantes à coordonner est raisonnable.
- Les parties prenantes à coordonner seront représentées de manière appropriée.

### **5.4.6 Risques**

- Les parties prenantes préfèrent s'engager dans une planification, une gestion et une mise en oeuvre indépendantes des activités de la SPSR.

- Les plans, les stratégies et les comités en matière de SPSR au niveau national n'existent pas. Leur mise en place est entravée par des obstacles.
- Les parties prenantes sont incapables de faire preuve de souplesse et ne s'adaptent pas aux mécanismes communs de coordination.
- La mise en oeuvre des activités de SPSR n'est pas décrite au niveau national. Résultat : il faut procéder à des activités intensives et non prévues de collecte de données.
- Les parties prenantes à coordonner pourraient être insuffisamment représentées, ou pas représentées en nombre suffisant.

### 5.4.7 Actions

**Tableaux 2. Actions pour renforcer, planifier, gérer et mettre en oeuvre les activités de SPSR**

Stratégies	Actions	Sous-Actions
<p><b>I. Achats informés et coordonnés (AIC) :</b> instaurer un mécanisme de coordination permettant de faciliter le partage des informations d'achat (et l'accès à celles-ci) en matière de produits de SR.</p>	<p>I. Rendre le réseau AIC opérationnel.</p>	<p>1.1 Planifier et gérer la mise en oeuvre (élaborer des indicateurs, mettre au point un plan de travail, et ainsi de suite).</p> <p>1.2. Engager un gestionnaire de système AIC.</p> <p>1.3 Organiser un atelier de travail pour la conception technique.</p> <p>1.4 Élaborer des termes de référence (TR) pour les participants du réseau.</p> <p>1.5 Validation des TR par les différents pays.</p> <p>1.6 Nommer une personne de contact pour chaque pays sur base du contenu des TR.</p> <p>1.7 Définir les autres acteurs dans les différents pays.</p> <p>1.8 Acheter le matériel informatique nécessaire, installer les premiers logiciels.</p> <p>1.9 Concevoir et gérer une phase pilote avec cinq pays pendant un an.</p> <p>1.10 Concevoir un prototype.</p>

Stratégies	Actions	Sous-Actions
		<p>I.11 Élaborer des documents et matériels de formation ; déterminer et former les utilisateurs, les opérateurs ainsi que le personnel technique.</p> <p>I.12 Installer les logiciels prêts à l'emploi.</p> <p>I.13 Démarrer le fonctionnement du réseau.</p> <p>I.14 Procéder à la collecte des données pilotes, analyser les résultats, et résoudre les problèmes.</p> <p>I.15 Évaluer l'examen à mi-parcours de la phase pilote.</p> <p>I.16 Disséminer le rapport d'évaluation de la phase pilote.</p> <p>I.17 Élargir le réseau à l'ensemble des 15 pays.</p> <p>I.18 Procéder à des réunions annuelles pour analyser les informations AIC et pour examiner les éventuelles améliorations.</p> <p>I.19 Mettre à jour le plan de travail et soumettre des mises à jour périodiques aux parties prenantes.</p>

Stratégies	Actions	Sous-Actions
<p><b>2. Coordination inter-institutions :</b> améliorer la coordination entre partenaires dans le domaine de la SPSR.</p>	<p>I. Créer un réseau de partenaires au niveau sous-régional en matière de SPSR.</p>	<p>1.1 Identifier l'ensemble des partenaires dans le domaine de la SPSR qui travaillent au niveau sous-régional.</p> <p>1.2 Organiser régulièrement des réunions entre les organismes et partenaires au niveau sous-régional pour faciliter la coordination et la collaboration (par exemple, partager les plans de travail, déterminer les points prioritaires ainsi que les éventuelles lacunes dans les données).</p> <p>1.3 Mettre en place un réseau électronique (courrier électronique) pour tenir les partenaires informés des activités et questions relatives à la SPSR.</p> <p>1.4 Surveiller la coordination et la collaboration inter-institutions au niveau national en matière de SPSR, et partager les résultats dans un forum pour les partenaires.</p>

## 5.5 RENFORCEMENT DES CAPACITÉS

### 5.5.1 Objectif

*Améliorer les capacités humaines, techniques et Institutionnelles pour la réussite de la SPSR dans la sous-région d'Afrique de l'Ouest.*

### 5.5.2 Problèmes de SPSR dans la sous-région

- pas assez de personnel qualifié
- formation insuffisante des travailleurs de la santé dans le domaine de la SR
- faible maintien en poste des employés
- absence de programmes efficaces de motivation pour le personnel
- système de gestion logistique peu efficace
- mécanismes de financement inappropriés pour la SPSR
- suivi irrégulier et inefficace des engagements pris par le gouvernement
- la population utilise peu les services de SR
- absence d'un mécanisme permettant d'assurer la continuité.

### 5.5.3 Stratégies

1. **Mise en valeur des ressources humaines :** Faire le pladoyer pour le renforcement des ressources humaines et de la gestion de la SPSR.
2. **Consolidation des capacités de la gestion logistique :** promouvoir la consolidation des capacités en matière de gestion logistique, y compris l'intégration de systèmes d'information en gestion de la santé (SIGS), de systèmes d'information en gestion de la logistique (SIGL), et de programmes verticaux.
3. **Intégration de la SPSR dans le programme de santé publique :** préconiser l'intégration de la SPSR dans le programme de santé publique.
4. **Promouvoir l'IEC ainsi que la communication pour le changement de comportement (CCC) :** encourager l'utilisation de l'IEC et de la CCC pour sensibiliser davantage aux questions relatives à la SPSR au sein de la communauté.
5. **Pérennité du programme :** défendre l'importance de maintenir du personnel formé pour assurer la durabilité du programme.

### 5.5.4 Principaux résultats

- nombre de politiques mises en oeuvre pour aborder la pérennité du programme
- taux de maintien des effectifs dans les programmes de SPSR
- existence d'un système de gestion logistique de SR à la fois efficace et opérationnel
- intégration des composantes de sécurité des produits (en ce qui concerne l'enseignement de la SR) dans les écoles et les facultés
- nombre de pays utilisant l'IEC et la CCC pour promouvoir les questions relatives à la SPSR au sein de la communauté
- nombre d'effectifs compétents offrant des services de qualité.

### 5.5.5 Hypothèses

- priorité élevée accordée au secteur de la santé dans les programmes de développement nationaux
- intégration limitée continue et maintien des postes du personnel de soins de santé
- les partenaires accordent une priorité au financement de la santé reproductive.

### 5.5.6 Risques

- Émergence de nouvelles priorités (par exemple le VIH / sida).
- Malgré les efforts de maintien des effectifs, « l'exode des cerveaux » se poursuit.
- Les partenaires n'offrent pas de soutien financier.

### 5.5.7 Actions

**Tableaux 3. Actions pour améliorer la capacité humaine, technique, et institutionnelle pour l'aboutissement de la SPSR dans la sous région Ouest Africaine**

Stratégies	Actions	Sous-Actions
<b>1. Mise en valeur des ressources humaines :</b> préconiser le renforcement des ressources humaines et de la gestion de la SPSR.	1. Renforcer les centres régionaux de formation pour la gestion des ressources humaines en matière de SPSR.	1.1 Identifier les centres régionaux de formation. 1.2 Procéder à la formation des formateurs (FDF) pour la SPSR.
	2. Encourager le maintien des postes du personnel formé dans le domaine de la SPSR.	2.1 Identifier et partager les meilleures pratiques en matière de motivation.
<b>2. Consolidation des capacités de la gestion logistique :</b> promouvoir la consolidation des capacités en matière de gestion logistique, y compris l'intégration de SIGS / SIGL, et de programmes verticaux	1. Promouvoir la formation des formateurs dans les domaines suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• système de gestion logistique</li> <li>• intégration de SIGS / SIGL dans la SR</li> <li>• prestation de services</li> <li>• formulation des politiques</li> <li>• contrôle de la qualité</li> <li>• mise en oeuvre de la SPSR.</li> </ul>	1.1 Adapter le programme. 1.2 Identifier les instituts de formations ainsi que les formateurs. 1.3 Organiser la formation. 1.4 Surveiller les personnes en formation pour déterminer l'efficacité de celle-ci. 1.5 Rassembler et faire circuler les données sur la formation dans les différents pays en matière de SPSR.

Stratégies	Actions	Sous-Actions
<p><b>3. Intégration de la SPSR dans le programme de santé publique</b> : préconiser l'intégration de la SPSR dans le programme de santé publique.</p>	<p>I. Intégrer le programme SPSR dans les programmes de santé publique au sein des universités et des institutions de santé publique.</p>	<p>I.1 Déterminer la liste des universités et des institutions de santé publique.</p> <p>I.2 Adapter le programme.</p> <p>I.3 Identifier les formateurs.</p> <p>I.4 Former le personnel au programme SPSR</p> <p>I.5 Organiser la formation.</p> <p>I.6 Surveiller les personnes en formation pour déterminer l'efficacité de celle-ci.</p> <p>I.7 Rassembler et faire circuler les données sur la formation dans les différents pays en matière de SPSR.</p>
<p><b>4. Promouvoir l'IEC et la CCC</b> : encourager l'utilisation de l'IEC et de la CCC pour sensibiliser davantage aux questions relatives à la SPSR au sein de la communauté.</p>	<p>I. Mettre au point une capacité sous-régionale pour encourager la formation d'agents communautaires dans le domaine de l'IEC / de la CCC.</p>	<p>I.1 Évaluer les systèmes actuels IEC / CCC à base communautaire.</p> <p>I.2 Préparer les documents de formation.</p> <p>I.3 Organiser les séances de formation.</p>
<p><b>5. Pérennité du programme</b> : défendre l'importance de maintenir du personnel formé pour assurer la durabilité du programme.</p>	<p>I. Encourager la pérennité du programme.</p>	<p>I.1 Souligner, via les forums consacrés à l'élaboration des politiques, l'importance de conserver le personnel.</p> <p>I.2 Encourager les partenaires à élaborer des stratégies de retrait.</p> <p>I.3 Élaborer et disséminer des documents de sensibilisation, y compris des lignes directrices pour le maintien des postes.</p>

## **5.6 SOUTIEN AUX PAYS**

### **5.6.1 Objectif**

*Renforcer les institutions et les réseaux au niveau sous-régional pour pouvoir offrir une assistance technique ciblée au niveau national en matière de SPSR, là où les résultats peuvent être reproduits et vulgarisés à travers toute la sous-région.*

### **5.6.2 Problèmes de SPSR dans la sous-région**

- pratiques peu efficaces en matière de gestion des programmes dans les domaines suivants :
  - élaboration des programmes
  - gestion financière
  - suivi et évaluation
- faible capacité d'absorption des fonds attribués
- sous-utilisation et absence d'élaboration de mécanismes de coordination.

### **5.6.3 Stratégies**

1. **Offrir une assistance technique (AT) :** instaurer un mécanisme pour offrir une AT en matière de SPSR.
2. **Plaidoyer :** préconiser l'harmonisation des outils de gestion nationaux à travers toute la sous-région.

### **5.6.4 Principaux résultats**

- soutien accru de la part des partenaires pour la mise en oeuvre d'outils de gestion harmonisés en matière de SPSR
- nombre de pays ayant bénéficié d'une AT
- nombre de pays qui appliquent les outils communs en matière de gestion
- nombre de pays ayant appliqué et reçu une AT

### **5.6.5 Hypothèses**

- existence d'un engagement politique
- existence d'experts régionaux
- existence de programmes de SR et de plans SPSR nationaux dans les pays membres de l'OOAS
- existence d'un financement défini pour l'assistance technique.

### **5.6.6 Risques**

- absence d'engagement par les pays pour recevoir une assistance technique
- manque de volonté pour prendre les mesures nécessaires afin d'harmoniser les normes
- financement insuffisant pour procéder à une AT.

## 5.6.7 Actions

Tableaux 4. Actions pour renforcer les institutions et réseaux subrégionaux pour apporter l'assistance technique en matière de SPSR

Stratégies	Actions	Sous-Actions
<b>1. Offrir une assistance technique (AT) :</b> instaurer un mécanisme pour offrir une AT en matière de SPSR.	1. Déterminer et offrir des activités de soutien au niveau national en matière d'AT.	1.1 Déterminer les besoins et le processus d'AT. 1.2 Préparer et mettre en oeuvre un plan de travail permettant d'offrir une AT aux différents pays. 1.3 Déterminer les partenaires pour soutenir la mise en oeuvre du plan de travail.
	2. Mettre en place un réseau régional d'experts dans le domaine de la SPSR.	2.1 Déterminer les experts régionaux dans le domaine de la SPSR 2.2 Préparer les TR du réseau d'experts. 2.3 Encourager la mise en réseau des experts au niveau sous-régional.
<b>2. Plaidoyer :</b> préconiser l'harmonisation des outils de gestion nationaux à travers toute la sous-région.	1. Élaborer des outils de gestion communs pour les composantes de la SPSR (par exemple la planification d'achats, SIGL / suivi du réseau de distribution, planification stratégique (SPARHCS), base de données de l'enregistrement des médicaments).	1.1 Définir les principaux domaines pour l'harmonisation. 1.2 Formuler des outils communs en matière de gestion. 1.3 Faire circuler les outils harmonisés dans la sous-région. 1.4 Présenter les outils harmonisés dans les forums des partenaires et des parties prenantes. 1.5 Assurer un suivi à la mise en oeuvre.
	2. Organiser des réunions de sensibilisation avec les partenaires et les parties prenantes (tables rondes, forums, conférences).	2.1 Définir le type de public pour les présentations de données basées sur des preuves. 2.2 Déterminer la meilleure approche pour chaque groupe de partenaires et chaque groupe de parties prenantes. 2.3 Organiser régulièrement des réunions avec les parties prenantes.



