

Sixième Conférence Africaine sur la Population

La Population Africaine: Passé, Présent et Futur

Ouagadougou (Burkina Faso), Décembre 2011

Titre: *La participation communautaire pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile au Bénin*

Auteur: A.W. LAWANE-GIBIGAYE, Centre de Formation et de Recherche en Population (CEFOP), Cotonou, BENIN

1. RESUME

Le Bénin, comme la plupart des pays pauvres, a un ratio assez élevé de 397 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (INSAE, 2007), décès souvent accompagnés de la mort du nouveau-né. Cette forte proportion de décès maternels relève de multiples facteurs dont entre autres la faible fréquentation des structures de santé.

La présente communication fait suite à une étude essentiellement qualitative qui a été menée entre juin et décembre 2010. Elle a consisté en **une évaluation du processus de la mise en œuvre des interventions communautaires** de la Stratégie de réduction de la mortalité maternelle et néonatale du Bénin dans la Zone Sanitaire Covè-Zangnanado-Ouinhi, au centre du pays et qui vise à améliorer la fréquentation des structures de santé par les femmes en âge de procréer ou déjà enceintes et les accouchées récentes.

MOTS CLES : Santé maternelle, Mortalité maternelle, Santé de la reproduction, Planification familiale, Droit de la santé, Soins obstétricaux d'urgence, Participation communautaire, Evaluation et santé, Bénin

2. INTRODUCTION

La mortalité maternelle reste un problème de santé publique dans les pays en développement où "*chaque minute une femme meurt* " de complications obstétricales (OMS, FNUAP, UNICEF, Banque Mondiale, 1999, p. 2). Cette mortalité est estimée en Afrique à en moyenne 900 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes d'après l'OMS en 2008 (OMS, 2009) contre une moyenne de 27 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en Europe ; un écart de plus en plus grandissant et qui persiste depuis des décennies. Ces décès maternels s'accompagnent pour la plupart du temps des décès des nouveau-nés dans les 28 jours suivant la naissance.

Cette situation a amené des pays de l’Afrique sub-saharienne à adopter pour la première fois, dans les années 1980-1990, les *Politiques de population* visant entre autres, la baisse de la morbidité et de la mortalité, notamment infantile et maternelle à travers le développement de programmes de santé de la reproduction et la lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et le VIH/Sida (OUEDRAOGO, 2010).

Au Bénin, dans la perspective de l’atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), il a été élaboré en 2006, la Stratégie Nationale de Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale (SNRMMN) pour qu’en 2015, les décès maternels dont le ratio s’élève à 397 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2006 (EDS, 2006), puissent être réduits de trois-quarts.

Il est admis que les causes médicales du décès maternel sont les mêmes partout. Seulement, en Afrique, des pesanteurs sociologiques et des difficultés d’ordre socioéconomique font que le plus grand nombre de décès maternels y est enregistré que partout ailleurs dans le monde.

Le Bénin, avec en moyenne 397 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes et 38,2 décès de nouveau-nés avant 28 jours pour 1000 naissances vivantes en 2006 (INSAE, 2007) et s’inscrivant dans l’optique d’améliorer la santé maternelle et néonatale, a élaboré le *Document de Stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle et néonatale (SNRMMN)* en mars 2006, qui couvre une période de dix (10) ans (de 2006 à 2015). Cette dernière est subdivisée en deux phases : la première allant de 2006 à 2010 consiste en *une phase de préparation, d’impulsion et d’intensification caractérisée par des activités à haute intensité de préparation et lancement de l’initiative de réduction de mortalité maternelle et néonatale au Bénin et une seconde période (2011-2015) de consolidation et de stabilisation caractérisée par la consolidation des activités mises en chantier lors de la première phase avec des mesures d’ajustement* (MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2006). Au total quinze Zones sanitaires (ZS) – le niveau périphérique de la pyramide sanitaire du Bénin – fonctionnelles sur les trente-quatre que compte le pays sont concernées par cette Stratégie. Mais, cinq ans après le lancement de la Stratégie, toutes les ZS ciblées ne sont pas au même niveau de mise en œuvre.

