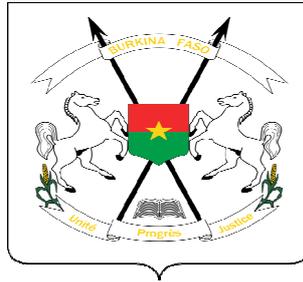


BURKINA FASO

Unité-progrès- Justice



**PLAN NATIONAL DE RELANCE DE LA
PLANIFICATION FAMILIALE 2013 – 2015**

Janvier 2013

Sommaire

ABRÉVIATIONS.....	4
REMERCIEMENTS.....	5
I. PROCESSUS D'ELABORATION DU PLAN	6
II. LA PLANIFICATION FAMILIALE AU BURKINA FASO	7
2.1 Contexte de la construction du plan.....	7
2.2 Relance de la Planification Familiale	9
1. Initiatives récentes en matière de Planification Familiale.....	9
2. Engagements de l'Etat burkinabé.....	9
2.3 Défis de la Planification Familiale.....	10
1. Création de la demande	10
2. Offre (disponibilité des produits)	11
3. Accès aux services de Planification Familiale	11
4. Suivi et évaluation	11
III. PLAN NATIONAL DE RELANCE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE.....	12
Objectifs du plan de relance.....	12
1. Objectif national.....	12
2. Objectifs régionaux.....	12
3. Objectifs par canal d'accès.....	13
Synthèse des actions prioritaires et des activités.....	14
1. Création de la demande	14
1.1 Augmenter la demande des populations rurales par des actions de proximité	14
1.2 Augmenter la demande des populations urbaines par des campagnes mass média.....	15
1.3 Sensibiliser les adolescents et les jeunes à la Planification Familiale.....	16
2. Offre (disponibilité des produits).....	17
2.1 Réduire les ruptures de stock dans les formations sanitaires primaires en améliorant la collecte et la gestion de l'information	17
3. Accès aux services de Planification Familiale	18
3.1 Améliorer la qualité de service dans les formations sanitaires de base	18
3.2 Améliorer la couverture des populations périurbaines et rurales en déployant des unités mobiles et des stratégies avancées.....	19
3.3 Améliorer la couverture des populations rurales en renforçant les services à base communautaire	20
4. Suivi et évaluation	21
4.1 Assurer le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du plan.....	21
Budget du plan national de relance.....	22
1. Synthèse des coûts	22
2. Répartition du budget par année	24
3. Détail des budgets.....	24
4. Présentation de l'outil de costing	28
Organisation de la mise en œuvre et du suivi	29
1. Principes.....	29
2. Renforcement des équipes de la DSME.....	29
3. Renforcement de la gouvernance de mise en œuvre et de suivi.....	29

4. Indicateurs de suivi.....	31
4.1 Indicateurs de résultat.....	31
4.2 Indicateurs de processus	31
ANNEXES.....	32
Etat des lieux et défis	32
1. Création de la demande	32
2. Offre (disponibilité des produits).....	34
3. Accès aux services de Planification Familiale	35
4. Suivi et évaluation	36
Détail des objectifs régionaux et de la répartition par canal de distribution	37
Détail des activités et sous-activités	43

ABRÉVIATIONS

- ABBEF** : Association Burkinabé de Bien Etre Familiale
BURCASO : Conseil Burkinabé des ONG/ OBC et associations de lutte contre les IST/ VIH SIDA
DGISS : Direction Générale de l'Information et des Statistiques Sanitaires
DGSF : Direction Générale de la Santé de la Famille
DRS : Direction Régionale de la Santé ou Directeur Régional de Santé
DS : District Sanitaire
DSME : Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
EmPC : Education en matière de Population et de Citoyenneté
E&P : Equilibres et Populations
FS : Formation Sanitaire
ISF : Indice Synthétique de Fécondité
MSI : Marie Stopes International
OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisation Non-Gouvernementale
PF : Planification Familiale
PROMACO : Projet de Marketing social et de Communication pour la santé
SP/ CONAPO : Secrétariat Permanent du Conseil National de Population
UNFPA : United Nations Population Fund (Fonds des Nations Unies pour la Population)
URCB / SD: Union des Religieux et Coutumiers du Burkina Faso pour la promotion de la Santé et le Développement
USAID : United States Agency for International Development (Agence des Etats-Unis pour le Développement International)

REMERCIEMENTS

Le Ministère de la Santé remercie toutes les organisations, institutions et personnes qui ont contribué à la réalisation de ce plan en participant aux comités techniques, aux groupes de travail et à la validation du document.

Les remerciements vont en particulier aux membres du partenariat de Ouagadougou (Agence Française de Développement, Bill et Melinda Gates Foundation, Hewlett Foundation, Ministère des Affaires Etrangères de la République française, USAID), aux autres partenaires techniques et financiers (UNFPA, OMS), aux ONG et associations (ABBEF, BURCASO, EngenderHealth, Equilibres & Populations, MSI, PROMACO, URCB), aux représentants du secteur privé ainsi qu'aux consultants externes (notamment Futures Group et Futures Institute).

I. PROCESSUS D'ELABORATION DU PLAN

Le processus d'élaboration du plan national de relance de la PF a été défini par un Comité Technique réunissant gouvernement, partenaires techniques et financiers et représentants de la société civile. Une équipe opérationnelle dédiée a élaboré le plan sous le pilotage du Comité Technique.

L'élaboration de ce plan a reposé sur une approche collégiale, factuelle et opérationnelle.

- **Approche collégiale**

Le plan a été réalisé dans un cadre paritaire incluant toutes les parties prenantes de la Planification Familiale : gouvernement, partenaires techniques et financiers et société civile. Les décisions et arbitrages effectués ont été validés par l'ensemble des participants. Les Directeurs Régionaux de Santé ont également contribué au plan afin de décliner les objectifs et les activités au niveau régional.

- **Approche factuelle**

L'état des lieux sur la situation de la PF dans le pays s'est fondé sur des analyses factuelles réalisées à partir des données disponibles et reconnues solides ainsi qu'au travers d'entretiens avec les acteurs de la PF. Les actions retenues sont celles qui présentaient le plus fort impact potentiel au vu des objectifs fixés.

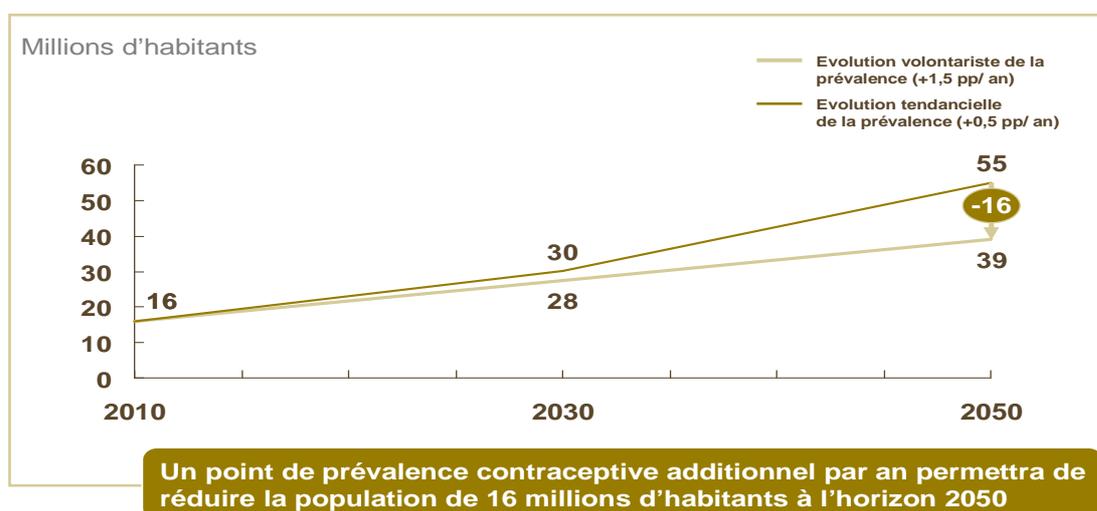
- **Approche opérationnelle focalisée sur la mise en œuvre**

Le plan inclut les coûts de chaque sous activité, des indicateurs d'impact et un mécanisme de suivi afin d'assurer une mise en place opérationnelle rapide.

II. LA PLANIFICATION FAMILIALE AU BURKINA FASO

2.1 Contexte de la construction du plan

Les impératifs démographiques et sanitaires imposent le renforcement de la Planification Familiale. D'un point de vue démographique, l'indice synthétique de fécondité demeure élevé (6,0 enfants par femmes en 2010¹). Or, la Planification Familiale permet d'agir de manière déterminante sur l'évolution démographique. Une évolution volontariste de la prévalence contraceptive (1,5 points de pourcentage d'augmentation par an) permettrait de limiter la population du Burkina Faso à 39 millions d'habitants en 2050. Une évolution plus lente de cet indicateur (0,5 points de pourcentage par an) ferait passer la population du pays à 55 millions d'habitants en 2050 soit 16 millions d'habitants additionnels². Ce second scénario se traduirait par une trop forte proportion de jeunes dans la population et par une pression excessive exercée sur les ressources disponibles. Il s'agit donc d'un défi majeur pour la réduction du chômage et de la pauvreté, ainsi que pour l'accès à l'éducation et aux services de santé.



SOURCE: Comment bénéficier du dividende démographique ? (Fiche pays Burkina Faso/préliminaire), 2011, Initiatives Conseil International, AFD

Figure 1. Estimation du nombre d'habitants au Burkina Faso selon l'évolution de la prévalence contraceptive

D'un point de vue sanitaire, le Burkina Faso présente des taux de mortalité maternelle (341 pour 100 000 naissances vivantes en 2010³) et néonatale (28 pour 1 000 naissances vivantes⁴) très élevés. Toutefois, 30 % des cas de mortalité maternelle pourraient être évités grâce à un renforcement de la Planification Familiale⁵.

¹ EDS 2010 (résultats préliminaires)

² Comment bénéficier du dividende démographique ? (Fiche pays Burkina Faso/préliminaire), 2011, Initiatives Conseil International, AFD

³ EDS 2010 (résultats préliminaires)

⁴ EDS 2010 (résultats préliminaires)

⁵ Plan d'accélération de Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale au Burkina Faso, Ministère de la Santé, 2006



1 Plan d'accélération de Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale au Burkina Faso, Ministère de la Santé, octobre 2006

SOURCE: Plan d'accélération de Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale au Burkina Faso, Ministère de la Santé, octobre 2006 ; Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2020, WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank Estimates

Figure 2. Evolution de la mortalité maternelle au Burkina Faso

Les indicateurs relatifs à la Planification Familiale suggèrent des marges d'amélioration importantes :

- **Le niveau des besoins non satisfaits (23,8 % en 2010⁶) demeure élevé**
- **L'augmentation de la prévalence contraceptive a été modérée au cours des dernières années puisque celle-ci est passée de 8,6 % en 2003 à 15,0 % en 2010 soit une augmentation annuelle de 0,9 point de pourcentage⁷**
- **De fortes disparités subsistent selon le niveau d'éducation, la géographie ou le milieu de résidence des femmes. Ainsi, en 2010 :**
 - La prévalence contraceptive est de 44,2 % parmi les femmes avec un niveau d'éducation secondaire ou plus, contre 11,2 % pour celles sans instruction⁸
 - La prévalence contraceptive s'étale de 6,9 % au Sahel à 31,2 % dans la région Centre⁹
 - La prévalence contraceptive est de 30,8 % en milieu urbain, contre 10,8 % en milieu rural¹⁰

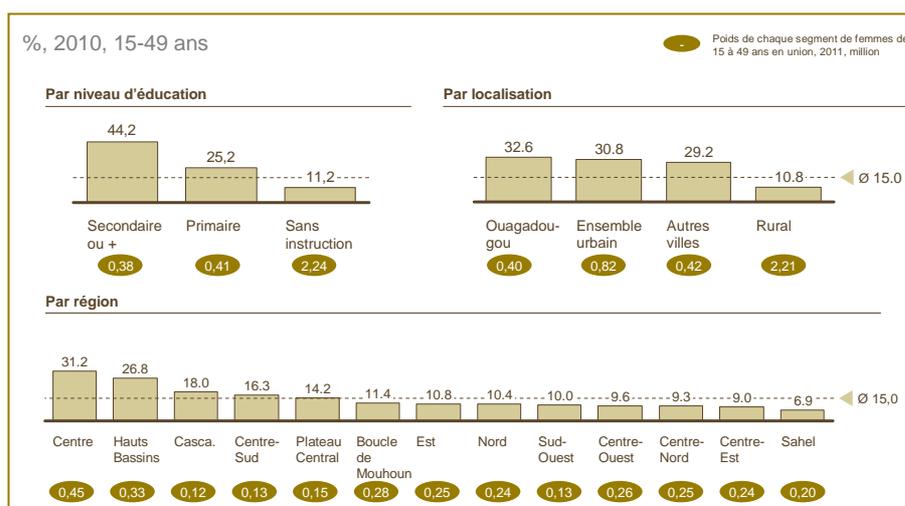
⁶ EDS 2010 (résultats préliminaires)

⁷ EDS 2010 (résultats préliminaires)

⁸ EDS 2010 (résultats préliminaires)

⁹ EDS 2010 (résultats préliminaires)

¹⁰ EDS 2010 (résultats préliminaires)



SOURCE: Enquête démographique et de Santé et à indicateurs multiples (préliminaire), Measure DHS ICF Macro, 2010
Annuaire statistique de santé, DGISS, 2011 (en cours)

Figure 3. Femmes actuellement en union utilisant une méthode contraceptive moderne

2.2 Relance de la Planification Familiale

1. Initiatives récentes en matière de Planification Familiale

Des mesures de renforcement de la Planification Familiale au Burkina Faso ont déjà été entreprises :

- Adoption d'une loi relative à la Santé de la Reproduction en 2005
- Mise en œuvre du Plan Stratégique de Sécurisation des produits en Santé de la Reproduction pour la période 2009-2015
- Repositionnement de la PF comme action prioritaire du PNDS 2011-2020
- Amélioration de l'accès aux services de PF
 - Gratuité des prestations de PF
 - Subvention des produits contraceptifs
 - Distribution à Base Communautaire des produits contraceptifs avec l'appui d'ONG et d'associations (contractualisation)

Plus récemment, en février 2011, le Burkina Faso a accueilli la Conférence de Ouagadougou où huit gouvernements de la sous-région, des bailleurs de fonds internationaux et la société civile se sont engagés en faveur d'une meilleure accessibilité à l'information et à des services de qualité relatifs à la PF.

Par ailleurs, une forte délégation du pays a participé à la Conférence Internationale sur la Planification Familiale (CIPF) de Dakar : « Recherches et meilleures pratiques en matière de Planification Familiale » en novembre 2011. La délégation a pu partager et recevoir des expériences d'autres pays en matière d'amélioration de PF.

2. Engagements de l'Etat burkinabé

L'engagement du gouvernement du Burkina Faso a également été porté au plus haut niveau lors du Sommet sur la Planification Familiale à Londres en juillet 2012. A cette occasion, la Première Dame a réaffirmé l'importance de la Planification Familiale. Ce support inconditionnel de l'Etat burkinabé se traduit par trois axes d'action :

- **Sur le plan financier**

La ligne budgétaire pour l'achat de produits contraceptifs, créée en 2008 (500 millions de F.CFA/ 1 million de Dollars US), sera maintenue.

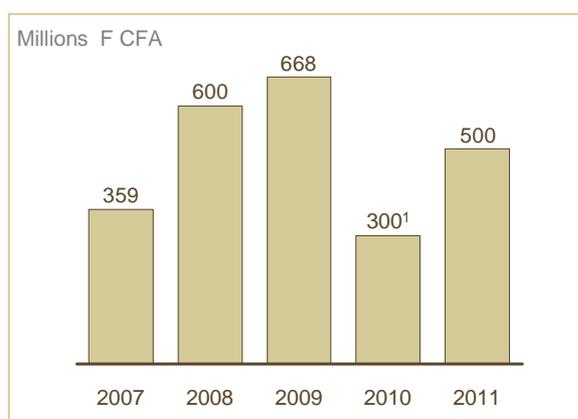
- **Sur le plan des politiques de santé**

Les efforts engagés en termes d'innovation, par exemple en autorisant l'introduction du Depo-provera sous-cutané (Uniject), seront poursuivis.