# 6.0 PLAN DE PLAIDOYER POUR LE FINANCEMENT DE LA MISE EN OEUVRE

Au cours de l'atelier GPOL de janvier 2006 sur l'élaboration des stratégies, il fut convenu que des initiatives de plaidoyer visant à garantir des engagements pour la stratégie seraient d'une importance critique pour la réussite. En effet, la stratégie sous-régionale nécessitera l'action concertée et l'engagement des donateurs, des gouvernements, des organismes techniques, des ONG, ainsi que d'autres encore. Il faudra des engagements financiers de multiples sources. En d'autres termes, une feuille de route ou un plan pour veiller à ce que cette stratégie soit disséminée à ces groupes, et que leur soutien pour mettre en oeuvre les actions soit défini, constitue donc une condition préalable indispensable. Pendant la phase d'élaboration, il est important de mobiliser les bailleurs de fonds, les institutions de prêt, les gouvernements des États membres de la CEDEAO, les organisations à base communautaire, le secteur privé, les ONG nationales et internationales, ainsi que d'autres ayant un intérêt dans les résultats de la SPSR dans la sous-région d'Afrique de l'Ouest.

L'objectif d'ensemble de ce plan de sensibilisation consiste à garantir un financement adéquat et durable pour la mise en oeuvre de cette stratégie. Le plan de plaidoyer suivant est composé de trois objectifs. Ces objectifs ont été précédemment inclus dans la partie « Contexte ». Les paragraphes suivants visent à définir et à détailler plus avant de quelle manière ces objectifs seront atteints. On y propose un processus décisionnel, des canaux de message à inclure dans ce processus, ainsi que des activités spécifiques.

Les objectifs se présentent de la manière suivante :

1. Obtenir un financement suffisant pour soutenir l'élaboration et la mise en oeuvre de la stratégie SPSR.
2. Instaurer des partenariats entre les secteurs public et privé (PPP) pour la SPSR dans l'ensemble des 15 pays de la CEDEAO d'ici 2010.
3. Aider l'ensemble des 15 pays de la CEDEAO à intégrer des lignes budgétaires gouvernementales pour les produits de la SR d'ici 2010.

**Tableaux 5. Objectifs et comment ils seront atteints**

Publics		Processus décisionnel	Coalition	Messages / Canaux	Principales activités / responsabilités	Calendrier
Principal*	Secondaire					
<p>Donateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Bilatéraux :</b></li> <li>• USAID</li> <li>• DFID</li> <li>• JICA</li> <li>• ACDI</li> <li>• KFW</li> </ul> <p>Multilatéraux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• UNFPA</li> <li>• OMS</li> <li>• Global Fund</li> <li>• Banque mondiale</li> <li>• BCEAO</li> <li>• BAD</li> </ul> <p><b>Secteur privé :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La fondation Gates</li> <li>• La fondation MTN pour la SR</li> <li>• Fabricants de produits et leurs distributeurs</li> <li>• La fondation Hewlett Packard</li> </ul> <p>ONG :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IPPF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ministres de la Santé</b></li> <li>• <b>Autres donateurs</b></li> <li>• <b>Gouvernements nationaux</b></li> <li>• <b>OOAS</b></li> <li>• <b>ONG</b></li> <li>• <b>Autres partenaires de mise en oeuvre</b></li> </ul>	<p><b>Processus décisionnel</b></p> <p><b>Étape 1 :</b> l'OOAS et les partenaires déterminent les coûts nécessaires pour chaque composante de la stratégie SPSR.</p> <p><b>Étape 2 :</b> l'OOAS intervient auprès des donateurs pour le financement des composantes spécifiques du plan.</p> <p><b>Étape 3 :</b> l'OOAS et les partenaires invitent les principaux donateurs au lancement CPI de la stratégie SPSR.</p> <p><b>Étape 4 :</b> les donateurs passent en revue les différents aspects du plan et s'engagent à financer.</p> <p><b>Étape 5 :</b> les donateurs accordent le financement.</p>	<p>Coalition</p> <p>Groupe d'étude, GPOL, autres donateurs, ministres de la Santé de la CEDEAO</p>	<p><b>Messages / Canaux</b></p> <p>Pour chaque tranche de 100.000 naissances vivantes en Afrique de l'Ouest, 880 mamans meurent de complications dues à la grossesse ou à l'accouchement. Par ailleurs, pour chaque tranche de 1.000 naissances vivantes, plus de 100 nourrissons ne vivent pas assez longtemps pour fêter leur premier anniversaire (PRB 2005). Ces taux élevés de mortalité maternelle et infantile en Afrique de l'Ouest sont inacceptables.</p> <p>Un moyen efficace pour réduire la mortalité maternelle et infantile consiste à veiller à ce que les méthodes de planification familiale soient disponibles pour toutes celles qui souhaitent planifier et espacer leurs grossesses. Par exemple, lorsque les mamans espacent leurs naissances d'au moins deux ans, les taux de mortalité infantile reculent d'un ordre de grandeur pouvant aller jusqu'à 50%.</p> <p>Par ailleurs, des études ont montré que si les femmes avaient le nombre de grossesses aux intervalles qu'elles souhaitent, la mortalité maternelle diminuerait d'un facteur compris entre 20 et 35%.</p> <p>Malgré les liens connus entre l'utilisation de la planification familiale et les réductions de la mortalité maternelle et infantile, l'amélioration de l'accès aux méthodes de planification familiale n'a pas constitué une priorité élevée pour les responsables de l'élaboration des politiques.</p> <p>Les femmes dans la sous-région qui expriment le souhait de planifier et d'espacer leurs naissances n'ont toujours pas accès aux méthodes de planification familiale. Nous devons agir dès à présent pour faire en sorte que les méthodes de planification familiale soient disponibles pour toutes les femmes qui souhaitent planifier et espacer leurs naissances.</p> <p>La stratégie régionale en matière de SPSR contribuera à améliorer l'accès aux produits de SPSR et veillera à assurer le meilleur rapport qualité-prix aux produits.</p>	<p><b>Principales activités / responsabilités</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Terminer le plan SPSR.</li> <li>2) Élaborer un support (une fiche de renseignements ou une présentation sur une page) pour défendre le plan SPSR / AIC.</li> <li>3) Identifier les principaux donateurs et déterminer les domaines spécifiques de financement. Cibler les membres du CPI.</li> <li>4) Utiliser la réunion CPI de septembre pour « lancer la stratégie SPSR ». Le lancement sera une réunion pour les donateurs au cours de laquelle les bailleurs de fonds potentiels seront invités à écouter la présentation de la stratégie ainsi que des domaines spécifiques de financement. L'objectif de cette réunion sera d'obtenir des engagements de la part des donateurs. Avant le lancement, il faudra contacter les donateurs spécifiques. L'OOAS et le groupe de travail devront identifier les donateurs pour le financement de chaque aspect du plan.</li> <li>5) Après le lancement, il faudra organiser des réunions individuelles avec des donateurs spécifiques pour examiner le plan SPSR avec les donateurs.</li> <li>6) Établir une personne de contact à l'OOAS pour coordonner les finances.</li> <li>7) Examiner, avec les partenaires, la possibilité de gérer des composantes spécifiques du plan de financement SPSR.</li> </ol>	<p>Calendrier</p> <p><b>Activité 1 :</b> juin 2006  <b>Activité 2 :</b> septembre 2006  <b>Activité 3 :</b> juin – septembre 2006  <b>Activité 4 :</b> septembre 2006  <b>Activité 5 :</b> septembre – décembre 2006  <b>Activité 6 :</b> janvier 2007  <b>Activité 7 :</b> juin – décembre 2006</p>

\* Ici, chaque donateur représenté un décisionnaire bien distinct. Il convient de cibler chaque donateur séparément à des fins de financement.

**Tableaux 6. Résumé du budget pour les années 1-5**

Publics		Objectif 2 : mettre en place un investissement du secteur privé pour la SPSS dans l'ensemble des 15 pays de la CEDEAO d'ici 2010.				
Principal*	Secondaire	Processus décisionnel	Coalition	Messages / Canaux	Principales activités / responsabilités	Calendrier
1) La fondation MTN pour la SR	Ministères de la Santé	<b>Étape 1 :</b> l'OOAS et les partenaires établissent une liste d'exemples de partenariats public-privé dans la région qui travaillent à la mise en place de la SPSS. S'il n'existe pas d'exemples relatifs à la SPSS, il conviendra de donner des exemples provenant d'autres secteurs, comme par exemple la nutrition, le VIH / sida, ou encore la planification familiale. Il est indispensable de prendre contact avec les partenaires existants travaillant sur le terrain.	Groupe d'étude, GPOL, autres donateurs, ministères de la Santé de la CEDEAO	<p>Pour chaque tranche de 100.000 naissances vivantes en Afrique de l'Ouest, 880 mamans meurent de complications dues à la grossesse ou à l'accouchement. Par ailleurs, pour chaque tranche de 1.000 naissances vivantes, plus de 100 nourrissons ne vivront pas assez longtemps pour fêter leur premier anniversaire (PRB 2005). Ces taux élevés de mortalité maternelle et infantile en Afrique de l'Ouest sont inacceptables.</p> <p>Un moyen efficace pour réduire la mortalité maternelle et infantile consiste à veiller à ce que les méthodes de planification familiale soient disponibles pour toutes celles qui souhaitent planifier et espacer leurs grossesses. Par exemple, lorsque les mamans espacent leurs naissances d'au moins deux ans, les taux de mortalité infantile reculent d'un ordre de grandeur pouvant aller jusqu'à 50%.</p> <p>Par ailleurs, des études ont montré que si les femmes avaient le nombre de grossesses aux intervalles qu'elles souhaitent, la mortalité maternelle diminuerait d'un facteur compris entre 20 et 35%.</p> <p>Malgré les liens connus entre l'utilisation de la planification familiale et les réductions de la mortalité maternelle et infantile, la sécurité contraceptive n'a pas constitué une priorité élevée pour les responsables de l'élaboration des politiques.</p>	<p>1) Terminer le plan SPSS.</p> <p>2) Engager un consultant pour procéder à une analyse de situation sur les partenariats public-privé réussis dans le domaine de la SPSS. Prendre d'autres secteurs de la santé (nutrition, VIH / sida, planification familiale) pour servir de modèles ou d'études de cas.</p> <p>3) Organiser une réunion avec le groupe d'étude pour passer en revue les résultats du consultant ; en faire un compte rendu.</p> <p>4) Elaborer des documents de sensibilisation pour promouvoir les partenariats entre les secteurs public et privé.</p> <p>5) Organiser un « dialogue pour l'investissement du secteur privé dans la SPSS ». Inviter des organisations clés du secteur privé à un forum où des études de cas seront représentées et où l'on aura déterminé des possibilités de PPP. On y abordera non seulement des préoccupations et des difficultés spécifiques en matière de D&amp;T, mais aussi d'autres questions.</p> <p>6) Déterminer les domaines concrets de collaboration.</p>	<p><b>Activité 1 :</b> juin 2006</p> <p><b>Activité 2 :</b> septembre – décembre 2006</p> <p><b>Activité 3 :</b> janvier – février 2007</p> <p><b>Activité 4 :</b> janvier - avril 2007</p> <p><b>Activité 5 :</b> avril 2007</p> <p><b>Activité 6 :</b> avril 2007 – avril 2010</p> <p><b>Activité 7 :</b> avril 2007 – permanent</p>
2) Fabricants de produits et leurs distributeurs	Autres donateurs					
3) Autres entreprises du secteur privé associées aux activités dans les différents pays ?	Gouvernements nationaux					
	OOAS					
	ONG					
* Ici, chaque donateur représente un décisionnaire bien de cibler chaque donateur séparément à des fins de financement.	Autres organismes chargés de la mise en oeuvre	<b>Étape 2 :</b> l'OOAS détermine au moins 5 entreprises du secteur privé à cibler.				
		<b>Étape 3 :</b> l'OOAS ainsi que d'autres partenaires organisent un dialogue avec le secteur privé pour solliciter des partenaires supplémentaires des secteurs public et privé.				
		<b>Étape 4 :</b> l'OOAS met en place des partenariats avec la gestion régionale d'entreprises individuelles.				
		<b>Étape 5 :</b> l'OOAS cible des entreprises régionales du secteur privé afin d'encourager les bureaux au niveau des pays à collaborer avec les ministères dans le domaine de la SPSS.				