L’étude consiste à une **Evaluation du processus de la mise en œuvre des interventions communautaires de la Stratégie de réduction de la mortalité maternelle dans la Zone Sanitaire¹ Covè-Zangnanado-Ouinhi** où la mise en œuvre est vraiment effective. Ce travail

¹ Selon la réorganisation de la pyramide sanitaire du Bénin en 1998, la Zone Sanitaire (ZS) représente l’entité opérationnelle du système de santé et regroupe en son sein un réseau de formations sanitaires publiques et

d'évaluation cherche à comprendre le mécanisme de mise en application de la Stratégie au niveau communautaire et de proposer des mesures correctives pour les futures actions à mener pour la deuxième phase, de sorte que dans ce département² du Bénin les résultats attendus de la SNRMMN soient atteints.

3. APPROCHE METHODOLOGIQUE

Les données de cette étude sont issues de deux principales sources :

- la revue documentaire sur la question de la mortalité maternelle dans le monde et au Bénin, le Plan Stratégique de Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale (2006) et son plan quinquennal opérationnel, les grilles de collectes des informations sur les activités réalisées par les relais communautaires, les sources de données officielles comme le dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2002, les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS de 2006), les monographies communales (2006) et les Annuaire des Statistiques Sanitaires (ASS de 2008 et 2009);
- l'enquête qualitative a permis de réaliser des entretiens avec les différents acteurs concernés par la mise en œuvre des interventions communautaires dans la ZS Covè-Zangnanado-Ouinhi (CoZO). Sélectionnés sur la base d'un choix raisonné, ces acteurs sont des membres de l'Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire (EEZS) notamment le Médecin coordonnateur de la Zone sanitaire (MCZS) et le Technicien d'Hygiène et d'Assainissement qui est le point focal aux activités communautaires au niveau de la ZS ; au niveau de la communauté, des membres des Comités de Gestion des Centres de Santé (COGES), un responsable de la principale radio locale partenaire dans la mise en œuvre des activités communautaires et des relais communautaires de la ZS Covè-Zangnanado-Ouinhi qui sont les principaux acteurs de terrain ont également été interrogés. Enfin, des membres des équipes des deux Partenaires Techniques et Financiers (PTF) qui appuient la mise en œuvre des interventions communautaires dans la ZS ont été interviewés.

privées, appuyées par un hôpital de référence appelé Hôpital de Zone (HZ) et qui dessert une aire géographique de 100 000 à 200 000 habitants.

² Le Bénin est subdivisé en 12 départements. Chaque département est subdivisé en communes et ces dernières sont à leur tour subdivisées en arrondissements qui comprennent les villages ou quartiers de villes.

Quant aux cibles primaires (femmes en âge de procréer, enceintes et accouchées récentes) de la SNRMMN, nous les avons choisies dans la tranche d'âge de 15 à 49 ans dans la ZS Covè-Zangnanado-Ouinhi pour des entretiens individuels. Ces femmes de même que leurs époux présents au moment de l'enquête ont été interrogés au niveau des formations sanitaires principales de chacune des trois communes : ce sont les Centres de santé de Zangnanado, de Ouinhi et l'Hôpital de Zone de Covè. Les jeunes femmes en âge de procréer (FAP) ont été sélectionnées au niveau des principaux collèges d'enseignement secondaire et centres d'apprentissage (coiffure et couture) dans chaque commune et ont fait l'objet de focus-group.

4. PRESENTATION DES RESULTATS

L'étude a touché 92 acteurs dont 65 femmes composées de : femmes enceintes, d'accouchées récentes et de Femmes en Âge de Procréer (FAP) qui sont les cibles primaires de la SNRMMN.

La mise en œuvre des activités communautaires dans la ZS CoZO

Les différentes activités communautaires de la SNRMMN réalisées dans la ZS CoZO ont pour but le changement de comportement pour l'amélioration de la santé maternelle et néonatale.

