



AUTONOMISATION
DES FEMMES ET
DIVIDENDÉ
DÉMOGRAPHIQUE
AU SAHEL

SAHEL WOMEN'S
EMPOWERMENT
AND
DEMOGRAPHIC
DIVIDEND

A group of five women and one young child are sitting on a stone wall. They are dressed in colorful, traditional African clothing. The women are looking towards the camera with various expressions, some smiling and some looking thoughtful. The child is sitting on the left, looking towards the camera.

Compendium des Bonnes Pratiques du Projet SWEDD

Table des matières

Sigles et abréviations	4
Préface	6
1. Introduction	8
2. Définition et canevas de documentation des bonnes pratiques	11
3. Compendium détaillé des bonnes pratiques du projet SWEDD	13
Bonne pratique #1: Communication sociale pour le changement de comportement pour une meilleure offre de services de SRMNIN	14
Bonne pratique #2: Espaces sûrs, clubs des maris et clubs des futurs maris	23
Bonne pratique #3: Création d'environnement favorable au maintien des filles à l'école ...	32
Bonne pratique #4: Gestion de l'hygiène menstruelle, facteur de bien-être et de maintien des filles à l'école	44
Bonne pratique #5: Promotion des métiers non traditionnellement féminins.....	50
Bonne pratique #6: Une approche sanitaire et communautaire intégrée pour les trois (3) Zéros.....	58
Bonne pratique #7: Distribution des produits de santé jusqu'au dernier kilomètre	64
Bonne pratique #8: Engagement des chefs religieux et traditionnels pour éliminer les pratiques néfastes et booster le dividende démographique.....	72
Bonne pratique #9: Observatoires nationaux pour la capture du dividende démographique.....	78
Bonne pratique #10: Centres d'excellence et de formation en Master en sciences infirmières et obstétricales.....	83
Bonne pratique #11: La campagne #StrongerTogether pour la riposte contre la COVID-19 et la continuité des interventions en faveur des femmes	89
4. Conclusion et recommandations	96
5. Annexe 1: Canevas de documentation des bonnes pratiques	98

Sigles et abréviations

AGR	Activité Génératrice de Revenu
AME	Association de Mères Éducatrices
APE	Association de Parents d'Élèves
ASBC	Agent de Santé à Base Communautaire
ASACO	Associations de Santé Communautaire
ASP/PSM	Alliance du Secteur Privé pour la Promotion de la Santé au Mali
CAMES	Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur
CAP	Connaissances, Attitudes et Pratiques
CCSC	Communication pour le Changement Social et de Comportement
CHMP	Centre Humanitaire des Métiers de la Pharmacie
CREFAT	Centre de Recherche en Économie et Finance Appliquées de Thiès
CREG	Consortium Régional de Recherche en Économie Générationnelle
CRP	Comité Régional de Pilotage
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
CTD	Common Technical Document
DD	Dividende Démographique
DDMI	Demographic Dividend Monitoring Index
EAH	Eau, Assainissement et Hygiène
EN3S	École Nationale Supérieure des Sciences de la Santé
ENSP/DZ	Ecole Nationale de Santé Publique / Damouré Zika
FASFAF	Fédération des Associations de Sages-Femmes d'Afrique Francophone
GHM	Gestion de l'Hygiène Menstruelle
INFAS	Institut National de Formation des Agents de Santé
INFSS	Institut National de Formation en Sciences de la Santé
IRC	International Rescue Committee
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
JHPIEGO	Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics
LMD	Licence-Master-Doctorat
LNSP	Laboratoire National de Santé Publique
LQAS	Lot Quality Assurance Sampling
NTA	National Transfer Account
OJEMAO	Organisation de la Jeunesse Musulmane d'Afrique de l'Ouest
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONDD	Observatoire National de Dividende Démographique

ONU	Organisation des Nations Unies
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OOAS	Organisation Ouest-Africaine de la Santé
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PF	Planification Familiale
PMA2020	Performance Monitoring and Accountability 2020
PND	Plan National de Développement
PPMR	Procurement Planning and Monitoring Report
PPS	Point de Prestation de Services
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RSPA	Réseau de Santé Périnatal d'Auvergne
SAGO	Société Africaine des Gynécologues et Obstétriciens
SIGL	Système d'Information en Gestion Logistique
SR	Santé de la Reproduction
SRMNIN	Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile et Nutritionnelle
STR	Secrétariat Technique Régional
SWEDD	Sahel Women's Empowerment and Demographic Dividend
Trois (3) Zéros	Zéro décès maternel évitable, Zéro besoin en PF et Zéro VBG
UGP	Unité de Gestion du Projet
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le Développement International
VBG	Violence Basée sur le Genre
WSSCC	Conseil de Concertation pour l'Approvisionnement en Eau Potable et l'Assainissement

Préface

Lancé en novembre 2015 pour une période initiale de trois (03) ans, le projet Autonomisation des Femmes et Dividende Démographique au Sahel - Sahel Women's Empowerment and Demographic Dividend (SWEDD) devait prendre fin le 31 décembre 2018. Mais du fait des acquis enregistrés, du potentiel de transformation des conditions de vie des jeunes filles et des femmes et de l'attraction du projet au niveau d'autres pays, la Banque mondiale, en accord avec les pays, a décidé de prolonger son appui financier et technique jusqu'au 31 décembre 2024. En cette année 2020, considérée comme l'année charnière de la première phase du projet en vue d'une accélération des activités dans une perspective d'atteinte des résultats programmatiques, le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) s'est engagé à documenter les bonnes pratiques du projet afin d'intensifier le partage des connaissances et des expériences entre les pays et l'apprentissage mutuel.

Le présent compendium des bonnes pratiques du projet SWEDD expose certains des principaux résultats réalisés dans ses trois composantes: «Générer de la demande pour les services de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et nutritionnelle en favorisant les changements sociaux et comportementaux et l'autonomisation des femmes et des filles», «Renforcer les capacités régionales pour la mise à disposition des produits de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et nutritionnelle et de personnel sanitaire qualifié», «Renforcer l'engagement politique et la capacité d'élaboration des politiques liées au dividende démographique et à la mise en œuvre du projet». Les synthèses des bonnes pratiques qui y sont présentées sont le fruit de vastes consultations multipartites menées avec la participation active du Secrétariat Technique Régional (STR) du projet SWEDD, de la Banque Mondiale, de l'Organisation Ouest-Africaine de la Santé (OOAS) et des pays bénéficiaires, avec l'appui technique d'un consultant. Les synthèses dont il est question ici ont été examinées et approuvées par le STR.

En identifiant les principaux problèmes, défis et stratégies novatrices adoptées par le projet SWEDD, ce compendium avance des pistes de succès et des exemples clés de bonnes pratiques en faveur de l'autonomisation des femmes et de la capture du dividende démographique dans la région du Sahel. Ce compendium a été conçu sur la base d'une grille méthodologique utilisable dans l'identification et le suivi de futures bonnes pratiques. Sources d'enseignements et riches de réflexions futures, ces bonnes pratiques constituent un outil d'inspiration et de plaidoyer. Ce compendium contribuera sans doute à une plus grande visibilité du projet SWEDD et fera mieux connaître les grandes leçons tirées du modèle du SWEDD comme expérience de transformations sociale et économique sur la voie du développement intégré et durable.

Monsieur Mabingué Ngom

Directeur Régional du Bureau régional UNFPA
pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre

Introduction

L'initiative régionale Autonomisation des Femmes et Dividende Démographique au Sahel - Sahel Women's Empowerment and Demographic Dividend (SWEDD) est née de la convergence de vues entre les Chefs d'Etat de six pays (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Mauritanie, Niger et Tchad) engagés à réduire la vulnérabilité des populations de leur pays, et la croissance démographique pour favoriser la capture du dividende démographique. En vigueur depuis novembre 2015 dans ces pays puis au Bénin, le projet SWEDD intervient dans les zones et territoires avec de multiples fragilités, entre autres, le taux élevé de mariages d'enfants, les grossesses précoces, la déscolarisation des filles. Ces pays ont mis en œuvre des programmes s'adressant aux adolescentes âgées de 10-19 ans et aux femmes permettant d'améliorer les compétences de vie et les connaissances en santé sexuelle et reproductive, maintenir les filles à l'école, et accroître les possibilités économiques.

Les chefs religieux et traditionnels favorisent le dialogue communautaire en faveur de l'enseignement secondaire des filles, de l'autonomisation sociale et économique des femmes, de l'espacement des naissances, et contre le mariage d'enfants, les grossesses précoces et les violences basées sur le genre (VBG). Quant aux garçons et aux hommes, ils sont engagés à travers des interventions communautaires en faveur de l'autonomisation des femmes. Le projet SWEDD contribue à éliminer les goulots d'étranglement systémiques dans la prestation des services de santé et à développer un agenda politique qui place la démographie et le genre au centre de la croissance.

L'initiative régionale, construite sur la base d'un modèle d'appropriation par les pays privilégie le faire-faire et s'appuie sur les compétences nationales. Il s'agit là d'un modèle de partenariat où les pays ont la pleine propriété de leurs ressources, et collaborent avec les institutions académiques nationales en établissant des partenariats avec les institutions et structures locales pour la mise en œuvre de certains programmes.

Le projet SWEDD est devenu une plateforme pour les décideurs politiques, les chefs religieux et autres leaders d'opinion pour traiter des sujets considérés comme sensibles dans la région.

Avec l'appui financier de la Banque mondiale et l'appui technique conjoint du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) et de l'Organisation Ouest-Africaine de la Santé (OOAS) pour une durée initiale de quatre ans, les pays membres du projet SWEDD ont fait des progrès substantiels. Malgré la diversité de leurs besoins, ces pays ont apprécié le modèle d'assistance technique mis en place et coordonné par l'UNFPA. Cette assistance a permis de favoriser les échanges d'expériences, la mutualisation des compétences et l'intégration sous régionale.

Entre 2015 et 2019 (projet SWEDD - Phase 1), les indicateurs clés dans les pays membres du projet ont connu une évolution positive dans les domaines centrés sur l'éducation des filles, la fécondité des adolescentes, la planification familiale, la santé de la mère et de l'enfant, le rapport de dépendance des enfants et le relèvement de l'âge du mariage. Le succès de l'initiative a fait des émules et a convaincu de nouveaux pays, le Cameroun, la Guinée Conakry, Madagascar, le Sénégal, la Gambie et le Togo d'adhérer au projet. Les résultats remarquables ont également facilité la prorogation de la date de clôture du projet jusqu'en 2024.

Ces remarquables résultats sont tributaires de la mise en œuvre d'un certain nombre de bonnes pratiques dans la transformation des conditions de vie des jeunes filles et des femmes du Sahel. C'est pourquoi, le Secrétariat Technique Régional (STR), en charge de la coordination du projet, s'est engagé à documenter ces bonnes pratiques et tirer les leçons pour favoriser l'élargissement des sillons de la performance dans la transformation des conditions de vie des jeunes filles et des femmes dans les pays du Sahel.



Définition et canevas de documentation des bonnes pratiques

Selon l'Organisation Ouest-Africaine de la Santé (OOAS), une bonne pratique est un processus, un outil, un principe ou une expérience de mise en œuvre d'un programme ou d'une intervention, fondé sur des preuves (avec des critères bien définis), qui améliore les résultats. Ces critères sont l'efficacité, l'efficience, la pertinence, la reproductibilité/mise à l'échelle, la durabilité, et la validité éthique/droit de l'homme et implication des principaux acteurs.

Les bonnes pratiques du projet SWEDD étudiées ici sont documentées suivant le canevas de documentation des bonnes pratiques proposé par l'OOAS (voir Annexe 1). Ces bonnes pratiques sont les suivantes :

Efficacité, efficience,
pertinence, reproductibilité/
mise à l'échelle, durabilité,
validité éthique/droit de l'homme

- ↳ **Bonne pratique #1:** Communication sociale pour le changement de comportement pour une meilleure offre de services de SRMNIN
- ↳ **Bonne pratique #2:** Espaces sûrs, clubs des maris et clubs des futurs maris
- ↳ **Bonne pratique #3:** Création d'environnement favorable au maintien des filles à l'école
- ↳ **Bonne pratique #4:** Gestion de l'hygiène menstruelle, facteur de bien-être et de maintien des filles à l'école
- ↳ **Bonne pratique #5:** Promotion des métiers non traditionnellement féminins
- ↳ **Bonne pratique #6:** Une approche sanitaire et communautaire intégrée pour les trois (3) Zéros
- ↳ **Bonne pratique #7:** Distribution des produits de santé jusqu'au dernier kilomètre
- ↳ **Bonne pratique #8:** Engagement des chefs religieux et traditionnels pour éliminer les pratiques néfastes et booster le dividende démographique
- ↳ **Bonne pratique #9:** Observatoires nationaux pour la capture du dividende démographique
- ↳ **Bonne pratique #10:** Centres d'excellence et de formation en Master en sciences infirmières et obstétricales
- ↳ **Bonne pratique #11:** La campagne #StrongerTogether pour la riposte contre la COVID-19 et la continuité des interventions en faveur des femmes



© Vincent Tremeau

Compendium détailé des bonnes pratiques du projet SWEDD



Bonne pratique #1

Communication sociale pour le changement de comportement pour une meilleure offre de services de SRMNIN.

But

Contribuer à l'amélioration de la demande des services de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et nutritionnelle (SRMNIN) au sein de la population à travers la transformation des normes, attitudes et pratiques sociales qui font obstacles à l'utilisation de ces services.

Objectifs

- ↳ Accroître la demande pour l'utilisation des services de qualité en matière de SRMNIN ;
- ↳ Améliorer les connaissances, les attitudes et les pratiques en matière de SRMNIN ;
- ↳ Sensibiliser les populations sur les conséquences des pratiques néfastes en matière de SRMNIN notamment les mariages d'enfants, les grossesses précoces et les violences basées sur le genre (VBG) ;
- ↳ Susciter l'engagement des leaders religieux, traditionnels et communautaires dans les initiatives qui luttent contre les pratiques néfastes en matière de SRMNIN ;
- ↳ Offrir gratuitement le dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus, dépistage du VIH et offre de méthodes contraceptives modernes aux femmes et filles.

Contexte

Dans les pays du Sahel, la transition démographique reste lente. Cette situation est en grande partie liée aux niveaux élevés de fécondité. En effet, l'indice synthétique de fécondité (ISF) dans des pays tels que le Niger (7,6 enfants/femme), le Tchad (6,4), le Mali (6,3) et le Burkina Faso (5,4) est beaucoup plus élevé que dans les autres pays d'Afrique subsaharienne. Ces taux de fécondité élevés se justifient principalement par des taux faibles de prévalence contraceptive moderne et par un faible niveau d'utilisation des services de SRMNIN. La prévalence contraceptive moderne est ainsi très faible dans l'ensemble de la région du Sahel et varie entre 5% au Tchad et 25% au Burkina Faso. Les taux faibles de contraception moderne dans le Sahel s'expliquent également en grande partie par les aspects liés à la demande. En effet, les femmes de la région du Sahel ont été lentes à réagir pour espacer ou limiter les naissances du fait, entre autres raisons, de l'accès limité aux services de SRMNIN pour beaucoup d'entre elles, alors qu'elles sont sexuellement actives et en âge de procréer.

Dans la région du Sahel où l'organisation communautaire est de type traditionnel, les conjoints et les familles ont une influence particulière sur le recours aux services et méthodes de planification familiale par les femmes. Cela est surtout le cas dans les zones rurales où les femmes subissent le plus de pression de la part des familles et de leurs conjoints pour ne pas limiter ou espacer leurs naissances. Ces faits démontrent que le soutien social de l'entourage (notamment le conjoint, le partenaire, la famille, les amis ou amies) joue un rôle prééminent dans l'utilisation des méthodes de planification familiale. L'influence de l'environnement social sur l'utilisation des méthodes contraceptives modernes se traduit également par la persistance de fausses croyances et rumeurs sur la planification familiale et par des récits d'expériences vécues par d'autres femmes qui relatent les effets secondaires qu'elles auraient subis suite à l'utilisation de certaines méthodes contraceptives modernes.



Pour créer un environnement socio-culturel favorable à l'utilisation des services de SRMNIN, il est important d'entreprendre diverses actions dont des activités de communication sociale. Cette dernière est un moyen puissant pour sensibiliser, discuter et convaincre d'abandonner des pratiques préjudiciables à la santé des femmes et des adolescentes afin d'adopter de nouveaux comportements et attitudes.

Rapport enfants/femme

Niger	→ 7,6
Tchad	→ 6,4
Mali	→ 6,3
Burkina Faso	→ 5,4

L'indice synthétique de fécondité (ISF) est beaucoup plus élevé que dans les autres pays d'Afrique subsaharienne

Descriptif du projet

La communication sociale pour le changement de comportement est l'ensemble des interventions qui utilisent de manière planifiée et intégrée les démarches, techniques et ressources de l'information, de l'éducation et de la communication pour faciliter, au niveau d'un individu, d'un groupe ou d'une communauté donnée, l'adoption, le changement ou la consolidation des comportements favorables au bien-être individuel et/ou collectif. Dans le cadre du projet SWEDD, elle a combiné plusieurs approches pour plus de synergies:

1. Plaidoyer

2. Communication

3. Santé

4. Education

5. Autonomisation de la femme et lutte contre les VBG

- ↳ **Plaidoyer**: organisation de cérémonies officielles impliquant les autorités administratives et politiques et toutes les couches sociales; organisation de rencontres avec les leaders communautaires, les chefs traditionnels, les guides religieux, les responsables d'associations et d'organisations de femmes et de jeunesse; projection de films documentaires sur le dividende démographique et l'autonomisation de la femme.
- ↳ **Communication**: organisation de sessions d'échanges dans les radios locales sur les thèmes: dividende démographique; éducation; santé de la reproduction et bien-être familial; autonomisation de la femme; sensibilisation par les radios de proximité (émission, reportage, etc.); déploiement de camions mobiles de sensibilisation; parades/animation grand public avec un camion podium.
- ↳ **Santé**: sensibilisation et offre d'un paquet de services intégrés (méthodes contraceptives, consultations prénatales, dépistages du cancer du col de l'utérus, dépistages VIH, soins nutritionnels, etc.) à



travers des consultations foraines associant des cliniques mobiles et les structures de santé des zones cibles; organisation des causeries éducatives sur la prévention du VIH/Sida, du cancer du col de l'utérus et la fistule obstétricale; organisation des causeries éducatives par les agents de santé à base communautaire (ASBC) sur les différentes méthodes contraceptives; promotion de l'engagement des hommes pour la santé de la reproduction par les membres des clubs des maris et des futurs maris.