Objectif 2 : mettre en place un investissement du secteur privé pour la SPSR dans l'ensemble des 15 pays de la CEDEAO d'ici 2010.					
Publics	Processus décisionnel	Coalition	Messages / Canaux	Principales activités / responsabilités	Calendrier
			<p>Les femmes dans la sous-région qui expriment le souhait de planifier et d'espacer leurs naissances n'ont toujours pas accès aux méthodes de planification familiale. Nous devons agir dès à présent pour faire en sorte que les méthodes de planification familiale soient disponibles pour toutes les femmes qui souhaitent planifier et espacer leurs naissances.</p> <p>Les partenariats entre les secteurs public et privé ont joué un rôle fondamental dans l'amélioration de la santé des individus dans la sous-région. Instaurer des partenariats public-privé au niveau des pays contribuera à veiller à ce que les femmes dans la sous-région aient accès aux produits de planification familiale. La stratégie régionale en matière de SPSR contribuera à améliorer l'accès aux produits de SR et veillera à assurer le meilleur rapport qualité-prix aux produits.</p>	<p>7) Organiser des réunions au niveau des pays pour élaborer des plans d'action spécifiques au niveau national.</p>	

**Tableaux 7. Contexte pour le plan opérationnel**

		Objectif 3 : Aider l'ensemble des 15 pays de la CEDEAO à intégrer des lignes budgétaires gouvernementales pour les produits de la SR d'ici 2010.					
		Publics	Processus décisionnel	Coalition	Messages / Canaux		
Principal	1) Ministère de la Santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ministres de la Santé de la CEDEAO</li> <li>Le Comité de santé du parlement de la CEDEAO</li> <li>Le parlement de la CEDEAO</li> <li>Ministères des Finances</li> <li>Autres donateurs</li> <li>Gouvernements nationaux</li> <li>OOAS</li> </ul>	<p>1) Redynamiser le conseil des ministres pour promouvoir la politique au niveau national.</p> <p>2) Présenter la stratégie au parlement de la CEDEAO.</p> <p>3) Les membres du parlement de la CEDEAO suivent le processus au niveau national.</p>	<p>Groupe d'étude, GPOL, autres donateurs, ministères de la Santé de la CEDEAO</p>	<p>Pour chaque tranche de 100.000 naissances vivantes en Afrique de l'Ouest, 880 mamans meurent de complications dues à la grossesse ou à l'accouchement. Par ailleurs, pour chaque tranche de 1.000 naissances vivantes, plus de 100 nourrissons ne vivront pas assez longtemps pour fêter leur premier anniversaire (PRB 2005). Ces taux élevés de mortalité maternelle et infantile en Afrique de l'Ouest sont inacceptables.</p> <p>Un moyen efficace pour réduire la mortalité maternelle et infantile consiste à veiller à ce que les méthodes de planification familiale soient disponibles pour toutes celles qui souhaitent planifier et espacer leurs grossesses. Par exemple, lorsque les mamans espacent leurs naissances d'au moins deux ans, les taux de mortalité infantile reculent d'un ordre de grandeur pouvant aller jusqu'à 50%.</p>	<p><b>Principales activités / responsabilités</b></p> <p>1) Terminer le plan SFSR.</p> <p>2) Passer en revue les données pour déterminer quels pays de la CEDEAO ont adopté une ligne budgétaire pour les produits de SR (Niger / Gambie).</p> <p>3) Engager un consultant pour élaborer une étude de cas sur un pays ayant réussi à préconiser une ligne budgétaire pour les produits de SR (Niger / Gambie). Inclure des étapes concrètes sur la manière dont on y est parvenu.</p> <p>4) Préparer une fiche de renseignements d'une page décrivant l'importance des lignes budgétaires (à l'attention du parlement de la CEDEAO).</p>	<p><b>Calendrier</b></p> <p><b>Activité 1</b> : juin 2006</p> <p><b>Activité 2</b> : juin – juillet 2006</p> <p><b>Activité 3</b> : août – décembre 2006</p> <p><b>Activité 4</b> : janvier 2007 – mai 2007</p> <p><b>Activité 5</b> : mai 2007</p> <p><b>Activité 6</b> : mai 2007</p> <p><b>Activité 7</b> : juin – juillet 2007</p> <p><b>Activité 8</b> : juin / juillet 2007 – juin / juillet 2010</p>
	2) Les parlements des 15 pays de la CEDEAO						

**Objectif 3 : Aider l'ensemble des 15 pays de la CEDEAO à intégrer des lignes budgétaires gouvernementales pour les produits de la SR d'ici 2010.**

Publics		Processus décisionnel	Coalition	Messages / Canaux	Principales activités / responsabilités	Calendrier
Principal	Secondaire					
				<p>La stratégie régionale en matière de SPSS contribuera à améliorer l'accès aux produits de SR et veillera à assurer le meilleur rapport qualité-prix aux produits. Malgré les liens connus entre l'utilisation de la planification familiale et l'amélioration des résultats en matière de santé maternelle et infantile, la plupart des gouvernements en Afrique de l'Ouest n'ont pas de rubrique budgétaire pour les produits de SR. L'achat des produits de SR est souvent combiné à d'autres produits de santé. Résultat : les produits de SR sont souvent achetés en quantités insuffisantes, et les pays sont obligés de compter sur les bailleurs de fonds pour accroître leur approvisionnement. Mais dépendre du soutien des donateurs n'est pas une situation durable. Par exemple, si le financement des bailleurs de fonds reste constant, il y aura un écart de financement d'au moins 14 millions USD pour les contraceptifs en 2010.</p> <p>C'est maintenant que les pays de la CEDEAO doivent prendre les rênes et s'engager pour sauver les vies de femmes et d'enfants. Il faut instaurer une ligne budgétaire pour les produits de SR dès maintenant.</p>	<p>5) Organiser une réunion au niveau sous-régional avec le comité de santé du parlement de la CEDEAO afin d'examiner l'importance d'adopter des lignes budgétaires pour les produits de SR.</p> <p>6) Veiller à ce que le Comité de santé de la CEDEAO élabore un plan d'action pour obtenir l'engagement politique de la part du parlement de la CEDEAO.</p> <p>7) Organiser une réunion au niveau sous-régional avec le MF, le MS ainsi que les parlementaires de l'ensemble des 15 pays afin d'élaborer des plans d'action au niveau national pour l'adoption de lignes budgétaires.</p>	

# 7.0 COMPOSANTE B : PLAN OPÉRATIONNEL

## 7.1 RÉSUMÉ DU BUDGET

Tableaux 8. Coordination des actions pour le plan opérationnel

	Estimation totale des besoins, en USD <sup>11</sup>					
	Année 1 2007	Année 2 2008	Année 3 2009	Année 4 2010	Année 5 2011	Total
1. Contexte	\$195.364	\$195.364	\$195.365	\$195.364	\$195.364	<b>\$976.821</b>
2. Coordination	\$270.045	\$270.045	\$270.045	\$270.045	\$270.045	<b>\$1.350.226</b>
3. Capacités	\$235.850	\$235.849	\$235.849	\$235.849	\$235.850	<b>\$1.179.247</b>
4. Soutien national	\$98.494	\$98.495	\$98.495	\$98.495	\$98.494	<b>\$492.473</b>
5. Coordination, suivi et évaluation <sup>12</sup>	\$230.645	\$230.645	\$230.645	\$230.645	\$230.645	<b>\$1.153.225</b>
<b>Totaux</b>						<b>\$5.151.992</b>

<sup>11</sup> Les coûts totaux sur la période de cinq ans ont été divisés de manière égale entre 2007 et 2011. Les plans de travail annuels seront plus détaillés en ce qui concerne les activités, permettant ainsi la dissémination de projections plus précises en matière de dépenses d'une année à l'autre.

<sup>12</sup> Cette rubrique reprend de nombreuses heures du personnel pour gérer et mettre en oeuvre les activités de SPSR. Voir chapitre 8.0 pour davantage de détails.

## 7.2 CONTEXTE

Tableaux 9. Renforcement de la capacité pour le plan opérationnel

Stratégies	Actions	Sous-Actions	Organismes de mise en oeuvre proposés	Organismes de coordination	Calendrier	Coût
<p><b>I. Plaidoyer</b> : plaider en faveur d'un renforcement et d'une harmonisation du cadre politique et réglementaire pour la SPSR, y compris les procédures d'enregistrement des médicaments, les normes de traitement de base, et les listes de médicaments essentiels.</p>	<p>I Plaider pour assurer l'intégration de la SPSR dans la politique de SR dans tous les pays de la sous-région.</p>	<p>I.1 Définir une équipe de consultants pour offrir une AT aux pays selon les besoins.</p> <p>I.2 Rassembler et fournir des documents de référence techniques aux pays pour l'intégration de la SPSR dans les politiques nationales de SR.</p> <p>I.3 Procéder à la sensibilisation de l'intégration de la SPSR dans les politiques de SR (incluant les questions relatives aux normes socioculturelles défavorables).</p> <p>I.4 Surveiller l'intégration de la SPSR dans les politiques nationales de SR.</p>	<p>OOAS MS Organismes de coopération USAID UNFPA PI</p>	<p>OOAS MS</p>	<p>Avril 2007 – octobre 2011</p>	<p>\$19.317</p> <p>\$9.659</p> <p>\$379.928</p> <p>\$69.542</p>

Stratégies	Actions	Sous-Actions	Organismes de mise en oeuvre proposés	Organismes de coordination	Calendrier	Coût
	2. Harmoniser les procédures d'enregistrement des médicaments, les NTB et les LME au niveau du pays (avec un accent sur les produits de SR).	<p>2.1. Rassembler et passer en revue les procédures d'enregistrement des médicaments (PEM), les NTB et les LME des différents pays membres.</p> <p>2.2 Réunir les parties prenantes afin de passer en revue et d'aboutir à un consensus sur les avancées liés aux approches communes.</p> <p>2.3 Mettre en oeuvre des initiatives de sensibilisation pour réviser et normaliser les PEM, les NTB et les LME au niveau national afin de s'aligner sur le consensus sous-régional.</p> <p>2.4 Surveiller la mise en oeuvre des modifications aux PEM, NTB et LME.</p>	<p>OOAS ACAME UNFPA MS</p> <p>OMS</p> <p>Organismes de coopération USAID</p> <p>PI</p> <p>Fournisseurs et fabricants</p>	<p>OOAS ACAME</p> <p>MS (autorité de contrôle des médicaments)</p>	<p>Avril – sept 2007</p>	<p>\$19.317</p> <p>\$48.941</p> <p>\$34.771</p> <p>\$34.771</p>

Stratégies	Actions	Sous-Actions	Organismes de mise en oeuvre proposés	Organismes de coordination	Calendrier	Coût
<b>2. Partenariats entre les secteurs privé et public :</b> mettre en place un environnement favorable aux partenariats public-privé.	1. Encourager les parties prenantes au niveau national à rallier le secteur privé à participer de manière plus active à la fourniture de produits de SR.	1.1 Mobiliser les parties prenantes au niveau national pour effectuer des études sur la volonté de payer (VDP), la capacité de payer (CDP) et sur les analyses de segmentation de marché (ASM).	MS  Organismes de coopération USAID UNFPA	OOAS  Forum des hommes d'affaires de la CEDEAO MS	Janvier 2008 – décembre 2010	\$19.317
		1.2 Rassembler et disséminer les données existantes en matière de VDP, CDP et ASM.	Secteur privé (chambres de commerce) IPPF	Organismes gouvernementaux (p.ex. ministères des Finances, du Commerce, du Développement, de la Planification économique)		\$9.659
		1.3 Soutenir les parties prenantes au niveau national pour démontrer les avantages potentiels d'une approche « marché globale » en ce qui concerne la disponibilité des produits pour les secteurs public et privé et pour la société civile.	Marie Stopes ONG	Organisations de la société civile		\$57.952
		1.4 Motiver les États membres à partager ces informations au niveau sous-régional dans le but de disséminer les meilleures pratiques ainsi que les pratiques prometteuses dans les partenariats public-privé.				

Stratégies	Actions	Sous-Actions	Organismes de mise en oeuvre proposés	Organismes de coordination	Calendrier	Coût
<p><b>Financement</b> : encourager les pays à instaurer des mécanismes de financement durables pour la SPSR.</p>	<p>I. Faciliter la mise en place de mécanismes de financement durables pour les produits de SR.</p>	<p>I.1 Encourager la mise en place de lignes budgétaires spécifiques pour les produits de SR dans les budgets nationaux de la santé.</p> <p>I.2 Mobiliser les partenaires (donateurs, organismes de prêt, secteur privé et ONG) à augmenter le financement pour les produits de SR.</p>	<p>OOAS Organismes de coopération USAID MS MF  Parlement de la CEDEAO Parlements nationaux UNFPA USAID Banque mondiale DFID JICA ACDI KfW PI</p>	<p>OOAS MS</p>	<p>Janvier 2007 – décembre 2011</p>	<p>\$57.952</p> <p>\$70.101</p>

Stratégies	Actions	Sous-Actions	Organismes de mise en oeuvre proposés	Organismes de coordination	Calendrier	Coût
<b>4. Besoin non satisfait</b> : s'attaquer au besoin non satisfait en matière de produits de SR dans la sous-région.	I. Entreprendre une campagne de sensibilisation pour s'attaquer au besoin non satisfait en matière de produits de SR dans la sous-région.	<p>I.1 Procéder à une révision sommaire des facteurs qui contribuent au besoin non satisfait (par exemple des facteurs socioculturels, ou encore la prestation de services).</p> <p>I.2 Préparer et faire circuler des documents basés sur des preuves pour la campagne de sensibilisation.</p> <p>I.3 Surveiller les mesures qui ont été prises par les pays à la suite de la campagne de sensibilisation.</p>	OOAS UNIFPA PI	OOAS MS	Fév. 2007 – déc. 2007	\$38.635
						\$2.645
						\$46.362
					<b>Total</b>	<b>\$976.821</b>

## 7.3 COORDINATION

Tableaux 10. Activités de soutien aux pays du plan opérationnel

Stratégies	Actions	Sous-Actions	Organismes de mise en oeuvre proposés	Organismes de coordination	Calendrier	Coût
<b>I. Achats informés et coordonnés</b> : instaurer un mécanisme de coordination permettant de faciliter le partage des informations d'achat (et l'accès à celles-ci) en matière de produits de SR.	I. Rendre le réseau AIC opérationnel.	I.1 Planifier et gérer la mise en oeuvre (élaborer des indicateurs, mettre au point un plan de travail, etc.).  I.2. Engager un gestionnaire de système AIC.  I.3 Organiser un atelier de travail pour la conception technique.  I.4 Élaborer des termes de référence (TR) pour les participants du réseau.  I.5 Validation des TR par les différents pays.  I.6 Nommer une personne de contact pour chaque pays sur base du contenu des TR.  I.7 Définir les autres acteurs dans les différents pays.	OOAS  ACAME  UNFPA  Organismes de coopération USAID  Banque mondiale  Sections du MS chargées des acquisitions	OOAS  ACAME  MS	Janvier 2007 – décembre 2011	\$0  \$ 1.062.452  \$93.138  \$4.829  \$0  \$0  \$0