La communication pour un changement de comportement

Il s'agit essentiellement de sensibilisation de la communauté sur l'importance de la fréquentation des structures de santé par les femmes enceintes et les accouchées pour les CPN (Consultation Périnatale), les CPoN (Consultation Post Natale) et les soins néonataux et les vaccinations pour les nouveau-nés. Un médecin interrogé, nous renseigne sur la sensibilisation qui se fait au niveau de la communauté :

« Il y a des relais communautaires qui sont mis en place par le projet intégré de santé Familiale (PISAF). Ces relais interviennent dans la PCIME - communautaire c'est-à-dire la prise en charge intégrée des malades de l'enfance au niveau des communautés. Ça, c'est surtout pour réduire la mortalité infantile. Pour ce qui concerne la mère, si on prend le volet PF il y a ces relais qui sensibilisent les femmes et même les hommes sur l'importance de la PF qui constitue une des stratégies pour la réduction de la mortalité maternelle, parce que quand il n'y a pas grossesse il n'y a pas mortalité maternelle. Donc les relais font des sensibilisations et administrent les méthodes non prescriptibles et réfèrent les clients vers les maternités pour les autres méthodes. Les relais sont suivis par les agents de santé qui sont au niveau de leur arrondissement. En dehors de la PF, il y a les soins obstétricaux et néonataux d'urgence en communauté. Ça, c'est essentiellement sur les sensibilisations sur les retards aux soins surtout pour agir sur le premier retard et les signes de gravité qui devraient amener une femme gestante à recourir au centre de santé. » (Homme, 43ans, Médecin, BOHICON).

Le travail des Relais Communautaires

Les relais communautaires (RC) sont des personnes ou des associations communautaires issues d'une communauté et qui sont impliquées dans la promotion de la santé dans sa localité. Ils sont élus par la communauté suivant des critères définis et validés par chaque communauté. Généralement, les critères ci-après sont obligatoires : le volontariat, la disponibilité et la résidence dans la localité. Il est désigné au cours d'une Assemblée Générale du village ou du quartier de ville qui rassemble hommes, femmes, jeunes, leaders religieux, sages et notables de la localité ainsi que des professionnels de la santé (MINISTERE DE LA SANTE, 2010).

Pour ce qui est du profil des RC : « *il est souhaitable que le RC soit membre d'une structure communautaire organisée (groupement de femmes, associations villageoise d'épargne et de crédit, association des parents d'élèves, groupe de soutien à l'AME-Allaitement Maternel Exclusif,...). Le relais peut être un individu ou un groupe d'individus, une association ou un agent de famille. Il peut être identifié dans un village comme en milieu urbain.* » (MINISTERE DE LA SANTE, 2010, p.22)

Les RC ont dans leur cahier de charge (MINISTERE DE LA SANTE, 2010) les rôles ci-après :

- La planification des activités ;
- la surveillance épidémiologique ;
- la prise en charge des malades ;
- la distribution/cession de produits et matériels ;
- les IEC/CCC ;
- la participation à la lutte antivectorielle ;
- la gestion de l'information ;
- les visites à domicile (VAD) ;
- la gestion financière et matérielle ;
- la préparation et la participation aux stratégies avancées.

Dans la Zone Sanitaire CoZO, les RC ont trois rôles fondamentaux : les VAD, les IEC/CCC et la distribution/cession de produits et matériels.

Leurs activités dans le cadre de la SNRMMN sont multiples. Ce sont : des sensibilisations porte à porte (Visite à domicile), et des sensibilisations de masse sur la fréquentation des Centres de santé par les femmes enceintes, le respect des CPN, les dangers de l'automédication et de l'accouchement à domicile.

Ils sont recrutés par les Assistants et Technicien d'Hygiène et d'Assainissement de la ZS. Ces derniers les forment avec l'appui de PTF comme le PISAF et le PADS.

Ils ont été formés pour pouvoir servir d'intermédiaires entre les agents de santé et les populations dont ils sont plus proches car habitant la même localité. Un relais avance : « *Nous assistons les agents de santé auprès des communautés. Nous leur facilitons la tâche dans leur travail pour que les populations acceptent facilement de fréquenter les centres de santé.* » (Homme, 27 ans, cultivateur/relais communautaire, OUIHI).

Les activités communautaires essentiellement menées par les relais communautaires sont complétées par la communication de masse assurée par les médias communautaires en l'occurrence, les radios locales.

La communication de masse

Dans le cas de la ZS CoZO, elle est menée essentiellement par la Radio TONASSE, située dans la commune de Cové, sur la base d'un partenariat avec le PISAF. Cette radio locale, selon les termes du contrat, produit des émissions sur les thèmes comme les dangers de l'automédication, la nécessité d'aller au Centre de santé pour les CPN et les signes de danger lors de la grossesse, de l'accouchement et du post partum.