- ↳ **Education**: information sur les compétences de vie et l'éducation sexuelle complète; sensibilisation sur la lutte contre les grossesses en milieu scolaire; sensibilisation à la scolarisation de la petite fille.
- ↳ **Autonomisation de la femme et lutte contre les VBG**: consultations juridiques sur le genre avec les membres des plateformes de lutte contre les VBG; informations sur les franchises sociales et la réalisation des activités génératrices de revenus, l'épargne pour l'autonomisation des femmes; sensibilisation sur les fonds d'appui à l'autonomisation des femmes; sensibilisation et causeries de groupe avec les femmes et les jeunes sur la lutte contre les mariages précoces.



Méthodologie de suivi et évaluation et partage de résultats

Afin d'évaluer la portée des interventions en matière de communication sociale pour le changement de comportement, des données sont recueillies pendant la réalisation des activités puis consolidées par les parties prenantes sur la base de certains indicateurs préalablement validés.

Pour le suivi de la campagne médiatique, les pays SWEDD sont en cours de préparation de leurs enquêtes LQAS. Seuls deux pays (Mauritanie et Niger) ont réalisé l'étude dont les rapports sont disponibles. Les quatre autres pays sont à des étapes différentes du processus.

Résultats

Dans tous les pays SWEDD, d'importantes réalisations ont été enregistrées en direction des cibles que sont les adolescentes, les femmes, les jeunes garçons, les hommes, ainsi que les autres cibles que sont les parents, les leaders religieux et les chefs coutumiers, les leaders politiques, les autorités des collectivités locales, les réseaux des journalistes, les communicateurs traditionnels, les parlementaires, les organisations de la société civile, le personnel de santé, le secteur privé, etc.

prévalence contraceptive moderne
5% au Tchad → 25% au Burkina Faso

Burkina Faso

Plus spécifiquement, au Burkina Faso, la campagne «**100 jours pour convaincre sur la SR/PF**», lancée le 23 juin 2018 à Yako en présence de la Première Dame, a permis d'obtenir les résultats suivants :

- ↳ **827** leaders coutumiers et religieux, autorités politiques et administratives touchés par le plaidoyer avec des prises d'engagement ;
- ↳ **18 123** personnes directement touchées par les messages lors des animations "grand public" ;
- ↳ **871** bénéficiaires de méthodes contraceptives dont 551 nouveaux utilisateurs ;
- ↳ **3 525** femmes ont bénéficié gratuitement du dépistage de lésions précancéreuses du col de l'utérus et des pathologies du sein ;
- ↳ **906** femmes ont bénéficié gratuitement du dépistage VIH ;
- ↳ **28 123** personnes touchées à travers les réseaux sociaux.

Toujours au titre des réalisations au Burkina Faso, la campagne «**zéro mariage d'enfants**», lancée le 03 mai 2019 à Dédougou sous la présidence de Madame le Ministre en charge de la femme, a permis d'enregistrer les résultats suivants :

- ↳ **803** leaders touchés par le plaidoyer "grand public", qui se sont engagés à lutter contre le mariage d'enfants à travers des sessions de sensibilisation ;
- ↳ **2 397** femmes soumises au dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus (24 cas suspects) et des pathologies du sein (06 cas de nodules) ;
- ↳ **403** femmes ont bénéficié de méthodes contraceptives modernes dont 178 nouvelles utilisatrices ;
- ↳ **24** cas de polypes du col et 131 cas d'infections sexuellement transmissibles ont été dépistés et traités ;
- ↳ **2 963** condoms masculins et 95 condoms féminins distribués ;
- ↳ **982 088** personnes (dont 515 470 femmes et 466 618 hommes) ont été touchées par les actions de sensibilisation et de communication pour le changement social et de comportement ;
- ↳ **27 154** filles de la zone d'intervention touchées par les activités de communication pour le changement social et de comportement.
- ↳ **469** ménages sur les 521 ayant bénéficié de dialogues en famille ont déclaré vouloir abandonner le mariage d'enfants ;
- ↳ **430** familles d'adolescentes à risque de mariage d'enfants ont été identifiées ;
- ↳ **830** filles scolarisées victimes ou à risque de mariage d'enfants identifiées par le ministère en charge de la femme ont reçu un appui financier pour leur maintien à l'école.

Côte d'Ivoire

En Côte d'Ivoire, lors de la campagne médiatique nationale de communication pour le changement social et comportemental (CCSC) dans les zones du Nord, **10 000** personnes (élèves, femmes, filles, leaders communautaires, autorités administratives et coutumières) ont été sensibilisées, et **4 000** personnes ont bénéficié de produits contraceptifs, de dépistage du cancer du col de l'utérus, de consultations prénatales, de soins nutritionnels. De même, l'approche de participation inclusive, développée par l'ONG International Rescue Committee (IRC) dans le cadre du projet « **Contrôle Ta Vie** », a permis à **4 160** femmes d'initier les méthodes contraceptives entre juin 2018 et février 2019. De plus, les journées de réflexion organisées par l'ONG IRC sur l'implication des jeunes dans la recherche de solutions liées à la non utilisation des méthodes des méthodes contraceptives ont permis à **1 132** filles âgées de moins de 25 ans d'initier des méthodes contraceptives entre juin 2018 et février 2019.

Mali

Au Mali, la campagne de CCSC a touché quelque **200 000** femmes, jeunes, leaders politiques, administratifs, religieux et traditionnels. De même, elle a permis d'obtenir l'engagement des hautes autorités (ministre, gouverneurs, préfets, maires) qui ont participé au lancement de la campagne. Elle a également permis d'obtenir la signature d'une charte par les autorités régionales et locales des collectivités pour marquer leur engagement en faveur de la SRMNIN et de l'autonomisation des femmes, ainsi que la signature d'une charte par les chefs religieux et traditionnels pour marquer leur engagement public en faveur de l'éducation de la jeune fille, de la promotion de la SR/PF et de la lutte contre le mariage d'enfants et les grossesses précoces.

La communication sociale utilise les démarches, techniques et ressources de l'**information**, de l'**éducation** et de la **communication** pour faciliter l'adoption des comportements favorables.

Mauritanie

En Mauritanie, le lancement de la campagne de CCSC sous le haut patronage de la Première Dame, a touché plus de **200 000** jeunes adolescentes et adolescents et leurs familles, **40** journalistes, **300** imams et chefs religieux, 50 femmes relais formées et des enseignants.

Niger

Au Niger, en 2017, la campagne de CCSC a sillonné les **5** régions d'implantation du projet SWEDD et a réalisé avec les leaders religieux, des messages diffusés par les médias publics et privés et sur des gadgets. La campagne a touché **25 000** personnes et a porté sur la promotion d'une parenté responsable en vue de la transition démographique au Niger.

Tchad

Au Tchad, les activités de la campagne de CCSC ont touché **224 860** femmes, jeunes filles, garçons, leaders religieux, chefs traditionnels, leaders communautaires, enseignants, époux, parents/familles. Les offres de services de la santé de la reproduction ont concerné **5 466** personnes avec **1 115** utilisatrices de méthodes contraceptives modernes.



Facteurs qui assurent le passage à l'échelle / Reproductibilité

Les actions en matière de communication sociale pour le changement de comportement mises en œuvre dans le cadre du projet SWEDD sont le fruit conjugué des efforts du Secrétariat Technique Régional (STR) et des pays SWEDD. Les différents acteurs de mise en œuvre ont bénéficié de formations pour la réalisation des objectifs de communication sociale. Ce qui peut contribuer à assurer la pérennité des acquis des actions en la matière. De même, l'implication des ONGs et associations locales est un facteur de durabilité des acquis des actions de communication sociale.

Leçons apprises / Défis et obstacles



Plusieurs facteurs clés de réussite peuvent être dégagés :

- ↳ l'adhésion des leaders coutumiers et religieux, relais pour la mobilisation des membres de leur communauté, qui a facilité la mise en œuvre des actions en matière de communication dans la zone d'intervention du projet ;
- ↳ la combinaison de plusieurs approches pour exploiter des synergies et complémentarités dans l'exécution des activités de communication ;
- ↳ la diffusion d'informations et de messages à travers les réseaux sociaux.



© Ollivier Girard

Toutefois, certains obstacles et difficultés servent aussi de leçons et doivent être identifiés comme telles. On peut citer entre autres :

- ↳ l'insécurité dans certaines régions du Burkina Faso (notamment l'Est et le Sahel), qui n'a pas permis d'y dérouler l'ensemble des activités (par exemple: campagne « zéro mariage d'enfants » au Burkina Faso);
- ↳ la faible représentativité des services déconcentrés du ministère en charge de la femme n'a pas permis une bonne circulation de l'information dans certaines communes visitées par la caravane « zéro mariage d'enfants »;
- ↳ les conflits d'agenda n'ayant pas permis à certains partenaires d'exécution de réaliser certaines activités sous leur responsabilité;
- ↳ les ressources limitées obligeant à réduire le volume des activités de cette sous-composante;
- ↳ les contraintes de temps dues à l'agenda chargé des acteurs du ministère de tutelle.

Conclusions

Malgré un contexte socio-culturel et religieux complexe dans les pays du Sahel, la communication sociale pour le changement de comportement a contribué significativement à l'amélioration de la demande des services de SRMNIN au sein de la population à travers la transformation des normes, attitudes et pratiques sociales qui font obstacles à l'utilisation de ces services.

Les actions en matière de communication sociale mises en œuvre dans le cadre du projet SWEDD sont le fruit conjugué des efforts du **Secrétariat Technique Régional (STR)** et les **pays SWEDD**.

Bonne pratique #2

Espaces sûrs,
clubs des maris et
clubs des futurs maris.

But

Contribuer à l'amélioration de la demande des services de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et nutritionnelle (SRMNIN) au sein de la population en favorisant les changements sociaux et comportementaux et l'autonomisation des femmes et des adolescentes, ainsi que l'implication des hommes.

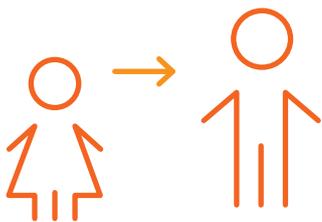
Objectifs

- ↳ Mettre en place des espaces conviviaux sécurisés spécifiquement dédiés aux filles et jeunes femmes choisies par la communauté;
- ↳ Assurer l'épanouissement et la formation des filles et jeunes femmes en situation de vulnérabilité ou en risque d'abandon scolaire en santé sexuelle et reproductive et en compétences de vie courante;
- ↳ Renforcer le niveau de connaissances des hommes sur les questions de la santé de la reproduction et des relations de genre dans les couples;
- ↳ Susciter une plus grande implication des hommes dans l'utilisation des services de santé de la reproduction;
- ↳ Renforcer la cohésion au niveau des familles à travers le dialogue entre les époux;
- ↳ Préparer les adolescents à une vie plus heureuse des futurs époux.

Contexte

La situation des jeunes filles et des femmes dans les pays du Sahel est caractérisée par une forte fréquence de mariages et de grossesses précoces. En effet, l'âge médian au premier mariage reste généralement très bas dans la région. Il est inférieur à 18 ans dans presque tous les pays SWEDD, soit 15,7 ans, 16,1 ans, 17,1 ans et 17,8 ans respectivement au Niger, au Tchad, en Mauritanie et au Mali. L'âge à la première maternité suit un modèle semblable pour la majorité des premières maternités survenant au cours de l'adolescence. Le taux de fécondité des adolescentes est de 206 au Niger, 179 au Tchad et de 164 au Mali. Le début de la maternité à un âge précoce contribue à des taux élevés de fécondité dans des pays comme le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Mali et le Niger. Le taux de prévalence contraceptive moderne (TPCm) reste faible chez les adolescentes dans la sous-région du Sahel. Par exemple, au Burkina Faso, on enregistre seulement 12,8% de TPCm chez les 15-19 ans, alors que les adolescentes contribuent pour 21% à la fécondité. Les adolescentes exposées aux grossesses précoces et non désirées ont un accès limité aux services de santé de la reproduction et de planification familiale. Elles sont ainsi exposées aux avortements à risque, aux dystocies, aux fistules obstétricales, aux exclusions familiales, à l'abandon scolaire, à la réduction des opportunités économiques, etc.

Cette situation met en exergue les rapports sociaux de genre inégaux en termes de prise de décision et de droits en ce qui concerne l'utilisation des services de santé reproductive offerts aux femmes. Afin de contribuer à l'amélioration de la demande des services de SRMNIN en favorisant les changements sociaux et comportementaux et l'autonomisation des femmes, les pays membres du projet SWEDD ont mis en œuvre un paquet intégré des interventions avec des outils que sont les espaces sûrs, les clubs des maris et les clubs des futurs maris. «Espaces sûrs» et «clubs des maris et clubs des futurs maris» sont deux innovations majeures pour transformer les filles et les garçons en de véritables acteurs de changement et de catalyseurs en faveur de la promotion de la santé de la reproduction au bénéfice des filles et des femmes.



Âge au premier mariage

Niger	→ 15,7
Tchad	→ 16,1
Mauritanie	→ 17,1
Mali	→ 17,8

L'âge à la première maternité survient au cours de l'adolescence

Descriptif du projet

L'espace sûr est un espace qui accueille 100 filles dont les deux tiers âgées entre 9 et 14 ans et le tiers restant est constitué des filles âgées de 15 à 19 ans. Ces filles n'ont pas eu la chance d'avoir accès à l'école ou sont déscolarisées, confrontées à la précarité, à la vulnérabilité et prédisposées à être mariées précocement. Les filles scolarisées sont aussi des bénéficiaires, c'est pour cela qu'il y a des espaces sûrs en milieu scolaire.

1. savoir
2. savoir-faire
3. vouloir
4. pouvoir

La stratégie des espaces sûrs repose sur une intervention tridimensionnelle : sur la fille, sur la communauté et sur les institutions et vise la réduction des mariages d'enfants en les retardant à l'âge minimum de 18 ans, la réduction des grossesses précoces des adolescentes et le recours à la planification familiale. Ces espaces sûrs sont mis en place dans les établissements scolaires et dans des milieux communautaires pour accompagner les filles et les jeunes femmes dans la transition vers l'âge adulte et les doter de compétences de vie, en genre et droits humains.

Les filles scolarisées ont la possibilité de participer aux activités initiées dans les espaces sûrs scolaires, alors que celles déscolarisées ou non scolarisées participent à des espaces sûrs similaires dans leurs communautés. Les espaces sûrs, qu'ils soient scolaires ou communautaires, ont introduit quatre dimensions de développement personnel pour dispenser aux filles : (i) le **savoir** (connaissances); (ii) le **savoir-faire** (acquisitions d'information et de compétences à travers les sessions modulaires et les cours d'alphabétisation); (iii) de **vouloir** (développement de l'estime de soi et de l'autre et de la confiance en soi et en l'autre);



© Ollivier Girard

(iv) de **pouvoir** (acquisition de capacités pour disposer de ressources susceptibles de garantir l'autonomisation et l'égalité de genre). Au programme, les enseignements sont centrés sur la santé sexuelle, la reproduction et la planification familiale, sous la supervision de formatrices, des connaissances essentielles pour une fécondité responsable et maîtrisée. Un sous-ensemble d'espaces sûrs fournit également aux jeunes femmes un soutien aux activités génératrices de revenus (AGR). Ce soutien inclut des programmes de formation professionnelle, un soutien aux métiers traditionnels et non traditionnels et des subventions à des petits groupes de femmes, pour les aider, par exemple, à démarrer des activités de tontine.

Partie intégrante de la stratégie pour un changement de comportement envers les filles et les femmes, les garçons et les jeunes hommes âgés de 14 à 24 ans se réunissent une fois par semaine au sein des clubs des maris et des clubs des futurs maris. Ces garçons et jeunes hommes suivent pendant 18 mois des formations sur les mêmes thématiques que celles destinées aux filles et jeunes femmes, auxquelles s'ajoutent le genre, les violences basées sur le genre, et la nécessité d'une indépendance économique pour les femmes.



La stratégie des **espaces sûrs** repose sur une intervention tridimensionnelle : sur la **filles**, sur la **communauté** et sur les **institutions** et vise la réduction des mariages d'enfants, la réduction des grossesses précoces des adolescentes et le recours à la planification familiale.

Méthodologie de suivi et évaluation et partage de résultats

Les missions de supervision du fonctionnement des espaces sûrs et des clubs des maris et des futurs maris ont été effectuées au Burkina Faso, au Mali, en Côte d'Ivoire et au Niger. De même, des ateliers d'adaptation des outils de collecte de données des espaces sûrs et des clubs de maris et des futurs maris sont organisés. Des rencontres communautaires de bilan et de partage des acquis des animations des espaces sûrs et des clubs des maris et des clubs des futurs maris sont également tenues.

Le suivi de l'évolution des indicateurs est réalisé à travers le système d'information sanitaire. Certains indicateurs de processus et de résultats sont suivis à travers des enquêtes sur les connaissances, attitudes et les pratiques (CAP) des populations des zones d'intervention et à partir de rapports d'activités.

Par ailleurs, dans certains pays membres du projet SWEDD, des études de base sur le mariage d'enfants ont été réalisées dans la zone d'intervention du projet. Deux évaluations (mi-parcours et finale) sont également prévues pour mesurer l'impact des activités des espaces sûrs, des clubs des maris et des clubs des futurs maris sur l'autonomisation des femmes et sur les connaissances et les comportements en matière de santé de reproduction dans les pays membres du projet SWEDD.