Stratégies	Actions	Sous-Actions	Organismes de mise en oeuvre proposés	Organismes de coordination	Calendrier	Coût
		<p>I.8 Acheter le matériel informatique nécessaire, installer les premiers logiciels.</p> <p>I.9 Concevoir et gérer une phase pilote avec cinq pays pendant un an.</p> <p>I.10 Concevoir un prototype.</p> <p>I.11 Élaborer des documents et matériels de formation ; déterminer et former les utilisateurs, les opérateurs ainsi que le personnel technique.</p> <p>I.12 Installer les logiciels prêts à l'emploi.</p> <p>I.13 Démarrer le fonctionnement du réseau.</p> <p>I.14 Procéder à la collecte des données pilotes, analyser les résultats, et résoudre les problèmes.</p>				<p>\$67.787</p> <p>\$ 13,225</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$2.645</p> <p>\$0</p>

Stratégies	Actions	Sous-Actions	Organismes de mise en oeuvre proposés	Organismes de coordination	Calendrier	Coût
		I.15 Évaluer l'examen à mi-parcours de la phase pilote.				\$0
		I.16 Disséminer le rapport d'évaluation de la phase pilote.				\$2.645
		I.17 Élargir le réseau à l'ensemble des 15 pays.				\$0
		I.18 Procéder à des réunions annuelles pour analyser les informations AIC et pour examiner les éventuelles améliorations.				\$343.299
		I.19 Mettre à jour le plan de travail et soumettre des mises à jour périodiques aux parties prenantes.				\$0

Stratégies	Actions	Sous-Actions	Organismes de mise en oeuvre proposés	Organismes de coordination	Calendrier	Coût
2. Coordination inter-institutions : améliorer la coordination entre partenaires dans le domaine de la SPSR	1. Créer un réseau de partenaires au niveau sous-régional en matière de SPSR.	1.1 Identifier l'ensemble des partenaires dans le domaine de la SPSR qui travaillent au niveau sous-régional.	OOAS  Union européenne  UNFPA  SIDA  ACDI  DANIDA  DFID  UNICEF  OMS	OOAS	Septembre 2007 – décembre 2011	\$4.829
		1.2 Organiser régulièrement des réunions entre les organismes et partenaires au niveau sous-régional pour faciliter la coordination et la collaboration (par exemple, partager les plans de travail, déterminer les points prioritaires ainsi que les éventuelles lacunes dans les données).	Organismes de coopération USAID  JICA  KFW  GTZ			\$292.978
		1.3 Mettre en place un réseau électronique (courrier électronique) pour tenir les partenaires informés des activités et questions relatives à la SPSR.	DSW  IPPF  Fondation MTN  Banque mondiale  Fondation Gates			\$24.147
		1.4 Surveiller la coordination et la collaboration inter-institutions au niveau national en matière de SPSR, et partager les résultats dans un forum pour les partenaires.				
					Total	\$1.911.975

## 7.4 RENFORCEMENT DES CAPACITÉS

Tableaux 11. Objectifs, actions, sous actions, estimation des coûts et durée pour le plan de suivi et évaluation

Stratégies	Mesures	Sous-mesures	Organismes de mise en oeuvre proposés	Organismes de coordination	Calendrier	Coût	
<b>I. Mise en valeur des ressources humaines :</b> préconiser le renforcement des ressources humaines et de la gestion de la SPSR.	1. Renforcer les centres régionaux de formation pour la gestion des ressources humaines en matière de SPSR.	1.1 Identifier les centres régionaux de formation.	MS	OOAS	juin 2007 – juin 2010	\$19.143	
		1.2 Procéder à la formation des formateurs (FDF) pour la SPSR.	CAMES UNFPA Organismes de coopération USAID				\$117.187
	2. Encourager le maintien des postes du personnel formé dans le domaine de la SPSR.	2.1 Identifier et partager les meilleures pratiques en matière de motivation.	OMS	groupes professionnels et association			
			OOAS				
			Pays	OOAS	Février 2008 – juin 2010	\$20.640	
			OMS	OMS			
			OOAS	OOAS			

Stratégies	Mesures	Sous-mesures	Organismes de mise en oeuvre proposés	Organismes de coordination	Calendrier	Coût
<b>2. Consolidation des capacités de la gestion logistique :</b> promouvoir la consolidation des capacités en matière de gestion logistique, y compris l'intégration de SIGS / SIGL, et de programmes verticaux.	1. Promouvoir la formation des formateurs dans les domaines suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• système de gestion logistique</li> <li>• intégration de SIGS / SIGL dans la SR</li> <li>• prestation de services</li> <li>• formulation des politiques</li> <li>• contrôle de la qualité</li> <li>• mise en oeuvre de la SPSR.</li> </ul>	1.1 Adapter le programme.  1.2 Identifier les instituts de formations ainsi que les formateurs.  1.3 Organiser la formation.  1.4 Surveiller les personnes en formation pour déterminer l'efficacité de celle-ci.  1.5 Rassembler et faire circuler les données sur la formation dans les différents pays en matière de SPSR.	MS  groupes professionnels et associations  UNFPA  Organismes de coopération USAID  CAMES  OOAS	OOAS  OMS  UNFPA	Juin 2008 – octobre 2011	\$141.333 (pour les points 1.1 à 1.3)          \$19.317          \$15.810

Stratégies	Mesures	Sous-mesures	Organismes de mise en oeuvre proposés	Organismes de coordination	Calendrier	Coût		
<b>3. Intégration de la SPSR dans le programme de santé publique :</b> préconiser l'intégration de la SPSR dans le programme de santé publique.	1. Intégrer le programme SPSR dans les programmes de santé publique au sein des universités et des institutions de santé publique.	1.1 Déterminer la liste des universités et des institutions de santé publique.	MS	OOAS	Janvier 2008 – décembre 2011	\$ 14.488		
		1.2 Adapter le programme.	ME	USAID				
		1.3 Identifier les formateurs.	OOAS				\$ 141.333 (pour les points 1.2 à 1.5)	
		1.4 Former le personnel au programme SPSR	UNFPA					
		1.5 Organiser la formation.	CAMES					
				1.6 Surveiller les personnes en formation pour déterminer l'efficacité de celle-ci.	Instituts de formation au niveau sous-régional			\$ 19.317
				1.7 Rassembler et faire circuler les données sur la formation dans les différents pays en matière de SPSR.	Organismes de coopération USAID			\$ 15.810

Stratégies	Mesures	Sous-mesures	Organismes de mise en oeuvre proposés	Organismes de coordination	Calendrier	Coût
<b>4. Promouvoir l'IEC et la CCC :</b> encourager l'utilisation de l'IEC et de la CCC pour sensibiliser davantage aux questions relatives à la SPSR au sein de la communauté.	1. Mettre au point une capacité sous-régionale pour encourager la formation d'agents communautaires dans le domaine IEC / CCC.	1.1 Évaluer les systèmes actuels IEC / CCC à base communautaire.	PSI	OOAS	Janvier 2007 – décembre 2011	\$ 14.488
		1.2 Préparer les documents de formation.	UNFPA			\$ 14.488
		1.3 Organiser les séances de formation.	MS	Organismes de coopération USAID		\$ 585.934
<b>5. Pérennité du programme :</b> défendre l'importance de maintenir du personnel formé pour assurer la durabilité du programme.	1. Encourager la pérennité du programme.	1.1 Souligner, via les forums consacrés à l'élaboration des politiques, l'importance de conserver le personnel.	IPPF		Janvier 2007 – décembre 2011	\$ 12.878
		1.2 Encourager les partenaires à élaborer des stratégies de retrait.	OOAS	OOAS		\$ 12.878
		1.3 Élaborer et disséminer des documents de sensibilisation, y compris des lignes directrices pour le maintien des effectifs.	OMS	Organismes de coopération USAID		\$ 14.201
					Total	\$ 1.179.247

## 7.5 ACTIVITÉS DE SOUTIEN AU NIVEAU PAYS

Tableaux 12. Indicateurs de résultats action, indicateurs output, et résultats attendus

Stratégies	Actions	Sous-actions	Organismes de mise en oeuvre proposés	Organismes de coordination	Calendrier	Coût
1. Offrir une assistance technique (AT) : instaurer un mécanisme pour offrir une AT en matière de SPSR.	1. Déterminer et offrir les activités de soutien au niveau national en matière d'assistance technique.	1.1 Déterminer les besoins et le processus d'AT.	OOAS UNFPA	OOAS	Octobre 2007 – décembre 2010	\$ 19.317
		1.2 Préparer et mettre en oeuvre un plan de travail permettant d'offrir une AT aux différents pays.	Organismes de coopération USAID MS			\$ 19.317
		1.3 Identifier les partenaires pour soutenir la mise en oeuvre du plan de travail.	PI			\$ 19.317
2. Mettre en place un réseau régional d'experts dans le domaine de la SPSR.	2.1 Déterminer les experts régionaux dans le domaine de la SPSR.	2.1 Déterminer les experts régionaux dans le domaine de la SPSR.	OOAS OMS	OOAS	Janvier 2007 – décembre 2007	\$ 16.098
		2.2 Préparer les TR du réseau d'experts.	Organismes de coopération USAID			\$ 16.098
		2.3 Encourager la mise en réseau des experts au niveau sous-régional.	UNFPA			\$ 16.098

Stratégies	Actions	Sous-actions	Organismes de mise en oeuvre proposés	Organismes de coordination	Calendrier	Coût
<b>2. Plaidoyer</b> : préconiser l'harmonisation des outils de gestion nationaux à travers toute la sous-région.	1. Élaborer des outils de gestion communs pour la SPSR.	1.1 Définir les principaux domaines pour l'harmonisation.	OOAS	OOAS	Mars 2007 – novembre 2009	\$13.522
		1.2 Formuler des outils communs en matière de gestion.	UNFPA Organismes de coopération USAID			\$13.522
		1.3 Faire circuler les outils harmonisés dans la sous-région.	OMS MS			\$13.522
		1.4 Présenter les outils harmonisés dans les forums des partenaires et des parties prenantes.				\$61.796
		1.5 Assurer un suivi à la mise en oeuvre.				\$13.522

Stratégies	Actions	Sous-actions	Organismes de mise en oeuvre proposés	Organismes de coordination	Calendrier	Coût
	2. Organiser des réunions de sensibilisation avec les partenaires et les parties prenantes (tables rondes, forums, conférences).	<p>2.1 Définir le type de public pour les présentations de données basées sur des preuves.</p> <p>2.2 Déterminer la meilleure approche pour chaque groupe de partenaires et chaque groupe de parties prenantes.</p> <p>2.3 Organiser régulièrement des réunions avec les parties prenantes.</p>	OOAS  PI	OOAS	Mai 2007 – décembre 2011	\$16.098  \$16.098  \$238.148
					Total	\$492.473



## 8.0 COORDINATION, SUIVI ET ÉVALUATION

Le succès de la stratégie sous-régionale en matière de SPSR dépend en partie de la capacité humaine et institutionnelle à gérer et à coordonner de manière efficace les activités de nombreux partenaires en ce qui concerne l'ensemble des objectifs techniques (contexte, coordination, capacités et soutien national). Par ailleurs, l'OOAS, au titre de principal organisme de coordination au niveau sous-régional, a pour mission (en même temps que d'autres partenaires) de mettre en oeuvre plusieurs activités, y compris la détermination des besoins en matière d'AT (soutien national) ainsi que la collecte et l'analyse de données sur les facteurs touchant le besoin non satisfait (contexte). Par conséquent, il faudra qu'un responsable de la mise en oeuvre de la SPSR soit présent pour assurer la direction technique opérationnelle et veiller à ce que ces tâches soient complétées par l'ensemble des partenaires (aux niveaux pays, sous-régional et en matière d'assistance technique).

Parmi les autres exigences en matière de personnel proposées figure le responsable à plein temps du suivi et de l'évaluation. Le paragraphe 8.1 détermine les indicateurs de résultats correspondant à chaque mesure, ainsi que les résultats attendus. En prenant ces indicateurs comme base, il conviendra d'élaborer un plan de S&E détaillé qui comprendra la mise en oeuvre systématique des évaluations de l'état d'avancement de la stratégie. Une fois le plan mis en place, le responsable du S&E effectuera régulièrement des évaluations et comparera les résultats avec les résultats attendus, et fera circuler ces résultats à l'ensemble des parties prenantes.