- **Sur le plan de la mise en œuvre et du suivi**

L'effort sera mis sur le partenariat avec le secteur privé, l'implication des hommes et la surveillance régulière et active de la disponibilité des produits contraceptifs

Par ailleurs, le gouvernement s'engage à suivre l'atteinte des objectifs fixés par ce plan pour chaque niveau : national, régions, districts et formations sanitaires.



¹ Baisse due aux efforts de reconstruction du aux inondations de 2009

SOURCE: données Ministère de la Santé

Figure 4. Budget public consacré à l'achat de contraceptifs

2.3 Défis de la Planification Familiale

Le Burkina Faso est confronté à plusieurs défis qui influencent les grands déterminants de la Planification Familiale : création de la demande, offre (disponibilité des produits), accès aux services de PF, suivi et évaluation des activités.

Huit défis ont été identifiés à l'issue du diagnostic qui a précédé l'élaboration du plan national de relance de la Planification Familiale (voir le détail dans l'annexe « Etat des lieux et défis ») :

3. Création de la demande

- **Défi n°1 : demande en milieu rural¹¹ :**

- 1,5 million de femmes ne souhaitent pas espacer ou limiter les naissances
- 160 000 femmes souhaitent espacer les naissances mais connaissent peu ou mal la PF
- 280 000 femmes souhaitent espacer ou limiter les naissances mais sont opposées à la PF

¹¹ EDS 2010 ; comité technique; projection population 2012

- **Défi n°2 : demande en milieu urbain¹² :**
 - 280 000 femmes ne souhaitent pas espacer ou limiter les naissances
 - 40 000 femmes souhaitent espacer les naissances mais connaissent peu ou mal la PF
 - 70 000 femmes souhaitent espacer ou limiter les naissances mais sont opposées à la PF
- **Défi n°3 : demande des jeunes et adolescents :**
 - 2,2 millions¹³ de filles et d'adolescentes ayant moins de 15 ans en 2010 seront en âge de procréer d'ici 2020

4. Offre (disponibilité des produits)

- **Défi n°4 : des ruptures de stock de faible envergure dans les formations sanitaires primaires persistent malgré l'amélioration observée depuis le deuxième semestre 2011 :**
 - Moins de 6 % des formations sanitaires ont connu des ruptures pour les contraceptifs les plus utilisés en 2012¹⁴
 - Ces ruptures sont principalement causées par des déficiences dans la collecte et la gestion de l'information sur les stocks

5. Accès aux services de Planification Familiale

- **Défi n°5 : qualité de service et d'équipement des formations sanitaires :**
 - 400 000 femmes en union n'ont pas accès à la PF du fait de la faible qualité de service et d'équipement des formations sanitaires¹⁵
- **Défi n°6 : accès des populations vivant en milieu périurbain :**
 - 50 000 femmes en union vivant en milieu périurbain à Ouagadougou et à Bobo-Dioulasso présentent des besoins non satisfaits en PF s'expliquant en partie par un trop faible accès aux formations sanitaires¹⁶
- **Défi n°7 : accès des populations rurales :**
 - 710 000 femmes en union vivent à plus de 10 km d'une FS¹⁷

6. Suivi et évaluation

- **Défi n°8 : la qualité et l'exhaustivité des données disponibles est perfectible**
 - La fréquence de collecte et suivi des indicateurs clés ne permet pas un suivi rapproché de l'action en matière de PF

¹² EDS 2010 ; comité technique ; projection population 2012

¹³ Projections démographiques de 2007 à 2020 par région et province de 2007 à 2020 par région et province, 2009, INSD

¹⁴ Pilules, injectables et implants

¹⁵ Estimation à partir de données du projet RESPOND ; comité technique ; projection population 2012

¹⁶ Unmet needs for contraception in formal and informal neighborhoods of Ouagadougou, Institut National d'Etude Démographique, Paris, ISSP, Université de Ouagadougou, 2011 ; comité technique ; projection population 2012

¹⁷ Annuaire statistique de santé, DGISS, 2011 ; comité technique

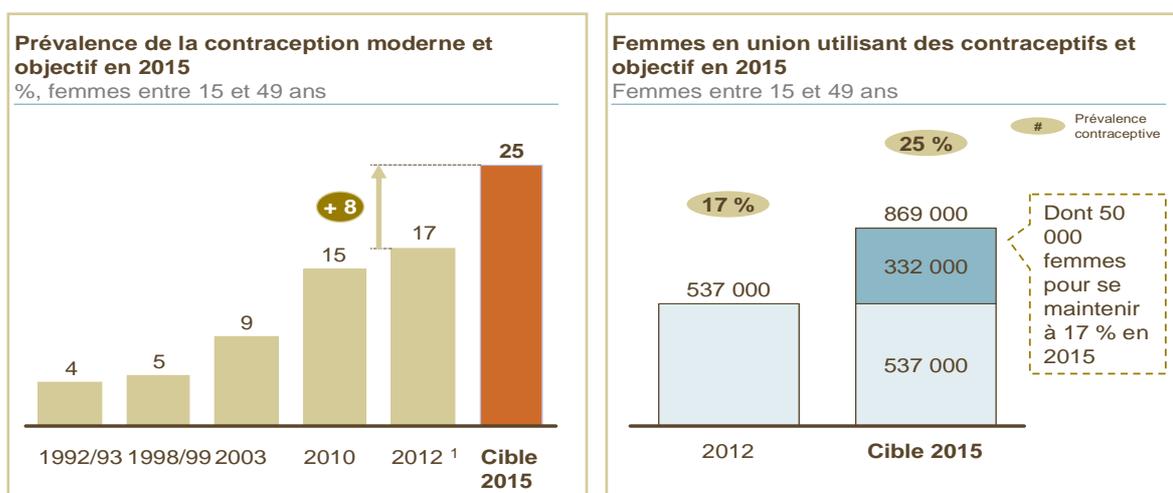
III. PLAN NATIONAL DE RELANCE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

Objectifs du plan de relance

1. Objectif national

L'objectif national fixé consiste à atteindre une prévalence contraceptive moderne de 25 % pour les femmes en union en 2015 (cet indicateur s'établissait à 15 % en 2010). L'effort à réaliser entre 2012 et 2015 est donc de 2,7 points de pourcentage par an¹⁸. Afin d'atteindre cet objectif, il est nécessaire d'amener 332 000 femmes additionnelles à la PF d'ici à 2015.

Si cet objectif paraît ambitieux, il reste un impératif pour le Burkina Faso dans sa quête de maîtrise démographique et de réduction des décès maternels et infantiles.



¹ Projection de la prévalence 2010 (EDS) en 2012 à partir de l'évolution 2003 et 2010

SOURCE: EDS 1992/1993 ; 1998/1999 ; 2003 et 2010 ; Projections démographiques de 2007 à 2020 par région et province, 2009, INSD

Figure 5. Objectif de prévalence contraceptive en 2015

2. Objectifs régionaux

L'objectif national de prévalence contraceptive a été décliné au niveau régional en établissant une classification des régions selon leur potentiel (haut, moyen et faible). Ce potentiel était calculé en fonction nombre de femmes en âge de procréer et le taux de besoins non satisfaits.

Les Directeurs Régionaux de Santé ont établi des objectifs régionaux d'augmentation de la prévalence contraceptive comprise entre 1,0 et 3,5 points de pourcentage par an selon le potentiel de chaque région.

¹⁸ En considérant que l'évolution historique observée entre 2003 et 2010 s'est poursuivie entre 2010 et 2012

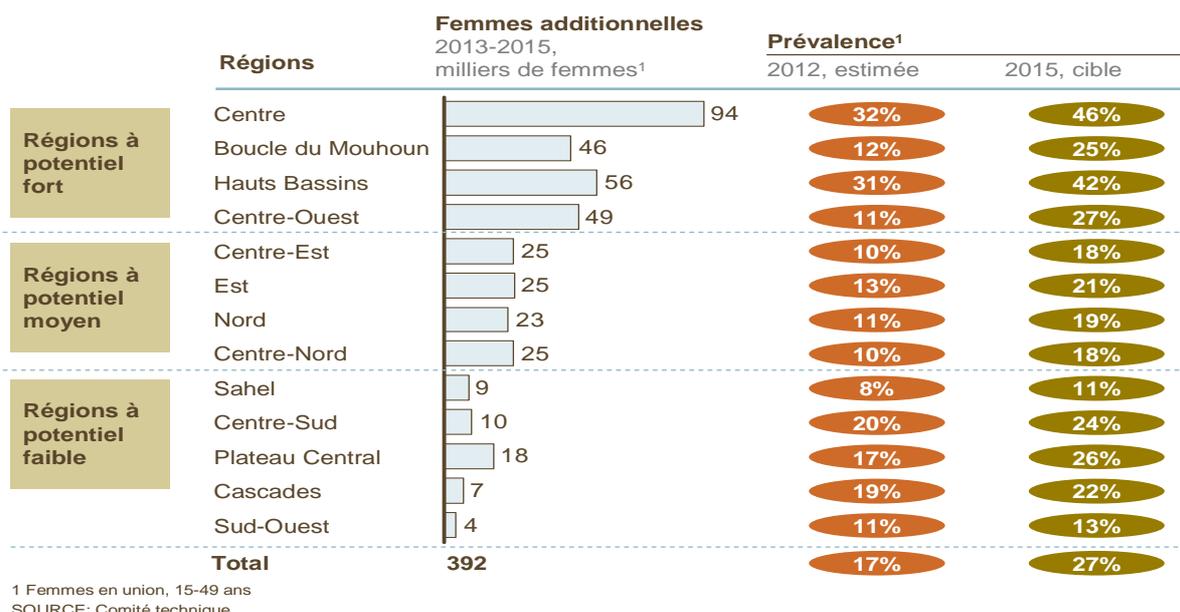


Figure 6. Objectifs régionaux de prévalence contraceptive

La concertation menée avec les DRS sur les objectifs régionaux a permis de fixer un objectif plus ambitieux de 392 000 femmes additionnelles à couvrir d'ici à 2015 (27 % de prévalence contraceptive). L'écart entre les objectifs fixés par les régions et l'objectif national, 332 000 femmes additionnelles d'ici à 2015 (25 % de prévalence contraceptive), permettra de disposer d'une marge d'action nécessaire dans ce type de programme.

3. Objectifs par canal d'accès

L'objectif a été réparti entre les différents canaux d'accès : formations sanitaires publiques, formations sanitaires privées, distribution à base communautaire et unités mobiles/ stratégie avancée. Les formations sanitaires publiques contribueront à 50 % de l'atteinte des objectifs.

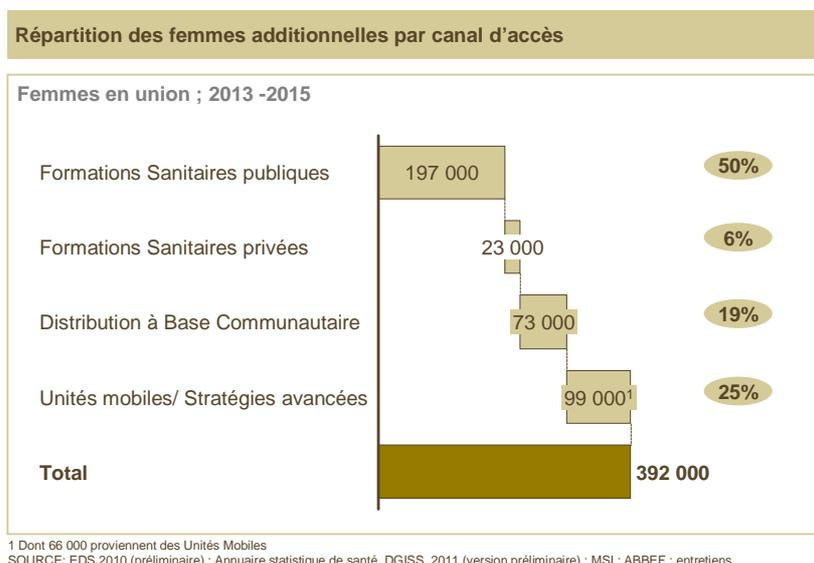


Figure 7. Répartition par canal d'accès des femmes additionnelles d'ici à 2015

Synthèse des actions prioritaires et des activités

1. Création de la demande

1.1 Augmenter la demande des populations rurales par des actions de proximité

- **Sensibiliser les leaders nationaux aux actions de proximité**

Chaque année, les leaders coutumiers et religieux les plus influents au niveau national seront sensibilisés à la PF afin d'obtenir leur soutien dans l'organisation des animations de proximité.

- **Suivre et coordonner les actions de proximité**

Les structures de mise en œuvre et de suivi aux niveaux central, régional et district seront renforcées afin de superviser les activités de proximité tandis que la société civile sera largement associée à cette action.

- **Former des leaders locaux**

Des leaders coutumiers et religieux seront formés dans chaque district (ex. en s'appuyant sur les outils de plaidoyer RAPID Religieux et Coutumier). Un suivi individuel permettra de s'assurer de la conformité des messages qu'ils délivrent.

- **Réaliser des activités de sensibilisation avec l'appui des leaders locaux**

Les animateurs et leaders locaux réaliseront conjointement des animations de proximité réunissant des groupes homogènes (ex. sur le plan religieux, ethnique, du genre ou par tranche d'âge).

- **Intégrer les activités de PF dans les Plans Communaux de Développement**

Les communes seront incitées et appuyées afin que la PF soit inscrite dans leurs plans communautaires de développement.

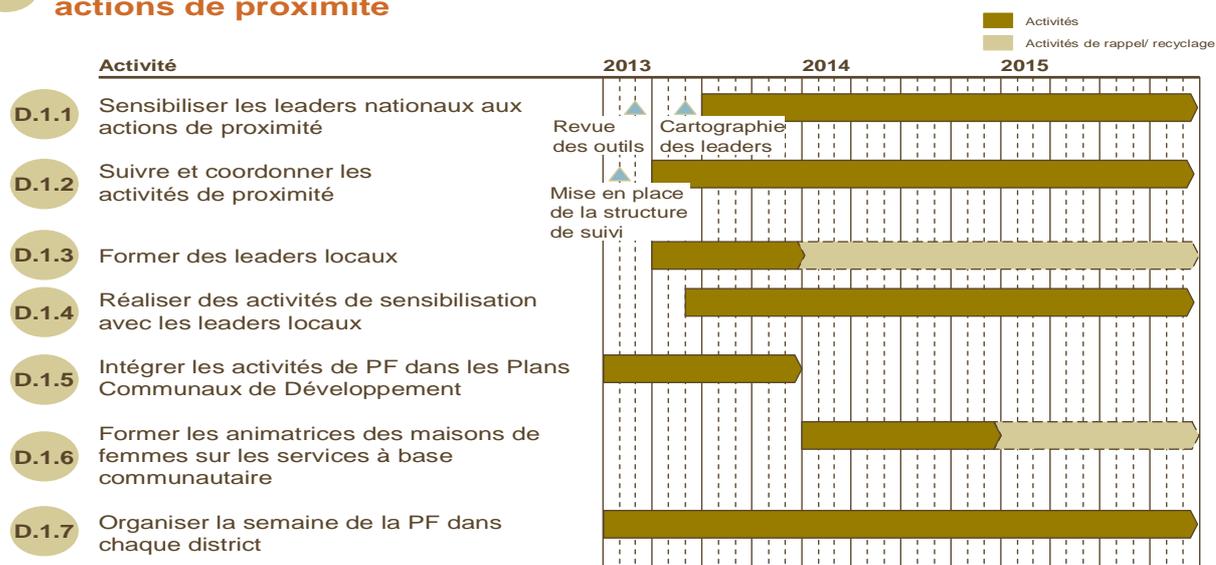
- **Former les animatrices des maisons de femmes sur les services à base communautaire**

Les animatrices des maisons de femmes seront formées au counseling afin d'ajouter la PF à leur paquet d'activités.