© Ollivier Girard

Résultats

Tous les pays membres du projet SWEDD ont mis en œuvre les deux types d'espaces sûrs (espaces sûrs dans les établissements scolaires et espaces sûrs au sein de la communauté) sauf le Niger qui dispose uniquement d'espaces sûrs communautaires. Au total, **3 372** espaces sûrs pour les filles et jeunes femmes sont fonctionnels et offrent un paquet intégré de services (compétences de vie courante, santé de la reproduction, genre et droits humains, alphabétisation, formation professionnelle et accompagnement des initiatives économiques, gestion financière). **116 247** adolescentes déscolarisées ou non scolarisées, jeunes filles et jeunes femmes sont rendues autonomes. Cette autonomisation peut non seulement mettre les bénéficiaires à l'abri du mariage d'enfants et des pratiques traditionnelles néfastes mais aussi leur permettre de pouvoir influencer leur entourage sur des questions concernant leur vie et leur avenir. De même, par exemple, en Côte d'Ivoire, **934** espaces sûrs en milieu scolaire ont contribué au maintien de près de **20 000** filles à l'école, ce qui peut contribuer à réduire leurs risques de se marier précocement.

Concernant les clubs des maris et les clubs des futurs maris, leurs activités concrètes ont démarré sur le terrain dans seulement quatre pays (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Niger). Les autres pays (Tchad et Mauritanie) sont au stade des préparatifs pour un démarrage adéquat. Au total, **1 719** clubs des maris et clubs des futurs maris ont été mis en place au profit de plus de **24 000** garçons et hommes (**13 127** hommes et **10 995** garçons), qui participent à un programme de transformation du genre permettant ainsi de réduire les violences faites aux femmes, d'améliorer l'implication des maris dans la promotion de la santé de la reproduction/planification familiale et des droits en santé de la reproduction, et d'améliorer le vivre ensemble dans le couple. Par exemple, au Burkina Faso, **1 735** maris ont été certifiés pour la participation aux séances et l'engagement pris comme agents de changement, et **275** femmes et **170** hommes ont déjà reçu leurs crédits pour le premier placement pour la mise en œuvre des activités génératrices de revenus (AGR) en soutien à leurs initiatives entrepreneuriales. Les AGR contribuent à accroître le pouvoir économique des femmes et des ménages et leur accès aux services de SR/PF, toute chose qui participe à leur autonomisation.



3 372	Espaces sûrs	→	116 247	filles et jeunes femmes
1 719	Clubs des maris et des futurs maris	→	24 000	garçons et hommes



Facteurs qui assurent le passage à l'échelle / Reproductibilité

L'une des priorités du Secrétariat Technique Régional (STR) pour 2020 est d'accompagner les pays SWEDD pour le passage à l'échelle des espaces sûrs, des clubs des maris et des clubs des futurs maris. Dans cette perspective, le STR a développé un partenariat avec le Population Council et Promundo en vue de renforcer les capacités des partenaires de mise en œuvre dans les pays SWEDD. Ces structures disposent d'expertises avérées dans le domaine de l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes centrés sur les adolescentes d'une part et d'autre part des programmes visant l'implication des hommes et des garçons. Par ailleurs, des mémorandums d'entente sont signés ou en cours de discussion en vue de la participation effective du secteur privé (banques de développement, établissements financiers, start-up, chambres consulaires, patronat, sociétés de téléphonie, industries pharmaceutiques) dans l'autonomisation des filles et des femmes, notamment par les compétences de vie et la santé de la reproduction.

Leçons apprises / Défis et obstacles

Plusieurs facteurs clés de réussite peuvent être dégagés :

- ↳ l'engagement et l'implication des parents ;
- ↳ l'engagement et la détermination des bénéficiaires ;
- ↳ l'accompagnement et l'appui des leaders religieux et traditionnels dans la sensibilisation des populations sur le bien-fondé des espaces sûrs, des clubs des maris et des futurs maris ;
- ↳ l'engagement des leaders traditionnels matérialisé par l'octroi des locaux pour abriter les sites des espaces sûrs communautaires ;
- ↳ l'implication des collectivités décentralisées, des élus et des autorités villageoises dans l'accompagnement et la mise en œuvre des activités des espaces sûrs, des clubs des maris et des futurs maris ;
- ↳ l'implication des membres de la communauté éducative (APE, AME...), y compris les femmes prédicatrices dans la gestion des espaces sûrs scolaires (gardiennage, discipline) ;
- ↳ l'approche participative utilisée pour la sélection des localités et des acteurs (mentors, facilitateurs, chargés de suivi) ;
- ↳ l'inclusion de localités enclavées ;
- ↳ les complémentarités avec d'autres interventions du projet SWEDD (bourses, bus scolaires, cours de soutien, AGR) ;
- ↳ la qualité de l'approche pédagogique ;
- ↳ l'adaptation des curricula au contexte des pays ;
- ↳ le suivi post formation, qui a permis de suivre les premières séances afin de s'assurer que les acteurs déroulent les séances selon ce qui est convenu lors de la formation ;
- ↳ le suivi régulier des facilitateurs, qui a permis de gérer les difficultés au quotidien et de garantir la qualité des résultats ;
- ↳ La concertation permanente entre les acteurs de mise en œuvre du projet, qui a permis de corriger les dysfonctionnements et de résoudre les difficultés.

L'une des priorités du Secrétariat Technique Régional (STR) pour 2020 est d'accompagner les pays SWEDD pour le **passage à l'échelle** des espaces sûrs, des clubs des maris et des clubs des futurs maris.

Toutefois, certains obstacles et difficultés servent aussi de leçons et doivent être identifiés comme telles. On peut citer entre autres :

- ↳ le contexte d'insécurité dans la zone d'intervention du projet;
- ↳ l'extension de l'intervention sur le plan géographique et en nombre de bénéficiaires;
- ↳ le faible niveau d'éducation des mentors et des facilitateurs dans certaines localités;
- ↳ l'appréhension de certains parents vis-à-vis du contenu du cours dispensé dans les espaces sûrs;
- ↳ la suspicion de certains membres de la communauté au regard du projet (les espaces sûrs sont perçus comme des lieux de dépravation de mœurs);
- ↳ les exigences des mentors en lien avec les indemnités offertes;
- ↳ les travaux champêtres, qui influent sur la fréquentation des espaces sûrs, des clubs des maris et des clubs des futurs maris pendant l'hivernage;
- ↳ le changement d'approche (école des maris à club des maris avec comme conséquences la rallonge de la durée des interventions, l'augmentation du temps de formation des facilitateurs (2 semaines) contre 5 jours dans l'approche, l'utilisation d'un certain type d'équipements que le budget n'avait pas prévu [guides d'animation, vanette, images, etc.], l'animation des clubs par binômes au lieu d'un coach comme dans l'ancienne approche).

Conclusions

La création des espaces sûrs, des clubs des maris et des clubs des futurs maris a permis l'amélioration des connaissances et pratiques des adolescentes relatives à la santé reproductive, les compétences de vie et l'implication des hommes dans la promotion des questions liées à l'égalité du genre et à l'autonomisation des femmes en général.

Bonne pratique #3

Création d'environnement favorable au maintien des filles à l'école.

But

Contribuer à l'accès, au maintien et à la réussite scolaires des filles de l'enseignement secondaire dans la zone d'intervention du projet.

Objectifs

- ↳ Améliorer les résultats scolaires des filles de la zone d'intervention du projet;
- ↳ Rendre l'environnement éducatif plus favorable à la scolarisation des filles;
- ↳ Améliorer les connaissances sur la santé sexuelle et reproductive en milieu scolaire dans la zone d'intervention du projet.



© Ollivier Girard

Contexte

Dans les pays de la région du Sahel, malgré les avancées constatées au niveau de l'enseignement primaire, les indicateurs dans le système éducatif sont caractérisés par de fortes inégalités de genre, notamment dans l'enseignement secondaire. La faible présence des filles est une réalité dans les lycées et collèges et varie à mesure que l'on progresse dans la scolarité. Les indicateurs scolaires relatifs à l'accès et au maintien des filles dans l'enseignement secondaire sont toujours plus faibles que ceux des garçons. En effet, par exemple, au Burkina Faso, en 2013-2014, le taux d'accès en classe de seconde était de 11,4% pour les garçons et de 6,9% pour les filles. Quant au taux d'achèvement, il était de 22,3% pour les filles contre 26,4% pour les garçons au premier cycle du secondaire, c'est-à-dire que sur 100 filles qui entrent en classe de 6ème, seulement 22 d'entre elles parviennent en classe de 3ème. De même, en Côte d'Ivoire, de fortes inégalités dans le taux d'achèvement du secondaire existent entre filles (46,2% au premier cycle et 23,3% au second cycle) et garçons (60,9% au premier cycle et 32,5% au second cycle). L'accès au lycée est toujours difficile et seulement 12 enfants sur 100 atteignent la fin du secondaire.

Plusieurs facteurs expliquent la situation des filles décrite plus haut. Il s'agit entre autres de la pauvreté des ménages, de la surcharge liée aux travaux domestiques, du manque d'intérêt pour l'école, du manque de confiance en soi qui constituent une entrave à la réussite scolaire et à l'orientation des filles dans les disciplines scientifiques, et de la forte déperdition scolaire due notamment aux faibles performances scolaires et aux grossesses précoces et non désirées en milieu scolaire.



Scolarisation	premier cycle		second cycle	
	garçons	filles	garçons	filles
Burkina Faso	11,4%	6,9%	22,3%	26,4%
Côte d'Ivoire	60,9%	46,2%	32,5%	23,3%

C'est pour faire face aux obstacles liés à l'accès et au maintien des filles au secondaire et améliorer leur réussite scolaire que le projet SWEDD a mis en œuvre une stratégie de soutien à la scolarisation et au maintien des filles à l'école. Cette stratégie est composée d'un paquet d'appuis multiformes pour aider les filles à pouvoir poursuivre leur scolarisation surtout si la famille est en situation de vulnérabilité. Ce paquet comprend une diversité de formes d'assistances qui sont offertes au cas par cas à savoir: i) mise à disposition d'un vélo pour les filles devant parcourir les longues distances pour aller à l'école, y compris les frais d'entretien du vélo et d'une petite pécule pour le repas de midi; ii) offre des kits scolaires; iii) assistance pour l'hébergement aux tuteurs nécessaires; iv) octroi d'une bourse aux mamans; v) mise à disposition des kits sanitaires et vi) financement des cours de soutien scolaire en mathématiques, physique, chimie, Français et Anglais; vii) compétences de vie, de connaissances théoriques et pratiques nécessaires pouvant les aider à briser les barrières psychologiques et socio-économiques, pédagogiques qui entravent leur épanouissement scolaire.

soutien à la scolarisation et au maintien des filles à l'école

-
1. vélo
 2. kits scolaires
 3. hébergement
 4. bourse aux mamans
 5. kits sanitaires
 6. cours de soutien scolaire
 7. compétences de vie



Descriptif du projet

Les interventions en matière de scolarisation et de maintien des filles à l'école du projet SWEDD sont mises en œuvre à travers les appuis pour les cours, l'aide financière, les appuis au transport, les cantines, l'hébergement, la formation sur la pédagogie sensible au genre, l'éducation et la gestion de l'hygiène menstruelle, les émissions radiophoniques, les théâtres forum, les concours.

Burkina Faso

Au Burkina Faso, les filles bénéficient des appuis pour les cours et des kits scolaires, des vélos pour aller à l'école, des cantines, de l'aide financière, de l'appui pour l'hébergement. Les acteurs de l'éducation ont été formés en pédagogie sensible au genre, en gestion hygiénique des menstrues, sur l'approche Safe school, sur les violences basées sur le genre en milieu scolaire. Les établissements ont été touchés par des activités de sensibilisation pour la scolarisation et le maintien des filles à l'école à travers des émissions radiophoniques, théâtres forum, causeries éducatives, conférences, concours de récitals, actions de plaidoyer communautaire, projections de vidéo, etc.

Côte d'Ivoire

En Côte d'Ivoire, les jeunes filles scolarisées dont l'âge varie de 10 à 16 ans bénéficient des appuis scolaires à travers l'appui alimentaire et il est prévu de toucher chaque année des milliers de filles.

Mali

Au Mali, les appuis sont fournis à travers la stratégie de scolarisation accélérée/passarelle (SSA/P) pour les filles, les bourses mamans, les cours de remédiation, les kits scolaires, les kits sanitaires, les appuis en hébergement et le transport avec l'octroi des vélos.

Mauritanie

En Mauritanie, les filles bénéficient des appuis à la scolarisation à travers des cours de soutien, les transferts monétaires/bourses et les bus de transport.

Niger

Au Niger, l'appui à la scolarisation des filles se fait à travers les cours de rattrapage ou à travers des écoles de deuxième chance et les bourses d'étude pour les filles inscrites au cycle secondaire.

Tchad

Au Tchad, les filles bénéficient des centres d'accueil (internat des filles), des cours de soutien à l'éducation de base (français, calcul...), des paiements des frais de scolarité, de la dotation en kits scolaires, en uniformes et des formations en technologies de l'information et de la communication (TIC).

Méthodologie de suivi et évaluation et partage de résultats

Des activités de suivi sont réalisées périodiquement pour s'assurer de la mise en œuvre des activités planifiées. Les résultats sont capitalisés et diffusés. Dans certains pays cibles du SWEDD, des études de base sur la scolarisation ont été réalisées dans la zone d'intervention du projet. Deux évaluations (mi-parcours et finale) sont également prévues pour mesurer l'impact des interventions en matière de scolarisation.

cours, aide financière, transport, cantines, hébergement, pédagogie sensible au genre, éducation et gestion de l'hygiène menstruelle, émissions radiophoniques, théâtres forum, concours



© Ollivier Girard

Résultats

Dans l'ensemble, plus de 100 000 filles dans les pays membres du projet SWEDD ont bénéficié d'interventions en matière de scolarisation et de maintien des filles à l'école (aides alimentaires, bourses d'études, transport, hébergement, cours d'appui, soutien familial, etc.). Le taux net moyen de scolarisation à l'école primaire et secondaire dans les pays SWEDD, entre 2015 et 2019, est passé respectivement de 62,8% à 70,2% et de 19% à 28,4%. Ces résultats font ressortir l'importante contribution du projet SWEDD en ce qui concerne l'éducation des filles dans sa zone d'intervention. En effet, le taux de rétention scolaire des adolescentes inscrites dans les écoles secondaires des zones d'intervention du projet est de 93,4% en 2019 contre 70% en 2015.

Burkina Faso

Au Burkina Faso, en termes de résultats engrangés, on peut citer :

- ↳ **27 154** parents d'élèves et élèves ont été sensibilisés sur la scolarisation et le maintien des filles à l'école à travers des émissions radiophoniques, théâtres forum, causeries éducatives, conférences, concours de récitals, actions de plaidoyer communautaire, projections de vidéo ;
- ↳ **1300** filles ont été formées en compétences de vie courante et sur le développement de l'estime de soi ;
- ↳ **830** filles scolarisées victimes ou à risque de mariage d'enfants identifiées par le ministère en charge de la femme ont reçu un appui financier pour leur maintien à l'école ;
- ↳ **220** acteurs de l'éducation ont été formés sur la pédagogie sensible au genre ;
- ↳ **262** élèves filles-mères ont été identifiées et appuyées pour leur retour en classe ;
- ↳ **12 530** filles ont bénéficié d'un appui du projet notamment les subventions à la cantine, à l'hébergement, les bons scolaires, pour la poursuite de leur scolarité ;
- ↳ **8 353** filles ont bénéficié de cours d'appui et de vacances ;
- ↳ **1 879** filles bénéficiaires des cours d'appui sur **6 482** filles bénéficiaires ont été admises au BEPC, soit un taux de succès de 29% contre un taux national des filles de 22,61%.

Côte d'Ivoire

En Côte d'Ivoire, **2 000** filles ont bénéficié d'un appui alimentaire et 88% d'entre elles ont été admises en classe supérieure.

Éducation des filles

école primaire

école secondaire

2015

2019

2015

2019

Pays SWEDD

62,8%

70,2%

19%

28,4%

Au Mali, les résultats suivants ont été engrangés :

- ↳ l'assignation de bourses mamans (5 000F CFA / par mois et par fille) à **2 528** mamans de filles vulnérables inscrites au fondamental, et le taux d'absence des filles dont les mamans bénéficient de bourses mamans a été évalué à **0,36%**;
- ↳ l'organisation de cours de remédiation scolaires dans les écoles d'intervention du projet SWEDD auprès de **8 461** filles et **2 100** garçons en 2018-2019 et **8 702** filles en 2019-2020, avec un taux de régularité aux cours évalué à **92%**;
- ↳ les appuis à l'hébergement (vivres et frais de condiments) favorisant ainsi le maintien de **812** filles vulnérables à l'école;
- ↳ l'octroi de subventions d'entretien à **900** filles vulnérables ayant bénéficié de vélos en 2018 et de pécules pour le repas de midi avec pour effet, un taux de rétention de **99,97%** (soit **03** cas d'abandon parmi les **900** bénéficiaires);
- ↳ la dotation de **3 200** filles vulnérables du fondamental 2 en kits scolaires et de **4 200** filles vulnérables en kits hygiéniques pour la gestion des menstrues avec une réduction de **98%** des absences pendant la période des menstrues;
- ↳ La mise en œuvre de l'Initiative zéro grossesse en milieu scolaire avec la participation de plus **21 000** personnes et **3 200** filles et parents engagés publiquement pour la scolarisation des filles;
- ↳ le recrutement et la formation d'une deuxième cohorte de **3 622** apprenants inscrits dans les **125** centres de la stratégie de la scolarisation accélérée/passarelle (SSA/P) avec **90,74%** déclarés néo-alpha-bêtes à la fin de la phase en langue nationale;
- ↳ le transfert de **3 231** apprenants admis au test final à l'école fondamentale pour l'année scolaire 2019-2020 dans les classes de 2e, 3e et 4e années qui ont pu reprendre le chemin de l'école;
- ↳ le suivi des **3 000** apprenants de la première cohorte des enfants transférés à l'école classique avec un taux de passage en classe supérieure de **85%** après les évaluations de fin d'année;
- ↳ Au cours de l'année scolaire 2018-2019, sur les **8 461** filles qui ont bénéficié d'au moins un appui du projet SWEDD pour leur scolarisation ou leur maintien dans le système éducatif, l'on a dénombré **164** cas d'abandon, soit un taux d'abandon de **2%** contre **53%** dans les mêmes écoles avant le démarrage des interventions du SWEDD;
- ↳ Le taux de rétention des filles au Fondamental 2 dans les zones d'intervention du SWEDD a été évalué à plus de **98%** pour un engagement contractuel de **80%**. Le taux d'admission en classe supérieure pour les filles est de **75%** en 2018-2019 contre **45%** avant le démarrage des interventions, soit une augmentation de plus de **30** points de pourcentage;
- ↳ En 2018-2019, le taux d'admission des filles au DEF a atteint **59%** dans les **75** écoles des zones d'intervention du projet SWEDD contre **46%** au niveau national grâce aux appuis multiformes directs en faveur des filles du Fondamental 2 et du système scolaire en général, y compris les enseignants.