Objectif	Actions	Sous-Actions	Estimation des coûts	Calendrier
L'OOAS travaillera de concert avec les partenaires, les donateurs, ainsi que les fournisseurs d'assistance technique au niveau national pour mettre en oeuvre de façon efficace les activités reprises dans la stratégie.	1. Développer les capacités humaines et institutionnelles permettant d'assurer une coordination avec les partenaires, et mettre en oeuvre les mesures et les sous-mesures à travers l'ensemble des objectifs.	1.1 Engager un responsable de la mise en oeuvre de la SPSR.	\$544.505	2007–2011

Un mécanisme pour le suivi et l'évaluation des résultats à partir des mesures et des sous-mesures est élaboré et mis en oeuvre.	2. Instaurer un système de S&E.	2.1 Élaborer, planifier et gérer un système de suivi et d'évaluation (élaborer des indicateurs, préparer un plan de travail, etc.).	(reprise dans la rubrique ci-dessus)	2007-2011
		2.2 Engager un responsable de la S&E.	\$500.703	2007-2011
		2.3 Procéder à des activités de suivi et d'évaluation.	\$108.017	2007-2011
		2.4 Analyser et comparer les données par rapport aux sorties et aux résultats.	(reprise dans la rubrique ci-dessus)	2007-2011
		2.5 Faire circuler les résultats aux parties prenantes.	(repris dans la rubrique ci-dessus)	
		Total	\$1.153.225	

## 8.1 INDICATEURS DE RÉSULTATS

Mesures	Indicateurs de sortie	Résultats attendus
<b>CONTEXTE</b>		
1. Plaider pour assurer l'intégration de la SPSR dans la politique de SR dans tous les pays de la sous-région.	Nombre de pays membres intégrant la SPSR dans leur politique nationale de SR	Un cadre politique favorable pour améliorer la SPSR dans la sous-région
2. Harmoniser les PEM, les NTB et les LME au niveau sous-régional (avec un accent sur les produits de SR).	Harmonisation des PEM, NTB et LME élaborées pour la sous-région	Renforcement de l'engagement politique vis-à-vis de la SPSR
3. Encourager les parties prenantes au niveau national à rallier le secteur privé à participer de manière plus active à la fourniture de produits de SR.	Augmentation du nombre de fournisseurs du secteur privé participant aux organismes de coordination dans le domaine de la SPSR au niveau national	Un cadre politique permettant d'améliorer la qualité des services de SR dans la sous-région Meilleur accès aux services de SR
4. Faciliter la mise en place de mécanismes de financement durables pour les produits de SR.	Nombre de pays membres ayant une ligne budgétaire spécifique pour l'achat de produits de SR	Meilleur accès pour les clients aux produits de la SR dans les secteurs public, privé et les ONG
5. Entreprendre une campagne de sensibilisation pour s'attaquer au besoin non satisfait en matière de produits de SR dans la sous-région.	Nombre de pays membres ayant élaboré des plans d'action pour répondre au besoin non satisfait	Accroissement du financement pour pouvoir acheter des produits de SR au niveau de la sous-région Meilleur accès et utilisation des services de SR Diminution du besoin non satisfait
<b>COORDINATION</b>		
1. Rendre le réseau AIC opérationnel.	Nombre de pays membres qui soumettent les données d'achat à un système AIC opérationnel Nombre de pays membres qui reçoivent en retour des rapports sur les données d'achat à partir du système AIC	Partage des informations sur les produits de SR (et accès à celles-ci) pour l'ensemble des pays de la CEDEAO
2. Créer un forum de partenaires au niveau sous-régional en matière de SPSR.	Un forum opérationnel pour les partenaires au niveau sous-régional se réunit au moins une fois par an	Meilleure coordination entre les partenaires de la sous-région

Mesures	Indicateurs de sortie	Résultats attendus
<b>CONSOLIDATION DES CAPACITÉS</b>		
1. Renforcer les centres régionaux de formation pour la gestion des ressources humaines en matière de SPSR.	Nombre de séances de FDF organisées sur le thème de la SPSR de la part des centres de formation au niveau sous-régional.	Amélioration de la qualité des services au niveau de la sous-région grâce à du personnel qualifié
2. Encourager le maintien des postes du personnel formé dans le domaine de la SPSR.	Nombre de pays membres ayant élaboré une stratégie de motivation pour maintenir les postes du personnel formé	Meilleur maintien des postes au sein des programmes de SR (c'est-à-dire une diminution du roulement du personnel) grâce à la mise en oeuvre de stratégies nationales
3. Promouvoir la FDF dans les domaines suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>● système de gestion logistique</li> <li>● intégration de SIGS / SIGL dans la SR</li> <li>● prestation de services</li> <li>● formulation des politiques</li> <li>● contrôle de la qualité</li> <li>● mise en oeuvre de la SPSR.</li> </ul>	Nombre de personnes formées via la FDF dans chaque domaine cité	Existence d'un système de gestion logistique efficace et opérationnel dans le domaine de la SR  Meilleurs systèmes de prestation de services et de contrôle de la qualité, donnant lieu à un meilleur accès et une meilleure utilisation des services de SR dans la sous-région
4. Intégrer le programme SPSR dans les programmes de santé publique au sein des universités et des institutions de santé publique.	Nombre d'écoles et de facultés mettant en oeuvre le programme de formation SPSR	Les composantes de SC de l'enseignement de SR sont intégrées dans les écoles et les facultés, donnant lieu à du personnel mieux formé et engagé dans le domaine de la SPSR au niveau sous-régional
5. Mettre au point une capacité sous-régionale pour encourager la formation d'agents communautaires dans le domaine de l'IEC / de la CCC.	Nombre de formateurs formés pour les agents communautaires dans le domaine de l'IEC / de la CCC	Utilisation par les pays de l'IEC / la CCC pour promouvoir les thèmes liés à la SPSR dans les collectivités locales
6. Encourager la pérennité du programme.	Nombre de pays membres ayant des politiques nationales existantes en matière de SPSR pour assurer la pérennité du programme	Mise en oeuvre des politiques pour répondre à la pérennité du programme

Mesures	Indicateurs de sortie	Résultats attendus
<b>SOUTIEN NATIONAL</b>		
1. Déterminer et offrir des activités de soutien au niveau national en matière d'assistance technique.	Nombre de visites d'AT effectuées dans les pays par l'OOAS / les partenaires	Amélioration de l'utilisation et de l'accès aux services de SR
2. Mettre en place un réseau régional d'experts dans le domaine de la SPSR.	Instauration d'un réseau régional d'experts dans le domaine de la SR	Amélioration de l'utilisation et de l'accès aux services de SR grâce aux contributions d'un réseau régional d'experts dans le domaine de la SR
3. Élaborer des outils de gestion communs pour la SPSR.	Élaboration d'outils de gestion communs (tels que définis par les parties prenantes au niveau sous-régional)	Les pays membres appliquent les outils de gestion communs pour améliorer l'engagement politique vis-à-vis de la SPSR
4. Organiser des réunions de sensibilisation avec les partenaires et les parties prenantes (tables rondes, forums, conférences).	Nombre de réunions de sensibilisation organisées par an	Accroissement du soutien de la part des partenaires pour la mise en oeuvre d'outils de gestion harmonisés en matière de SPSR



## 9.0 RÉFÉRENCES

Hare, L., Hart, C., Scribner, S., Shepherd, C., Pandit, T. (ed.), et Bornbusch, A. (ed.). 2004. *SPARHCS: Approche stratégique pour la sécurité des produits de santé de la reproduction. Un outil pour l'évaluation, la planification et la mise en oeuvre*. Baltimore, Md.: Information and Knowledge for Optimal Health (INFO) Project/Center for Communication Programs, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.

Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA). 2004. *Les objectifs du Développement pour le millénaire*. New York: UNFPA.

JSI/DELIVER. 2005. *Stratégie sous-régionale pour la sécurité des produits de santé de la reproduction en Afrique de l'Ouest : un document conceptuel*. Arlington, Va.: John Snow, Inc./DELIVER, pour l'Agence américaine pour le développement international (USAID).

Population Reference Bureau (PRB). 2005. *Women of Our World: 2005*. Publiés avec le soutien de l'Agence américaine pour le développement international (USAID). Washington, DC.

Programme des Nations unies pour le développement (PNUD). 2003. *Rapport Mondial sur le Développement Humain 2003, les objectifs du Millénaire pour le développement : Un pacte entre les pays pour vaincre la pauvreté humaine*. PNUD: New York, NY.

CDC. "Update: Barrier Protection Against HIV Infection and Other Sexually Transmitted Diseases." *MMWR* 08/06/1993. 42(30);589-591,597.

Organisation de l'Unité africaine (OUA). La Déclaration d'Abuja sur le VIH / sida, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses. Abuja, Nigeria. 26-27 avril 2001.

Dowling, Paul. 2004. *West Africa SPSR: Local Manufacturing of RH Commodities*. Arlington, Va.: John Snow, Inc./DELIVER, for USAID.

Abdallah, Hany, et Mimi Whitehouse. 2005. *West Africa Reproductive Health Commodity Security: Development of a Sub-Regional Coordinated Informed Buying (CIB) System*. Arlington, Va.: John Snow, Inc./DELIVER, pour l'Agence américaine pour le développement international (USAID).

OMS/UNFPA. 2006. *The Interagency List of Essential Medicines for Reproductive Health*. Organisation mondiale de la santé. Fonds des Nations unies pour la population. Genève.



# 10.0 ANNEXES

## ANNEXE I – LISTE DES PARTICIPANTS AUX ATELIERS

La liste ci-dessous reprend les noms et les données concernant les personnes qui ont participé à la série d'ateliers organisés sous l'égide de l'OOAS relatifs à l'élaboration d'une stratégie sous-régionale. Entre novembre 2005 et mars 2006, le personnel technique de l'OOAS, les gestionnaires de programmes et les officiers de liaison au niveau des différents pays, les donateurs (USAID et le UNFPA), ainsi que les projets d'assistance technique en matière de SPSR (DELIVER et AWARE-RH) ont participé à ce processus et y ont contribué de manière importante sur le plan technique. La liste de ces personnes est reprise ci-dessous.

**Élaboration d'un plan stratégique pour la sécurité des produits de santé de la reproduction,  
Du 24 au 26 janvier 2006, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso : liste des participants**

No.	Nom	Fonction	Pays / Organisation	Adresse
1	Alh. Omar TAAL	DPS / Officier de liaison OOAS	Gambie	Ministère de la Santé et de l'Aide sociale, Banjul, Gambie Tél. : (+220) 42 28 709 Fax : (+220) 42 25 873 Courriel : <a href="mailto:alhomartaal@yahoo.com">alhomartaal@yahoo.com</a>
2	Mme Ramou Cole CEESAY	Responsable du programme de SRE  Service de la santé et de la sécurité, Gambie	Gambie	Programme SRE, Ministère de la Santé et de la Sécurité, QG médicaux Banjul, Gambie Tél. : (+220) 42 28 742 Fax : (+220) 42 28 742 Courriel : <a href="mailto:onim11@yahoo.com">onim11@yahoo.com</a>
3	Dr Laurent A. ASSOGBA	Point focal  Directeur national de la protection sanitaire	Bénin	Ministère de la Santé publique 01 BP 882 Cotonou, Bénin Tél. : (+229) 21 33 66 79 / 90 04 55 31 Fax: (+229) 21 33 04 64 Courriel: <a href="mailto:laurassog@yahoo.fr">laurassog@yahoo.fr</a>
4	DAVID Marguerite	Chef, division logis- tique contraceptive	Bénin	Direction Santé familiale Cotonou- Benin Tél.: (+229) 33 20 21 Fax: (+229) 33 00 63 Courriel : <a href="mailto:mazolikpo@yahoo.fr">mazolikpo@yahoo.fr</a>
5	Dr Bouba- car Samba DANKOKO	Point focal  Conseiller techni- que n° 1	Sénégal	Ministère de la Santé et de la Prévention médicale – Rue Aimée Césaire - B.P. 4024 Fann Résidence Dakar, Sénégal Tél.:(+221) 869 42 47/ 648 34 14 Fax:(+221) 869 42 49 Courriel : <a href="mailto:drdankoko@yahoo.fr">drdankoko@yahoo.fr</a>

No.	Nom	Fonction	Pays / Organisation	Adresse
6	Dr Amath MBAYE	Chef de la division de la santé de la reproduction (SR)	Sénégal	Ministère de la Santé et de la Prévention médicale – Rue Aimée Césaire – B.P. 4024 Fann Résidence Dakar, Sénégal Tél.: (+221) 821 71 55 Courriel : <a href="mailto:mbayepf@yahoo.fr">mbayepf@yahoo.fr</a>
7	Dr Benie Bi VROH Joseph	Directeur Coordonnateur du programme national de la santé de la reproduction	Côte d'Ivoire	Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique de la République de Côte d'Ivoire – BPV4 Abidjan Tél. : (+225) 20 32 24 15 Fax : (+225) 20 32 24 63 Courriel : <a href="mailto:benie4@hotmail.com">benie4@hotmail.com</a> <a href="mailto:dcpnsrpf@aviso.ci">dcpnsrpf@aviso.ci</a>
8	Dr Jean-Marc DJOMAN	Sous-directeur chargé des études et réflexions au Secrétariat technique	Côte d'Ivoire	Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique BPV4 Abidjan Tél. : (+225) 20 21 22 97 Fax : (+225) 20 22 22 20 Courriel : <a href="mailto:djoman_jeanmarc@yahoo.fr">djoman_jeanmarc@yahoo.fr</a>
9	Dr Mamadou Sounalo TRAORE	Directeur national Santé, Point focal OOAS Mali	Mali	Ministère de la Santé BP : 232 – Koulouba - Bamako République du MALI Tél : (+223) 222 64 97 Fax : (+223) 222 36 74 Courriel : <a href="mailto:mstraore@dnsmali.org">mstraore@dnsmali.org</a>
10	Dr Binta KEITA	Chef de division Santé de la reproduction	Mali	Ministère de la Santé / Direction nationale de la Santé BP : 232 – Koulouba - Bamako République du Mali Cell : (+223) 673 14 14 / 222 64 97 Fax : (+223) 222 36 74 Courriel : <a href="mailto:bkeita@dnsmali.org">bkeita@dnsmali.org</a>
11	Dr Paulo RABNA	Responsable du programme national de lutte contre le SIDA, Point focal OOAS Guinée-Bissau	Guinée-Bissau	Ministère de la santé Guinée Bissau – Bissau PO Box 55 Tél. : (+245) 721 56 25 / 665 73 96 Courriel : <a href="mailto:paulo6602@yahoo.co.uk">paulo6602@yahoo.co.uk</a> <a href="mailto:paulorabna@eguiTel.com">paulorabna@eguiTel.com</a>
12	Dr Paulo DJATA	Directeur des soins de santé familiale et coordinateur de santé de la reproduction	Guinée-Bissau	MINSAP Av. Unidade Africana BP 50, Bissau, Guinée-Bissau Tél. : (+245) 21 12 00/ 72 00 635