- **Organiser la semaine de la PF dans chaque district**

Une semaine de la PF sera organisée dans chaque district : démonstrations de l'usage des produits contraceptifs, théâtre forum, prestations cliniques gratuites pour les lauréates et organisation d'une conférence-débat.

D.1 Calendrier - Augmenter la demande des populations rurales par des actions de proximité



SOURCE: Comité technique

Figure 8. Calendrier de mise en œuvre – Augmenter la demande des populations rurales par des actions de proximité

1.2 Augmenter la demande des populations urbaines par des campagnes mass média

• **Identifier les barrières à l'utilisation de la PF et définir des profils cibles**

Utilisation d'études existantes et réalisation de nouvelles enquêtes si besoin pour déterminer les barrières à l'utilisation de la PF, afin d'identifier des profils cibles.

• **Définir les messages et les canaux correspondants à chaque profil**

Les messages seront conçus pour chaque profil à partir de l'analyse des barrières au recours à la PF.

• **Concevoir et tester la campagne mass média**

La campagne télévisée sera ensuite conçue puis testée à l'aide de « focus-groups ». Une fois validés, les spots télévisés seront déclinés en spots radio et en affiches.

• **Diffuser les campagnes mass média (télévision, radio et affichage urbain)**

Les spots télévisés et radiophoniques ainsi que les émissions débat seront diffusés sur les télévisions et radios publique et privée tandis qu'une campagne d'affichage sera organisée dans les grands centres urbains. Les coûts de diffusion seront minimisés grâce à un partenariat pluriannuel avec les diffuseurs publics et privés.

• **Réaliser une campagne sur internet (notamment sur les réseaux sociaux)**

Une personne recrutée à plein temps sera chargée de la diffusion des messages sur la PF sur internet et notamment sur les réseaux sociaux.

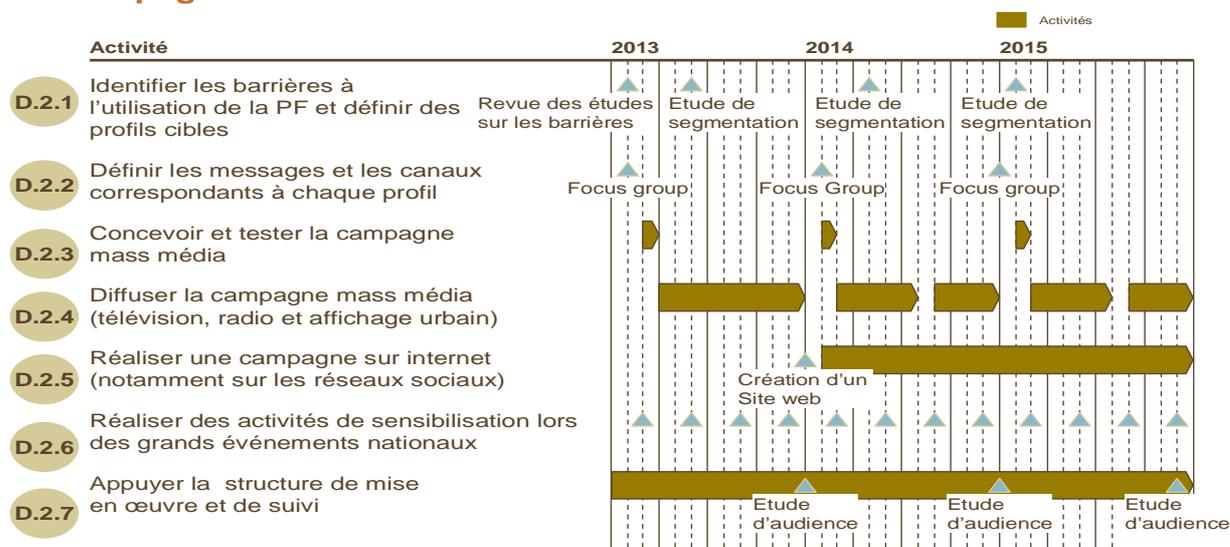
• **Réaliser des activités de sensibilisation lors des grands événements nationaux**

Des actions de sensibilisation seront menées à l'occasion des grands événements nationaux (ex. FESPACO, SIAO).

• **Appuyer la structure de mise en œuvre et de suivi**

Des études d'audience et d'impact évalueront les résultats des campagnes de communication qui seront ainsi améliorées si nécessaire (fréquence, messages, modalités ou canaux).

D.2 Calendrier - Augmenter la demande des populations urbaines par des campagnes mass média



SOURCE: Comité technique

Figure 9. Calendrier de mise en œuvre – Augmenter la demande des populations urbaines par des campagnes mass média

1.3 Sensibiliser les adolescents et les jeunes à la Planification Familiale

Une campagne mass média spécifique aux jeunes sera réalisée selon le processus suivi pour les campagnes mass média :

- Identifier les barrières à l'utilisation de la PF parmi les jeunes et les adolescents
- Définir les messages et les canaux adaptés aux jeunes et aux adolescents
- Concevoir la campagne de communication
- Diffuser la campagne de communication

D'autres actions sont prévues :

- Redynamiser l'éducation en matière de population dans le système formel et informel

Un plan d'extension des activités d'éducation en matière de population sera conçu après diagnostic. L'éducation en matière de population sera ensuite renforcée dans les systèmes formels et informels.

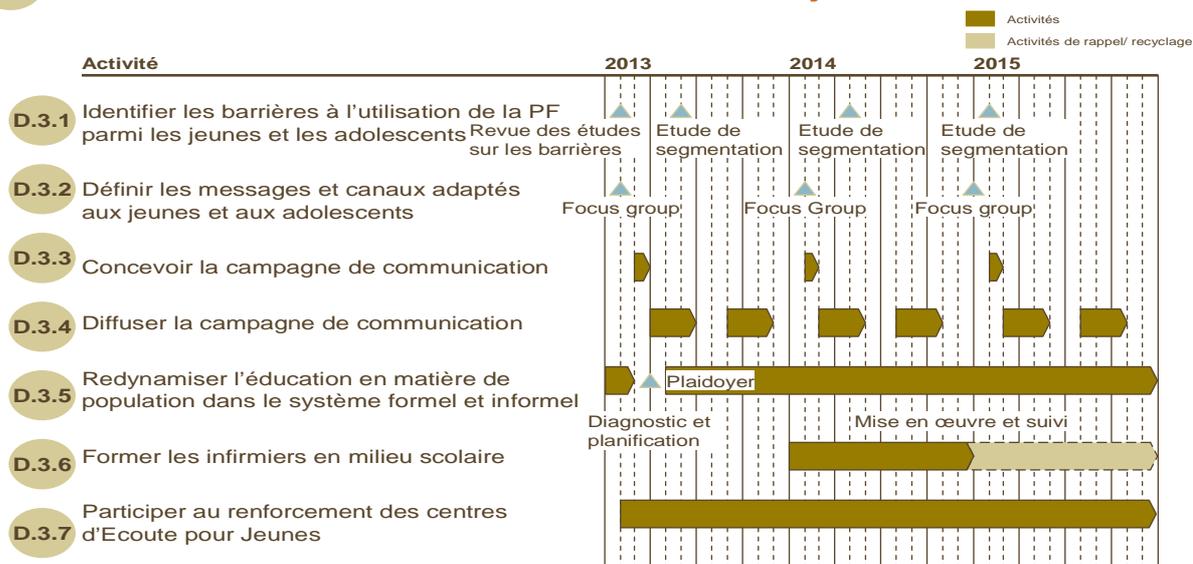
- Former les infirmiers en milieu scolaire

Les infirmiers en milieu scolaire recevront une formation spécifique en « approche jeune » destinée à leur donner les moyens d'informer et d'orienter les jeunes scolarisés.

- Participer au renforcement des Centres d'Ecoute pour Jeunes (CEJ)

Les animateurs des CEJ seront formés à « l'approche jeune » et les équipements des centres seront améliorés afin de toucher les jeunes scolarisés et non scolarisés.

D.3 Calendrier - Sensibiliser les adolescents et les jeunes à la PF



SOURCE: Comité technique

Figure 10. Calendrier de mise en œuvre – Sensibiliser les adolescents et les jeunes à la PF

2. Offre (disponibilité des produits)

3.

3.1 Réduire les ruptures de stock dans les formations sanitaires primaires en améliorant la collecte et la gestion de l'information

- Réaliser l'état des lieux sur la disponibilité des produits contraceptifs

L'enquête annuelle sur la disponibilité des contraceptifs permettra de mieux appréhender la situation de l'offre.

- Tenir les ateliers nationaux et régionaux des Tableaux d'Acquisition des produits Contraceptifs

Le soutien à la tenue de réunion de construction des TAC aux niveaux central et régional sera appuyé afin de poursuivre l'effort d'estimation des besoins futurs en produits contraceptifs à acquérir.

- Renforcer la coordination entre Districts Sanitaires sur le redéploiement des produits contraceptifs

Le redéploiement des stocks entre les différents districts sera encouragé et appuyé.

- Compléter la formation des agents à l'utilisation des systèmes d'information

La formation à l'utilisation des systèmes d'information (CHANNEL) se poursuivra.

- Renforcer les compétences des agents à la consolidation/ recueil des données et à la supervision

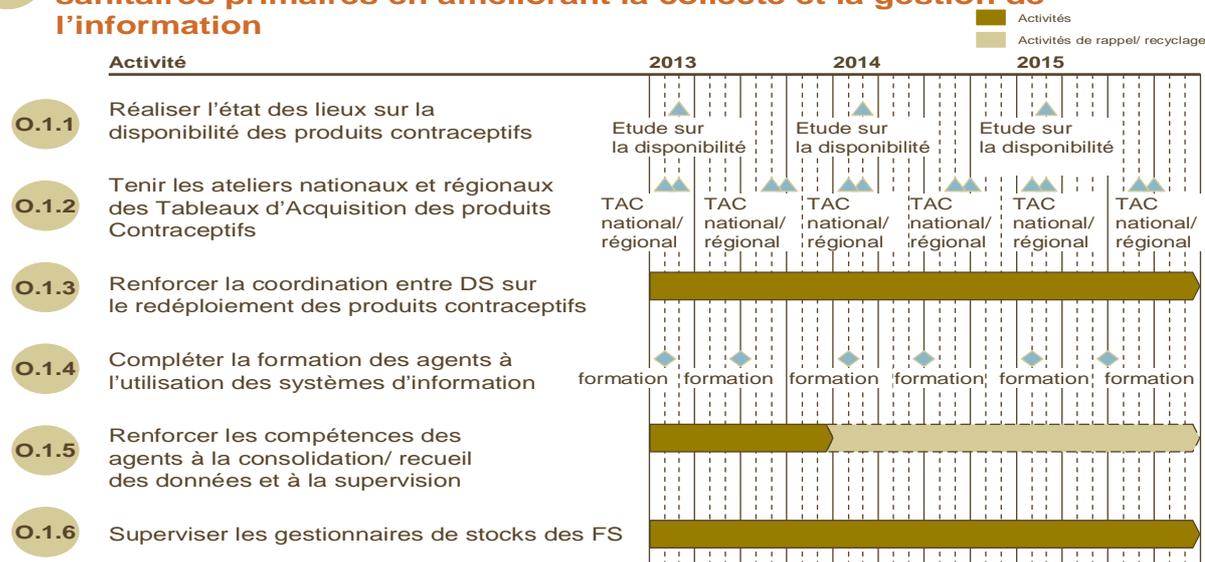
Les compétences des agents pour la consolidation et le recueil des données (SIGL) seront renforcées et les gestionnaires de stock des FS seront suivis et appuyés par les équipes des Dépôts Répartiteurs de District.

- Superviser les gestionnaires de stocks des FS

Les gestionnaires de stocks des FS seront supervisés et appuyés par les équipes des Dépôts Répartiteurs de District.

En outre, 5,3 milliards de F CFA (soit 9,9 millions de dollars) seront nécessaires entre 2013 et 2015 pour sécuriser l’approvisionnement en produits contraceptifs.

O.1 Calendrier - Réduire les ruptures de stock dans les formations sanitaires primaires en améliorant la collecte et la gestion de l’information



SOURCE: Comité technique

Figure 11. Calendrier de mise en œuvre - Réduire les ruptures de stock dans les FS primaires en améliorant la collecte et la gestion de l'information

4. Accès aux services de Planification Familiale

5.

5.1 Améliorer la qualité de service dans les formations sanitaires de base

- **Renforcer la formation des prestataires**

Les personnels des FS seront formés dans deux domaines : le « counseling » et la PF clinique. Ces formations initiales seront également complétées par des formations de mise à niveau garantissant la constance de la qualité du service. L’effort de formation sera modulé en fonction du potentiel identifié de la région.

- **Compléter l’équipement des Formations Sanitaires**

Les FS seront équipées et bénéficieront d’un renouvellement régulier de leur équipement afin d’assurer la continuité du service. L’équipement choisi sera adapté aux FS ne disposant pas d’électricité et inclura du matériel de stérilisation. L’effort d’amélioration de l’équipement sera modulé en fonction du potentiel identifié de la région.

- **Suivre et évaluer l’évolution de la qualité de service**

Un registre national recensant les formations reçues par chaque prestataire sera mis en place tandis que les responsables SR effectueront des sorties de supervision facilitante spécifiques à la PF.

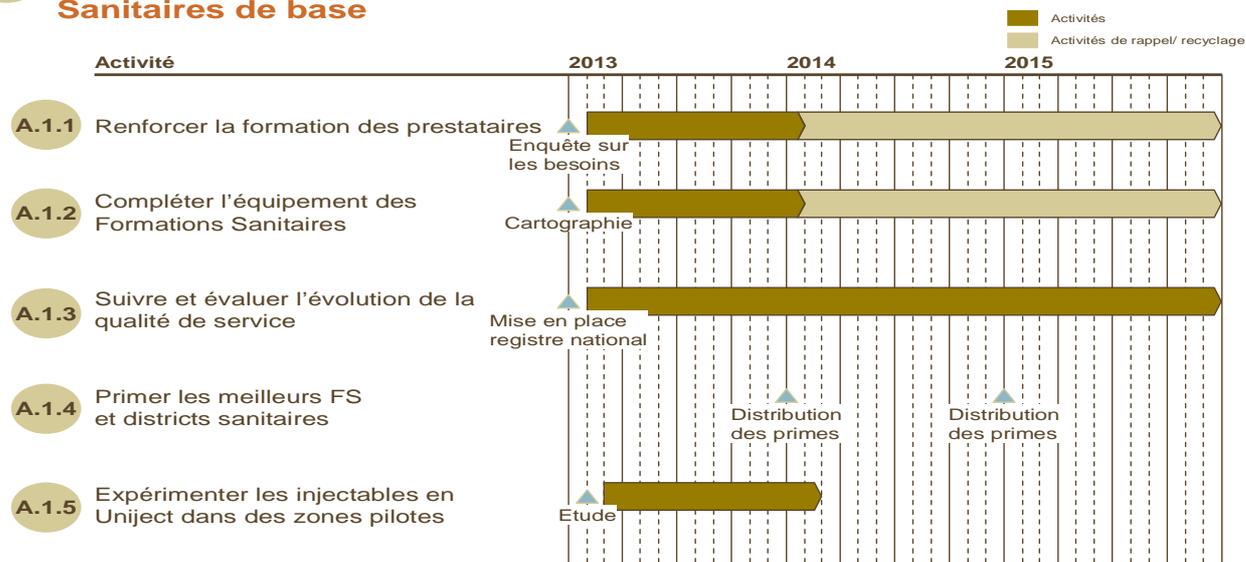
- **Primer les meilleurs FS et DS**

Les meilleurs FS et DS seront primés afin de motiver les personnels y travaillant.