Les journalistes ont été formés par le PISAF sur la communication pour un changement de comportement en santé.

Il y a deux types d'émission :

- ✓ Emission "**KPLONBASSA**" qui signifie littéralement : « lieu de regroupement pour des conseils » : c'est une émission interactive du lundi au vendredi de 11h à 12h.
- ✓ Emission de santé "**LANMENANO GANDJI**" : « la santé pour tous » tous les mercredis de 16h à 17h avec des médecins et d'autres personnes ressources du PISAF.

Ces acteurs locaux de la mise en œuvre des interventions communautaires sont formés par les Médecins-chef des CSC (Centre de Santé Communal), les Agents d'hygiène et d'assainissement de chaque CSC, le responsable du Centre de Promotion Sociale de la ZS mais aussi et surtout par les PTF tels que le PISAF et le PADS. Ces formations portent globalement sur des thèmes relatifs à la santé maternelle avec un accent sur les signes de

danger lors de la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, la prévention du paludisme, la Planification Familiale, la première Prise en charge de la fièvre à domicile....

Le PISAF (Projet Intégré de Santé Familiale de l'Agence Américaine pour le Développement International-USAID-) et le PADS (Projet d'Appui au Développement du Système de Santé de la Banque Africaine de Développement-BAD-) sont les deux principaux partenaires qui ont permis la mise en œuvre des activités communautaires dans la ZS CoZO depuis 2008 (pour le PADS) et 2009 (pour le PISAF) à travers la formation des relais communautaires et la mobilisation des radios locales et des ONG.

Pour exemple, du dernier trimestre de l'année 2009 à la fin du troisième trimestre de l'année 2010 (octobre 2009 - septembre 2010), les actions suivantes (*cf. Tableau I*) ont été menées par les relais communautaires du PISAF:

Tableau I : Les activités menées par les RC d'octobre 2009 à Septembre 2010 dans la ZS CoZO

Indicateurs des Activités menées dans la Zone sanitaire Covè-Zagnanado-Ouinhi	Localités touchées par les activités						
	Banamè	Don-tan	Dosso	Cove	Kpedekpo	Lainta cogbe	Ouinhi
Nombre de villages ou paquet minimum de produits de santé familiale disponible au niveau communautaire	6	3	6	3	5	3	3
Nombre de visites à domicile dans le mois organisées par les RC	186	85	34	17	126	17	19
Nombre de causeries groupe organisées dans le mois par les RC	232	100	36	17	130	14	23
Quantité de produits de Planification Familiale cédés dans le mois dont : Condom	130	27	0	0	85	0	0
Quantité de produits de Planification Familiale cédés dans le mois dont : Spermicide	52	0	0	0	0	0	0
Nombre de cas référés par les RC	41	16	36	15	38	13	13
Nombre de MIILD cédées par les RC	337	40	0	0	162	0	0
Nombre de CTA cédés par les RC	1159	65	0	0	45	0	0
Nombre de visites de supervision effectuées uniquement par l'agent de santé aux RC	8	4	0	2	8	2	0
Nombre de visites de supervision effectuées uniquement par les membres de l'ONG aux RC	2	0	0	0	0	0	0
Nombre de visites supervision effectuées uniquement par l'agent de santé et le point focal aux RC	4	4	1	1	4	1	1
Moustiquaires imprégnées (MI) qui sont cédées par les OBC (groupement de femmes)	0	0	0	0	0	0	0
Nombre de personnes sensibilisées par le relais à travers les causeries éducatives : Hommes	2024	501	229	68	1289	132	143
Nombre de personnes sensibilisées par le relais à travers les causeries éducatives : Femmes	2986	548	253	131	1331	81	101
Nombre de personnes sensibilisées par le relais à travers les causeries éducatives : Jeunes	2036	395	192	104	909	85	80
Nombre de personnes sensibilisées par les relais à travers les VAD : Hommes	497	314	80	69	394	79	58
Nombre de personnes sensibilisées par les relais à travers les VAD : Femmes	597	289	166	44	439	80	81
Nombre de personnes sensibilisées par les relais à travers les VAD : Jeunes	470	221	145	20	421	56	52