No.	Nom	Fonction	Pays / Organisation	Adresse
13	Dr Margarida CARDOSO	Directrice générale des études et de la planification Point focal OOAS Cap-Vert	Cap-Vert	Ministère de la Santé du Cap-Vert – CP 47 Praia Tél. : (+238) 26 10 111 Fax : (+238) 26 10 163 Courriel : <a href="mailto:margarida.cardoso@ms.gov.cv">margarida.cardoso@ms.gov.cv</a>
14	Dr Mohamed Sidatty KEITA	Chef de division Santé de la reproduction / Directeur du programme national de santé de la reproduction	Guinée	Ministère de la Santé publique de Guinée – Conakry Tél. : Bur : (+224) 45 20 10 / Privé : 29 09 43 Courriel : <a href="mailto:sidattymk@yahoo.fr">sidattymk@yahoo.fr</a>
15	Dr Nangnouma SANO	Chef de section Établissements pharmaceutiques, direction nationale Pharmacie-Labo	Guinée	BP 585 Guinée Tél. : (+224) 27 16 11 Courriel : <a href="mailto:snagnouma@yahoo.fr">snagnouma@yahoo.fr</a>
16	Dr Aïssa Bouwayé ADO	Directrice de la santé de la reproduction au MSP/LCE	Niger	Ministère de la Santé du Niger – Niamey BP 626 Niamey -Niger Portable : (+227) : 26 31 31 Courriel : <a href="mailto:aissaado@yahoo.com">aissaado@yahoo.com</a> Courriel Direction Santé de la reproduction Niger : <a href="mailto:santereproduction@yahoo.fr">santereproduction@yahoo.fr</a>
17	Mme Rakiatou DANIA	Point focal OOAS Conseiller technique du MSP/LCE	Niger	Ministère de la Santé publique et de la lutte contre les épidémies BP 623 Niamey -Niger Tel : (+227)72 28 08 / 72 59 06/ Cell : (+227) 96 96 11 Fax: (+227) 73 35 70 / 72 59 06 Courriel : <a href="mailto:rakiadm@yahoo.fr">rakiadm@yahoo.fr</a> <a href="mailto:ooasnig@intnet.ne">ooasnig@intnet.ne</a>
18	Dr Ernest OUEDRAOGO	Responsable logistique contraceptive	Burkina Faso	Direction Santé de la famille – Burkina Faso Tél. : (+226) 50 30 77 78 Fax : (+226) 50 30 77 68 Courriel : <a href="mailto:ernest_ouedraogo@hotmail.com">ernest_ouedraogo@hotmail.com</a>
19	Dr Kodjo Kitchoou ALEKI	Conseiller Technique, Point focal OOAS	Togo	Ministère de la Santé du Togo BP 30542 Lomé Tél. : (+228) 222 61 08 Portable : (+228) 911 11 84 Courriel : <a href="mailto:draleki@yahoo.fr">draleki@yahoo.fr</a>

No.	Nom	Fonction	Pays / Organisation	Adresse
20	Mr DARE Aboudou	Directeur du programme santé de la reproduction  Chef de division de la santé familiale	Togo	Ministère de la Santé du Togo Division de la Santé Familiale 07 BP 14536 Lomé Togo Tél. : (+228) 223 33 70 Fax: (+228) 223 33 87 Cell. : (+228) 904 70 02 Courriel : <a href="mailto:darab93@yahoo.fr">darab93@yahoo.fr</a>
21	Dr Adetunji Labiran	Directeur adjoint (HRH)	Nigeria	Service de la planification et de la recherche en matière de santé Ministère fédéral de la Santé, Abuja, Nigeria Tél.: (+234) 803 439 6581 Courriel : <a href="mailto:alabiran@yahoo.com">alabiran@yahoo.com</a>
22	ARIBISALA, Pauline	Directrice adjointe (Programme / SPSR)	Nigeria	Ministère fédéral de la Santé, Service du développement communautaire et des activités de la population Abuja, Nigeria, Tél.: (+234) 803 3094675/805 9384505 Courriel : <a href="mailto:pabari2002@yahoo.com">pabari2002@yahoo.com</a>
23	Dr Kisito. S. DAOH	Responsable du programme de SR	Sierra Leone	Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique 4 <sup>th</sup> Floor Youyi Building, Brookfields Freetown Sierra Leone Tel: (+232 ) 76 658 976 / 33 315 375/ 22 238 831 Fax: c/o DPI (232) 22 235 063 Courriel : <a href="mailto:kstdaoh@yahoo.com">kstdaoh@yahoo.com</a>
24	M.Tommy T. TENGBEH	Officier de liaison OOAS  Secrétaire adjoint (section internationale)	Sierra Leone	Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique 4 <sup>th</sup> Floor Youyi Building, Brookfields Freetown Sierra Leone Tel: (+232 ) 33 327 474 / 76 634 721 Fax: c/o Dr. Clifford W. KAMARA (+232) 22 235 063 Courriel : <a href="mailto:tommytengbeh@yahoo.com">tommytengbeh@yahoo.com</a>
25	Dr Gloria Quansah Asare	Responsable du programme de planification familiale	Ghana	Service de santé du Ghana Private Mail Bag Ministries Post Office, Accra Tél.: (+223) 21 68 42 17/244 281 732 Fax : (+233) 21 66 38 10/21 67 43 66 Courriel : <a href="mailto:gloasare1@yahoo.com">gloasare1@yahoo.com</a>
26	M.Ahmed Mohammed	Directeur adjoint	Ghana	Ministère de la Santé du Ghana PO Box m44 Accra Tél.: (+223) 21 68 42 47/ 243 289 692 Fax : (+233) 21 67 00 76/21 66 01 76/ 21 66 38 10 Courriel : <a href="mailto:ahmedmoh2@yahoo.com">ahmedmoh2@yahoo.com</a>

No.	Nom	Fonction	Pays / Organisation	Adresse
27	DAO Blami	Chef du département de gynécologie obstétrique du CHU SOURO SANOU	Burkina Faso	Bobo-Dioulasso Burkina Faso Tél. : (+226) 20 97 00 44 Ext 1133 Fax : (+226) 20 97 26 93 Courriel : <a href="mailto:bdao@fasonet.bf">bdao@fasonet.bf</a>
28	RAO, Raja	Conseiller en politiques JSI/DELIVER USA	États-Unis	1616 N. Fort Myer Drive 11 <sup>th</sup> floor, Arlington, VA 22209 USA TÉL.: (+1) 703 528 7474 Fax: (+1) 703 528 7480 Courriel : <a href="mailto:raja_rao@jsi.com">raja_rao@jsi.com</a>
29	Dr KABBA Joiner	Directeur général / OOAS	CEDEAO	OOAS BP 153 Bobo-Dioulasso Burkina Faso Tél: (+226) 20 97 57 75/ 20 97 00 97 Fax: (+226) 20 97 57 72 Courriel : <a href="mailto:wahooas@fasonet.bf">wahooas@fasonet.bf</a>
30	Dr AUSTIN Johanna	DSSP-CM	CEDEAO	OOAS BP 153 Bobo-Dioulasso Burkina Faso Tél: (+226) 20 97 57 75/ 20 97 00 97 Fax: (+226) 20 97 57 72 Courriel : <a href="mailto:austinjohanna@yahoo.fr">austinjohanna@yahoo.fr</a> <a href="mailto:jaustin@wahooas.org">jaustin@wahooas.org</a>
31	Mr. ZOUMA Salifou	DPAT	CEDEAO	OOAS BP 153 Bobo-Dioulasso Burkina Faso Tél: (+226) 20 97 57 75/ 20 97 00 97 Fax: (+226) 20 97 57 72 Courriel : <a href="mailto:yzsalifou@yahoo.fr">yzsalifou@yahoo.fr</a> <a href="mailto:szouma@wahooas.org">szouma@wahooas.org</a>
32	Dr Angela OKOLO		CEDEAO	OOAS BP 153 Bobo-Dioulasso Burkina Faso Tél: (+226) 20 97 57 75/ 20 97 00 97 Fax: (+226) 20 97 57 72 Courriel : <a href="mailto:aokolo@wahooas.org">aokolo@wahooas.org</a> <a href="mailto:Angelok4@yahoo.com">Angelok4@yahoo.com</a>

**Planification stratégique de la SPSR dans la sous-région d'Afrique de l'Ouest, réunion du groupe d'étude pour la sécurité des produits de santé de la reproduction, 8 au 10 mars 2006, Accra, Ghana : liste des participants**

<b>N°</b>	<b>Nom</b>	<b>Fonction</b>	<b>Pays / Organisation</b>	<b>Adresse</b>
1	Prof. Dao Blami	Chef du département de gynécologie obstétrique CHU Sourou Sanou, Bobo-Dioulasso	Burkina Faso	CHU Sourou Sanou Bobo-Dioulasso Tél. : (226)78802444 Fax : (226) 20972693 <a href="mailto:bdao@fasonet.bf">bdao@fasonet.bf</a> <a href="mailto:daoblami@hotmail.com">daoblami@hotmail.com</a>
2	Asare Gloria Q.	Directrice du programme national de planification familiale	Ghana	Service de la santé du Ghana Private Mail Bag Ministries Post Office Accra Tél. : (233)0244 281 732 Fax : (233) 021 663810 <a href="mailto:gloasare1@yahoo.com">gloasare1@yahoo.com</a>
3	Aribisala Pauline B.	Directrice adjointe (Programme / SPSR)	Nigeria	Ministère fédéral de la Santé, Service du développement communautaire et des activités de la population Federal Ministry of Health, Central Medical Library Compound, Yaba, Lagos, Nigeria Tél. : (234) 803 309 4675 <a href="mailto:pabari2002@yahoo.com">pabari2002@yahoo.com</a>
4	Raja Rao	Conseiller en politiques DELIVER / JSI	États-Unis	1616 N. Fort Myer Drive 11th floor Arlington, VA USA 22209 Tél. : (703) 528 7474 Fax : (703) 588 7480 <a href="mailto:rajarao@jsi.com">rajarao@jsi.com</a>
5	Landry – Mugengana Danièle	Conseillère technique SPSR UNFPA	UNFPA	220 East 42nd St New York, NY 10027 Tél. : 212-297- 5143 Fax : 212- 297- 4917 <a href="mailto:landry@unfpa.org">landry@unfpa.org</a>
6	Penda Ndiaye	SPSR.CST UNFPA – DAKAR	UNFPA	Immeuble FADH, Rue Djily Mbaye Dakar – Senegal Tél. : 21-88 03 53 <a href="mailto:Pndiaye@unfpa.org">Pndiaye@unfpa.org</a>
7	Carmen Coles	Conseillère technique pour la sensibilisation AWARE–RH	Ghana	1 Crescent PMB 242 Demmco House Airport West Accra – Ghana Tél. : 233-242528115 <a href="mailto:ccoles@aware-rh.org">ccoles@aware-rh.org</a>
8	Antoine Ndiaye	Conseiller pour la sécurité des produits AWARE-RH	Ghana	PMB CT 242 Tél. : 233 – 2178612 Portable : 233- 244 47 6 99 Fax : 233 – 2186197 <a href="mailto:andiaye@aware-rh.org">andiaye@aware-rh.org</a> <a href="mailto:antoinendiaye@hotmail.com">antoinendiaye@hotmail.com</a>

N°	Nom	Fonction	Pays / Organisation	Adresse
9	Kabba T.JOINER	Directeur général OOAS	CEDEAO	BP: 153 Bobo-Dioulasso Tél. : (226)20975775 / 20971560 Fax: (226)20975772 <a href="mailto:wahooas@fasonet.bf">wahooas@fasonet.bf</a> <a href="mailto:kjoiner@wahooas.org">kjoiner@wahooas.org</a> <a href="mailto:kabajoiner@hotmail.com">kabajoiner@hotmail.com</a>
10	Johanna L.AUSTIN (Dr)	Directrice de la division soins de santé primaires et contrôle des maladies  OOAS	CEDEAO	OOAS /OOAS BP: 153 Bobo-Dioulasso Tél. : (226)20975775 / 76456483 Fax: (226)20975772 <a href="mailto:austinjohanna@yahoo.fr">austinjohanna@yahoo.fr</a> <a href="mailto:wahooas@fasonet.bf">wahooas@fasonet.bf</a> <a href="mailto:jaustine@wahooas.org">jaustine@wahooas.org</a>
11	Prof. Okolo Angela	Administratrice  Santé maternelle et périnatale  OOAS (QG)	CEDEAO	OOAS : 01 BP 153 Bobo-Dioulasso Tél. : (226) 20970100 Fax : (226) 20975772 <a href="mailto:angelok4@yahoo.com">angelok4@yahoo.com</a> <a href="mailto:akolo@wahooas.org">akolo@wahooas.org</a>
12	Seynabou GAYE	Secrétaire de direction  OOAS	CEDEAO	BP : 153 Bobo-Dioulasso Fax : 226-20975772 Tél. : 226-20975775 <a href="mailto:sgaye@wahooas.org">sgaye@wahooas.org</a> <a href="mailto:seynabougaye@hotmail.com">seynabougaye@hotmail.com</a>

## **ANNEXE 2 – LA LISTE INTER-INSTITUTIONS DES MÉDICAMENTS ESSENTIELS POUR LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION<sup>13</sup>**

La liste inter-institutions des médicaments essentiels pour la santé de la reproduction est d'abord présentée au format utilisé dans les précédentes listes de SR : classement par groupe clinique, certains médicaments pouvant se répéter dans différents groupes. Les NTB pertinentes en matière de SR du Département Santé et recherches génésiques de l'OMS sont incluses pour chaque groupe clinique. Les informations concernant les catégories thérapeutiques de la liste modèle de l'OMS sont incluses pour chaque médicament.

Cette liste correspond aux besoins minimaux en médicaments d'un système de soins de santé de base et indique les médicaments qui ont la meilleure efficacité, la meilleure innocuité et le meilleur rapport coût/efficacité concernant les maladies prioritaires. Ces maladies prioritaires sont sélectionnées en fonction de leur importance actuelle et future estimée pour la santé publique, ainsi que de l'existence éventuelle d'un traitement sans danger et d'un bon rapport coût/efficacité. Les médicaments complémentaires (indiqués par un « c » dans la première colonne du tableau) sont également repris ; pour ces médicaments, des moyens de diagnostic ou de suivi spécifiques et/ou des soins médicaux spécialisés ainsi qu'une formation spécialisée sont nécessaires. En cas de doute, des médicaments peuvent également être rangés dans la liste complémentaire en raison de leur coût systématiquement plus élevé et/ou de leur rapport coût/efficacité moins intéressant dans certains contextes.