- **Expérimenter les injectables en Uniject dans des zones pilotes**

Des Districts Sanitaires seront sélectionnés pour tester les injectables en Uniject.

A.1 Calendrier - Améliorer la qualité de service dans les Formations Sanitaires de base



SOURCE: Comité technique

Figure 12. Calendrier de mise en œuvre – Améliorer la qualité de service des FS primaires

5.2 Améliorer la couverture des populations périurbaines et rurales en déployant des unités mobiles et des stratégies avancées

- **Identifier les besoins additionnels en termes d'unités mobiles**

Une cartographie des besoins en unités mobiles sera établie afin d'évaluer les zones nécessitant un renforcement de ces services.

- **Acquérir les infrastructures et équipements des unités mobiles**

Les véhicules, motos ainsi que le matériel de stérilisation seront acquis.

- **Acquérir les consommables des unités mobiles**

Chaque unité mobile sera dotée du stock initial de consommables médicaux et non médicaux et le stock sera reconstitué quotidiennement après les sorties des unités.

- **Former les prestataires des unités mobiles**

Les unités seront composées d'un médecin, d'une sage-femme, d'une accoucheuse auxiliaire, d'un chauffeur et de deux agents de marketing social.

- **Réaliser des campagnes de communication et sensibilisation avant le passage de l'unité mobile**

Les agents de marketing social annonceront et promouvoir le passage de l'unité mobile peu avant son passage afin de créer de la demande et d'informer les habitants sur les services qui seront rendus.

- **Réaliser les sorties par des unités mobiles**

Les unités mobiles feront des circuits réguliers pour proposer aux femmes la gamme complète de contraceptifs lorsque les formations sanitaires présentes sur place ne peuvent pas l'assurer.

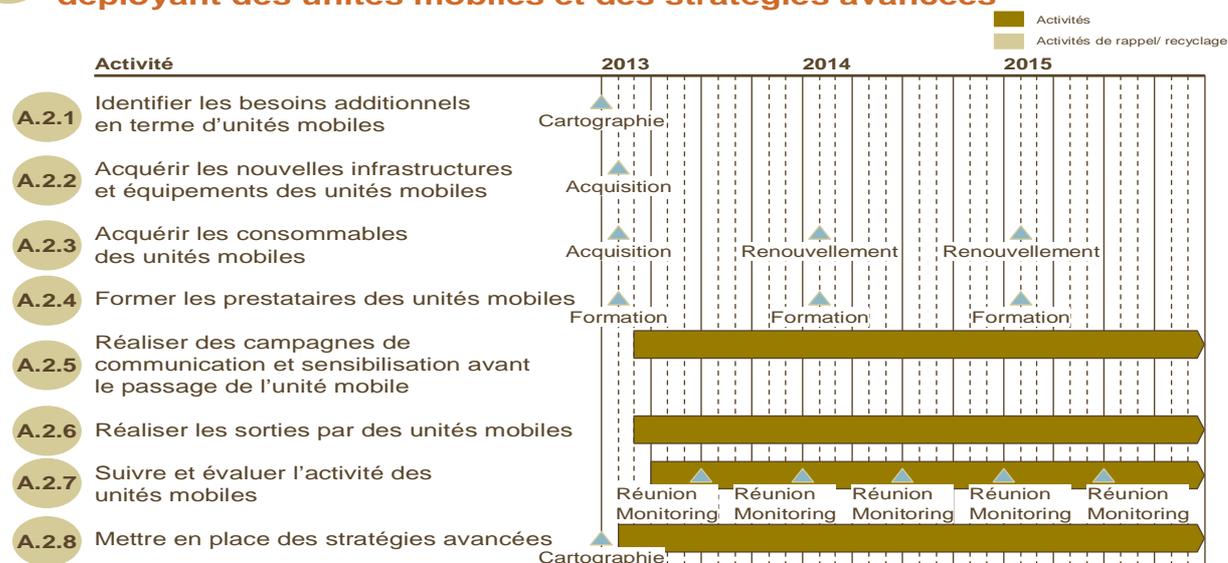
- **Suivre et évaluer l'activité des unités mobiles**

Les unités seront supervisées et auditées régulièrement afin d'assurer la qualité du service délivré.

- **Mettre en place des stratégies avancées**

Le personnel de formations sanitaires bien dotées en personnel et équipements se rendra à date fixe (ex. chaque mois, le 17) dans les formations moins bien dotées afin d'offrir la gamme complète des méthodes contraceptives. Les formations sanitaires qui recevront les visites seront en charge de promouvoir les visites et de donner des solutions temporaires en attendant celles-ci.

A.2 Améliorer la couverture des populations périurbaines et rurales en déployant des unités mobiles et des stratégies avancées



SOURCE: Comité technique

Figure 13. Calendrier de mise en œuvre – Améliorer la couverture des populations périurbaines et rurales en déployant des unités mobiles et des stratégies avancées

5.3 Améliorer la couverture des populations rurales en renforçant les services à base communautaire

Les services à base communautaire permettent d'atteindre les populations éloignées des Formations Sanitaires :

- **Renforcer la place de la PF dans les Services à Base Communautaire**

Communiquer sur l'intérêt de la DBC pour la PF auprès des personnels de santé, qui communiqueront ce message auprès de la population. Et renforcer les interactions entre personnels de santé et agents DBC

Renforcer le partenariat entre structures publiques et Services à Base Communautaire

Intégrer les activités des structures de gestion des agents dans les plans d'action des districts sanitaires et appuyer les cadres de concertation nationaux et locaux entre ONG, structures de gestion des agents et directions de santé.

- **Identifier et répondre aux besoins additionnels en termes de Services à Base Communautaire**

Des agents additionnels seront recrutés dans les zones nécessitant un renforcement en priorité. Ils recevront une formation ainsi qu'un kit marketing et un stock initial de produits contraceptifs.

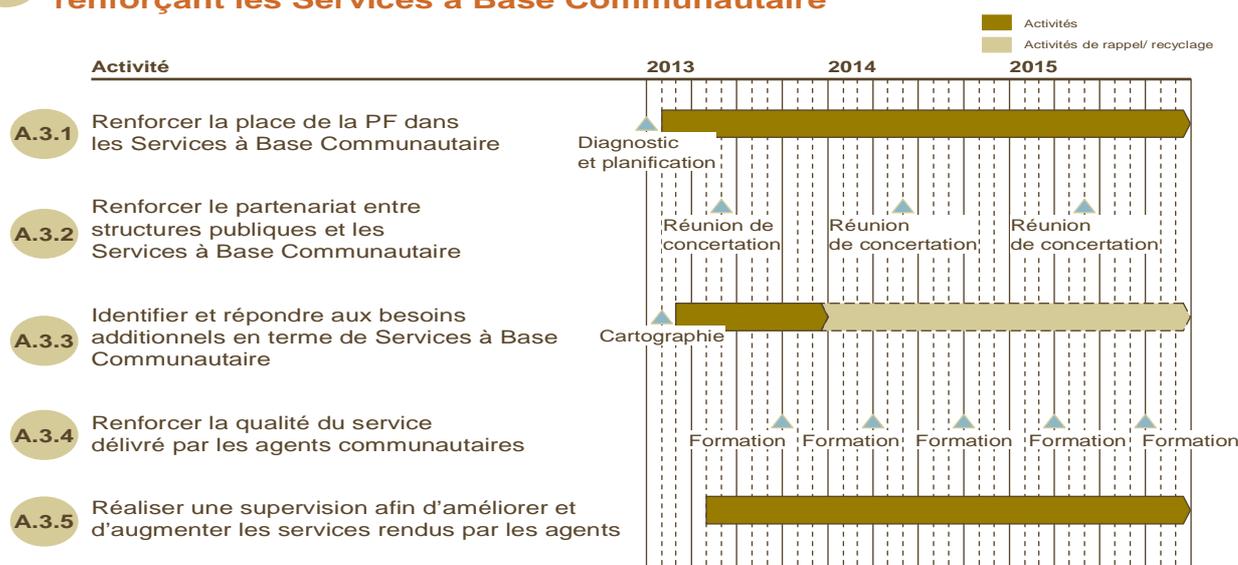
- **Renforcer la qualité du service délivré par les agents communautaires**

Les agents distribueront des préservatifs et des pilules et conseilleront sur l'ensemble des méthodes contraceptives. Les agents référeront les femmes vers des Formations Sanitaires le choix de celles-ci se portera sur des méthodes qu'ils ne sont pas habilités à délivrer ou pour une première prescription.

- **Réaliser une supervision afin d'améliorer et d'augmenter les services rendus par les agents**

Des sorties de supervision et d'évaluation seront effectuées pour garantir l'efficacité du service.

A.3 Calendrier - Améliorer la couverture des populations rurales en renforçant les Services à Base Communautaire



SOURCE: Comité technique

Figure 14. Calendrier de mise en œuvre – Améliorer la couverture des populations rurales en renforçant les Services à Base Communautaire

6. Suivi et évaluation

6.1 Assurer le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du plan.

- **Appuyer les personnels en charge du suivi et de l'évaluation**

Les structures de mise en œuvre et de suivi seront renforcées, en particulier par un recrutement de personnel placé à la DSME.

- **Définir les indicateurs clés de suivi, les modalités de calcul, la périodicité et clarifier les responsabilités dans la collecte**

Un consensus sera élaboré autour des indicateurs à suivre, ainsi qu'à propos des modalités de calcul et de la périodicité collecte.

- **Former les personnels habilités à l'enregistrement et à la consolidation des données**

Les personnels habilités à la consolidation des données aux niveaux région et DS et ceux habilités à l'enregistrement des données sanitaires dans les FS seront formés.

- **Fournir les outils de collecte de données et de suivi des patients dans les FS**

Les registres de collecte des données et les fiches de consultation nécessaires au suivi des patientes seront mis à la disposition des FS.

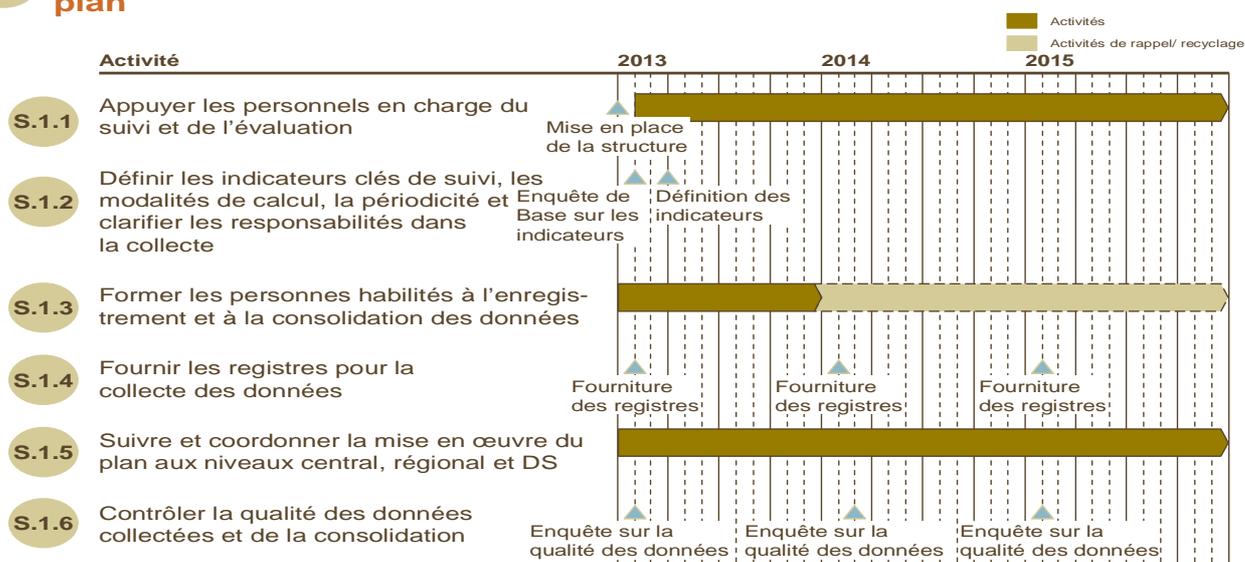
- **Suivre et coordonner la mise en œuvre du plan aux niveaux central, régional et DS**

Les régions et les DS suivront la réalisation des activités et l'atteinte des objectifs par la tenue de réunion régulières.

- **Contrôler la qualité des données collectées et leur consolidation**

Une enquête nationale réalisée sur la base d'échantillons permettra de s'assurer de la qualité des données.

S.1 Calendrier - Assurer le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du plan



SOURCE: Comité technique

Figure 15. Calendrier de mise en œuvre - Assurer le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du plan

Budget du plan national de relance

1. Synthèse des coûts

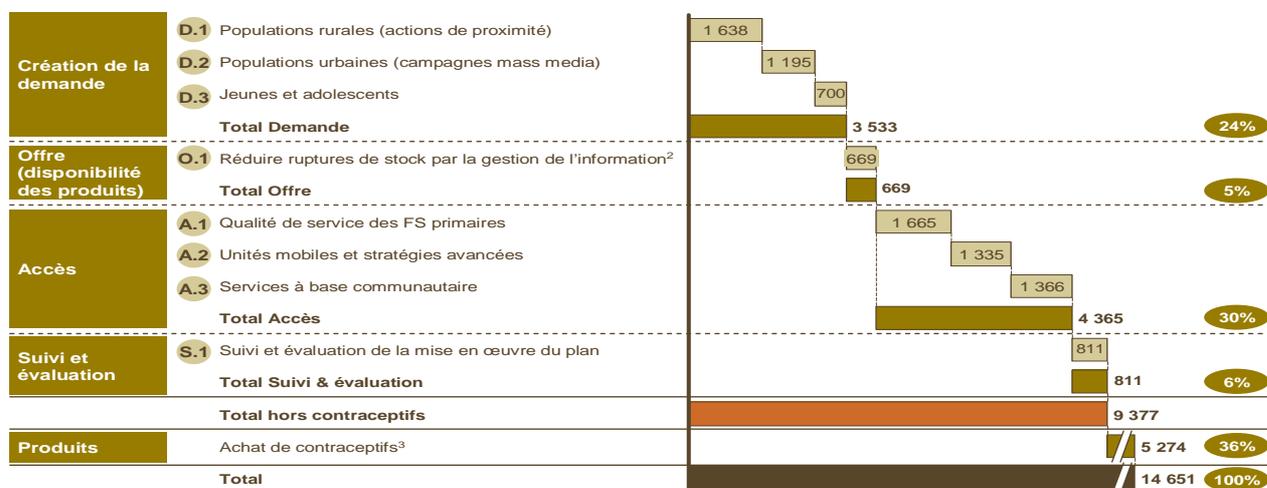
Pour la période 2013-2105, les coûts du plan s'élèvent à 14,7 milliards F.CFA (27,5 millions Dollars¹⁹)

- **Demande** : 3,5 milliards de F.CFA/ 6,6 millions de Dollars
- **Offre (disponibilité des produits)** : 0,7 milliard de F.CFA/ 1,3 million de Dollars
- **Accès** : 4,4 milliards de F.CFA/ 8,2 millions de Dollars
- **Suivi et évaluation** : 0,8 milliard de F.CFA/ 1,5 million de Dollars
- **Achats de contraceptifs** : 5,3 milliards de F.CFA/ 9,9 millions de Dollars

¹⁹ Taux de change F CFA/ \$ de 0,00187995(taux au 03/09/2012)

Le budget du plan de relance de la PF est de 9,4 Milliards de FCFA hors contraceptifs (14,7 Milliards de FCFA avec contraceptifs)