Mauritanie

En Mauritanie, sur les **3 579** filles recensées par les chercheurs comme pouvant bénéficier de bourses, **2 604** d'entre elles ont pu être répertoriées et ont bénéficié des bourses. Le transport scolaire bénéficie à plus de **700** élèves-filles abonnées et à plus de **500** non abonnées. Ainsi, près de **1 200** filles du secondaire sont transportées par la douzaine de bus mis en service et dont la gestion est assurée par les activités génératrices de revenus (AGR) créées à cet effet.

Niger

Au Niger, **2 367** filles du secondaire ont bénéficié de bourses et de cours de soutien. De même, **2 034** filles ont bénéficié des cours de réinsertion au primaire. Des kits d'excellence ont également été attribués à **397** bénéficiaires issues des classes de réinsertion et des cours de soutien au primaire.

Tchad

Au Tchad, des **10 000** filles bénéficiant des interventions du projet à travers les frais d'inscription, la dotation en kits et uniformes scolaires, **8 409** d'entre elles sont admises en classe supérieure, soit un taux d'admission de 84% pour la zone du projet. En ce qui concerne l'abandon, on enregistre **83** départs sur **10 000**, soit un taux d'abandon de 8%. Sur **883** candidates au baccalauréat dans les 4 provinces, **198** sont admises, soit un taux de réussite de 22%. Sur **612** filles ayant composé le BEP, **524** sont admises, soit un taux de réussite de 86%.



© Ollivier Girard

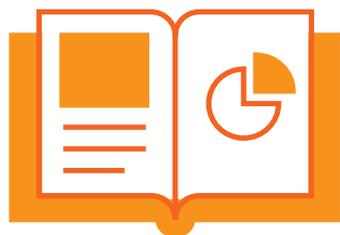
Facteurs qui assurent le passage à l'échelle / Reproductibilité

L'appréciation positive des résultats des interventions en matière de scolarisation et de maintien des filles à l'école autorise leur extension à d'autres zones où les filles éprouvent des difficultés dans l'accès, le maintien et la réussite à l'école et ce, en raison des facteurs économiques et socioculturels. L'une des priorités du STR pour 2020 consiste à accompagner les pays pour le passage à l'échelle les activités d'éducation sur la base du modèle d'impact. Des mémorandums d'entente sont signés ou en cours de discussion en vue de la participation effective du secteur privé (banques de développement, établissements financiers, start-up, chambres consulaires, patronat, sociétés de téléphonie, industries pharmaceutiques) dans l'autonomisation des filles et des femmes, notamment par le maintien des filles à l'école.

Leçons apprises / Défis et obstacles

Plusieurs facteurs clés de réussite peuvent être dégagés :

- ↳ la conjugaison des efforts dans l'identification des filles vulnérables au niveau central et local entre les principaux acteurs ;
- ↳ l'implication des différents acteurs locaux (autorités religieuses et traditionnelles, membres des Associations des Parents d'Élèves, membres des Associations des Mères Éducatrices ,etc.) à surmonter les défis identifiés ;
- ↳ l'implication des représentants des parents d'élèves dans le comité de suivi ;
- ↳ l'important rôle joué par les associations des mamans des élèves dans la sélection des filles par leur solidarité mutuelle ;
- ↳ l'effort fourni par les filles sélectionnées et appuyées pour réussir leur éducation ;
- ↳ La synergie d'action entre élèves, enseignants, chefs d'établissements, parents d'élèves et responsables des structures déconcentrées, qui a facilité la mise en œuvre effective des cours d'appui ;
- ↳ la subvention à la cantine, qui est une source de motivation et d'assiduité scolaires des filles ;
- ↳ la création de nouveaux foyers avec l'accompagnement financier du projet ;
- ↳ l'intégration de la problématique de la sécurité dans le choix des lieux d'hébergement, qui a favorisé le succès de l'intervention ;
- ↳ la gratuité des documents et les cours de soutien, qui constituent une mesure phare de la réussite de la stratégie.
- ↳ l'utilisation de l'approche participative, qui a permis d'obtenir les résultats éducatifs souhaités ;
- ↳ La mise en place d'un outil de collecte de données permettant de recueillir à temps réel les préoccupations des enseignants qui dispensent les cours de soutien.



Toutefois, certains obstacles et difficultés servent aussi de leçons et doivent être identifiés comme telles. On peut citer :

- ↳ la situation sécuritaire des pays SWEDD, qui constitue une entrave majeure car elle soulève un défi pour la mise en œuvre du sous-projet dans certaines zones à haut risque;
- ↳ l'insuffisance des foyers d'accueil;
- ↳ l'insuffisance d'enseignants dans certaines écoles;
- ↳ l'insuffisance de la motivation financière à l'endroit des chefs d'établissements et les responsables des services déconcentrés des ministères de l'éducation pour le suivi des activités en dehors des heures de service;
- ↳ la prise en charge des professeurs et du comité de suivi
- ↳ et du coût des livres (élaboration, impression et distribution);
- ↳ la réticence des parents à laisser leurs filles dans les centres d'accueil;
- ↳ la prise en charge des cas de maladies survenant dans les centres d'accueil;
- ↳ l'insuffisance d'infrastructures scolaires (longues distances, insécurité)
- ↳ l'appropriation de l'approche par les établissements scolaires ciblés;
- ↳ les exigences et demandes constantes des bénéficiaires;
- ↳ l'acquisition des kits, tenues scolaires, denrée alimentaire etc.;
- ↳ La prise en charge des frais d'inscription;
- ↳ Le coût de prestations de services des ONG.

Conclusions

Les interventions en matière de scolarisation et de maintien des filles à l'école ont contribué de façon significative à l'amélioration des résultats scolaires des filles bénéficiaires. De même, elles ont contribué à la réduction du taux d'abandon scolaire chez les filles bénéficiaires. Elles ont également contribué à l'augmentation des effectifs des filles dans les différents établissements scolaires dans la zone d'intervention du projet. Les filles sont maintenues à l'école et leurs possibilités de réussite aux examens se sont accrues.

Plus de 100 000 filles dans les pays membres du projet SWEDD ont bénéficié d'interventions en matière de **scolarisation** et de **maintien des filles**.

Bonne pratique #4

Gestion de l'hygiène menstruelle, facteur de bien-être et de maintien des filles à l'école.

But

Renforcer la prise en compte de la gestion de l'hygiène menstruelle (GHM) et de l'eau, assainissement et hygiène (EAH) dans le projet SWEDD pour contribuer à l'autonomisation des adolescentes et des femmes.

Objectifs

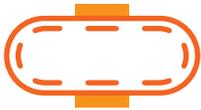
- ↳ Accroître les compétences de vie en matière de GHM et d'EAH par l'apprentissage et les campagnes de changement social et de comportement;
- ↳ Améliorer l'accès des adolescentes aux produits et aux installations dans les milieux scolaire et communautaire pour une meilleure gestion de l'hygiène menstruelle.



Contexte

La gestion de l'hygiène menstruelle fait partie intégrante de l'autonomisation de la femme. En effet, la capacité des femmes et des filles à gérer leurs menstruations avec dignité et normalité, et d'une manière qui soit hygiénique, leur permet de jouir de certains droits humains, notamment les droits à l'éducation, à la santé, à l'eau et à l'assainissement.

De plus en plus l'importance est accordée à l'impact que peuvent avoir les menstrues ou règles sur l'expérience éducative des jeunes filles dans les pays en développement. Des études dans différentes régions d'Afrique subsaharienne montrent que ces dernières déclarent manquer souvent des cours pour gérer leurs menstrues ou, dans certains cas, même abandonner l'école après le début de la puberté. Une étude de l'UNESCO a montré qu'en Afrique subsaharienne, une fille sur dix ne va pas à l'école pendant son cycle menstruel, ce qui correspond, d'après certaines estimations, à 20% du temps scolaire perdu sur une année.



Burkina Faso

26% des femmes

→ ont le nécessaire pour leur hygiène menstruelle

De même, deux études menées au Burkina Faso ont montré que, comme dans les autres pays du Sahel, les menstrues affectent la performance scolaire des filles. Beaucoup de filles ont noté qu'elles manquent des cours ou des jours d'école pendant la période de leurs règles. Parmi les facteurs de cause, figure la nécessité de rentrer chez elles si leurs règles arrivent quand elles sont à l'école ou quand elles ont des fuites ou taches de sang sur leurs vêtements pendant la journée scolaire, ainsi qu'à cause des douleurs abdominales. Pendant le temps passé à l'école, la peur des taches et les douleurs abdominales peuvent influencer la concentration et empêcher les jeunes filles de participer s'il leur est demandé de se mettre debout ou d'aller au tableau. L'enquête d'envergure nationale menée par PMA2020 au Burkina Faso montre, que seulement 26% des femmes âgées de 15 à 49 ans déclarent qu'elles ont tout ce dont elles ont besoin pour prendre soin de leurs menstrues.

En Afrique subsaharienne,
une fille sur dix ne va pas à l'école
pendant son cycle menstruel.



En plus de leur impact sur la scolarisation des jeunes filles, les menstrues créent aussi des défis d'ordre psychologique. La période des menstrues est une période de gêne, de honte, de peur et de stress pour la jeune fille. Ceci est en partie dû à un manque d'information et de discussion sur les menstrues et la façon de les gérer. Une grande partie des filles n'ont pas entendu parler des règles avant qu'elles ne les ont pour la première fois, et beaucoup de filles ont de la peur à cause de cela. Par exemple, au Bénin, une étude menée à Parakou en 2014, montre que 72,6% des filles interrogées (échantillon de 1 100 filles) disent éprouver de la peur et de la honte lors de leurs premières règles. De même, au Cameroun, les études menées par le Programme Conjoint WSSC%NU Femmes montrent le manque d'informations des filles sur la gestion de leurs menstrues et le sentiment de honte et de peur qu'elles ressentent lors des premières règles, avec 70% des filles déclarant ne pas savoir ce qui leur arrivait lors de leurs premières règles.

Bénin

72,6% des filles

→ ont éprouvé de la peur et de la honte lors de leurs premières règles

Il y a également des facteurs au niveau environnemental et du domaine scolaire qui influencent la gestion de l'hygiène menstruelle. Les infrastructures d'EAH (eau, latrines, dispositifs de lavage des mains) sont souvent absentes ou lorsqu'elles sont présentes ne fournissent pas un service idéal pour la gestion hygiénique des menstrues des filles.

La problématique de la gestion de l'hygiène menstruelle demeure donc une nécessité à prendre en compte pour le bien-être, la santé mentale et le maintien des jeunes filles et adolescentes à l'école, et leur autonomisation, préoccupation majeure du projet SWEDD.



© Javier Acebal / WSSCC

Descriptif du projet

La gestion de l'hygiène menstruelle (GHM) peut être définie comme le fait pour les femmes et les filles « d'utiliser un matériel de gestion des règles propre, permettant d'absorber ou de recueillir le sang et pouvant être changé en toute intimité et aussi souvent que nécessaire pendant toute la durée des règles, de procéder à une toilette corporelle avec de l'eau et du savon et d'avoir accès à des installations permettant de se débarrasser du matériel utilisé » UNICEF et OMS, 2014). Lors de la première phase du projet SWEDD, la problématique de la GHM a été adressée à travers les interventions suivantes :

- ↳ l'enseignement d'une session sur la menstruation et l'hygiène de la jeune fille dans les espaces sûrs ;
- ↳ la réalisation de campagne de communication pour le changement social et de comportement portant les messages sur la GHM et l'EAH,
- ↳ la fourniture des kits d'hygiène menstruels aux filles et aux adolescentes pour les maintenir à l'école ;
- ↳ le soutien des activités génératrices de revenus portant sur la fabrication des éléments nécessaires pour l'hygiène menstruelle, notamment le savon.

Méthodologie de suivi et évaluation et partage de résultats

Le suivi et l'évaluation des interventions portant sur la GHM sont intégrés dans le suivi périodique des activités communautaires portant sur l'autonomisation des adolescentes et des femmes. Ainsi, des données sont fournies dans les rapports de suivi et les résultats des différentes évaluations de base et d'impact (mi-parcours et finale) qui ont été réalisées.

La problématique de la gestion de l'hygiène menstruelle demeure donc une nécessité à prendre en compte pour le **bien-être**, la **santé mentale** et le maintien des jeunes filles et adolescentes à **l'école**, et leur **autonomisation**.



Résultats

Les interventions en matière de GHM ont permis d'atteindre :

- ↳ Plus de 120 000 adolescentes et jeunes filles déscolarisées et non scolarisées qui ont fréquenté les espaces sûrs supportés par le projet SWEDD ont eu des connaissances accrues sur la GHM,
- ↳ Plus 110 000 filles et adolescentes bénéficiaires des interventions permettant de les retenir à l'école ont eu accès à des kits d'hygiène.

Facteurs qui assurent le passage à l'échelle / Reproductibilité

L'autonomisation de la femme en lien avec la gestion de l'hygiène menstruelle constitue un domaine d'intérêt commun entre le projet SWEDD et le Conseil de Concertation pour l'Approvisionnement en Eau Potable et l'Assainissement (WSSCC). Le projet SWEDD a commencé un partenariat avec le WSSCC cette année 2020 en intégrant dans la thématique de la gestion de l'hygiène menstruelle parmi les sujets traités dans la campagne de communication pour le changement de comportement #StrongerTogether. Ce partenariat offre l'occasion de faire une intégration plus systématique des thématiques de la GHM et de l'EAH dans les interventions du projet SWEDD.

Leçons apprises / Défis et obstacles

Les leçons apprises qui sont dégagées à l'issue de la mise en œuvre des interventions en matière de GHM pendant la première phase du SWEDD sont :

- ↳ La nécessité d'élargir et de renforcer l'intégration de la GHM dans la deuxième phase du SWEDD afin d'accroître l'accès à l'information en matière de GHM et EHA par l'apprentissage et les campagnes de changement social et de comportement, d'améliorer l'accès des adolescentes aux produits et aux installations dans les milieux scolaire et communautaire pour une meilleure gestion de l'hygiène menstruelle
- ↳ Le plaidoyer pour l'engagement des autorités en faveur des problématiques de GHM en lien avec l'autonomisation de la femme a permis de bien positionner cette thématique dans les documents de projet du SWEDD2.

Conclusions

Les interventions en matière de gestion de l'hygiène menstruelle ont permis d'améliorer significativement le bien-être et le maintien des jeunes filles et des adolescentes à l'école.



© Javier Acebal / WSSCC

Bonne pratique #5

Promotion des métiers non traditionnellement féminins.

But

Contribuer au renforcement de l'autonomisation économique des filles et des jeunes femmes déscolarisées et non scolarisées et à l'amélioration de leur accès aux services de SRMNIN.

Objectifs

- ↳ Développer des qualifications professionnelles et managériales chez les femmes et les filles;
- ↳ Accroître l'accès aux financements des activités génératrices de revenus (AGR) des femmes et des filles;
- ↳ Renforcer le dispositif de stage et d'apprentissage pour une meilleure insertion socioprofessionnelle.



© Ollivier Girard

Contexte

Dans les pays du Sahel, l'apprentissage dans l'économie informelle reste marqué par la ségrégation des sexes. Beaucoup de métiers et de professions qui ont créé des systèmes d'apprentissage informel sont dominés par les hommes. Le sexe reste déterminant en termes d'accès à la formation professionnelle en raison des stéréotypes, de l'absence de soutien pratique lié aux rôles des sexes (par exemple, les tâches de prise en charge des personnes), et en termes de critères liés à la qualité du travail (par exemple, le potentiel de gains, la promotion professionnelle). Étant donné que les hommes sont généralement prédominants dans les métiers qui offrent une formation par apprentissage informel, le système avantage beaucoup plus d'hommes que de femmes. Les métiers à fort contenu technologique, comme la mécanique automobile ou la soudure, sont principalement réservés aux jeunes hommes. Ces métiers présentent aussi souvent un meilleur potentiel de gains. Dans les métiers où les femmes prédominent plus souvent, comme la confection, les études ont conclu que la proportion des hommes était beaucoup plus forte parmi les tailleurs qualifiés que parmi les apprentis. Cela peut s'expliquer par les obstacles plus importants auxquels les femmes se heurtent pour créer leur propre entreprise (comme le manque de garanties pour le crédit, l'accès insuffisant aux informations et aux marchés, les responsabilités familiales etc.), ce qui empêche les tailleuses qui ont accompli la formation de devenir des tailleuses qualifiées. Des études récentes ont confirmé que les inégalités de genre persistent, même si certains apprentis dans des métiers modernes comme les services liés à l'électricité étaient des femmes. Par exemple, au Burkina Faso, la proportion des filles dans les centres de formation était de l'ordre de 20% en 2012 et 19,3% en 2013 contre 80% et 80,7% pour les garçons. De même, le nombre d'inscrits dans les écoles de formation professionnelle publique était de 11 671 hommes contre 4911 femmes, soit 29,6% de l'effectif total pour l'année académique 2009-2010.