Quand le dosage d'un médicament est indiqué pour son sel ou son ester, il figure entre parenthèses ; quand il se rapporte à la fraction active, le nom du sel ou de l'ester placé entre parenthèses est précédé de l'expression « sous forme de ».

---

<sup>13</sup> Texte et tableaux extraits de OMS/UNFPA. 2006. *The Interagency List of Essential Medicines for Reproductive Health*. Organisation mondiale de la santé. Fonds des Nations unies pour la population. Genève.

**Tableaux 14. Besoin minimum de médicaments pour un système de soins de santé de base**

Médicament	Posologie	Catégorie thérapeutique (14 <sup>e</sup> Liste modèle de l'OMS)
------------	-----------	--

Santé maternelle et néonatale

1. Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : guide destiné à la sage-femme et au médecin. Genève. Organisation mondiale de la santé ; 2000. [http://www.who.int/reproductive-health/mcpc\\_fr/index.html](http://www.who.int/reproductive-health/mcpc_fr/index.html)
2. Soins liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période néonatale: guide de pratiques essentielles. Genève. Organisation mondiale de la santé ; 2003. <http://www.who.int/reproductive-health/publications/pcpnc/fr/index.html>
3. Managing new born problems: A guide for doctors, nurses, and midwives. Genève. Organisation mondiale de la santé ; 2003. <http://www.who.int/reproductive-health/publications/mnp/index.html>
4. Bibliothèque de la santé génésique de l'OMS. <http://www.who.int/reproductive-health/rhl/index.html>
5. Informations complémentaires : <http://www.who.int/reproductive-health/>

**Anesthésiques généraux**

halothane	inhalation	1.1
kétamine	solution injectable, 50 mg (sous forme de chlorhydrate)/ml en flacon de 10 ml	1.1
protoxyde d'azote	inhalation	1.1
oxygène	inhalation (gaz à usage médical)	1.1
thiopental	poudre pour préparations injectables, 0,5 g, 1,0 g (sel de sodium) en ampoule	1.1
atropine	solution injectable, 1 mg (sulfate) en ampoule de 1 ml	1.3
suxaméthonium	solution injectable, 50 mg (chlorure)/ml en ampoule de 2 ml ; poudre pour préparations injectables (chlorure), en flacon	20

**Anesthésiques locaux**

lidocaïne	solution injectable, 1 %, 2 % (chlorhydrate) en flacon ; solution injectable pour rachianesthésie, 5 % (chlorhydrate) en ampoule de 2 ml, à mélanger avec une solution de glucose à 7,5 % ; formes pour applications locales, 2-4 % (chlorhydrate)	1.2
lidocaïne + épinéphrine (adrénaline)	solution injectable, 1 %, 2 % (chlorhydrate) + épinéphrine 1 : 200 000 en flacon ; cartouche pour usage dentaire, 2 % (chlorhydrate) + épinéphrine 1 : 80 000	1.2
c éphédrine	solution injectable, 30 mg (chlorhydrate)/ml en ampoule de 1 ml (à utiliser dans la rachianesthésie pendant l'accouchement, pour empêcher l'hypotension)	1.2

**Analgésiques**

Opioides		
morphine	solution injectable, 10 mg (sulfate ou chlorhydrate) en ampoule de 1 ml ; solution buvable, 10 mg (chlorhydrate ou sulfate)/5 ml ; comprimé, 10 mg (sulfate)	2.2

Médicament	Posologie	Catégorie thérapeutique (14 <sup>e</sup> Liste modèle de l'OMS)
<b>Non opioïdes</b>		
paracétamol*	comprimé, 100-500 mg ; suppositoire, 100 mg ; sirop, 125 mg/5 ml  * n'est pas recommandé comme anti-inflammatoire en l'absence d'intérêt prouvé dans cette indication	2.1
acide acétylsalicylique	comprimé, 100-500 mg ; suppositoire, 50-150 mg	2.1

### Antianémiques

sel ferreux	comprimé, correspondant à 60 mg de fer ; solution buvable, correspondant à 25 mg de fer (sous forme de sulfate)/ml	10.1
acide folique	comprimé, 1 mg, 5 mg	10.1
sel ferreux + acide folique	comprimé, correspondant à 60 mg de fer + 400 microgrammes d'acide folique (complément nutritionnel indiqué pendant la grossesse)	10.1

### Antibactériens

amoxicilline	gélule ou comprimé, 250 mg, 500 mg (anhydre) ; poudre pour suspension buvable, 125 mg (anhydre)/5 ml	6.2.1
ampicilline	poudre pour préparations injectables, 500 mg, 1 g (sous forme de sel de sodium) en flacon	6.2.1
benzylpénicilline	poudre pour préparations injectables, 600 mg (=1 million UI), 3 g (=5 millions UI) (sel de sodium ou de potassium) en flacon	6.2.1
benzathine benzylpénicilline	poudre pour préparations injectables, 1,44 g de benzylpénicilline (= 2,4 millions UI) en flacon de 5 ml	6.2.1
c ceftriaxone	poudre pour préparations injectables, 250 mg, 1 g (sous forme de sel de sodium) en flacon	6.2.1
cloxacilline	gélule, 500 mg, 1 g (sous forme de sel de sodium) ; poudre pour solution buvable, 125 mg (sous forme de sel de sodium)/5 ml ; poudre pour préparations injectables, 500 mg (sous forme de sel de sodium) en flacon	6.2.1
chloramphénicol	gélule, 250 mg ; suspension buvable, 150 mg (sous forme de palmitate)/5 ml ; poudre pour préparations injectables, 1 g (succinate sodique) en flacon ; suspension huileuse pour injection, 0,5 g (sous forme de succinate sodique)/ml en ampoule de 2 ml	6.2.2
ciprofloxacine*	comprimé, 250 mg (sous forme de chlorhydrate)  * le choix final dépend de l'indication	6.2.2
clotrimazole	comprimé vaginal, 100 mg, 500 mg, crème vaginale 1%, 10%	6.3
doxycycline*	gélule ou comprimé, 100 mg (chlorhydrate)  * le choix final dépend de l'indication	6.2.2
érythromycine	gélule ou comprimé, 250 mg (sous forme de stéarate ou d'éthylsuccinate) ; poudre pour suspension buvable, 125 mg (sous forme de stéarate ou d'éthylsuccinate) ; poudre pour préparations injectables, 500 mg (sous forme de lactobionate) en flacon	6.2.2

Médicament	Posologie	Catégorie thérapeutique (14 <sup>e</sup> Liste modèle de l'OMS)
gentamicine*	solution injectable, 10 mg, 40 mg (sous forme de sulfate)/ml en flacon de 2 ml * le choix final dépend de l'indication	6.2.2
métronidazole	comprimé, 200-500 mg ; solution injectable, 500 mg en flacon de 100 ml ; suppositoires, 500 mg, 1 g ; suspension buvable, 200 mg (sous forme de benzoate)/5 ml	6.2.2
miconazole	pommade ou crème, 2% (nitrate)	13.1
nitrofurantoïne	comprimé, 100 mg	6.2.2
benzylpénicilline procaine	poudre pour préparations injectables, 1 g (=1 million UI), 3g (=3 millions UI) en flacon	6.2.1
tétracycline	pommade ophtalmique, 1 % (chlorhydrate)	21.1
sulfaméthoxazole + triméthoprime	comprimé, 100 mg + 20 mg, 400 mg + 80 mg ; suspension buvable, 200 mg + 40 mg/5ml ; solution injectable, 80 mg + 16 mg/ml en ampoule de 5 ml et de 10 ml	6.2.2

#### Antipaludiques

À noter que les normes de traitement de base pour le traitement et la prévention de la malaria sont en cours d'actualisation, et il convient de s'y référer lorsque celles-ci sont disponibles

c	artéméter	solution injectable, 80 mg/ml en ampoule de 1 ml	6.5.3.1
c	artésunate	comprimé, 50 mg	6.5.3.1
	chloroquine	comprimé, 150 mg (sous forme de phosphate ou de sulfate) ; sirop, 50 mg (sous forme de phosphate ou de sulfate)/5 ml	6.5.3.1 6.5.3.2
c	méfloquine	comprimé, 250 mg (sous forme de chlorhydrate)	6.5.3.1 6.5.3.2
	quinine	comprimé, 300 mg (sous forme de bisulfate ou de sulfate) ; solution injectable, 300 mg (sous forme de dichlorhydrate)/ml en ampoule de 2 ml	6.5.3.1
c	doxycycline	gélule ou comprimé, 100 mg (chlorhydrate) (à n'utiliser qu'en association avec la quinine)	6.5.3.1 6.5.3.2
c	sulfadoxine + pyriméthamine	comprimé, 500 mg + 25 mg	6.5.3.1
	proguanil	comprimé, 100 mg (chlorhydrate) (à n'utiliser qu'en association avec la chloroquine)	6.5.3.2

#### Antituberculeux

	éthambutol	comprimé, 100-400 mg (chlorhydrate)	6.2.4
	isoniazide	comprimé, 100-300 mg	6.2.4
	isoniazide + éthambutol	comprimé, 150 mg + 400 mg	6.2.4
	pyrazinamide	comprimé, 400 mg	6.2.4
	rifampicine	gélule ou comprimé, 150 mg, 300 mg	6.2.4
	rifampicine + isoniazide	comprimé, 60 mg + 30 mg ; 150 mg + 75 mg ; 300 mg + 150 mg ; 60 mg + 60 mg (pour traitement intermittent, trois fois par semaine) ; 150 mg + 150 mg (pour traitement intermittent, trois fois par semaine)	6.2.4

Médicament	Posologie	Catégorie thérapeutique (14 <sup>e</sup> Liste modèle de l'OMS)
rifampicine + isoniazide + pyrazinamide	comprimé, 60 mg + 30 mg + 150 mg ; 150 mg + 75mg + 400 mg ; 150 mg + 150 mg + 500 mg ( <i>pour traitement intermittent, trois fois par semaine</i> )	6.2.4
rifampicine+ isoniazide + pyrazinamide + éthambutol	comprimé, 150 mg + 75 mg + 400 mg + 275 mg	6.2.4

### Anthelminthiques

pyrantel	comprimé à croquer, 250 mg (sous forme d'embonate) ; suspension buvable, 50 mg (sous forme d'embonate)/ml	6.1.1
mébendazole	comprimé à croquer, 100 mg, 500 mg	6.1.1

### Anticonvulsivants

diazépam	solution injectable, 5 mg/ml en ampoule de 2ml (voie intraveineuse ou rectale)	5
sulfate de magnésium*	solution injectable, 500 mg/ml en ampoule de 2 ml, 500 mg/ml en ampoule de 10 ml * indiqué en cas d'éclampsie ou de pré-éclampsie sévère, à l'exclusion des autres troubles convulsifs	5
phénobarbital	comprimé, 15-100 mg ; solution buvable, 15 mg/5 ml	5
phénytoïne	gélule ou comprimé, 25 mg, 50 mg, 100 mg (sel de sodium) ; solution injectable, 50 mg/ml en flacon de 5 ml (sel de sodium)	5

### Antihypertenseurs

hydralazine*	comprimé, 25 mg, 50 mg (chlorhydrate); poudre pour préparations injectables, 20 mg (chlorhydrate) en ampoule * l'hydralazine ne figure dans la liste que pour la prise en charge en urgence de l'hypertension gravidique sévère	12.3
méthyldopa*	comprimé, 250 mg * le méthyldopa ne figure dans la liste que pour la prise en charge de l'hypertension gravidique	12.3

### Diurétiques

furosémide	comprimé, 40 mg ; solution injectable, 10 mg/ml en ampoule de 2 ml	16
------------	--	----

### Voie parentérale

glucose	solution injectable à 5%, isotonique à 10%, hypertonique à 50%	26.2
chlorure de sodium	solution injectable isotonique à 0,9% (correspondant à 154 mmol/l de Na <sup>+</sup> et 154 mmol/l de Cl <sup>-</sup> )	26.2
solution de lactate de sodium composée (communément appelée solution de Ringer)	solution injectable	26.2
glucose avec chlorure de sodium	solution injectable, glucose 4 %, chlorure de sodium 0,18 % (correspondant à 30 mmol/l de Na <sup>+</sup> et 30 mmol/l de Cl <sup>-</sup> )	26.2

Médicament	Posologie	Catégorie thérapeutique (14 <sup>e</sup> Liste modèle de l'OMS)
<b>Succédanés du plasma</b>		
dextran 70*	solution injectable à 6%  * la polygeline, en solution injectable à 3,5%, est considérée comme équivalente	11.1
<b>Médicaments de la coagulation</b>		
héparine sodique	solution injectable, 1000 UI/ml, 5000 UI/ml, 20 000 UI/ml en ampoule de 1 ml	10.2
sulfate de protamine	solution injectable, 10 mg/ml en ampoule de 5 ml	10.2
phytoménadione (vitamine K)	solution injectable, 10 mg/ml en ampoule de 5 ml ; comprimé, 10 mg	10.2
<b>Antidiabétiques</b>		
insuline	solution injectable, 40 UI/ml en flacon de 10 ml, 100 UI/ml en flacon de 10 ml	18.5
insuline d'action intermédiaire	solution injectable, 40 UI/ml en flacon de 10 ml, 100 UI/ml en flacon de 10 ml (sous forme d'un complexe d'insuline zinc en suspension ou d'insuline isophane)	18.5
<b>Préparations immunologiques et vaccins</b>		
immunoglobuline humaine anti-D	solution injectable, 250 microgrammes en flacon unidose	19.2
immunoglobuline humaine antitétanique	solution injectable, 500 UI en flacon	19.2
vaccin BCG		19.3.1
vaccin antidiphtérique		19.3.1
vaccin antihépatite B		19.3.1
vaccin antipoliomyélitique		19.3.1
vaccin antitétanique		19.3.1
<b>Médicaments utilisés en dermatologie</b>		
chlorure de méthylrosanilinium (violet de gentiane)	solution aqueuse, 0,5% ; solution alcoolique, 0,5%	13.2
<b>Désinfectants et antiseptiques</b>		
polyvidone iodée	solution, 10%	15.1
chlorhexidine	solution, 5 % (digluconate) pour dilution	15.1
hypochlorite de calcium (composé chloré)	poudre (0,1 % de chlore actif) pour solution	15.2
éthanol	solution, 70 % (dénaturée)	15.1
<b>Oxytociques</b>		
c	mifépristone* + misoprostol*	comprimé 200 mg – comprimé 200 microgrammes  * exige une suivi médicale attentive  si autorisé par les lois nationales et culturellement acceptable
c	misoprostol	comprimé vaginal, 25 microgrammes