Source : Données des grilles de collecte sur les activités des RC/PISAF (oct 2009-Sept 2010)

OBC : Organisation à Base Communautaire

Nota Bene : Le Paquet minimum des produits de santé familiale comprend : (i) les contraceptifs tels que condoms, (ii) les moustiquaires imprégnées, (iii) les supports d'IEC/CCC tels que : pénis en bois, fiches et autres brochures comprenant « les cinq doigts de la main », (iv) les visites à domicile (VAD), (v) les animations de discussions après des représentations théâtrales, (vi) Aspirine, paracétamol, SRO, et la pilule (pour la reconstitution du stock seulement)

Changements observés au niveau des comportements

Les actions de sensibilisation ont produit des résultats au niveau des populations notamment en matière de changement de comportement.

Globalement les changements observés par les populations surtout les principales cibles à savoir les femmes en âge de procréer (FAP), sont la diminution des décès maternels grâce à une meilleure fréquentation des structures de santé pour les CPN. Il y a aussi moins d'avortements provoqués et moins de décès de femmes enceintes à cause du paludisme grâce à la distribution gratuite des moustiquaires aux femmes enceintes et aux mères d'enfants de moins de cinq ans: Pour exemple, un journaliste, par rapport aux résultats atteints au niveau de la population, avance aussi en ces termes : « *Nous faisons des sondages de temps en temps et nous avons constaté une évolution des mentalités par rapport à la fréquentation des CS et surtout en ce qui concerne les accouchements à domicile* » (Homme, 32 ans, Journaliste, COVE).

5. ANALYSE

Elle porte essentiellement sur l'implication et la participation communautaire dans la mise en œuvre des interventions communautaires de la SNRMMN.

La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (OMS, 1986) atteste que la promotion de la santé passe par l'acquisition d'aptitudes individuelles à travers une éducation à la santé des populations pour « ***leur permettre d'exercer un contrôle sur leur propre santé et de faire des choix favorables à celle-ci.*** » (OMS, 1986, p. 3). Né en 1978 à Alma-Ata lors de la ***Conférence sur les Soins de Santé Primaire***, le concept de participation communautaire stipule que "***les hommes ont le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des mesures de protection sanitaire qui leur sont destinées.***" (OMS, 1978 cité par BANTUELLE et col., 1998, p. 7).

Au niveau de la Zone Sanitaire CoZO, parmi les activités communautaires menées dans le cadre de la SNRMMN, figurent en bonne place les séances d'IEC/CCC (Information,

Education et Communication pour un Changement de Comportement) effectuées par des relais communautaires et des médias locaux comme la radio qui font partie de la communauté et qui promeuvent des comportements favorables à la santé de la mère et de l'enfant. Cette participation communautaire a pu se faire grâce à l'implication de ces acteurs locaux par les partenaires au développement et l'EEZS.

En effet, l'approche communautaire en matière de santé distingue généralement trois grands types d'acteurs, impliqués dans le processus participatif : les habitants, les professionnels de la santé et les institutionnels.

Etant entendu que la réussite d'un projet repose entièrement sur la participation des citoyens, la participation communautaire reste alors l'implication active des membres de la communauté dans les décisions destinées à améliorer leurs conditions d'existence.

A la Zone Sanitaire CoZO, le niveau d'implication des communautés correspond au **Niveau 2** suivant l'échelle des 5 niveaux d'implication de la communauté en fonction du pouvoir de contrôle de RUFKIN (1986). Ces deux niveaux correspondent à la participation aux avantages des programmes et aux activités des programmes élaborés par des organismes ou institutions.

Cette participation se fait à travers l'implication des membres COGES qui sont les représentants des communautés au niveau des structures de santé mais aussi l'implication des relais communautaires et des médias et ONG locaux qui sont formés pour délivrer des messages de sensibilisation au reste de la communauté sur les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence au niveau communautaire (SONU-communautaires). Seulement le problème qui risque de surgir est la démotivation des relais puisqu'ils font un travail considérable alors qu'ils n'ont pas toujours les moyens d'y parvenir notamment en ce qui concerne les sollicitations pour l'évacuation de cas d'urgence obstétricale ou néonatale.