Budget¹, Millions de FCFA, 2013-2015



1 Les coûts n'incluent pas l'implication du système de santé public (ex. temps des agents publics)

2 Hors coûts des contraceptifs

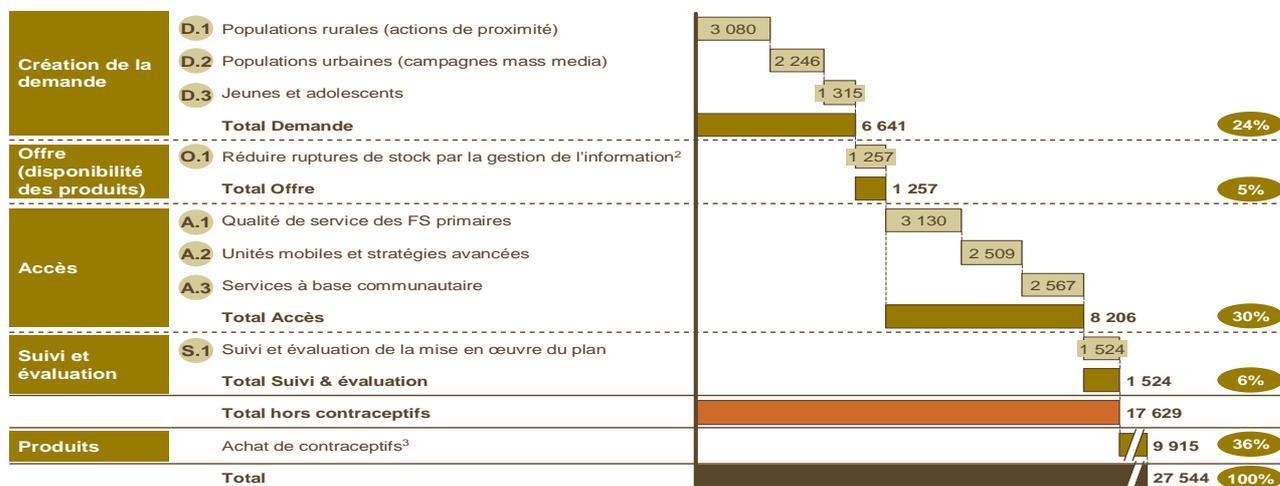
3 Estimation basée sur Reality Check (outil USAID)

SOURCE: Comité technique

Figure 16. Répartition du budget par action prioritaire (Francs CFA)

Le budget du plan de relance de la PF est de 17,6 Millions de Dollars US hors contraceptifs (27,5 Millions de Dollars US avec contraceptifs)

Budget¹, Milliers USD, 2013-2015



1 Les coûts n'incluent pas l'implication du système de santé public (ex. temps des agents publics)

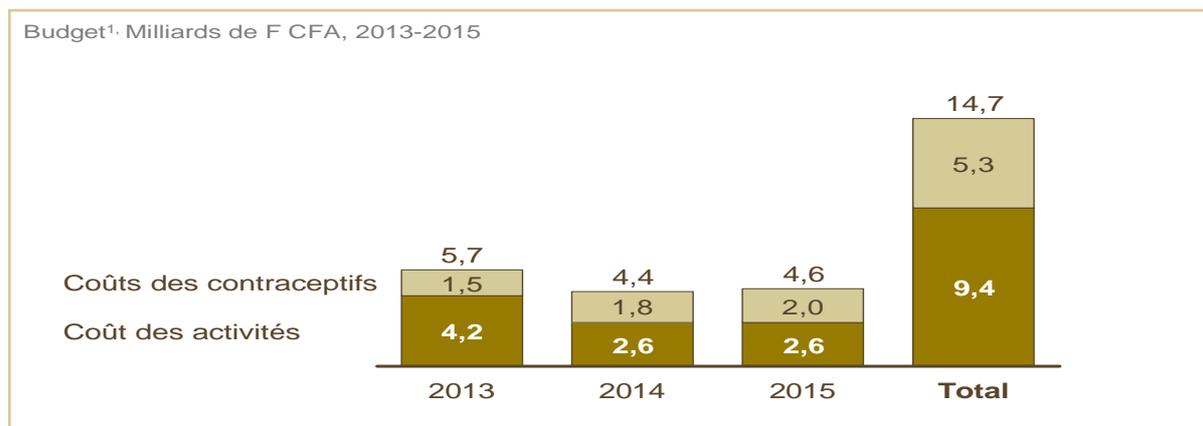
2 Hors coûts des contraceptifs

3 Estimation basée sur Reality Check (outil USAID)

SOURCE: Comité technique

Figure 17. Répartition du budget par action prioritaire (Dollars US)

2. Répartition du budget par année



1 Les coûts n'incluent pas l'implication du système de santé public (ex. temps des agents publics) ; le coût des contraceptifs est basé sur une estimation Reality Check (outil USAID)

SOURCE: EDS 2010 (préliminaire) ; Annuaire statistique de santé, DGISS, 2011 (version préliminaire) ; MSI ; ABBEF ; entretiens

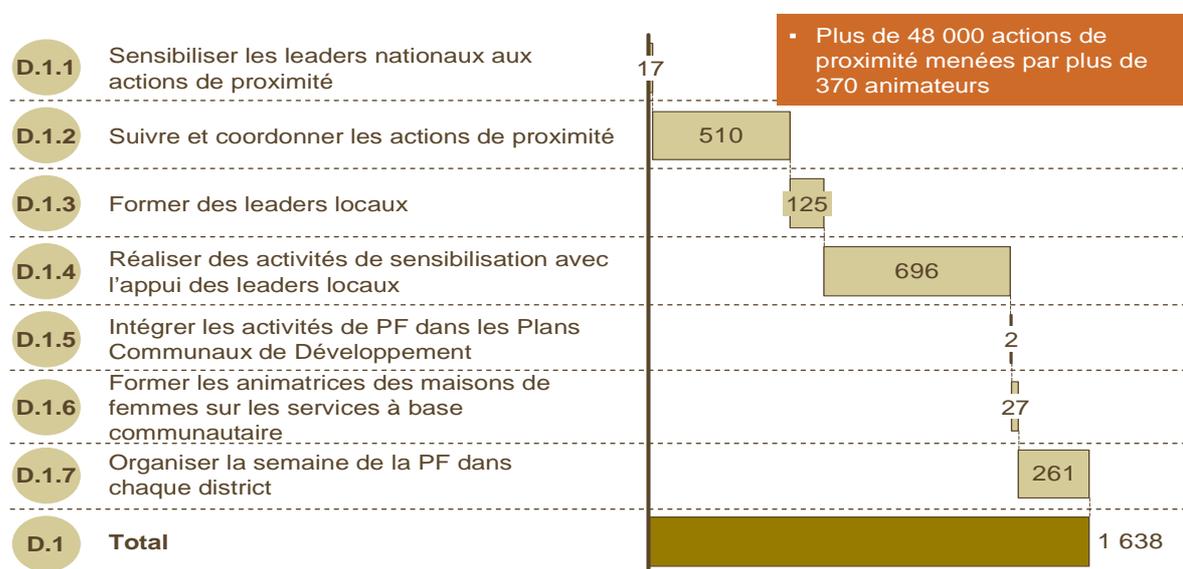
Figure 18. Répartition du budget par année

Le budget alloué à la réalisation des activités est plus important en première année que lors des années suivantes en raison des coûts de lancement.

3. Détail des budgets

D.1 Augmenter la demande des populations rurales par des actions de proximité

Budget¹, Millions de FCFA, 2013-2015



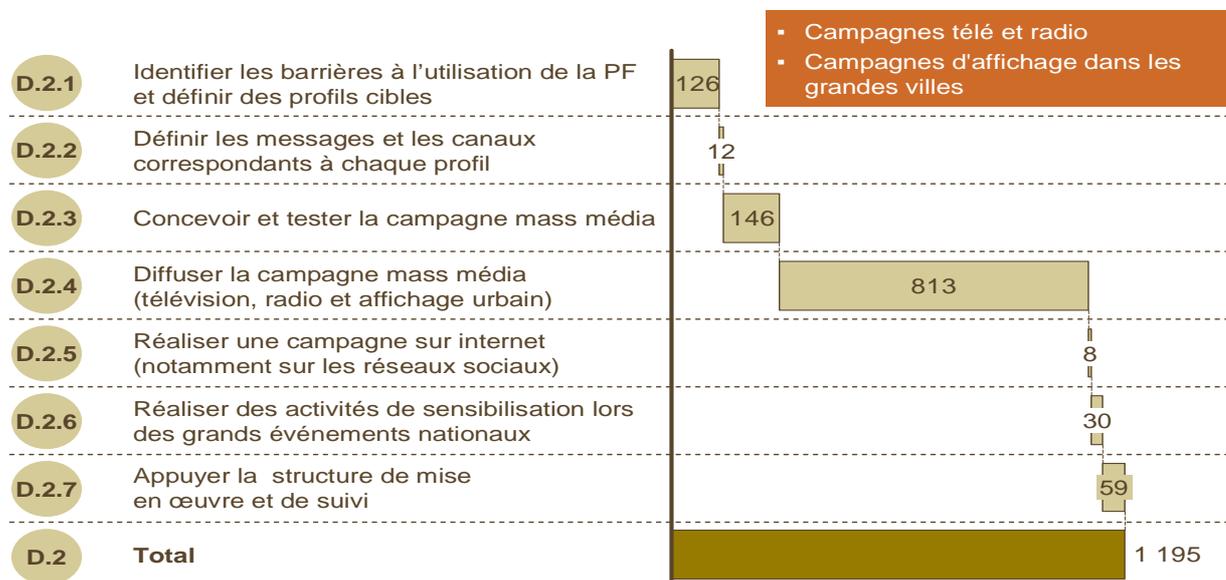
1 Les coûts n'incluent pas l'implication du système de santé public (ex. temps des agents publics)

SOURCE: Comité technique

Figure 19. Budget alloué – Augmenter la demande des populations rurales par des actions de proximité

D.2 Augmenter la demande des populations urbaines par des campagnes mass média

Budget¹, Millions de FCFA, 2013-2015

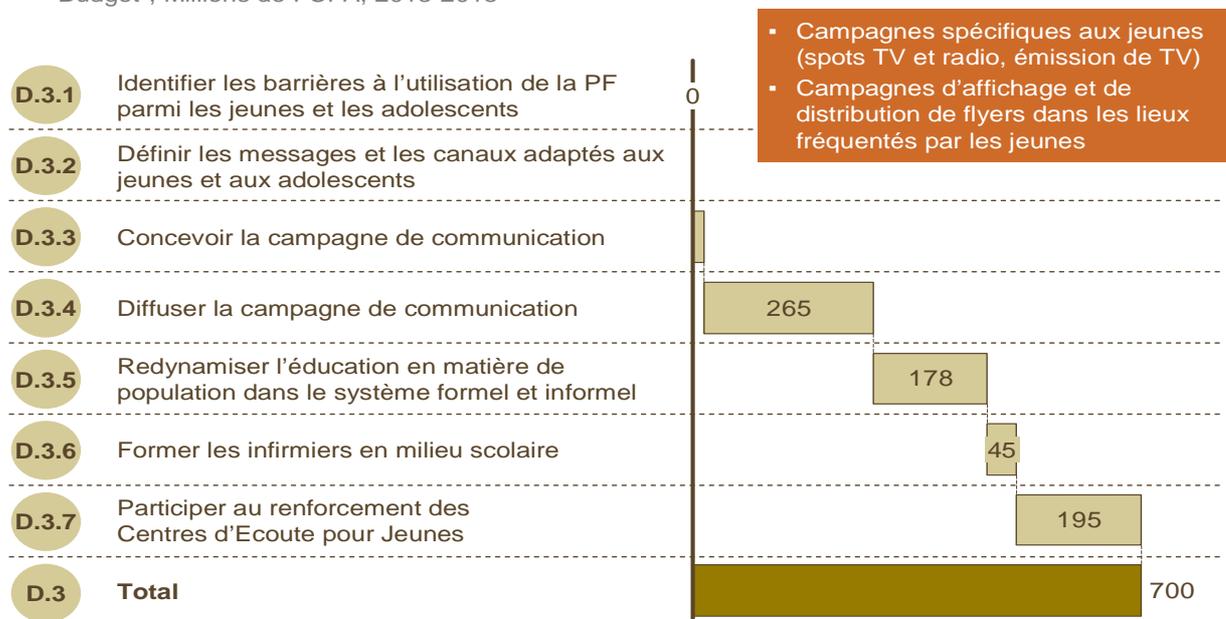


¹ Les coûts n'incluent pas l'implication du système de santé public (ex. temps des agents publics)
SOURCE: Comité technique

Figure 20. Budget alloué - Augmenter la demande des populations urbaines par des campagnes mass média

D.3 Sensibiliser les adolescents et les jeunes sur la PF

Budget¹, Millions de FCFA, 2013-2015

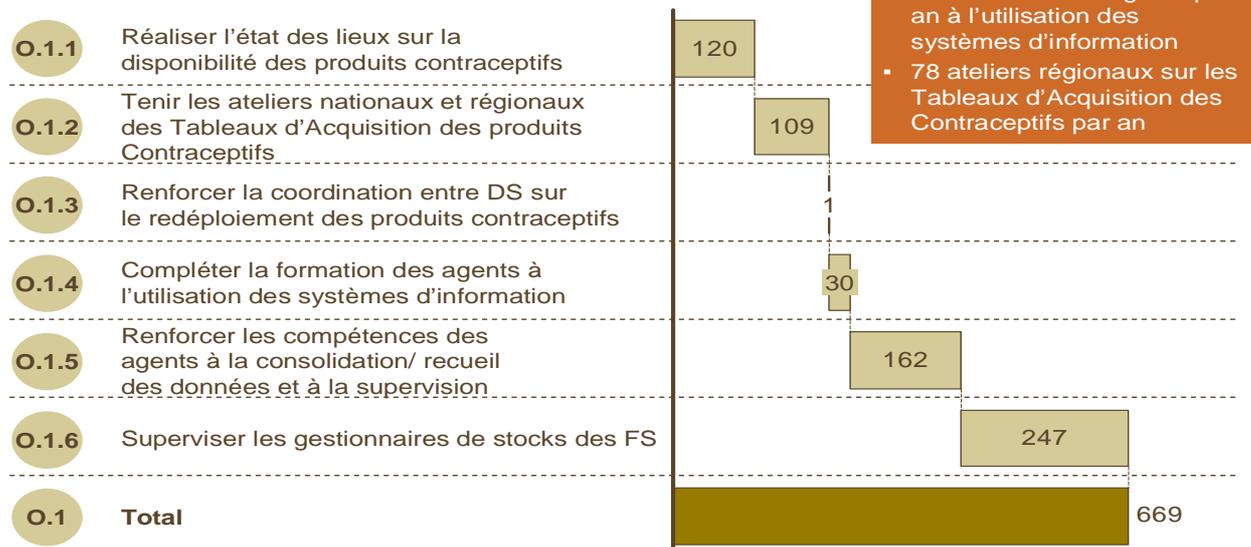


¹ Les coûts n'incluent pas l'implication du système de santé public (ex. temps des agents publics)
SOURCE: Comité technique

Figure 21. Budget alloué – Sensibiliser les adolescents et les jeunes à la PF

O.1 Réduire les ruptures de stock dans les Formations Sanitaires primaires en améliorant la collecte et la gestion de l'information