Médicament	Posologie	Catégorie thérapeutique (14 <sup>e</sup> Liste modèle de l'OMS)
oxytocine	solution injectable, 10 UI en ampoule de 1 ml	22.1
ergométrine	solution injectable, 200 microgrammes (hydrogénomaléate) en ampoule de 1 ml	22.1

#### Tocolytiques

nifédipine	gélule à libération immédiate, 10 mg	22.2
------------	--------------------------------------	------

#### Sédatifs

diazépam	solution injectable, 5 mg/ml en ampoule de 2 ml ; comprimé, 5 mg	1.3
----------	--	-----

#### Antiallergiques et médicaments utilisés dans l'anaphylaxie

épinéphrine (adrénaline)	solution injectable, 1 mg (sous forme de chlorhydrate)/ml en ampoule	3
--------------------------	--	---

#### Médicaments utilisés en situations d'urgence

sulfate d'atropine	solution injectable, 1 mg (sulfate) en ampoule de 1 ml	4.2
digoxine	comprimé, 62,5 microgrammes, 250 microgrammes ; solution buvable, 50 microgrammes/ml ; solution injectable, 250 microgrammes/ml en ampoule de 2 ml	12.2 12.4
épinéphrine (adrénaline)	solution injectable, 1 mg (sous forme de chlorhydrate)/ml en ampoule	12.2
prométhazine	solution buvable ou sirop, 5 mg (chlorhydrate)/5 ml	1.3
trinitrate de glycéryle	comprimé sublingual, 500 microgrammes	12.1
gluconate de calcium	solution injectable, 100 mg/ml en ampoule de 10 ml	4.2
naloxone	solution injectable, 400 microgrammes (chlorhydrate) en ampoule de 1 ml	4.2
furosémide	comprimé, 40 mg ; solution injectable, 10 mg/ml en ampoule de 2 ml	12.4
prednisolone*	comprimé, 5 mg, 25 mg  * à fortes doses, rien n'indique une similitude clinique entre la prednisolone et la dexaméthasone	3
chlorphénamine	comprimé, 4 mg (hydrogénomaléate) ; solution injectable, 10 mg (hydrogénomaléate) en ampoule de 1 ml	3

#### Stéroïdes

dexaméthasone	solution injectable, 4 mg de phosphate de dexaméthasone (sous forme de sel disodique) en ampoule de 1 ml	3
hydrocortisone	poudre pour préparations injectables, 100 mg (sous forme de succinate sodique) en flacon	3

Médicament	Posologie	Catégorie thérapeutique (14 <sup>e</sup> Liste modèle de l'OMS)
<b>Autres</b>		
sels de réhydratation orale* (pour solution gluco-électrolytique)	glucose : 75 mEq sodium : 75 mEq ou nmol/l chlorure : 65 mEq ou nmol/l potassium : 20 mEq ou nmol/l citrate : 10 nmol/l osmolarité : 245 mOsm/l	17.5.1
sulfate de zinc*	Comprimé ou sirop, 10 mg par unité de conditionnement * en cas de diarrhée aiguë, le sulfate de zinc est utilisé comme adjuvant de la réhydratation orale	17.5.2
rétinol	comprimé dragéifié, 10 000 UI (sous forme de palmitate) (5,5 mg) ; gélule, 200 000 UI (sous forme de palmitate) (110 mg) ; solution buvable dans l'huile, 100 000 UI (sous forme de palmitate)/ml en flacon doseur ; solution injectable miscible à l'eau, 100 000 UI (sous forme de palmitate) (55 mg) en ampoule de 2 ml	27

Médicament	Posologie	Catégorie thérapeutique (14 <sup>e</sup> Liste modèle de l'OMS)
------------	-----------	--

#### Planification familiale

1. Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives 3<sup>e</sup> édition. Genève. Organisation mondiale de la santé ; 2005. <http://www.who.int/reproductive-health/publications/fr/mec/index.htm>

#### Contraceptifs hormonaux oraux

éthinyloestradiol + lévonorgestrel	comprimé, 30 microgrammes + 150 microgrammes	18.3.1
lévonorgestrel	comprimé, 30 microgrammes, 750 microgrammes (conditionné par deux), 1,5 mg	18.3.1
éthinyloestradiol + noréthistérone	comprimé, 35 microgrammes + 1,0 mg	18.3.1

#### Contraceptifs hormonaux injectables

acétate de médroxyprogestérone	solution injectable retard, 150 mg/ml, en flacon de 1 ml	18.3.2
énantate de noréthistérone	solution huileuse, 200 mg/ml, en ampoule de 1 ml	18.3.2

#### DIU

dispositif cuprocontraceptif		18.3.3
Méthodes de barrière		
préservatifs		18.3.4
diaphragmes		18.3.4

#### Infections de l'appareil génital / Maladies sexuellement transmissibles

1. Soins liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période néonatale: guide de pratiques essentielles. Genève. Organisation mondiale de la santé ; 2003. <http://www.who.int/reproductive-health/publications/pcpnc/fr/index.html>

2. Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : guide destiné à la sage-femme et au médecin. Genève. Organisation mondiale de la santé ; 2000. [http://www.who.int/reproductive-health/mcpc\\_fr/index.html](http://www.who.int/reproductive-health/mcpc_fr/index.html)

3. Managing new born problems: A guide for doctors, nurses, and midwives. Genève. Organisation mondiale de la santé ; 2003. <http://www.who.int/reproductive-health/publications/mnp/index.html>

4. Guide pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles. Genève. Organisation mondiale de la santé. 2003. [http://www.who.int/reproductive-health/publications/fr/mngt\\_stis/index.html](http://www.who.int/reproductive-health/publications/fr/mngt_stis/index.html)

c	ceftriaxone	poudre pour préparations injectables, 250 mg, 1g (sous forme de sel de sodium) en flacon	6.2.1
	céfixime*	gélule, 400 mg * ne figure dans la liste que pour le traitement unidose de la gonococcie ano-génitale non compliquée	6.2.1
	azithromycine*	gélule, 250 mg ou 500 mg ; suspension orale, 200 mg/5 ml * ne figure dans la liste que pour le traitement unidose des infections génitales à C. trachomatis et du trachome	6.2.2

Médicament	Posologie	Catégorie thérapeutique (14 <sup>e</sup> Liste modèle de l'OMS)
spectinomycine	poudre pour préparation injectable, 2 g (sous forme de chlorhydrate), en flacon	6.2.2
amoxicilline	gélule ou comprimé, 250 mg, 500 mg (anhydre) ; poudre pour suspension buvable, 125 mg (anhydre)/5 ml	6.2.1
sulfaméthoxazole + triméthoprime	comprimé, 100 mg + 20 mg, 400 mg + 80 mg ; suspension buvable, 200 mg + 40 mg/5ml ; solution injectable, 80 mg + 16 mg/ml en ampoule de 5 ml et de 10 ml	6.2.2
doxycycline*	gélule ou comprimé, 100 mg (chlorhydrate) * le choix final dépend de l'indication	6.2.2
érythromycine	gélule ou comprimé, 250 mg (sous forme de stéarate ou d'éthylsuccinate) ; poudre pour suspension buvable, 125 mg (sous forme de stéarate ou d'éthylsuccinate) ; poudre pour préparations injectables, 500 mg (sous forme de lactobionate) en flacon	6.2.2
tétracycline	pommade ophtalmique, 1 % (chlorhydrate)	21.1
benzathine benzylpénicilline	poudre pour préparations injectables, 1,44 g de benzylpénicilline (= 2,4 millions UI) en flacon de 5 ml	6.2.1
métronidazole	comprimé, 200-500 mg ; solution injectable, 500 mg en flacon de 100 ml ; suppositoire, 500 mg, 1 g ; suspension buvable, 200 mg (sous forme de benzoate)/5 ml	6.2.2
c clindamycine	gélule, 150 mg ; solution injectable, 150 mg (sous forme de phosphate)/ml	6.2.2
miconazole	pommade ou crème, 2% (nitrate)	13.1
clotrimazole	comprimé vaginal, 100 mg, 500 mg, crème vaginale 1%, 10%	6.3
fluconazole	gélule, 50 mg ; solution injectable, 2 mg/ml, en flacon ; suspension buvable, 50 mg/5 ml	6.3
nystatine	comprimé, 100 000, 500 000 UI ; tablette, 100 000 UI ; comprimé vaginal, 100 000 UI	6.3
gentamicine*	solution injectable, 10 mg, 40 mg (sous forme de sulfate)/ml en flacon de 2 ml * le choix final dépend de l'indication	6.2.2
chloramphénicol	gélule, 250 mg ; suspension buvable, 150 mg (sous forme de palmitate)/5 ml ; poudre pour préparations injectables, 1 g (succinate sodique) en flacon ; suspension huileuse pour injection, 0,5 g (sous forme de succinate sodique)/ml en ampoule de 2 ml	6.2.2
benzylpénicilline procaine	poudre pour préparations injectables, 1 g (=1 million UI), 3g (=3 millions UI) en flacon	6.2.1

#### Médicaments contre le VIH (TAR, TME et infections opportunistes)

1. Améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays à ressources limitées : recommandations pour une approche de santé publique. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2004 [http://www.who.int/3by5/publications/documents/arv\\_guidelines/en/](http://www.who.int/3by5/publications/documents/arv_guidelines/en/)

zidovudine	comprimé, 300 mg ; gélule, 100 mg, 250 mg ; solution buvable ou sirop, 50 mg/5 ml ; solution pour perfusion IV, 10 mg/ml, en flacon de 20 ml	6.4.2.1
------------	--	---------

Médicament	Posologie	Catégorie thérapeutique (14 <sup>e</sup> Liste modèle de l'OMS)
didanosine	comprimé dispersible tamponné, à croquer, 25 mg, 50 mg, 100 mg, 150 mg, 200 mg ; poudre tamponnée pour solution buvable, 100 mg, 167 mg, 250 mg, en sachets ; gélule gastro-résistante non tamponnée, 125 mg, 200 mg, 250 mg, 400 mg	6.4.2.1
stavudine	gélule, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg ; poudre pour solution buvable, 5 mg/5 ml	6.4.2.1
lamivudine	comprimé, 150 mg ; solution buvable, 50 mg/5 ml	6.4.2.1
abacavir	comprimé, 300 mg (sous forme de sulfate) ; solution buvable, 100 mg (sous forme de sulfate)/5 ml	6.4.2.1

#### Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse

névirapine	comprimé, 200 mg ; suspension buvable, 50 mg/5 ml	6.4.2.2
éfavirenz	gélule, 50 mg, 100 mg, 200 mg ; solution buvable, 150 mg/5 ml	6.4.2.2

#### Inhibiteurs de protéase

saquinavir	gélule, 200 mg	6.4.2.3
ritonavir	gélule, 100 mg ; suspension buvable, 400 mg/5 ml	6.4.2.3
indinavir	gélule, 200 mg, 333 mg, 400 mg (sous forme de sulfate)	6.4.2.3
nelfinavir	comprimé, 250 mg (sous forme de mésilate) ; poudre pour administration orale, 50 mg/g	6.4.2.3
lopinavir + ritonavir	gélule, 133,3 mg + 33,3 mg ; solution buvable, 400 mg + 100 mg/5 ml	6.4.2.3

#### Médicaments utilisés dans les infections opportunistes

c	ceftriaxone	poudre pour préparation injectable, 250 mg, 1 g (sous forme de sel de sodium), en flacon	6.2.1
c	clindamycine	gélule, 150 mg ; solution injectable, 150 mg (sous forme de phosphate)/ml	6.2.2
	ciprofloxacine*	comprimé, 250 mg (sous forme de chlorhydrate) * le choix final dépend de l'indication	6.2.2
c	sulfadiazine	comprimé, 500 mg ; solution injectable, 250 mg (sel de sodium), en ampoule de 4 ml	6.2.2
	fluconazole	gélule, 50 mg ; solution injectable, 2 mg/ml, en flacon ; suspension buvable, 50 mg/5 ml	6.3
	aciclovir	comprimé, 200 mg ; poudre pour préparation injectable, 250 mg (sous forme de sel de sodium), en flacon	6.4.1
c	pentamidine	comprimé, 200 mg, 300 mg	6.5.4
	pyriméthamine	comprimé, 25 mg	6.5.4
	sulfaméthoxazole + triméthoprime	solution injectable, 80 mg + 16 mg/ml, en ampoule de 5 ml ; 80 mg + 16 mg/ml, en ampoule de 10 ml	6.5.4

(bas de page)

1 Les coûts totaux sur la période de cinq ans ont été divisés de manière égale entre 2007 et 2011. Les plans de travail annuels seront plus détaillés en ce qui concerne les activités, permettant ainsi la dissémination de projections plus précises en matière de dépenses d'une année à l'autre.

2 Cette rubrique reprend de nombreuses heures du personnel pour gérer et mettre en oeuvre les activités de SPSR. Voir chapitre 8.0 pour davantage de détails.



Pour plus de renseignements, consulter le site web: [www.deliver.jsi.com](http://www.deliver.jsi.com).

**DELIVER**

**John Snow, Inc.**

1616 N. Fort Myer Drive

11th Floor

Arlington, Va 22209

USA phone: 703-528-7474 fax: 703-528-7480

[deliver.jsi.com](http://deliver.jsi.com)