Toutefois, depuis le mois de mai 2010, le Bénin s'est doté d'un document : *Directives Nationales pour la promotion de la santé au niveau communautaire*, où le mécanisme de motivation des RC est bien défini et revu dans l'optique d'améliorer les traitements en terme de motivation de ces principaux piliers de la mise en œuvre des politiques de santé au niveau communautaire.

Cependant, des acteurs fondamentaux n'ont pas été impliqués : ce sont les leaders d'opinion (religieux, chefs traditionnels), des associations de jeunes, de femmes qui pourraient, grâce à leur participation, contribuer à l'atteinte des résultats attendus des interventions communautaires comme par exemple, au niveau des "**Holi**" (une ethnie) qui restent de l'avis des enquêtés, vraisemblablement les seuls à pratiquer encore les accouchements à domicile.

6. RECOMMANDATIONS

Elles sont faites à l'endroit de l'EEZS, des Agents de santé, du Ministère de la Santé et des PTF:

- **EEZS:** -Sensibilisation des jeunes hommes et femmes dans les écoles et lieux d'apprentissage;
 - Accentuation de la sensibilisation chez les « *Holi* »;
 - Mise en place effective du système local de transfert des UO;
 - Planification des activités communautaires avec des indicateurs de processus
- **Agents de santé:** Meilleur accueil envers les parturientes;
- **Ministère de la santé:** - Mise en application des textes sur la motivation des relais communautaires;
 - Dotation en ambulance à la ZS CoZO surtout au CSC de OUIHI qui est le plus éloigné des CS par rapport à l'HZ de COVE
- **PTF:** Mise sur pied d'un cadre de concertation pour une synchronisation de toutes les actions des PTF présents dans la ZS CoZO.

7. CONCLUSION

Les résultats de l'évaluation ont révélé que les SONU-communautaires ont effectivement été introduits dans la Zone Sanitaire pour amener les communautés surtout les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes et les accouchées récentes à identifier les signes de danger pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum aussi bien pour les femmes que pour les nouveau-nés. Désormais, ces signes sont connus des cibles de ces interventions

Avec les activités communautaires mises en œuvre, le premier des trois retards qui causent en grande partie les décès maternels et néonataux est en voie d'être contrôlé à la Zone Sanitaire CoZO mais les deux derniers retards qui reposent respectivement sur l'accès au Centre de Santé et la prise en charge adéquate de la parturiente dans la formation sanitaire restent encore à maîtriser.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] BANTUELLE Martine, Jacques MOREL et Denis DARGENT (1998). *La participation communautaire en matière de santé 4*, Bruxelles, 50 p..
- [2] INSTITUT NATIONAL de la STATISTIQUE et de L'ANALYSE ECONOMIQUE (INSAE-Bénin), MACRO INTERNATIONAL Inc. (2007). *Enquête Démographique et de Santé (EDSB-III)- Bénin 2006*, Claverton, Maryland, USA, INSAE et Macro International Inc., 492 p.
- [3] *MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE-Bénin (2006). Stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle et néonatale, Cotonou, 66 p.*
- [4] MINISTERE DE LA SANTE – Bénin (2010). *Directives Nationales pour la promotion de la Santé au niveau communautaire*, Cotonou, Service de la santé communautaire/ MS, 48p.
- [5] O.M.S. (2009). *Statistiques sanitaires mondiales 2009*, Genève, OMS, 149p.
- [6] OMS (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Ottawa, 5p.
- [7] OMS/Genève/CH (1999). *Réduire la mortalité maternelle : déclaration commune OMS/FNUAP/UNICEF/Banque Mondiale*, Genève, OMS, 45 p.
- [8] OUEDRAOGO Dieudonné (2010). *Cours sur l'Analyse des politiques publiques en Afrique Subsaharienne*, Ouagadougou, ISSP.
- [9] RIFKIN S.B. (1986). *Planification sanitaire et participation communautaire*, Forum mondial de la santé, 27p.

TABLE DES MATIERES

1. RESUME	1
2. INTRODUCTION	1
3. APPROCHE METHODOLOGIQUE	3
4. PRESENTATION DES RESULTATS	4
5. ANALYSE	8
6. RECOMMANDATIONS	10
7. CONCLUSION	10
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	11