Budget¹, Millions de FCFA, 2013-2015

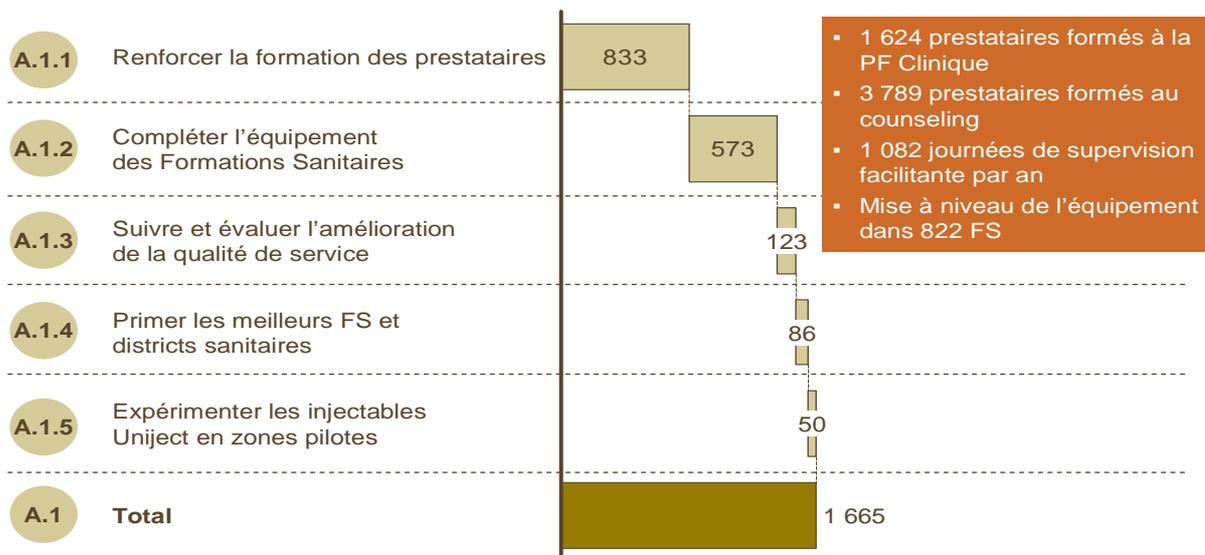


¹ Les coûts n'incluent pas l'implication du système de santé public (ex. temps des agents publics)
SOURCE: Comité technique

Figure 22. Budget alloué - Réduire les ruptures de stock dans les FS primaires en améliorant la collecte et la gestion de l'information

A.1 Améliorer la qualité de service dans les Formations Sanitaires de base

Budget¹, Millions de FCFA, 2013-2015

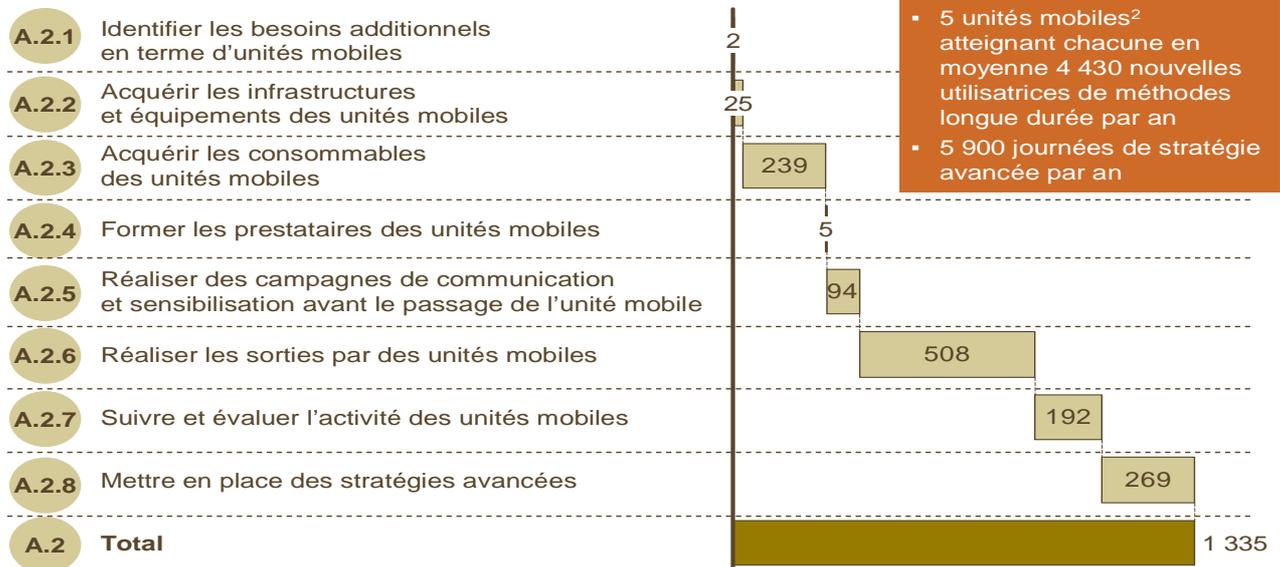


¹ Les coûts n'incluent pas l'implication du système de santé public (ex. temps des agents publics)
SOURCE: Comité technique

Figure 23. Budget alloué – Améliorer la qualité de service dans les Formations Sanitaires de base

A.2 Améliorer la couverture des populations périurbaines et rurales en déployant des unités mobiles et des stratégies avancées

Budget¹, Millions de FCFA, 2013-2015



- 5 unités mobiles² atteignant chacune en moyenne 4 430 nouvelles utilisatrices de méthodes longue durée par an
- 5 900 journées de stratégie avancée par an

¹ Les coûts n'incluent pas l'implication du système de santé public (ex. temps des agents publics)

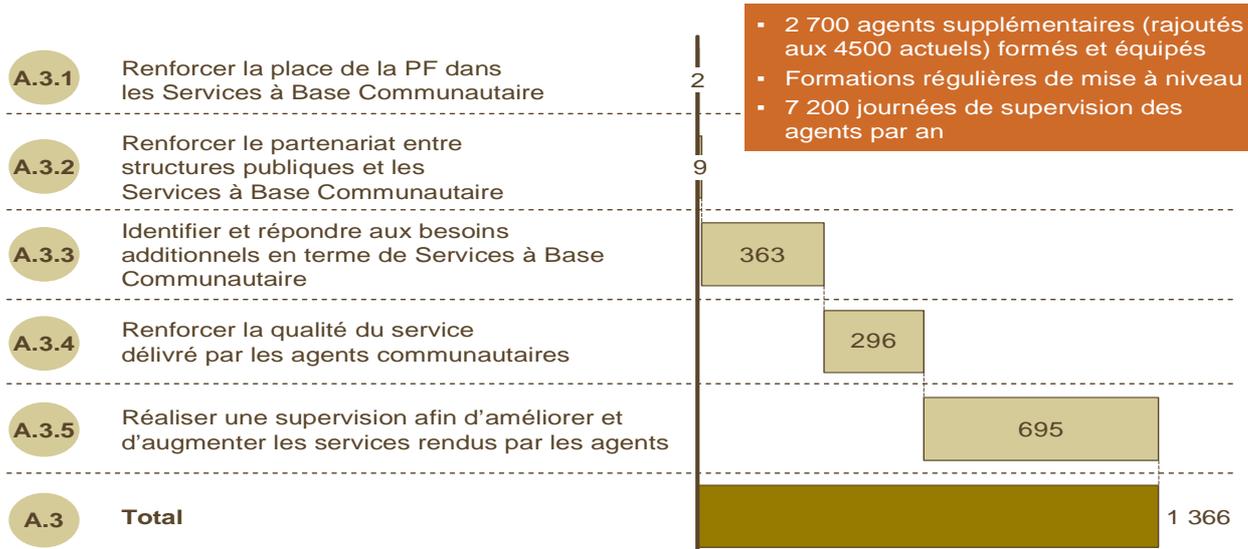
² dont une unité nouvelle rajoutée

SOURCE: Comité technique

Figure 24. Budget alloué – Améliorer la couverture des populations périurbaines et rurales en déployant des unités mobiles et des stratégies avancées

A.3 Améliorer la couverture des populations rurales en renforçant les Services à Base Communautaire

Budget¹, Millions de FCFA, 2013-2015



- 2 700 agents supplémentaires (rajoutés aux 4500 actuels) formés et équipés
- Formations régulières de mise à niveau
- 7 200 journées de supervision des agents par an

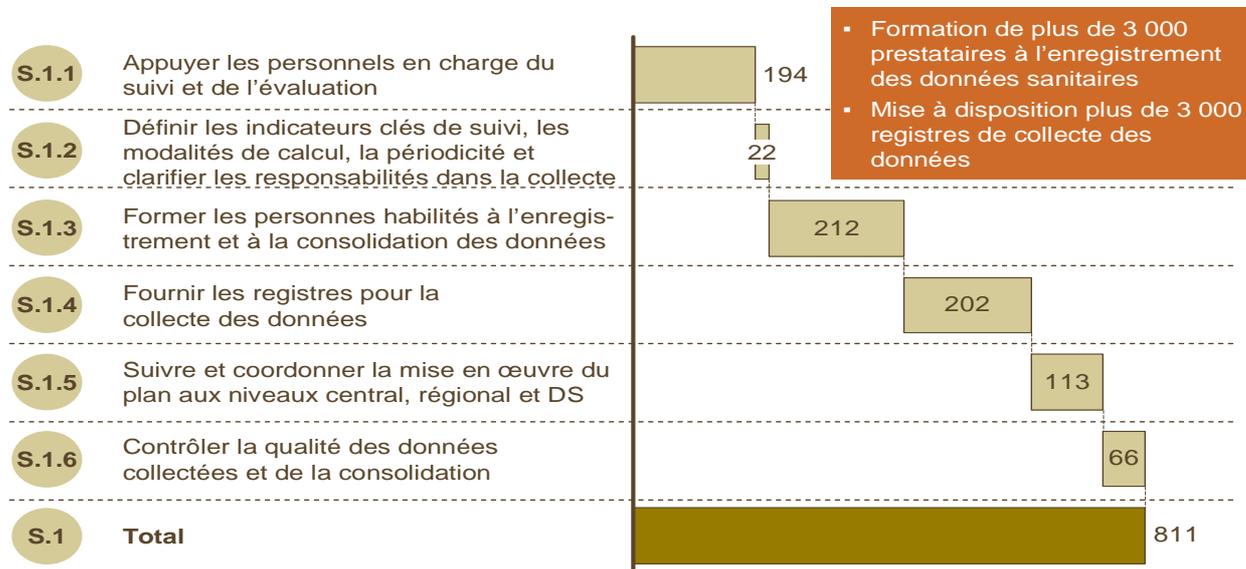
¹ Les coûts n'incluent pas l'implication du système de santé public (ex. temps des agents publics)

SOURCE: Comité technique

Figure 25. Budget alloué – Améliorer la couverture des populations rurales en renforçant les Services à Base Communautaire

S.1 Assurer le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du plan

Budget¹, Millions de FCFA, 2013-2015



¹ Les coûts n'incluent pas l'implication du système de santé public (ex. temps des agents publics)
SOURCE: Comité technique

Figure 26. Budget alloué - Assurer le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du plan

4. Présentation de l'outil de costing

L'outil de costing permet une modification dynamique des variables :

- Nature des activités (fréquence, calendrier et intensité)
- Coûts unitaires associés à chaque sous-activité
- Répartition régionale des activités

Au total, plus de 1 500 lignes permettent de coster les activités et sous-activités.

Détail des sous-activités et calendrier						F CFA				\$		
N°	Action prioritaire	Activités	Sous-Activités	Hypothèses	Type de coût	Total 2013-2015 F CFA	2013 F CFA	2014 F CFA	2015 F CFA	Total 2013-2015 \$	2013 \$	2014 \$
5	D.1.1.1	D.1 Augmenter la demande des populations rurales par des actions de proximité	D.1.1 Sensibiliser les leaders nationaux aux actions de proximité	D.1.1.1 Réaliser une cartographie des leaders nationaux à impliquer	Forfait consultant	2 250 000	2 250 000	0	0	4 230	4 230	0
6	D.1.1.2	D.1 Augmenter la demande des populations rurales par des actions de proximité	D.1.1 Sensibiliser les leaders nationaux aux actions de proximité	D.1.1.2 Revolir et améliorer les outils de plaidoyer pour les leaders nationaux	Forfait consultant	2 250 000	2 250 000	0	0	4 230	4 230	0
7	D.1.1.3	D.1 Augmenter la demande des populations rurales par des actions de proximité	D.1.1 Sensibiliser les leaders nationaux aux actions de proximité	D.1.1.3 Réaliser le plaidoyer auprès des leaders nationaux identifiés	9 journée par an pour chaque catégorie de leaders nationaux (20 participants) : - Religieux et coutumiers - Administratifs - Monde du travail	12 015 000	4 005 000	4 005 000	4 005 000	22 588	7 529	7 529
8	D.1.2.1	D.1 Augmenter la demande des populations rurales par des actions de proximité	D.1.2 Suivre et coordonner les actions de proximité	D.1.2.1 Appuyer les structures nationale et régionale en charge des activités de proximité (ressources humaines)	- 1 coordinateur national - 1 directeur des programmes additionnelles - 13 coordinateurs régionaux - 1 charge de programme / suivi évaluation - 1 gestionnaire comptable	342 097 704	114 032 568	114 032 568	114 032 568	643 127	214 376	214 376
9	D.1.2.2	D.1 Augmenter la demande des populations rurales par des actions de proximité	D.1.2 Suivre et coordonner les actions de proximité	D.1.2.2 Appuyer la structure nationale et régionale en charge des activités de proximité (frais de fonctionnement et carburant)	Prise en compte des frais de fonctionnement et de carburant pendant les 3 années et des équipements à réaliser en année 1	146 418 458	84 806 153	30 806 153	30 806 153	275 259	159 431	57 914
10	D.1.2.3	D.1 Augmenter la demande des populations rurales par des actions de proximité	D.1.2 Suivre et coordonner les actions de proximité	D.1.2.3 Appuyer le suivi trimestriel et annuel des activités	- Supervision trimestrielle au niveau central - 1 atelier annuel de bilan et de programmation	20 430 750	6 810 250	6 810 250	6 810 250	38 409	12 803	12 803
11	D.1.3.1	D.1 Augmenter la demande des populations rurales par des actions de proximité	D.1.3 Former des leaders locaux	D.1.3.1 Réaliser des ateliers de formation des leaders religieux par district (en 53	Formation de 40 leaders religieux par district	113 911 875	98 791 875	7 560 000	7 560 000	214 149	185 724	14 212

Figure 27. Aperçu de l'outil de costing

Organisation de la mise en œuvre et du suivi

1. Principes

Le plan national de relance de la Planification Familiale sera mis en œuvre par la DSME. Deux principes directeurs ont été définis :

- **La mise en œuvre et l'évaluation du plan requièrent un engagement fort du gouvernement, des partenaires et des représentants de la société civile**
- **Les DRS sont comptables de la réalisation du plan et du suivi des indicateurs dans leur région, y compris pour les résultats dépendant des structures non publiques**

2. Renforcement des équipes de la DSME

Afin de s'assurer de la mise en œuvre des activités et du suivi des résultats du plan, la DSME bénéficiera d'un renforcement en personnel. Trois profils seront recrutés :

- **Médecin spécialisé en santé reproductive**
 - Suivre la réalisation des activités au niveau national
 - Préparer et faciliter les réunions des comités de pilotage et technique pour les sujets PF
 - Effectuer un dialogue de performance avec les DRS, suivre leurs résultats et proposer des actions correctrices le cas échéant
- **Attaché de santé spécialisé en SR**
 - Appuyer le médecin spécialisé en santé reproductive
 - Assurer la logistique de la gouvernance (par ex. bonne tenue des réunions, respect des agendas, préparation des documents)
- **Attaché de santé pour le suivi et l'évaluation**
 - Faciliter la remontée d'information en collaboration avec la DGISS
 - Construire les tableaux de bord de suivi nationaux
 - Appuyer les régions dans la création des tableaux de bord de suivi régionaux

Ce renforcement de la DSME bénéficiera également aux autres activités en matière de Santé de la Reproduction.

3. Renforcement de la gouvernance de mise en œuvre et de suivi

La mise en œuvre du plan de relance de la PF s'appuiera sur les structures de coordination et de suivi existantes.