Accès à la formation professionnelle

	2012		2013	
	garçons	filles	garçons	filles
Burkina Faso	80%	20%	80,7%	19,3%

Au regard des obstacles et défis évoqués ci-dessus, les pays du Sahel ont mis en œuvre ces dernières années des programmes ciblant les adolescentes et les jeunes femmes visant à renforcer leur autonomisation économique. Les interventions en matière d'autonomisation économique des filles et des femmes, mises en œuvre par le projet SWEDD, permettent donc de poursuivre et de consolider les efforts déjà entrepris par les gouvernements de ces pays depuis ces dernières années en y apportant d'importantes innovations notamment la promotion des métiers non traditionnellement féminins.

Descriptif du projet

Les interventions en matière de promotion des métiers non traditionnellement féminins sont basées sur les principaux axes suivants :

1. formation professionnelle
 2. financement des activités économiques
 3. capacités entrepreneuriales
- ↳ **La formation professionnelle des adolescentes et jeunes femmes tenant en compte le marché et les opportunités d'emploi.** Il s'agit d'identifier les adolescentes et les jeunes femmes déscolarisées de la zone d'intervention du projet ayant un minimum d'instruction et à leur apporter des appuis sous forme de formations techniques dans les filières de leur choix. L'accent est mis sur les filières traditionnellement réservées aux hommes telles que la conduite et la maintenance des tracteurs, des motoculteurs et des motopompes, l'installation et la maintenance des panneaux solaires et des antennes paraboliques, l'électricité, la mécanique auto, la maçonnerie, la menuiserie, la soudure, etc.
 - ↳ **Le financement des activités économiques des adolescentes et des jeunes femmes.** Cela consiste à mettre en place un dispositif efficace et adapté aux besoins de financement des activités économiques des jeunes femmes et adolescentes (fonds de roulement, fonds d'investissement, financement des projets individuels). Une attention particulière est accordée aux idées de projets innovants dans les domaines des métiers traditionnellement réservés aux hommes.
 - ↳ **Le renforcement des capacités entrepreneuriales des adolescentes et des jeunes femmes.** Il s'agit de former les jeunes femmes et les adolescentes en entrepreneuriat, ainsi que les leaders d'opinion et les responsables d'associations féminines sur la culture entrepreneuriale et le leadership féminin.

Dans les pays du Sahel, l'apprentissage dans l'économie informelle reste marqué par la ségrégation des sexes



© Ollivier Girard

Méthodologie de suivi et évaluation et partage de résultats

Concernant le suivi, il est chargé de collecter et de traiter les données au niveau local et de les remonter au niveau central où est produit un fichier de stockage et d'analyse des données. Des missions trimestrielles de suivi et de supervision du niveau central dans la zone d'intervention du projet permettent d'évaluer les progrès dans la mise en œuvre des activités. Des revues semestrielles et annuelles sont faites avec l'ensemble des acteurs pour présenter les principaux résultats enregistrés et proposer les solutions pour améliorer la mise en œuvre des interventions.

Pour ce qui est de l'évaluation, une analyse situationnelle a intervenu avant le démarrage du projet pour collecter les données de référence, afin de mieux mesurer les changements apportés par le projet. Une évaluation à mi-parcours est prévue être menée pour apprécier le niveau de progrès enregistrés en référence aux indicateurs de performances, pour identifier les faiblesses et les solutions d'amélioration. Une évaluation externe et finale est prévue à la fin du projet pour mesurer les résultats atteints et une évaluation d'impact pour mesurer l'impact du projet sur les bénéficiaires.



Résultats

Les activités de formations techniques et professionnelles et en entrepreneuriat notamment dans les domaines considérés comme réservés aux hommes ont démarré dans tous les pays membres du projet SWEDD. Des associations et groupements de bénéficiaires issues des formations se développent et soutiennent les initiatives des adolescentes et des jeunes femmes.

Burkina Faso

Plus spécifiquement, au Burkina Faso, au titre des résultats engrangés, on peut citer :

- ↳ **210** adolescentes ont été formées dans les filières de formation dans les centres de formation professionnelle ;
- ↳ **60** adolescentes de la zone d'intervention du projet ont bénéficié d'une formation professionnelle innovante (maçonnerie, mécanique auto, mécanique deux roues, soudure, électricité) ;
- ↳ **2 554** adolescentes et des jeunes femmes ont bénéficié de formations en entrepreneuriat ;
- ↳ **300** leaders d'opinion et des membres d'associations féminines ont été formés en culture entrepreneuriale ;
- ↳ **640** adolescentes et **320** jeunes femmes de la zone d'intervention du projet ont été formées sur les opportunités de financement des activités ;
- ↳ **800** femmes entrepreneures ont participé aux 48h d'opportunités d'affaires et de financement de l'entrepreneuriat féminin à Ouagadougou et à Bobo-Dioulasso ;
- ↳ **150** femmes ont été formées en finance digitale et inclusive ;
- ↳ **150** adolescentes ont participé à la rencontre d'échanges avec les femmes entrepreneures modèles de leur domaine et bénéficient de coaching de ces femmes dans leur région respective ;
- ↳ Dans la région de l'Est, les AGR développées par **154** adolescentes de 15-19 ans formées en saponification, aviculture et tissage ont généré une épargne de **7 832 600 FCFA** sans tenir compte des bénéfices liés à la vente du bétail (moutons, chèvres) et des céréales stockés.

Les pays du Sahel ont mis en œuvre ces dernières années des programmes ciblant les **adolescentes** et les **jeunes femmes** visant à **renforcer leur autonomisation économique.**

Mali

Au Mali, sur les **1 171** filles installées dans les métiers traditionnellement réservés aux hommes, le suivi financier a porté sur un échantillon de **54** filles et femmes sur une période de 4 mois. Le revenu généré par ces bénéficiaires a atteint **18 557 700 FCFA**, soit un revenu moyen mensuel par fille de **85 915 FCFA**.

Mauritanie

En Mauritanie, **100** micro-entreprises au profit de **1 200** jeunes femmes participantes aux activités des espaces sûrs sont mises en place dans les 4 régions du projet SWEDD.

Niger

Au Niger, **1 500** jeunes femmes entrepreneures sont en cours de formation dans les filières des métiers traditionnels et non traditionnels.

Tchad

Au Tchad, les filles sont formées aux emplois habituellement occupés par des hommes, tels que la plomberie, l'électricité, la mécanique automobile, l'installation et le dépannage de panneaux solaires et d'antennes paraboliques. Grâce aux revenus réguliers tirés de ces emplois, ces filles, majoritairement mères, arrivent à subvenir aux besoins de leur famille. De même, les groupes économiques de femmes ont bénéficié de capitaux, de formations et d'équipements pour augmenter leurs revenus.



© Ollivier Girard

Facteurs qui assurent le passage à l'échelle / Reproductibilité

L'une des priorités du STR pour 2020 consiste à accompagner les pays pour le passage à l'échelle les activités d'autonomisation économique des femmes sur la base du modèle d'impact. Des mémorandums d'entente sont signés ou en cours de discussion en vue de la participation effective du secteur privé (banques de développement, établissements financiers, start-up, chambres consulaires, patronat, sociétés de téléphonie, industries pharmaceutiques) dans l'autonomisation des filles et des femmes, notamment par l'entrepreneuriat féminin.

Leçons apprises / Défis et obstacles

Plusieurs facteurs clés de réussite peuvent être dégagés :

- ↳ l'engagement des collectivités décentralisées et leaders traditionnels et religieux dans l'accompagnement et la mise en œuvre des activités ;
- ↳ L'implication et la sensibilisation des leaders communautaires et religieux, qui sont très déterminantes dans l'adhésion des parents et époux ;
- ↳ le choix des métiers non traditionnels par les filles, cela dénote d'un changement de comportement au niveau individuel et collectif par rapport à certains préjugés sur la division sociale du travail ;
- ↳ l'engagement et la détermination des bénéficiaires ;
- ↳ l'approche pédagogique utilisée, qui est très déterminante pour la motivation intrinsèque et la rétention des participantes ;
- ↳ l'intégration de la valorisation des produits locaux, qui a contribué significativement au succès de l'intervention ;
- ↳ la volonté des ateliers, centres ou entreprises à assurer une formation de qualité ;
- ↳ l'engagement des parents et tuteurs à encourager les filles/femmes dans leur entreprise ;
- ↳ Le travail de synergie entre les différents acteurs.

Les activités de formations techniques et professionnelles et en entrepreneuriat notamment dans les domaines considérés comme réservés aux hommes ont démarré dans tous les pays membres du projet SWEDD.

Toutefois, certains obstacles et difficultés servent aussi de leçons et doivent être identifiés comme telles. On peut citer :

- ↳ la situation sécuritaire dans certaines zones d'interventions du projet ;
- ↳ la réticence, voire le refus de certains parents et époux de faire participer leurs filles ou épouses aux activités ;
- ↳ l'insuffisance et mauvais état des moyens roulants disponibles ;
- ↳ l'insuffisance de la dotation en carburant pour le suivi des activités au niveau déconcentré ;
- ↳ l'absence de centres de formation ou d'ateliers d'apprentissage dans certains villages ;
- ↳ la lourdeur dans le processus d'acquisition des unités de transformation et des autres kits d'installation ;
- ↳ la plupart des femmes qui ont des enfants à bas âge amènent avec elles leurs enfants ; ce qui nécessite des moyens pour la prise en charge des enfants (nutrition, santé, garderie).

Conclusions

Les interventions en matière de promotion des métiers non traditionnellement féminins ont donné l'opportunité aux filles et aux jeunes femmes d'avoir une source de revenus dans le court terme. Elles ont fourni des économies consécutives à l'utilisation et la maintenance des outils de production (tracteurs, motoculteurs, etc.) par les femmes elles-mêmes en lieu et place de la main d'œuvre rémunérée, qui auparavant était exclusivement masculine. Les bénéficiaires ont acquis une autonomie dans l'exploitation agricole mécanisée.

Bonne pratique #6

Une approche sanitaire et communautaire intégrée pour les trois (3) Zéros.

But

Réaliser zéro décès maternel évitable, zéro besoin non satisfait en planification familiale (PF) et zéro violence basée sur le genre (VBG).

Objectifs

- ↳ Déployer des sages-femmes au profit des populations rurales.
- ↳ Rapprocher les services de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et nutritionnelle de qualité au profit des populations péri-urbaines.



Contexte

Les pays du Sahel connaissent des niveaux élevés de mortalité maternelle, néonatale et infantile. Par exemple, au Mali, le ratio de mortalité maternelle est de 368 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Pourtant, la majeure partie des décès maternels sont évitables car on connaît bien les solutions médicales permettant de prévenir ou prendre en charge les complications. En effet, toutes les femmes doivent avoir accès aux soins prénatals pendant la grossesse, bénéficier de l'assistance d'un personnel qualifié lors de l'accouchement et recevoir des soins et un soutien au cours des semaines qui suivent cet accouchement. Donc, les niveaux élevés de mortalité maternelle dans les pays du Sahel sont en partie dus à l'insuffisance du personnel qualifié surtout dans les zones rurales et péri-urbaines. Par exemple, avec un ratio d'un médecin pour 7 256 habitants, une sage-femme pour 10 763 habitants et un infirmier pour 1 930 habitants, le Mali est très loin de satisfaire aux besoins en personnel de santé adéquat respectant les normes requises en la matière par l'OMS. Au même moment, l'effectif des sages-femmes et des infirmières obstétriciennes est estimé à 1275, soit 23% de l'effectif total du personnel socio-sanitaire. Et la plupart du personnel de santé exerce à Bamako, dans les chefs-lieux de région et de cercle.

Pour relever le défi de la disponibilité et d'une meilleure répartition des ressources humaines en santé sur le territoire malien, le projet SWEDD a contribué au développement et à la mise en œuvre de deux initiatives novatrices: 1) l'initiative de déploiement de 105 sages-femmes au profit de 105 Centres de santé communautaires (CSCOM) et des collectivités territoriales; 2) l'installation de 15 cabinets privés de sages-femmes en milieu rural et urbain de Bamako. Ces initiatives visent à rapprocher les soins maternels, néonataux et infantiles de qualité au profit des populations rurales et périurbaines.



les niveaux élevés de mortalité maternelle dans les pays du Sahel sont en partie dus à l'insuffisance du personnel qualifié surtout dans les zones rurales et péri-urbaines

Ratio personnel qualifié/femmes

Mali	1 médecin	→ 7 256 habitants
	1 sage-femme	→ 10 763 habitants
	1 infirmier	→ 1 930 habitants

La majeure partie des décès maternels sont évitables car on connaît bien les solutions médicales permettant de prévenir ou prendre en charge les complications.

Descriptif du projet

1. obtenir candidates pour les zones rurales
2. organiser des entretiens
3. aide la sélection
4. fournir équipements
5. fournir assistance financière
6. obtenir des différentes autorisations

Pour la mise en œuvre de l'initiative de déploiement de 105 sages-femmes, des conventions sont signées entre le projet SWEDD, les Associations de santé communautaire (ASACO), les mairies et les 105 sages-femmes recrutées après appel à candidature. Ces 105 sages-femmes ont été déployées en milieu rural mais aussi dans des CSCOM qui n'ont pas du tout de sages-femmes. Les régions concernées sont : Kayes: 18 CSCOM, Koulikoro: 21 CSCOM, Sikasso: 16 CSCOM, Ségou: 25 CSCOM, Mopti: 10 CSCOM, Gao: 10 CSCOM, Tombouctou: 5 CSCOM. Les sages-femmes sont recrutées pour 24 mois. Leur rémunération est assurée par le projet SWEDD pour 18 mois. La mairie et l'ASACO assurent la rémunération pour 6 mois. La rémunération des sages-femmes est identique à celle des autres sages-femmes qui sont recrutées par l'administration publique du Mali. Dans l'accord signé par les 4 parties (SWEDD, Mairie, ASACO et Sage-femme), la mairie est chargée d'octroyer un hébergement. Pour la pérennisation de l'approche, une discussion est en cours avec les parties nationales (Mairie et ASACO) pour la prise en charge de la rémunération de la sage-femme à la fin du contrat du projet SWEDD. Un paquet de motivations est également discuté avec des critères bien définis. Ce paquet pourrait être vu sous l'angle d'une motivation basée sur les performances.

Quant à l'installation de 15 cabinets privés de sages-femmes, elle a été opérationnalisée en partenariat avec l'Alliance du Secteur Privé pour la Promotion de la Santé au Mali (ASP/PSM) et d'autres acteurs de la santé. Cette initiative a consisté à : (i) lancer un appel à projets pour obtenir les meilleures candidates qui acceptent de s'installer dans les zones rurales ou péri-urbaines ; (ii) organiser des entretiens avec les candidates en vue de sélectionner les meilleurs dossiers ; (iii) apporter une aide à la sélection et la normalisation du cadre de prestations ; (iv) fournir le minimum d'équipements et de matériels nécessaires ; (v) apporter une assistance financière pendant 6 mois pour les fonds de fonctionnement ; (vi) fournir une assistance à l'obtention des différentes autorisations selon la réglementation au Mali.

Méthodologie de suivi et évaluation et partage de résultats

Dans le cadre de la mise en œuvre de la sous-composante 2-4 du projet SWEDD, relative au renforcement des capacités de mise œuvre, il a été réalisé un appui à la documentation de l'installation de 15 cabinets privés de sages-femmes par la Banque mondiale. Par ailleurs, le partage de résultats se fait lors des réunions annuelles des coordonnateurs et du Comité Régional de Pilotage (CRP) du projet SWEDD.



© Ollivier Girard



© Ollivier Girard

Résultats

L'initiative de déploiement de 105 sages-femmes et l'installation de 15 cabinets privés de sages-femmes ont permis de rapprocher les soins maternels, néonataux et infantiles de qualité au profit des populations rurales et périurbaines, avec une amélioration des indicateurs suivants :

- ↳ l'initiative de **105** sages-femmes a permis de réaliser **51 336** consultations prénatales, **15 157** consultations post-natales, **13 819** accouchements, **43 149** cas de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), plus de **6 000** séances de causeries éducatives touchant plus de **77 000** femmes avec plus de **19 000** nouvelles utilisatrices de méthodes modernes de planification familiale ;
- ↳ les **15** cabinets privés ont réalisé **6 925** consultations curatives, **949** consultations prénatales, **343** consultations postnatales, **350** accouchements, **257** cas de dépistage, **6 899** soins, **2 405** PCIME, **486** causeries éducatives ayant touché plus de **5 000** personnes, **2 753** femmes conseillées en matière de PF et plus de **1 000** nouvelles utilisatrices additionnelles de planification familiale.



Facteurs qui assurent le passage à l'échelle / Reproductibilité

L'initiative de déploiement de 105 sages-femmes et l'installation de **15** cabinets privés de sages-femmes développées dans le cadre de la mise en œuvre du projet SWEDD au Mali ont un impact sur les populations rurales et péri-urbaines, qui ont enregistré une amélioration de leurs indicateurs de SRMNIN. Pour rendre durables ces initiatives, il convient de pérenniser les acquis en mobilisant davantage de partenaires et de ressources financières.

Leçons apprises / Défis et obstacles

Plusieurs facteurs clés de réussite peuvent être dégagés. Ce sont entre autres : l'engagement de l'Etat, la volonté des sages-femmes recrutées d'offrir des soins rapprochés et de qualité à la communauté, l'intégration du personnel recruté et formé à la vie de la communauté, l'engouement des communautés face à la présence des sages-femmes recrutées, le respect des différents engagements des parties signataires de la convention, le dynamisme des responsables du secteur privé de la santé, et la volonté des sages-femmes recrutées à se fidéliser à leur poste.

Certains obstacles et difficultés servent aussi de leçons et doivent être identifiées comme telles. Il s'agit entre autres de :

- ↳ l'identification du cadre d'implantation des cliniques privées pour mieux répondre aux besoins des communautés ;
- ↳ le maintien de personnel compétent au niveau de leur structure après la fin du projet SWEDD ;
- ↳ les frais d'organisation des recrutements ;
- ↳ la pérennisation de la prise en charge des salaires des sages-femmes après le projet SWEDD (recrutement dans la fonction publique ou par les collectivités).