Activité	2012		2013				2014				Fréquence / séquençage
	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4		
Central											
Comité de pilotage		▲		▲		▲		▲			Semestriel
Comité technique	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲		Trimestriel
Rencontre bilan et perspectives DRS	▲		▲		▲		▲		▲		Semestriel
TAC National		▲		▲		▲		▲			Semestriel
Régional											
Conseils de direction (venue des DS aux DRS)	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲		Trimestriel
TAC Régional		▲		▲		▲		▲		▲	Semestriel 1 mois avant le TAC national
District sanitaire											
Rencontres ICP/ECD (venue des FS au DS)		▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	Trimestriel (la date varie selon les DS)
Conseil de santé des districts			▲		▲		▲		▲		Tous les 6 mois (ajouter un point sur le sujet)

SOURCE: Comité technique

Figure 28. Gouvernance pour la mise en œuvre du plan

- **Niveau central**
 - **Comité de pilotage** : pilotage semestriel des principaux indicateurs de résultat et réalisation des arbitrages stratégiques
 - **Comité technique** : suivi trimestriel des indicateurs de résultats et de processus et ajustement du plan d'action si nécessaire
 - **Rencontre bilan et perspectives des DRS** : examen semestriel des résultats et partage d'expériences entre responsables régionaux
 - **TAC national** : estimation semestrielle des besoins futurs en produits contraceptifs et des volumes à acquérir
- **Niveau régional**
 - **Conseil de direction** : suivi trimestriel des indicateurs et prise de décision sur la mise en œuvre des activités dans la région
 - **TAC régional** : estimation semestrielle des besoins futurs en produits contraceptifs pour chaque région
- **Niveau District Sanitaire**
 - **Rencontre ICP/ECD** : suivi trimestriel des indicateurs de résultat et prise de décision sur la mise en œuvre des activités dans le DS
 - **Rencontre ICP/ECD/COGES** : suivi semestriel des indicateurs de résultat et prise de décision sur la mise en œuvre des activités avec une implication des communautés et des COGES
 - **Conseil de Santé des Districts** : suivi semestriel des indicateurs de résultat (cadre de concertation élargi à la société civile)

4. Indicateurs de suivi

4.1 Indicateurs de résultat

Les indicateurs de résultat seront suivis au niveau national par la DSME, le comité de pilotage et le comité technique et au niveau régional et district. Ces indicateurs permettront d'évaluer les progrès réalisés mais seule la mesure de la prévalence contraceptive, à partir d'une enquête populationnelle, permettra d'évaluer le succès du plan national de relance contraceptive.

Six indicateurs de résultats seront suivis trimestriellement :

- Couple année protection
- Nouvelles utilisatrices de produits contraceptifs
- Nombre de femmes sous contraceptifs
- Taux d'abandon
- Taux de FS/ DRD n'ayant pas connu de rupture de stock au cours de la période.

Les points de blocage seront identifiés grâce à la comparaison des données régionales.

En matière d'offre, l'enquête annuelle sur la disponibilité des produits contraceptifs permettra par ailleurs de disposer d'un constat annuel plus précis.

4.2 Indicateurs de processus

Les indicateurs de processus seront suivis au niveau national par la DSME et par le Comité Technique, et par les régions et DS. Les indicateurs de processus définis permettront d'évaluer le taux de réalisation des huit actions prioritaires.

Trimestre 1 année 2014

		ILLUSTRATIF	T1 2014			
Actions prioritaires		Indicateurs de processus Prévu/ réalisé	Taux de réalisation	Activités réalisées	Activités prévues	
Demande	Augmenter la demande des populations rurales par des actions de proximité	Activités de proximité	88%	3 500	4 000	
		Leaders locaux formés	100%	400	400	
	Augmenter la demande des populations urbaines par des campagnes mass média	Spots TV et radio diffusés	100%	540	540	
		Sensibiliser les adolescents et les jeunes à la PF	Spots TV et radio prévus diffusés	100%	120	120
			CEJ opérationnels équipés	67%	2	3
Personnels de CEJ formés	100%	20	20			
Offre (disponibilité des produits)	Réduire les ruptures de stock dans les Formations Sanitaires primaires en améliorant la collecte et la gestion de l'information	Personnels formés	100%	40	40	
Accès	Améliorer la qualité de service des formations sanitaires primaires	Prestataires formés	100%	540	540	
		FS équipées	100%	125	125	
		Supervisions	71%	60	85	
	Améliorer la couverture des populations périurbaines et rurales en déployant des unités mobiles et des stratégies avancées	Unités mobiles opérationnelles	100%	5	5	
		Améliorer la couverture des populations rurales en renforçant les services à base communautaire	Agents formés	73%	145	200
Recrutements d'agents	100%		2 700	2 700		
Suivi et évaluation	Assurer le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du plan	Réunions de suivi	99%	75	76	
		Sorties de supervision	100%	13	13	
		Personnels formés	75%	30	40	

Figure 29. Maquette portant sur les indicateurs de processus

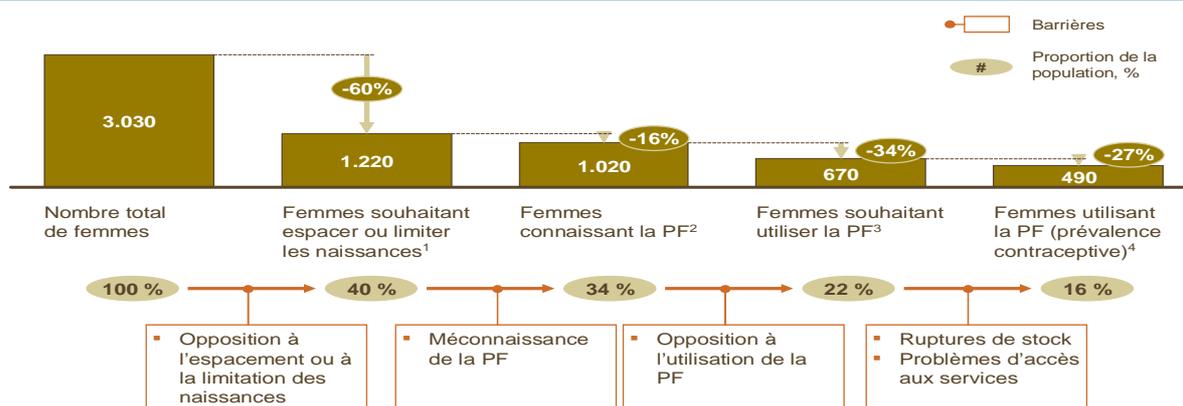
ANNEXES

Etat des lieux et défis

1. Création de la demande

La demande totale en espacement ou limitation des naissances (qu'elle soit satisfaite ou non) s'établit, parmi les femmes en âge de procréer, à 40 %²⁰ en 2010 : **il s'agit de la première barrière au recours à la Planification Familiale.**

2011, milliers, femmes en union de 15-49 ans



¹ EDS 2010

² La proportion de femmes en union connaissant la PF et souhaitant limiter les naissances et n'utilisant pas la PF a été estimée analogue à la proportion de femmes en union n'utilisant pas et n'ayant pas l'intention d'utiliser la contraception dans l'avenir et connaissant la PF (données EDS 2003)

³ La proportion de femmes en union souhaitant utiliser la PF et ne le pouvant pas a été estimée analogue à la proportion de femmes en union n'utilisant pas et n'ayant pas l'intention d'utiliser la contraception dans l'avenir et ne le pouvant pas (données EDS 2003)

⁴ Méthodes contraceptives modernes et traditionnelles (Données EDS 2010)

SOURCE: EDS 2010 (préliminaire) ; EDS 2003 ; Projections démographiques de 2007 à 2020 par région et province, 2009, INSD

Figure 30. Barrière entravant une plus forte prévalence contraceptive

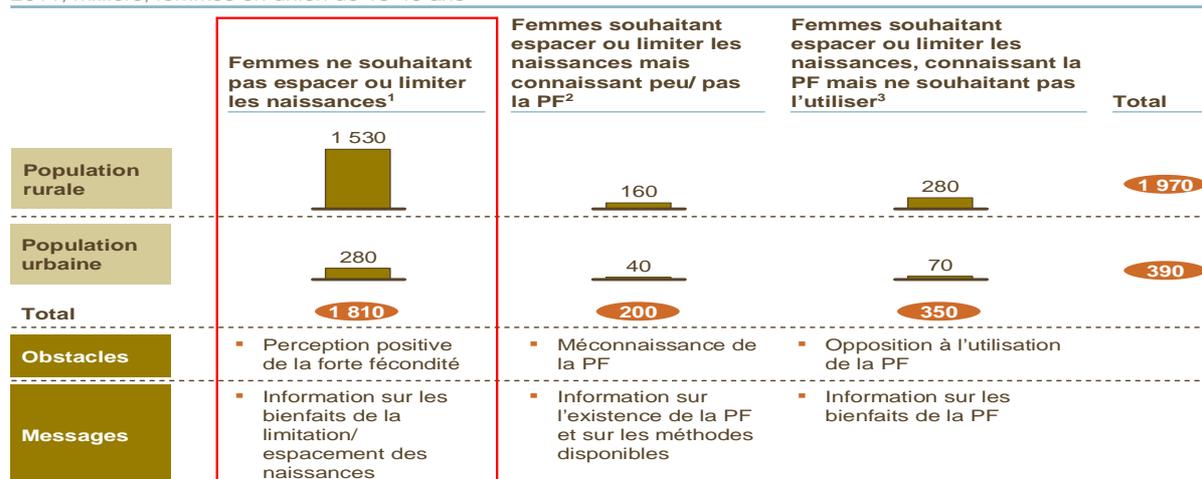
- **Défi n°1 : demande en milieu rural²¹ :**
 - 1,5 million de femmes ne souhaitent pas espacer ou limiter les naissances
 - 160 000 femmes souhaitent espacer les naissances mais connaissent peu ou mal la PF
 - 280 000 femmes souhaitent espacer ou limiter les naissances mais sont opposées à la PF
- **Défi n°2 : demande en milieu urbain²² :**
 - 280 000 femmes ne souhaitent pas espacer ou limiter les naissances
 - 40 000 femmes souhaitent espacer les naissances mais connaissent peu ou mal la PF
 - 70 000 femmes souhaitent espacer ou limiter les naissances mais sont opposées à la PF

²⁰ EDS 2010 (préliminaire)

²¹ EDS 2010 (préliminaire) ; comité technique ; projection population 2012

²² EDS 2010 (préliminaire) ; comité technique ; projection population 2012

2011, milliers, femmes en union de 15-49 ans



¹ EDS 2010

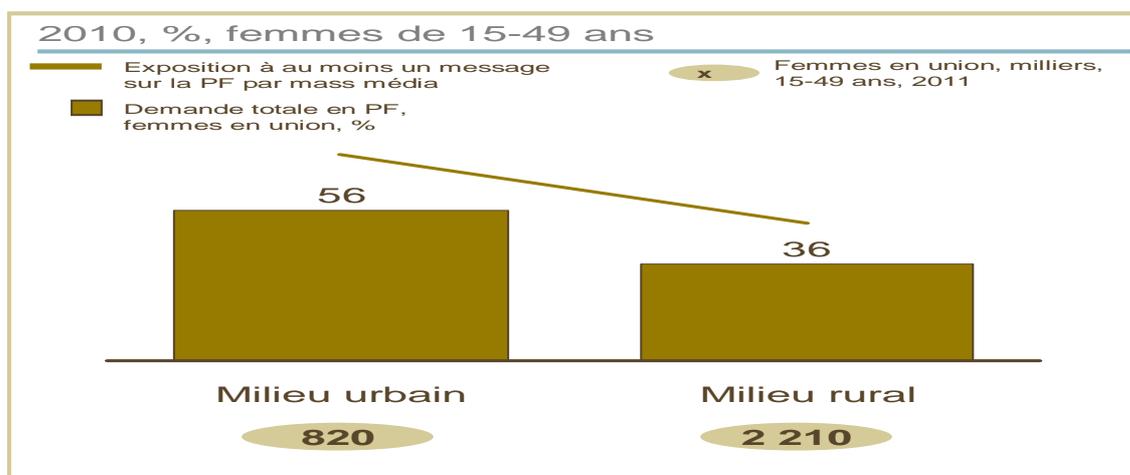
² La proportion de femmes en union connaissant la PF et souhaitant limiter les naissances et n'utilisant pas la PF a été estimée analogue à la proportion de femmes en union n'utilisant pas et n'ayant pas l'intention d'utiliser la contraception dans l'avenir et connaissant la PF (données EDS 2003)

³ La proportion de femmes en union souhaitant utiliser la PF et ne le pouvant pas a été estimée analogue à la proportion de femmes en union n'utilisant pas et n'ayant pas l'intention d'utiliser la contraception dans l'avenir et ne le pouvant pas (données EDS 2003)

SOURCE: EDS 2010 (préliminaire) ; EDS 2003 ; Projections démographiques de 2007 à 2020 par région et province de 2007 à 2020 par région et province, 2009, INSD

Figure 31. Répartition des femmes n'ayant pas accès à la PF

Les campagnes de proximité (ex : implication des leaders locaux, agents communautaires) sont à privilégier pour les populations rurales du fait de leur faible accès aux médias. Au contraire, les campagnes « mass média » sont à privilégier pour toucher les populations urbaines qui ont un plus fort accès.



SOURCE : EDS 2003, EDS 2010 (préliminaire) ; Projections démographiques de 2007 à 2020 par région et province, 2009, INSD

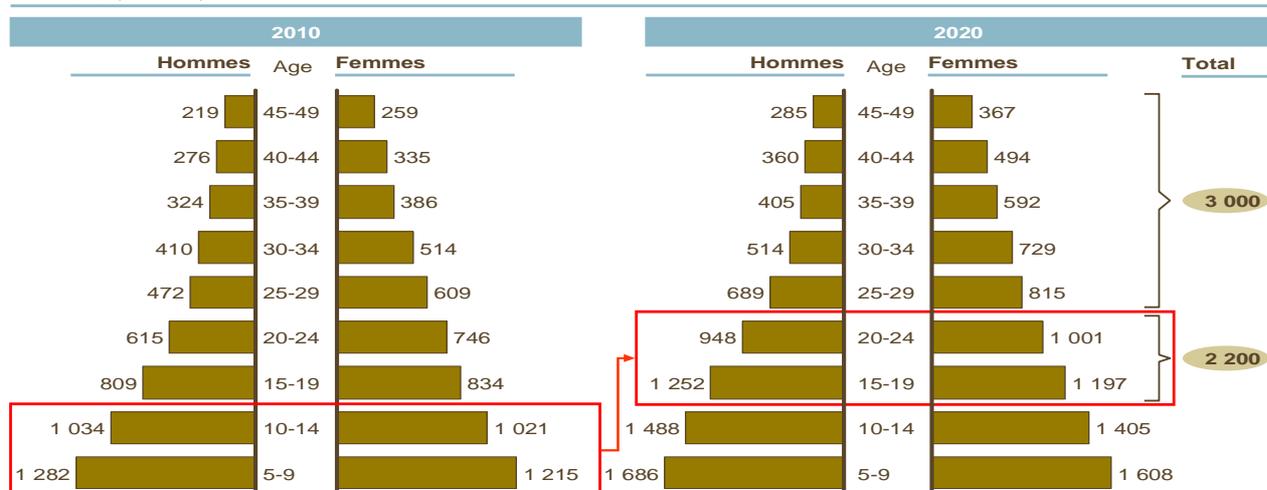
Figure 32. Exposition aux messages sur la PF et demande totale en PF selon le milieu de résidence

• Défi n°3 : demande des jeunes et adolescents :

- 2,2 millions²³ de jeunes filles et d'adolescentes ayant moins de 15 ans en 2010 seront en âge de procréer d'ici 2020.

²³ Projections démographiques de 2007 à 2020 par région et province de 2007 à 2020 par région et province, 2009, INSD

2010-2020, milliers, 5 à 49 ans



SOURCE : Projections démographiques de 2007 à 2020 par région et province de 2007 à 2020 par région et province, 2009, INSD

Figure 33. Pyramide des âges de la population du Burkina Faso

L'augmentation du niveau de demande totale passe donc par une sensibilisation des plus jeunes qui formeront, à l'avenir, l'essentiel des femmes en âge de se reproduire.