Conclusions

Au Mali, l'initiative de déploiement de 105 sages-femmes en milieu rural et l'installation des cabinets privés de sages-femmes en milieu rural et péri-urbain ont permis une augmentation de 8% de l'effectif national de sages-femmes en activité et de 17% de l'effectif des sages-femmes dans les zones d'intervention du SWEDD sur une période de deux (02) ans. Ces deux initiatives ont contribué à une augmentation du nombre de nouvelles utilisatrices des méthodes modernes de planification familiale estimé à 19 000 en 2019.

Bonne pratique #7

Distribution des produits de santé jusqu'au dernier kilomètre.

But

Soutenir les efforts des pays pour améliorer les performances de leur chaîne d'approvisionnement des produits de santé, y compris les produits de SRMNIN.

Objectifs

- ↳ Améliorer la disponibilité permanente des produits de santé, y compris les produits de SRMNIN jusqu'au dernier kilomètre;
- ↳ Renforcer les systèmes nationaux d'approvisionnement des pays du projet SWEDD;
- ↳ Renforcer l'assurance qualité des produits de santé par un appui technique à l'enregistrement des produits et le contrôle qualité;
- ↳ Renforcer le système d'information et de gestion des données logistiques des produits de santé.



© Javier Acebal

Contexte

Dans les pays du Sahel, le système de gestion logistique de la chaîne d'approvisionnement en produits de santé, y compris les produits de SRMNIN, qui contribue à la réduction significative des décès maternels et infantiles, connaît des insuffisances. Le diagnostic de la chaîne d'approvisionnement dans ces pays révèle une faible performance globale depuis le niveau central jusqu'au niveau périphérique: (i) une multiplicité des systèmes d'informations et de gestion logistique (SIGL) rendant difficile la collecte de données de qualité, leur visibilité, leur gestion et leur exploitation pour des prises de décisions éclairées, (ii) une inadéquation entre les moyens de distributions effectivement disponible et les objectifs de disponibilité des produits, (iii) la faible conformité des conditions et pratiques de stockage au niveau des dépôts de stockage et structures de santé, (iv) un déficit de compétences en gestion logistique, (v) une insuffisance de coordination de l'ensemble des parties prenantes (bailleurs, programmes, acteurs de terrain, etc.) et une faiblesse du suivi continu des performances de la chaîne d'approvisionnement. Ces insuffisances se traduisent par des ruptures et/ou des péremptions fréquentes des stocks de produits essentiels au niveau des points de prestation de services (PPS).

Face à cette situation, diverses stratégies ont été initiées pour renforcer la chaîne nationale d'approvisionnement en produits de santé jusqu'au dernier kilomètre avec l'appui des partenaires techniques et financiers. C'est ainsi que dans le cadre de la mise en œuvre de la composante 2.2 du projet SWEDD, les pays membres ont entrepris de réformer leur chaîne d'approvisionnement pour implémenter la distribution des produits de santé jusqu'au dernier kilomètre, afin de garantir l'effectivité de la disponibilité des produits de santé.

Le système de gestion logistique de la chaîne d'approvisionnement en produits de santé, y compris les produits de SRMNIN, connaît des insuffisances.

Descriptif du projet

Plusieurs étapes ont été nécessaires pour opérationnaliser la stratégie de distribution des produits de santé jusqu'au dernier kilomètre. Ce sont :

- ↳ Le déploiement d'un SIGL unique et informatisé et le développement d'un manuel de procédure du SIGL et des outils de gestion afin d'aboutir à une gestion standardisée des produits et de garantir une bonne organisation et une gestion rigoureuse des unités de distribution des médicaments du niveau central jusqu'au dernier kilomètre.
- ↳ La mise en concurrence de deux modèles connus de distribution des produits de santé jusqu'au dernier kilomètre tout en permettant de documenter les adaptations nécessaires à une mise à échelle réussie dans le contexte national. Aussi, les arguments en faveur du modèle retenu soutiendront le plaidoyer pour un passage à échelle.
- ↳ Le renforcement des espaces de stockage (au niveau des entrepôts de stockage intermédiaires et des points de prestation de services) à travers la mise à disposition d'équipements conformes aux standards nationaux.
- ↳ Le renforcement des capacités des acteurs aux différents niveaux afin de sécuriser les produits de santé notamment de SRMNIN de façon durable.
- ↳ Le renforcement des capacités des structures nationales pour s'assurer de la fiabilité de l'enregistrement des produits de santé (autorité de régulation pharmaceutique) et la fiabilité de la qualité des produits de santé (laboratoires de contrôle qualité).



© Vincent Tremeau

Méthodologie de suivi et évaluation et partage de résultats

Des études de segmentation et de cout-efficacité ont été réalisées avec l'appui des cabinets McKinsey (Niger, Mali, Tchad), et d'ARC et Chemonics en Mauritanie.

Une documentation des pratiques en matière de renforcement de la chaîne d'approvisionnement et de l'opérationnalisation de la stratégie de distribution des produits de santé jusqu'au dernier kilomètre, a été réalisée avec l'appui du partenaire Centre Humanitaire des Métiers de la Pharmacie (CHMP) (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Mauritanie, Niger, Tchad).

Résultats

Les principaux résultats obtenus sont listés de manière non exhaustive ci-dessous:

Système d'information et de gestions logistique (SIGL)

L'appui technique du projet a permis à tous les pays de disposer d'un référentiel national d'harmonisation de la gestion des données utilisant les technologies d'information et de communication (E-SIGL) et d'améliorer l'accessibilité aux données des stocks régionaux SRMNIN sur l'initiative de l'OOAS et du STR par une mise à disposition des données du dispositif PPMR/RSPA de l'OOAS avec l'appui de l'USAID Global Health Supply Chain Program. On peut ainsi noter dans chaque pays, les réalisations suivantes:

- ↳ **E-SIGL pour le Niger:** la vocation de ce dernier est de centraliser les données provenant des différents outils de la chaîne d'approvisionnement du Niger, (Fichiers Excel + macro), afin de produire un tableau de bord permettant au pays une gestion plus efficace et de meilleures prises de décisions.
- ↳ **OSPSANTE pour le Mali:** Centralisation des données provenant des Logiciels DIHS2, CHANNEL2, LOGIPPM, et DISPENSARV, Fichiers Excel + macro et outils papiers.
- ↳ **MSUPPLY pour la Côte d'Ivoire:** Centralisation des données provenant de SAGE, SOCIAL COPS, E-SIGL, Fichiers Excel + Macro, Outils papiers (Fichiers Excel + macro).
- ↳ **E-SIGL pour le Tchad:** Centralisation de données provenant des logiciels et autres supports utilisés dans la chaîne d'approvisionnement du pays.
- ↳ **DHIS2 pour la Mauritanie:** Centralisation de données provenant de CHANNEL2, Solutions Excel + macro et outils papiers.
- ↳ **E-SIGL intégré au système Endos/ DHIS2 au Burkina Faso:** Dans sa phase pilote de mise en œuvre.

Stockage des produits de santé et distribution, et renforcement des capacités des acteurs pharmaceutiques



- ↳ **Stockage des produits:** renforcement des conditions de stockage des produits de santé permettant de garantir un stockage adéquat et évitant ainsi leur dégradation.
- ↳ **Partenariat Public-Privé:** mise en œuvre de modèles pilotes de distribution au dernier kilomètre intégrant le secteur privé, pour capitaliser sur le savoir-faire du privé.
- ↳ **Renforcement de la logistique:** mise à disposition de moyens logistiques et d'outils de gestion de stocks pour gagner en efficacité.
- ↳ **Gouvernance pharmaceutique:** mise en place de mécanismes favorisant une gestion transparente et la bonne gouvernance auprès des différentes structures pharmaceutiques en charge de la gestion du médicament.
- ↳ **Coordination:** harmonisation des interventions des partenaires techniques et financiers sur la chaîne d'approvisionnement évitant ainsi la duplication et favorisant la complémentarité des financements en vue d'un objectif partagé. Cette coordination est également une opportunité de mobilisation de ressources additionnelles pour le financement des activités de la chaîne. L'exemple de la Côte d'Ivoire est une illustration.
- ↳ **Ressources humaines:** (i) conduite de plusieurs activités ayant permis un renforcement des capacités des acteurs, à des niveaux différents de la chaîne d'approvisionnement; (ii) actualisation des curricula de formation de base sur la chaîne d'approvisionnement des pharmaciens et d'autres prestataires de soins; (iii) formation des formateurs sur les techniques d'andragogie; (iv) identification et appui aux centres d'expertises des métiers de la chaîne d'approvisionnement.



© Vincent Tremeau

- ↳ **Renforcement du plateau technique des laboratoires** permettant de réaliser des tests conformément aux normes internationales pour s'assurer de la fiabilité des produits de santé et protéger ainsi les patients contre les risques d'utilisation de faux médicaments.
- ↳ **Mise en place de la démarche assurance qualité au sein du laboratoire** en vue d'obtenir une reconnaissance internationale; on peut noter l'accréditation ISO 17025 du LNSP en Côte d'Ivoire.
- ↳ **Renforcement des compétences du personnel des laboratoires et des autorités de régulation pharmaceutique** aux bonnes pratiques pharmaceutiques internationales pour en faire des leviers de la maîtrise de la sécurité et de la fiabilité de la chaîne du médicament.
- ↳ **Adoption du format CTD (reconnu au niveau international) dans 4 pays et réalisation de sessions communes d'enregistrement produits/fabricants** (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali et Niger) permettant de s'assurer de la conformité des dossiers soumis pour l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché dans les pays bénéficiaires du projet SWEDD, participant ainsi à la lutte contre les risques d'infiltration des faux médicaments dans la chaîne d'approvisionnement.

En somme, le projet SWEDD a permis la disponibilité des produits de SRMNIN jusqu'au dernier kilomètre dans l'ensemble des pays bénéficiaires. L'approche devrait permettre à terme une augmentation à plus de 90% du taux de disponibilité des produits de santé y compris les produits de SRMNIN au niveau des points de prestation de services (PPS).

Tous les pays disposent d'un **référentiel national** d'harmonisation de la gestion des données utilisant les technologies d'information et de communication et d'améliorer l'accessibilité aux données des stocks régionaux.



© Ollivier Girard

Facteurs qui assurent le passage à l'échelle / Reproductibilité

Les pays SWEDD ont initié une phase pilote de la stratégie de distribution des produits de santé jusqu'au dernier kilomètre. La Côte d'Ivoire a achevé sa phase pilote ; le Burkina Faso est en phase de démarrage de sa phase pilote matérialisée par la signature de contrat de transport de produits entre le Programme d'appui au développement sanitaire (PADS) et le prestataire privé ; le Mali est en phase test de deux scénarios dans le cadre du projet pilote. Au Tchad, le processus a été retardé par des contraintes budgétaires. Il est prévu de répliquer l'approche dans d'autres pays, accentuant la nécessité d'une direction intégrée encore plus pointue.

Leçons apprises / Défis et obstacles

Plusieurs facteurs clés de réussite peuvent être dégagés :

- ↳ L'approche systémique fondée sur des outils standardisés et systémiques dans les pays cibles du projet SWEDD ;
- ↳ Les propositions des pays SWEDD ont été élaborées autour du besoin d'améliorer les systèmes et processus plutôt que les équipements en vue d'un impact à long terme et durable ;
- ↳ Les parties nationales ont été au centre de ce processus, avec une collaboration entre plusieurs parties (ex., ministères nationaux impliqués dans la chaîne logistique, consultants en Afrique de l'Ouest avec une expertise de la transformation de la chaîne d'approvisionnement).

Les pays SWEDD ont initié une phase pilote de la stratégie de **distribution des produits de santé jusqu'au au dernier kilomètre.**

De manière spécifique sur la transformation de la chaîne d'approvisionnement on peut citer :

- ↳ Le renforcement du secteur public et la capitalisation du savoir-faire du secteur privé à travers l'expérimentation de la distribution au dernier kilomètre, dont il serait opportun d'en assurer la continuité ;
- ↳ Le positionnement de la bonne gouvernance et de la transparence au cœur du fonctionnement du secteur pharmaceutique, lequel nécessite d'être appuyé par l'harmonisation et l'efficacité des interventions dans le domaine de la chaîne d'approvisionnement ;
- ↳ La promotion des compétences des ressources humaines du système pharmaceutique, dont le maintien nécessitera un appui au fonctionnement et à la modernisation des centres d'excellence des métiers de la chaîne d'approvisionnement ;
- ↳ L'existence d'un référentiel national d'harmonisation et d'automatisation du SIGL dans tous les pays SWEDD et la nécessité de garantir sa finalisation et sa bonne exploitation et son maintien ;
- ↳ L'existence d'un cadre réglementaire sous régional et d'institutions nationales renforcées, qui opèrent pour garantir la fiabilité des produits de santé, constitue un acquis pour promouvoir le partage d'expérience et d'informations sur la qualité des produits de santé et sa surveillance à l'échelle régionale



Conclusions

L'approche visant la transformation de la chaîne d'approvisionnement, à travers sa bonne gouvernance et son renforcement, notamment la distribution des produits de santé jusqu'au dernier kilomètre va contribuer à l'amélioration des performances de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé, y compris les produits SRMNIN dans les pays SWEDD.

Bonne pratique #8

Engagement des chefs religieux et traditionnels pour éliminer les pratiques néfastes et booster le dividende démographique.

But

Contribuer au changement social et de comportement des populations en faveur de l'autonomisation des femmes et du dividende démographique.

Objectifs

- ↳ Renforcer l'implication des chefs religieux et traditionnels dans les initiatives politiques et communautaires en matière d'autonomisation des femmes et de dividende démographique.



© Ollivier Girard

Contexte



Dans les pays du Sahel, les facteurs religieux et culturels sont considérés comme majeurs dans la vie des personnes, de la communauté, et de la société. Les chefs religieux et traditionnels exercent une grande influence et peuvent devenir des acteurs et des alliés précieux pour le changement. Par ailleurs, de nombreux chefs religieux ont les compétences et la tribune appropriées pour s'exprimer et livrer des messages clés à leurs congrégations. En effet, le rôle des chefs religieux ne se limite pas à l'encadrement de la prière, du jeûne, de l'aumône, ou du pèlerinage. Ils agissent au quotidien pour de nombreuses questions sociales, et ont un regard dans les domaines de la culture ou de la santé.

L'objectif principal avec les chefs religieux et traditionnels est de renforcer leur implication dans les initiatives politiques et communautaires en matière d'autonomisation des femmes et de dividende démographique.



Descriptif du projet

Pour impliquer ces chefs religieux, le Secrétariat technique régional (STR) du Projet SWEDD s'est attaché à identifier et mobiliser, dans les pays concernés, des personnalités influentes parmi les intellectuels musulmans et chefs religieux et traditionnels. Ces chefs religieux ont été préparés à leur rôle d'acteurs de changement et champions pour atteindre la capture du dividende démographique par le projet SWEDD, qui a organisé à leur intention des voyages de partage d'expériences, d'identification des bonnes pratiques (Bangladesh) et de renforcement des capacités des leaders religieux et des chefs coutumiers au Caire.

A cet effet, l'UNFPA s'est attelé à organiser des rencontres avec les leaders religieux pour les informer sur les enjeux du dividende démographique, la santé de la mère et de l'enfant et sur les pratiques néfastes et dégradantes qui affectent les femmes et les filles notamment les mariages d'enfants, les grossesses précoces et les violences basées sur le genre.

Pour mettre à contribution les chefs religieux dans la création d'un environnement favorable pour le déploiement du projet SWEDD, deux grandes conférences ont été organisées en 2017 et 2018 respectivement à N'Djamena (Tchad) et à Nouakchott (Mauritanie) sur les thèmes « Islam, Dividende Démographique et Bien-être familial » et « Engagement des leaders religieux pour la capture du dividende démographique ». Un Congrès de l'Organisation de la Jeunesse Musulmane d'Afrique de l'Ouest (OJEMAO) a également été organisé sur le thème « Islam, mariage d'enfants, planification familiale et engagement de la jeunesse dans la capture du dividende démographique dans les pays membres de l'OJEMAO ». Cette Organisation regroupe plus d'une vingtaine d'associations musulmanes des jeunes du Bénin, du Burkina Faso, de la Côte d'Ivoire, de la Guinée Conakry, du Mali, du Niger, du Sénégal et du Togo.

L'objectif principal avec les chefs religieux et traditionnels est de renforcer leur **implication dans les initiatives politiques et communautaires** en matière d'**autonomisation des femmes** et de **dividende démographique**.

Méthodologie de suivi et évaluation et partage de résultats

Le projet SWEDD dispose d'une plateforme pour les décideurs politiques, les chefs religieux et autres leaders d'opinion clés pour traiter de sujets considérés comme sensibles dans la région.

Résultats

Le projet SWEDD a contribué de façon significative à renforcer la participation des leaders d'opinion (en particulier les chefs religieux et traditionnels) à travers l'octroi de financements pour la mise en œuvre des activités de sensibilisation, mais aussi à travers leur implication dans le processus de mise en œuvre des sous-projets en faveur des filles et des femmes.

Burkina Faso

Plus spécifiquement, au Burkina Faso, **772** leaders d'opinion (communautaires, religieux et coutumiers) se sont engagés à lutter contre le mariage des enfants en organisant des sessions de sensibilisation.

Mali

Au Mali, **612** leaders communautaires (coutumiers, religieux, leaders d'opinion) se sont mobilisés et impliqués dans les activités du sous-projet Santé de la reproduction des adolescentes et des jeunes. Il a également été organisé des sessions de plaidoyer dans les régions de Kayes, Sikasso, Ségou et Mopti avec les leaders religieux sur les thématiques de la planification familiale, de la lutte contre le mariage des enfants, de la promotion de l'autonomisation avec des engagements pris.

Mauritanie

En Mauritanie, **200** leaders religieux ont été formés comme relais pour organiser des sessions de sensibilisation (porte-à-porte, réunions communautaires et prêches du vendredi) dans leur communauté et pour appuyer les jeunes relais communautaires et les animateurs des clubs des futurs maris dans leurs séances de sensibilisation et de formation. Ces relais ont élaboré des plans d'action.

Tchad

Au Tchad, la mise en œuvre du plan d'action des religieux a contribué à influencer les normes sociales afin de faire rallier **1 310** leaders religieux, enseignants des centres coraniques, femmes prédicatrices autour des thématiques du projet SWEDD. Au total, **262 660** personnes touchées par des séances de sensibilisation à travers les lieux de culte. L'implication des imams prêcheurs, des femmes prédicatrices, des oulémas, des enseignantes des centres coraniques a été un succès et a permis de favoriser la prise de conscience collective autour des thématiques du projet SWEDD.



Facteurs qui assurent le passage à l'échelle / Reproductibilité

L'engagement des chefs religieux et traditionnels dans les interventions sur le dividende démographique et la SRMNIN constitue un facteur clé de la durabilité des actions du projet SWEDD, car il permet la poursuite de la mise en œuvre des plans d'action des religieux, qui incluent des activités de sensibilisation à mener lors des cultes et des prêches. Par ailleurs, la formation des religieux en techniques de communication et de plaidoyer sur les questions liées au mariage d'enfants, aux grossesses précoces et au dividende démographique permet un renforcement des capacités locales et un espoir pour une pérennisation des acquis du projet SWEDD. L'une des priorités du STR pour 2020 consiste à poursuivre le renforcement de l'environnement socioculturel (leaders religieux, traditionnels, communautaires, ...) de mise en œuvre des interventions en SRMNIN.

Formation des religieux en techniques de communication et de plaidoyer sur les questions liées au **mariage d'enfants**, aux **grossesses précoces** et au **dividende démographique**.

Leçons apprises / Défis et obstacles

Plusieurs facteurs clés de réussite peuvent être dégagés :

- ↳ les activités de plaidoyer et de sensibilisation intensive dans la zone d'intervention du projet ;
- ↳ l'importance accordée aux leaders religieux et traditionnels dans les différentes phases de mise en œuvre du projet ;
- ↳ l'octroi de financements aux leaders religieux pour la mise en œuvre des activités de sensibilisation ;
- ↳ la forte implication des leaders religieux et traditionnels, qui a favorisé l'adhésion des communautés ;
- ↳ le renforcement des capacités des leaders religieux et traditionnels pour leur participation à des conférences régionales et internationales sur les thématiques du projet SWEDD.

Comme difficultés rencontrées, on peut noter la réticence de certains chefs religieux et traditionnels à une adhésion complète aux bouleversements des normes sexo-spécifiques.

Conclusions

Malgré un contexte socio-culturel et religieux complexe dans les pays du Sahel, le projet SWEDD a aujourd'hui un engagement plus marqué des leaders religieux, politiques et chefs coutumiers en faveur de la promotion de la SRMNIN, du renforcement de l'autonomisation de la femme, de la promotion de la scolarisation des filles et de la lutte contre les violences basées sur le genre, en particulier le mariage des enfants et les grossesses précoces.

Cette démarche promeut efficacement la lutte contre les pratiques discriminatoires et les violences faites aux femmes et aux filles. Elle renforce également la planification familiale en s'appuyant sur les écritures saintes. Les leaders religieux et traditionnels travaillent en collaboration stratégique avec les gouvernements et autres partenaires de développement pour la réalisation des politiques de population et de promotion de l'égalité entre les hommes et les femmes.

Bonne pratique #9

Observatoires nationaux pour la capture du dividende démographique.

But

Suivre les efforts des pays membres du projet SWEDD vers l'atteinte et l'intégration du dividende démographique dans les Plans nationaux de développement économique et social.

Objectifs

- ↳ Développer les supports nécessaires pour la documentation du dividende démographique;
- ↳ Renforcer les capacités des cadres nationaux sur les questions de dividende démographique;
- ↳ Intégrer le dividende démographique dans les Plans nationaux de développement économique et social.

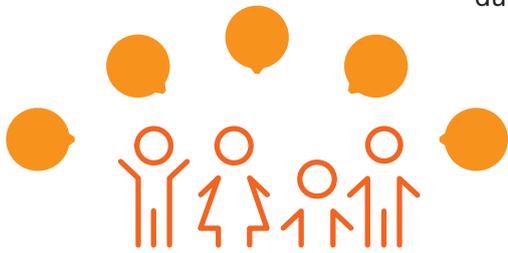


© Ollivier Girard

Contexte

Les pays africains en général, et du Sahel en particulier, ont longtemps connu des taux de fécondité et de mortalité très élevés. Grâce aux nombreuses améliorations dans le domaine de la santé, les taux de mortalité et de fécondité sont maintenant de plus en plus faibles. La population est donc de plus en plus jeune, ce qui est un atout économique : les jeunes ont une grande capacité à produire des richesses grâce à leur aptitude au travail. La transition démographique est ce passage de taux de natalité et de mortalité élevés, à des taux faibles, avec une période où la population est majoritairement jeune.

Le projet SWEDD ambitionne d'accélérer la transition démographique et de favoriser une croissance inclusive dans le Sahel et enfin de créer des conditions optimales pour la capture du dividende démographique. Pour contribuer au renforcement de l'élaboration des politiques et de la capacité d'analyse des acteurs nationaux sur les questions de dividende démographique, les pays SWEDD se sont dotés d'Observatoires nationaux du dividende démographique (ONDD).



© Ollivier Girard

Descriptif du projet

Indice composite de suivi du dividende démographique

1. dépendance économique
2. cadre de vie
3. pauvreté
4. capital humain
5. réseaux et territoires

Les ONDD permettent de produire des outils de suivi des indicateurs socio-économiques et démographiques et de renforcer la prise en compte de ceux-ci dans les stratégies de développement des pays afin d'optimiser la capture du dividende démographique. A cet effet, un indice composite de suivi du dividende démographique calculé sur la base de cinq dimensions (dépendance économique, cadre de vie, pauvreté, capital humain, réseaux et territoires) en lien avec les quatre piliers de la feuille de route du dividende démographique de l'Union africaine a été créé dans l'optique d'assurer la prise en compte et le suivi des indicateurs du dividende démographique tant au niveau national qu'au niveau régional. Appliqué dans tous les pays SWEDD, cet indice composite, nommé Demographic Dividend Monitoring Index (DDMI), mesure le niveau atteint par chaque pays en termes d'exploitation du dividende démographique. Il est un instrument de revue, de pilotage et d'anticipation. Il permet de faire le lien entre l'état des lieux du dividende démographique et les actions prioritaires à mettre en œuvre par les acteurs locaux sur la base des expériences territoriales.

Dans cette perspective et en vue d'accélérer la capture du dividende démographique en Afrique, l'UNFPA en tant qu'Appui technique du projet SWEDD, a élaboré et présenté à Nouakchott en février 2019 un Guide de programmation du dividende démographique, qui définit les différentes étapes du processus de prise en compte des questions relatives au dividende démographique dans les politiques de développement. Ces étapes, au nombre de 9, comprennent notamment l'élaboration des profils-pays, le suivi-évaluation (via la construction d'indice composite du dividende démographique), et le modèle de généralisation [conduisant à l'intégration du dividende démographique dans les Plans nationaux de développement (PND)]. Toutefois, avant d'aller vers le modèle de généralisation, une des étapes cruciales prévues par le Guide de programmation est le *gap analysis* qui fait un diagnostic des PND en mesurant ses lacunes en matière d'intégration des questions relatives au dividende démographique. Ce diagnostic s'effectue en se basant sur les champs ou dimensions définies par l'indice composite.

Le projet SWEDD ambitionne d'**accélérer** la transition démographique et de **favoriser** une croissance inclusive et enfin de créer des conditions optimales pour la **capture** du dividende démographique.



Méthodologie de suivi et évaluation et partage de résultats

Le suivi-évaluation et le partage de résultats se font à travers: (i) la production et la dissémination de rapports, de notes d'orientation et de bulletins d'informations sur les dimensions du dividende démographique, (ii) la réalisation d'études et de recherches sur le dividende démographique, (iii) des ateliers de dissémination des rapports sur le suivi du processus de capture du dividende démographique, (iv) des ateliers d'élaboration et de validation des monographies régionales, (v) des Conférences internationales sur le dividende démographique.

Résultats

Grâce au suivi des ONDD mis en place dans les pays membres du projet SWEDD, les Etats fournissent des efforts nationaux et régionaux à travers des politiques sociales et économiques encore plus adaptées à la population en général, et aux femmes et aux jeunes en particulier disposent du DDMI comme un tableau de bord pour comparer les progrès accomplis dans la réalisation d'objectifs chiffrables, procéder à des choix informés, et optimiser les stratégies nationales. Par exemple, les données des ONDD montrent que la zone SWEDD n'exploite pas encore son potentiel de dividende démographique, avec un DDMI de 39% et un ratio de soutien de 39%.

Facteurs qui assurent le passage à l'échelle / Reproductibilité

Le projet SWEDD a poursuivi, grâce à son partenariat avec le Centre de Recherche en Economie et Finance Appliquée de Thiès/Centre Régional d'Excellence en Économie Générationnelle (CREFAT/CREG), les formations en NTA et en démographie, la production des profils pays sur le dividende démographique et l'opérationnalisation des ONDD, le renforcement des capacités nationales sur le dividende démographique et le suivi du DDMI et son intégration dans les Plans nationaux de développement économique et social. Ce qui peut constituer un facteur clé de la durabilité des acquis du projet en la matière.

Par ailleurs, sous l'impulsion de l'UNFPA, certains pays non membres du projet SWEDD, notamment la République Démocratique du Congo et le Togo, ont entamé des formations visant la mise en place de leur observatoire. L'une des priorités du STR pour 2020 est de poursuivre le renforcement des Observatoires en vue de leur interconnexion.

Leçons apprises / Défis et obstacles

Plusieurs facteurs clés de réussite peuvent être dégagés notamment l'engagement des gouvernements et des élus à tous les niveaux (communes, régions et national), ainsi que la prise de conscience de l'importance du dividende démographique à tous les niveaux.

Toutefois, certaines difficultés ont été rencontrées notamment en ce qui concerne l'ancrage institutionnel des ONDD et la réalisation des études et recherches en lien avec le dividende démographique.

Conclusions

La mise en place des ONDD dans les pays SWEDD participe au renforcement des capacités pour l'élaboration des politiques de suivi et d'évaluation liées aux questions du dividende démographique.

Les **ONDD** permettent de produire des outils de suivi des indicateurs socio-économiques et démographiques dans les stratégies de développement des pays.

Bonne pratique #10

Centres d'excellence et de formation en Master en sciences infirmières et obstétricales.

But

Soutenir les institutions de formation pour la mise à disposition du personnel de santé qualifié nécessaire à la prestation des services de SRMNIN de qualité.

Objectifs

- ↳ Rendre opérationnelle l'initiative régionale de renforcement des capacités pour la formation des professionnels de santé aux Masters en sciences infirmières et obstétricales dans les Centres d'Excellence ;
- ↳ Renforcer les capacités des sages-femmes et des infirmiers pour en faire des enseignants de qualité afin d'améliorer la qualité de l'enseignement dispensé par les institutions de formation ;
- ↳ Accompagner les pays du Sahel dans leurs efforts pour combler le déficit du personnel de santé qualifié nécessaire à la prestation des services de SRMNIN ;
- ↳ Contribuer à l'atteinte de trois résultats transformateurs de l'UNFPA à savoir zéro décès maternel, zéro besoin non satisfait en PF et zéro VBG.

Contexte



décès maternels

500 pour
100 000

naissances vivantes

Le ratio de mortalité maternelle dans les pays SWEDD compte parmi les plus élevés au monde et atteint plus de 500 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. De ce fait, la réduction de la mortalité maternelle, infantile et néonatale repose sur des piliers essentiels comprenant la prise en charge des patients à travers des prestations des soins de santé de qualité. Ainsi la mise à disposition de ressources humaines de qualité constitue un des leviers indispensables à la lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infantile. Dans un contexte de déficit quantitatif et qualitatif des ressources humaines en santé, un investissement dans la qualité de la formation aura un impact considérable sur la santé maternelle, néonatale et infantile.

En vue de contribuer à combler le déficit d'enseignants qualifiés en pratique de sage-femme dans les institutions de formation des agents de santé (sages-femmes et infirmiers), le projet SWEDD a mis en place le programme des Centres d'Excellence pour la formation au Master en sciences infirmières et obstétricales sous la coordination de l'OOAS, de l'UNFPA, la Banque mondiale et la participation de six premiers pays membres du projet. Ainsi, quatre pôles régionaux d'excellence ont été mis en place pour renforcer les capacités des pays à augmenter le nombre et la qualité des sages-femmes.



© Ollivier Girard

Descriptif du projet

Pour la mise en œuvre du programme des Centres d'Excellence pour la formation au Master en sciences infirmières et obstétricales, le projet SWEDD a procédé à une revue des institutions de formation des agents de santé des pays membres du projet. A l'issue d'un appel à manifestation d'intérêt, quatre (04) institutions de formation d'Abidjan, de Bamako, de Niamey et de Nouakchott ont été retenues pour proposer un système de Licence-Master-Doctorat (LMD), afin de revaloriser et approfondir les enseignements de base et donner à la sage-femme comme à l'infirmier un accès à un Master—soit quatre semestres d'études. Ce sont :

- ↳ le Master en pédagogie des sciences de la santé à l'Institut national de formation des agents de santé (INFAS) d'Abidjan (Côte d'Ivoire);
- ↳ le Master en management des services de santé à l'Institut national de formation en sciences de la santé (INFSS) de Bamako (Mali);
- ↳ le Master en gynécologie-obstétrique à l'Ecole nationale de santé publique/Damouré Zika (ENSP/DZ) de Niamey (Niger);
- ↳ le Mentorat clinique à l'Ecole Nationale Supérieure des Sciences de la Santé (EN3S) de Nouakchott (Mauritanie).

Les Centres d'Excellence d'Abidjan, de Bamako et de Niamey formeront pour commencer des cohortes respectives de 36, 32, 34 étudiants, venus de six pays couverts par le projet SWEDD (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Mauritanie, Niger et Tchad). Les étudiants concernés, sélectionnés par concours après obtention du Baccalauréat et d'un niveau d'études équivalent à la Licence, justifient de trois ans d'expérience dans le secteur de la santé. Ils sont logés en internat et touchent des bourses allant de 200 000 à 500 000 francs CFA, selon les modalités en vigueur dans leurs pays respectifs.

L'effort déployé vise à donner des perspectives d'avenir à des jeunes ayant pour vocation d'apporter des soins de santé. Il cherche également à changer les perceptions autour des métiers concernés, pour attirer plus d'étudiants et leur donner accès à des méthodes modernes d'apprentissage – du matériel sophistiqué avec des mannequins, des possibilités de « e-learning » et des sites de stage. Par ailleurs, leur formation et leur sensibilisation permettront de s'assurer qu'une fois leur diplôme en poche, ils se prêteront à un travail cardinal de meilleure répartition géographique des personnels de santé.

Les formations devraient permettre à terme de disposer dans l'ensemble des six pays couverts d'au moins 252 infirmiers, maïeuticiens et sages-femmes de niveau Master, qui pourront à leur tour former leurs pairs. En effet, tous les apprenants sélectionnés devront s'engager à servir pendant trois ans en tant que formateur dans les centres de formation de leurs pays. Par ailleurs, les trois Centres d'Excellence d'Abidjan, de Bamako et de Niamey ont prévu de s'ouvrir dans un second temps au reste de l'Afrique. Tous les autres pays du continent pourront y envoyer leurs sages-femmes et infirmiers pour bénéficier des différentes formations.



Méthodologie de suivi et évaluation et partage de résultats

Le suivi-évaluation de la fonctionnalité des Centres d'Excellence se fait à travers: (i) l'organisation de réunions trimestrielles regroupant les responsables des Centres d'Excellence, les unités de gestion du projet (UGP), l'OOAS et l'UNFPA; (ii) les missions de supervision semestrielle dans les Centres d'Excellence et les pays membres du projet SWEDD.

Par ailleurs, une analyse situationnelle de l'impact de la COVID-19 sur le fonctionnement des Centres d'Excellence, menée par l'UNFPA et l'OOAS, a permis de recueillir les informations ayant facilité la formulation des recommandations déclinées en feuille de route pour leur renforcement de capacités.

La réduction de la mortalité maternelle, infantile et néonatale repose sur des piliers essentiels comprenant la prise en charge des patients à travers des prestations des soins de santé de qualité

Résultats

Le programme des Centres d'Excellence a permis le recrutement et la formation d'une première cohorte de **102** apprenants inscrits au Master en sciences infirmières et obstétricales (**36** apprenants à l'INFAS d'Abidjan dont un décédé, **32** à l'INFSS de Bamako, et **34** apprenants à l'ENSP/DZ de Niamey dont un abandon). Ces apprenants ont bénéficié des cours théoriques, des travaux pratiques/travaux dirigés (TP/TD) et des évaluations des semestres 1 et 2, qui ont été réalisés avec un taux de réussite de 100% pour les candidats ayant pris part aux examens. Les semestres 3 et 4 sont en cours d'exécution ainsi que les stages et la préparation de mémoire. La sortie de la première cohorte est prévue pour la fin de l'année 2020 à l'INFAS et à l'INFSS, alors que l'ENSP/DZ a planifié la sortie de la première cohorte en février 2021. Le recrutement de la deuxième cohorte fait l'objet d'un suivi particulier auprès des UGP afin de faciliter la finalisation du processus de recrutement pour une rentrée académique avant la fin de l'année 2020.

Par ailleurs, une feuille de route pour le renforcement des Centres d'Excellence, issue de différentes consultations, a été planifiée pour la période 2020-2024 et est centrée sur 4 axes majeurs à savoir (i) le renforcement de capacités des Centres d'Excellence, (ii) la digitalisation et la mise en place d'une plateforme de e-learning, (iii) l'accréditation CAMES, et (iv) la pérennisation de l'initiative.

Facteurs qui assurent le passage à l'échelle / Reproductibilité

L'une des priorités du Secrétariat Technique Régional (STR) pour 2020 est d'appuyer les institutions de formation des sages-femmes, y compris les 3 Centres d'Excellence. Une réunion de concertation sur les Centres d'Excellence a été organisée et a réuni une cinquantaine de participants issus des 9 pays membres du projet, de CHMP, de l'UNFPA, l'OOAS et de la Banque mondiale. La session a servi de cadre pour partager les résultats de l'analyse diagnostic de l'impact de la COVID-19 sur le programme des cours et de proposer un plan de relèvement des Centres d'Excellence. L'adoption de la feuille de route conjointe et la résolution des problèmes soulevés contribueront à un meilleur fonctionnement des centres d'excellence.

Par ailleurs, l'approche sur le mentorat clinique des sages-femmes sera étendue à tous les pays du projet. Pour cela, l'UNFPA, en collaboration avec ses partenaires (OMS, UNICEF, SAGO, ICM, FASFAF, JHPIEGO), a développé une série de matériels didactiques au cours d'un atelier national organisé en Mauritanie, sous la présidence du ministre de la santé, comprenant (i) un curriculum de la formation, (ii) un guide du formateur et (iii) un cahier de l'apprenant.

Leçons apprises / Défis et obstacles

Près de 2 ans après la mise en œuvre de la phase pilote du programme des Centres d'Excellence, l'analyse situationnelle de leur suivi a permis de dégager les premières leçons apprises à savoir :

- ↳ la nécessité de renforcer la coordination par l'instauration d'une réunion semestrielle entre les principaux acteurs de mise en œuvre ;
- ↳ la nécessité d'harmoniser certains critères de sélection des candidats notamment les niveaux de base afin de faciliter les critères d'accréditation des diplômes par le CAMES ;
- ↳ l'introduction de la flexibilité dans le système LMD par l'anticipation des modules d'un semestre selon l'opportunité afin de rattraper les périodes d'apprentissage.

Toutefois, certains obstacles et difficultés servent aussi de leçons et doivent être identifiées comme telles. On peut citer entre autres :

- ↳ le caractère innovant de l'approche, qui engendre des situations nouvelles auxquelles il faut apprendre à trouver des solutions ;
- ↳ le processus de sélection des étudiants qui reste toujours un défi à travers la définition des critères consensuels de sélection (âge, diplôme de base, profil, expériences professionnelles...);
- ↳ la difficulté d'harmonisation des modalités de sélection par concours ou sélection des dossiers ;
- ↳ la vie sociale des étudiants à travers le paiement des bourses, les couvertures d'assurance maladie, la gestion des vacances et des stages retours au pays des étudiants ;
- ↳ les défis de coordination entre les différents acteurs impliqués (Écoles, UGP, UNFPA, OOAS).

Conclusions

La mise en place du programme des centres d'excellence a permis de soutenir les pays SWEDD dans leurs efforts pour combler le déficit du personnel de santé qualifié nécessaire à la prestation des services de SRMNIN.

Bonne pratique #11

La campagne #StrongerTogether pour la riposte contre la COVID-19 et la continuité des interventions en faveur des femmes.

But

Sensibiliser les communautés et toutes les parties prenantes sur la prise en compte de la situation particulière des adolescentes, de l'urgence de continuité des services d'éducation, de la mise en place des espaces sûrs pour les jeunes filles et pour la prévention et la prise en charge des cas de VBG.

Objectifs

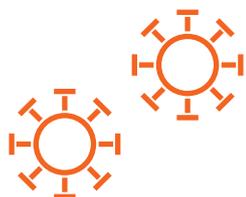
- ↳ Former les populations sur les risques de la COVID-19 et sur l'hygiène, la santé menstruelle, et la santé de la reproduction ;
- ↳ Susciter l'engagement des communautés et des leaders d'opinion dans la prévention et la protection des jeunes filles et des femmes contre les violences basées sur le genre (VBG) ;
- ↳ Assurer la continuité des services intégrés de santé reproductive/planification familiale dans les zones d'intervention du projet SWEDD ;
- ↳ Impliquer les réseaux sociaux, les incubateurs des jeunes dans la mobilisation sociale et communautaire ;
- ↳ Favoriser l'adoption des comportements à moindre risque.

Contexte

A l'instar des autres nations, tous les pays du projet SWEDD sont touchés par la pandémie de la COVID-19. A la date du 16 octobre 2020, le Burkina Faso, enregistrait 2320 cas confirmés dont 63 décès. La Côte d'Ivoire comptait 20257 cas dont 121 décès. Au Mali, c'était 3368 personnes infectées dont 132 morts. La Mauritanie dénombrait 7577 cas dont 163 décès. Au Niger, on comptait 1124 cas dont 69 morts. Le Tchad enregistrait 1350 cas confirmés et 66 décès.

En dehors du bilan sanitaire et humain inquiétant avec un total de 35 996 cas confirmés et 614 décès pour les six pays (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Mauritanie, Niger et Tchad) à la date du 16 octobre 2020, la COVID-19 fragilise davantage les économies des pays du projet SWEDD en raison principalement des mesures de restrictions de mouvements prises par les différents pays concernés telles que la suspension des liaisons aériennes et terrestres entre les pays, la distanciation sociale, les couvre-feux ou l'état d'urgence qui sont décrétés. Une telle situation fait tourner les économies au ralenti.

Les femmes sont particulièrement touchées par les retombées néfastes de la crise due à la COVID-19 car la majorité d'entre elles travaillent dans des secteurs sévèrement affectés comme l'économie informelle qui fait vivre 85% de la population. La fermeture des écoles emporte également des conséquences sur l'organisation des femmes devant s'occuper des enfants à la maison en même temps qu'elles se battent pour subvenir aux besoins de leurs familles. L'augmentation du chômage, la précarité et le manque d'information peuvent conduire à une recrudescence des mariages et grossesses précoces.



COVID-19 dans les pays du projet SWEDD

	cas confirmés	décès
Burkina Faso	→ 2320	63
Côte d'Ivoire	→ 20257	121
Mali	→ 3368	132
Mauritanie	→ 7577	163
Tchad	→ 1350	66



© Ollivier Girard

Outre la fragilité culturelle des voies de recours en cas de violences basées sur le genre eu égard aux conséquences psychologiques de la crise sur les familles dans les pays les plus affectés, la crise due à la COVID19 réduit l'accès des femmes aux services de SRMNIN étant donné que tous les services sont concentrés vers les besoins médicaux essentiels liés à la pandémie.

Pour accompagner les pays dans la riposte à la COVID-19, la relève et la continuité des interventions en faveur de l'autonomisation des femmes et des jeunes filles, le projet SWEDD a lancé la campagne #StrongerTogether. Cette campagne sensibilise sur l'accès à l'eau et à l'assainissement, la gestion de l'hygiène menstruelle, les rôles positifs des hommes dans la lutte contre les VBG (mariages et grossesses précoces, mutilations génitales féminines). Elle est centrée sur l'accès à l'enseignement à distance des filles et des adolescentes, et l'importance de leur retour à l'école, du respect de leurs droits et dignités.

Descriptif du projet

La campagne #StrongerTogether pour la riposte contre la COVID-19 et la continuité des interventions en faveur des femmes a combiné plusieurs approches pour plus de synergies :

- ↳ **Communication multimédia et de proximité** : diffusions de supports développés sur la prévention et la protection contre la COVID-19, l'accès aux cours à distance et le retour à l'école, la santé reproductive, la planification familiale, l'accès à l'eau, la gestion de l'hygiène menstruelle, les violences basées sur le genre incluant la responsabilité des hommes. Les partenaires impliqués dans ces activités sont : les radios de proximité, les télévisions nationales et régionales, les médias digitaux, les célébrités africaines.
- ↳ **Offre intégrée de services à base communautaire** : distribution de kits de dignité, de gel hydro alcoolique, d'équipements de protection individuelle en faveur des femmes, des filles et des adolescentes cibles du projet dans les espaces sûrs, les clubs des maris et les clubs des futurs maris ; distribution de gel hydro alcoolique et d'équipements de protection individuelle en faveur des agents de santé dans les zones d'intervention du projet ; distribution à base communautaire ou de proximité de produits de SR/PF. Les partenaires impliqués dans ces activités sont : les mentors, les communicateurs, les leaders traditionnels et religieux, les femmes, les jeunes, les incubateurs de start-ups, les agents de santé, les enseignants.
- ↳ **Renforcement de capacités des acteurs de mise en œuvre** : formations des acteurs clés (personnels de santé, ONGs intervenant dans le projet SWEDD, acteurs communautaires des espaces sûrs et des clubs des maris et des clubs des futurs maris, autorités locales, leaders religieux et traditionnels, réseaux de femmes et de jeunes, journalistes et communicateurs) sur l'offre de services en situation de crise. Les modules de formation incluent : (i) l'introduction de la campagne, la définition des concepts, la pandémie de COVID-19, ses impacts et mesures barrières ; (ii) le lien entre les impacts de la COVID-19 et la vulnérabilité des filles et des femmes (abandon scolaire, mariage d'enfants, grossesses des adolescentes, violences basées sur le genre, perte de revenus et activités génératrices de revenus) ; (iii) les réponses en mettant l'accent sur la continuité des services à la communauté (éducation, santé, espaces sûrs, clubs des maris et clubs des futurs maris). Les partenaires impliqués dans ces activités sont : Promundo, CREFAT, Population Council, CHMP, WSSCC, ONG, UGP et UNFPA.

Modules de formation:

1. introduction de la campagne
2. impacts sur filles et femmes
3. continuité des services à la communauté



© Ollivier Girard

Méthodologie de suivi et évaluation et partage de résultats

Les activités de la campagne #StrongerTogether ont été couvertes par plus de 49 médias africains. Les supports sont également diffusés sur les pages Facebook, Instagram, Twitter et YouTube de l'UNFPA et des influenceurs et blogueurs. Le suivi-évaluation de la campagne se fait à travers le suivi et la supervision des activités et la collecte de données.

La campagne **#StrongerTogether** sensibilise sur l'accès à l'eau et à l'assainissement, la gestion de l'hygiène menstruelle, les rôles positifs des hommes dans la lutte contre les VBG

Résultats

La campagne #StrongerTogether a permis d'assurer la continuité des interventions en faveur de l'autonomisation des femmes et des jeunes filles. Au titre des résultats engrangés, on peut citer :

- ↳ **500** acteurs communautaires clés formés et mobilisés sur la prévention et la gestion de la COVID-19, la gestion de l'hygiène menstruelle, l'accès à la santé de la reproduction/planification familiale, et la lutte contre les violences basées sur le genre ;
- ↳ **900** jeunes volontaires mobilisés pour informer les hommes et les communautés sur la COVID-19, les violences basées sur le genre, la santé de la reproduction ;
- ↳ **500** espaces sûrs et **100** centres de santé dans les zones d'intervention du projet ont bénéficié de kits d'information et de prévention, d'équipements de protection individuelle, de produits d'hygiène et de santé de la reproduction ;
- ↳ **10 000** kits de dignité et **500** kits alimentaires sont distribués aux communautés ;
- ↳ **10** millions de personnes sont exposées aux messages à travers différents canaux de communication ;
- ↳ la mise en place des plateformes d'apprentissage et d'innovation en temps réels ;
- ↳ la production d'un module de formation pour développer les capacités des acteurs communautaires à accompagner les pays SWEDD dans la riposte à la COVID-19 et la lutte contre les vulnérabilités des femmes et des filles.

Par ailleurs, des innovations ont été réalisées pour assurer la continuité des services en modifiant l'offre de travail dans le métier de la couture. Du fait des nouveaux besoins en protection, la confection de masques par les filles des espaces sûrs est devenue une opportunité pour assurer les mesures barrières de prévention. Par exemple, au Niger, les jeunes filles engagées dans la formation professionnelle à travers la couture et le stylisme ont été orientées dans la confection des masques sous la forme de bavette. Ce réajustement par l'offre a été opéré par le Centre de formation des adolescentes en stylisme-modélisme (CFSM) de Niamey. Ce centre a été équipé de machines à coudre modernes dans le cadre de la formation professionnelle des jeunes filles des espaces sûrs. Depuis 2017, il accueille les bénéficiaires des espaces sûrs qui désirent être formées en stylisme et modélisme. En temps de COVID-19, l'UNFPA a passé une commande de confection des masques à mettre à la disposition des groupements des femmes, des personnels des hôpitaux et centres de santé. Ainsi, 300 filles s'attellent à la confection des masques et reçoivent pour chaque pièce 300 FCFA. Elles se sont engagées à faire l'épargne pour pouvoir s'acheter chacune une machine à coudre dans quelques mois. Le centre de couture fonctionne à feu continu et livre les lots de masques à l'UNFPA.

Facteurs qui assurent le passage à l'échelle / Reproductibilité

Les activités de la campagne #StrongerTogether pour la riposte contre la COVID-19 et la continuité des interventions en faveur des femmes et des jeunes filles sont le fruit conjugué des efforts du Secrétariat Technique Régional (STR) et les pays SWEDD. Les différents acteurs de mise en œuvre ont bénéficié de formations pour la réalisation des objectifs de la campagne. Ce qui peut contribuer à assurer la pérennité des acquis des actions en la matière.

Leçons apprises / Défis et obstacles

Plusieurs leçons apprises peuvent être dégagés :

- ↳ la nécessité d'avoir l'adhésion des leaders coutumiers et religieux, relais pour la mobilisation des membres de leur communauté ;
- ↳ la nécessité d'assurer la distribution des produits de SRMNIN jusqu'au dernier km pour contribuer à la réduction des besoins non satisfaits en PF et des grossesses non désirées dans les zones reculées ;
- ↳ la nécessité de contribuer à la protection des agents de santé et des pensionnaires des structures d'autonomisation (espaces sûrs, clubs des maris et des futurs maris) dans les zones d'intervention du projet.

Conclusions

La campagne #StrongerTogether a permis de renforcer la résilience des communautés face à la pandémie de la COVID-19 et d'assurer la continuité des services de SRMNIN, y compris en protégeant le personnel de santé.

L'UNFPA a passé une commande de **confection des masques** à mettre à la disposition des groupements des femmes, des personnels des hôpitaux et centres de santé

Conclusion et recommandations

En matière d'autonomisation des femmes et de dividende démographique au Sahel ou ailleurs, il est impossible d'affirmer qu'une recette miracle transposable existe. Il est cependant possible de partager l'existence de bonnes pratiques et d'en dégager les points forts, riches et percutants. L'étude des onze (11) bonnes pratiques a permis de montrer les impacts et changements positifs apportés par les différentes expériences novatrices du projet SWEDD, d'observer leur pertinence, leur efficacité, leur efficience, leur durabilité, et leur capacité à être reproduites à plus grande échelle. Les onze (11) bonnes pratiques documentées ici sont sources de richesses, d'apprentissages, de réflexions. Avant de proposer les recommandations qui se dégagent suite à l'étude de ces bonnes pratiques, il semble important de préciser que cette étude comporte certaines limites. Ces limites concernent le fait qu'il est difficile d'analyser des projets à travers une analyse de documents, si divers soient-ils, car les données peuvent parfois manquer d'objectivité et omettre de préciser quelques lacunes et faiblesses.



© Ollivier Girard

Afin que s'opèrent des changements significatifs et durables en matière d'autonomisation des femmes et de dividende démographique au Sahel, il semble primordial de formuler également quelques recommandations :

Au niveau stratégique :

- ↳ Prendre en compte l'existence d'intervenants différents sur la même thématique dans la zone d'intervention du projet ;
- ↳ Réaliser ou mettre à jour une cartographie des acteurs et interventions en SRMNIN afin d'améliorer la synergie des interventions entre les différents acteurs ;
- ↳ Approfondir la collaboration et l'échange avec d'autres partenaires techniques et financiers (PTF) en ce qui concerne les questions d'éducation des filles et d'abandon du mariage d'enfants, en vue d'identifier et d'exploiter des synergies et complémentarités d'action ;
- ↳ Mettre en place un système de suivi-évaluation régulier et systématique à travers des outils harmonisés et des indicateurs de suivi précis ;
- ↳ Axer les données sur le rapport coût-efficacité pour pouvoir clairement faire un lien entre impact et coûts unitaires d'intervention ;
- ↳ Assurer la durabilité des Centres d'Excellence à travers la mobilisation des ressources nationales.

Au niveau opérationnel :

- ↳ Partager avec tous les acteurs engagés les objectifs et résultats attendus afin de donner un sens à toutes les actions prévues ;
- ↳ Favoriser davantage l'échange et le partage d'expériences entre les partenaires d'exécution du projet ;
- ↳ Suivre, évaluer et partager régulièrement les résultats avec les bénéficiaires pour qu'ils s'approprient les acquis du projet.

L'étude des bonnes pratiques a permis de montrer les impacts et changements positifs apportés par les différentes expériences novatrices du projet SWEDD.

Annexe 1: Canevas de documentation des bonne pratiques

TITRE DE LA BONNE PRATIQUE À DOCUMENTER

BUT

OBJECTIFS

RÉSULTATS ESCOMPTÉS

CONTEXTE

DESCRIPTIF DU PROJET

MÉTHODOLOGIE DE SUIVI ET ÉVALUATION ET PARTAGE DE RÉSULTATS

RÉSULTATS

FACTEURS QUI ASSURENT LE PASSAGE À L'ÉCHELLE / REPRODUCTIBILITÉ

LEÇONS APPRISES / DÉFIS ET OBSTACLES

CONCLUSIONS

TÉMOIGNAGE / RÉCIT DE VIE

ILLUSTRATIONS: PHOTOS / VIDÉOS

Remerciements

Rédacteur en chef

Justin Koffi

Rédactrice

Marie Chantal Uwitonze

Écrivain

Yantema Onadja

Revue

Mohamed ould Ahmedabd

Tolotra Andriamanana

Elisabeth Diouf

Lauren Bolinger

Na Gnima Konte

Issa Bara

Babacar fall

Concepteur

LS graphic design

Image de couverture

Vincent Tremeau



LA BANQUE MONDIALE
BRD - IDA



Secrétariat technique régional du SWEDD

Situé au Fonds des Nations Unies pour la population
Bureau régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre

Route du King Fahd Palace,
Almadies – PO Box 21090 Dakar, Sénégal

<http://www.projetswedd.org>

<https://www.facebook.com/sweddpotentiel>