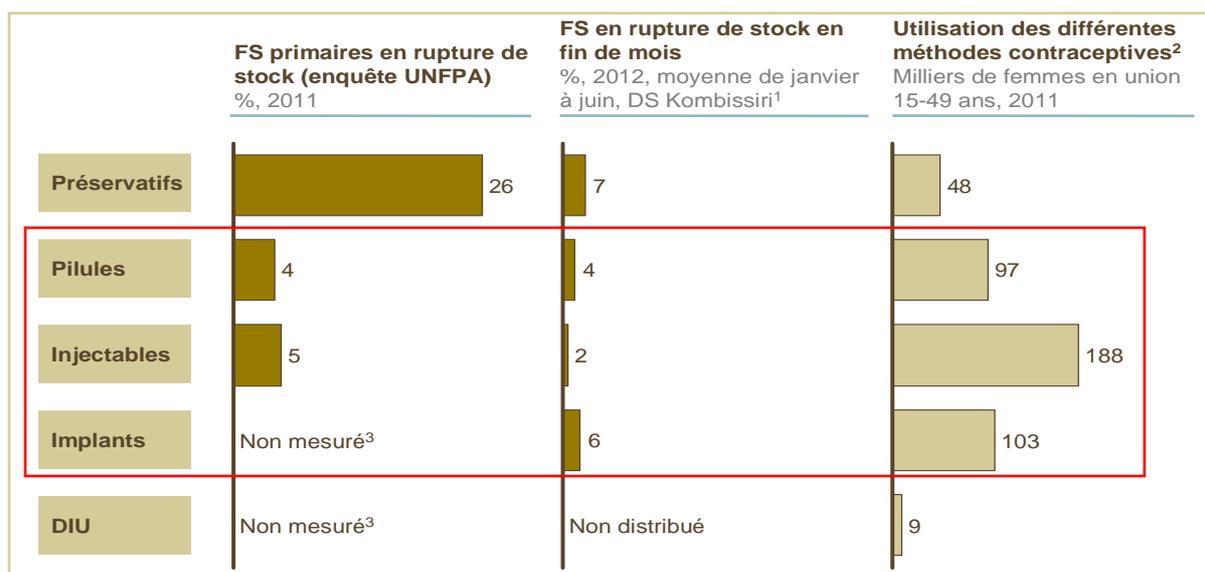
2. Offre (disponibilité des produits)

- Défi n°4 : des ruptures de stock de faible envergure dans les formations sanitaires primaires persistent malgré l'amélioration observée depuis le deuxième semestre 2011

Après de fortes ruptures de stock en 2011, l'action des acteurs a fait baisser les ruptures dans les formations sanitaires primaires pour les produits les plus utilisés²⁴ à moins de 6 % en 2012. Ainsi, plusieurs initiatives récentes ont permis de réduire fortement les ruptures de stock nationales survenues dans le passé (ex. implants en 2011), en particulier avec :

- La mise en place des Tableaux d'Acquisition des Contraceptifs (TAC)
- Le lancement du suivi hebdomadaire des stocks des Formations Sanitaires et des Dépôts Répartiteurs de District

²⁴ Pilules, injectables et implants



¹ Contraceptifs habituellement distribués par les FS : préservatifs masculins, pilules (Microgynon), injectables (Depo-Provera), implants (Jadelle) et DIU
² Données sur l'utilisation des contraceptifs (EDS, 2010) ; données sur le nombre de femmes en union de 15 à 49 ans (INSD)

³ L'enquête UNFPA montre l'absence de Implants dans 47 % de FS et des DIU dans 80 % des FS, toutefois ces chiffres s'expliquent en grande partie par l'impossibilité d'administrer ces méthodes dans les FS (ex. absence de personnel habilité ou formé, manque d'équipement)

SOURCE : Entretiens ; Enquête sur la disponibilité des contraceptifs modernes et des produits de santé maternelle dans les points de prestation de services au Burkina Faso, Ministère de la Santé, UNFPA, 2011, EDS 2010 (préliminaire), visite terrain dans le DS de Kombissiri (18 juillet 2012)

Figure 34. Etat des lieux de la disponibilité des produits contraceptifs

Toutefois, des entretiens réalisés avec les acteurs de l'approvisionnement en produits contraceptifs (aux niveaux central, régional et jusque dans les FS) ont mis en évidence les faiblesses du système de collecte et de gestion de l'information des stocks :

- Dans les formations sanitaires, les gestionnaires de stocks sont peu formés et peu sensibilisés sur l'importance de la remontée d'information
- Les DS ne transmettent pas systématiquement le nombre de jours de rupture de stock constatés dans les FS et la méthode de prise en compte des ruptures de stock dans la définition des besoins futurs n'est pas homogène
- Au niveau central, les besoins générés par des activités à venir (ex. activités de création de la demande) ne sont pas prises en considération dans la définition des besoins futurs

3. Accès aux services de Planification Familiale

- **Défi n°5 : qualité de service et d'équipement des formations sanitaires :**

- 400 000 femmes en union n'ont pas accès à la PF du fait de la faible qualité de service et d'équipement des formations sanitaires²⁵

- **Défi n°6 : accès des populations vivant en milieu périurbain :**

- 50 000 femmes en union vivant en milieu périurbain à Ouagadougou et à Bobo-Dioulasso présentent des besoins non satisfaits en PF s'expliquant en partie par un trop faible accès aux formations sanitaires²⁶

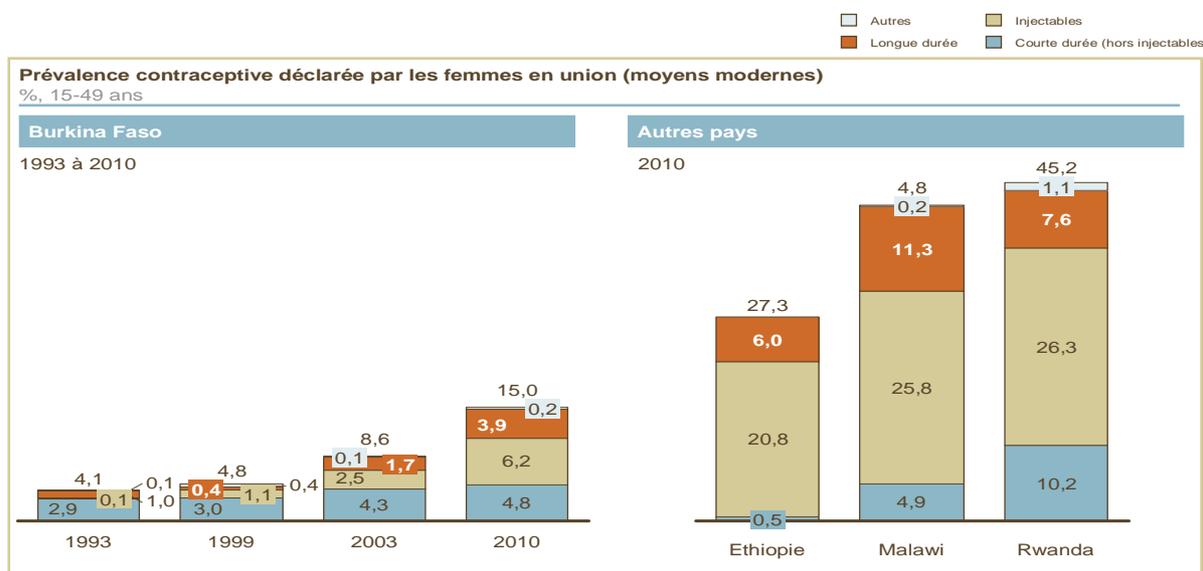
²⁵ Estimation à partir de données du projet RESPOND ; analyse de l'équipe ; projection population 2012

²⁶ Unmet needs for contraception in formal and informal neighborhoods of Ouagadougou, Institut National d'Etude Démographique, Paris, ISSP, Université de Ouagadougou, 2011 ; comité technique ; projection population 2012

• Défi n°7 : accès des populations rurales

- 710 000 femmes en union vivent à plus de 10 km d'une FS²⁷

Les méthodes contraceptives de longue durée et les injectables sont majoritairement utilisés dans les pays ayant réussi à atteindre un niveau de prévalence contraceptive élevé. L'accès à ces méthodes contraceptives demeure limité au Burkina Faso.



SOURCE: Enquête démographique et de Santé et à indicateurs multiples (EDSBF-MICS I, II, III et IV), Mesure DHS et ICF Macro 1993, 1999, 2003 et 2010 (préliminaire)

Figure 35. Taux d'utilisation des différentes méthodes contraceptives

4. Suivi et évaluation

• Défi n°8 : La qualité et l'exhaustivité des données disponibles est perfectible

Domaines	Indicateur clé	Structures actuellement concernées	Collecte des données	Consolidation et transmission des données
Distribution	<ul style="list-style-type: none"> Volume distribué par les formations sanitaire (par type de contraceptif et par formation sanitaire) 	<ul style="list-style-type: none"> Publiques Privées à but lucratif 	<ul style="list-style-type: none"> Trimestrielle (DGISS) 2 fois par an (TAC) 	<ul style="list-style-type: none"> Annuelle (DGISS) 2 fois par an (TAC)
Disponibilité	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de jours de rupture de stock (par type de contraceptif et par formation sanitaire) 	<ul style="list-style-type: none"> Publiques Privées à but lucratif 	<ul style="list-style-type: none"> Trimestrielle (DGISS) Annuelle (Enquête sur la disponibilité des contraceptifs modernes) 	<ul style="list-style-type: none"> La DGISS ne consolide pas ces données Annuelle (Enquête sur la disponibilité des contraceptifs modernes)
Couverture	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de personnes habilitées à distribuer des produits contraceptifs (par type de contraceptif et par district) 	<ul style="list-style-type: none"> Publiques (hors agents communautaires) 	<ul style="list-style-type: none"> 2 fois par an (DGISS) 	<ul style="list-style-type: none"> 2 fois par an (DGISS)
Communication	<ul style="list-style-type: none"> Nombre d'activités de communication (par type d'activité et par district) 	<ul style="list-style-type: none"> Publiques Privées à but lucratif ONG sous contrats (faible qualité des données collectées) 	<ul style="list-style-type: none"> Trimestrielle (pour les activités de sensibilisation - DGISS) 	<ul style="list-style-type: none"> Annuelle (pour les activités de sensibilisation - DGISS)

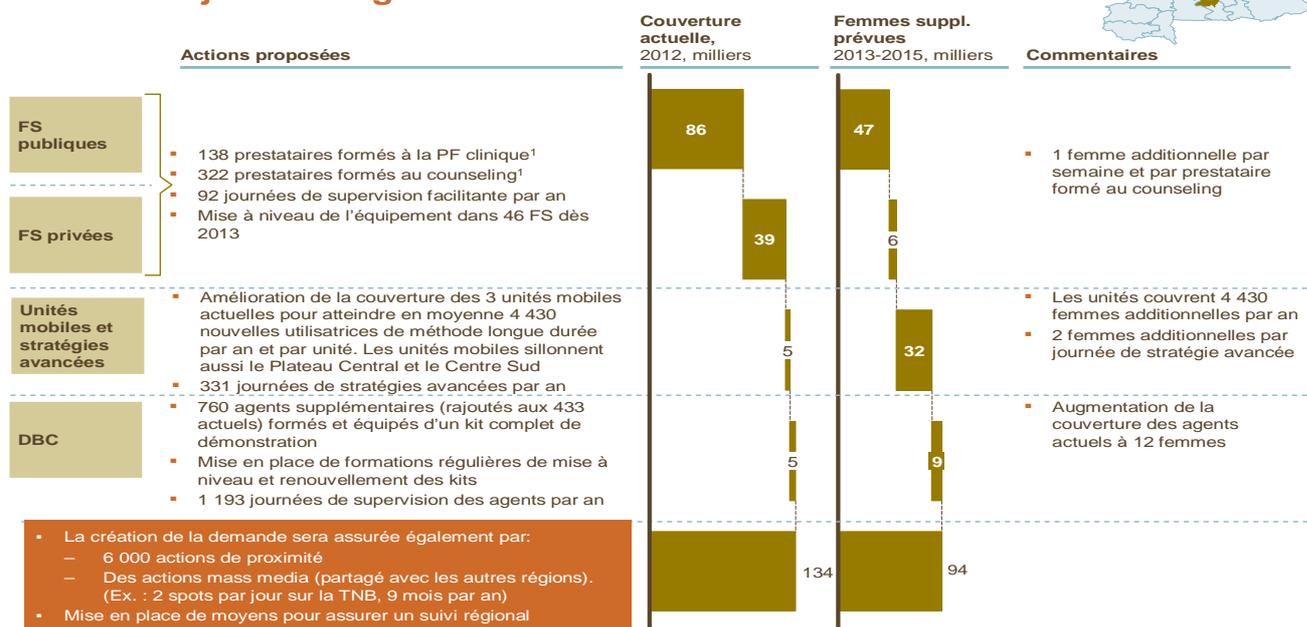
SOURCE: Annuaire statistique de santé, DGISS, 2011 ; entretiens

Figure 36. Disponibilité et fréquence de mesure des indicateurs clés

²⁷Annuaire statistique de santé, DGISS, 2011

Détail des objectifs régionaux et de la répartition par canal de distribution

Fiche d'objectifs : région Centre

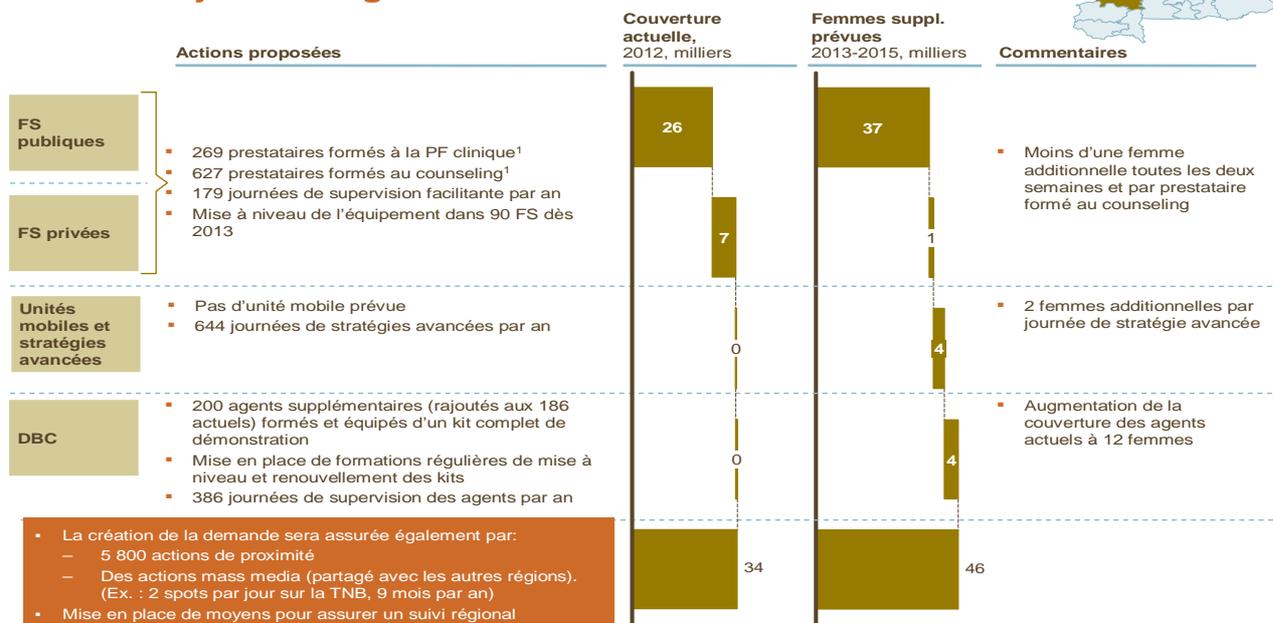


1 Nombre de prestataires formés sur 3 ans

SOURCE: DHS 2010 (préliminaire), Recensement général de la population et de l'habitation (RGPH) de 2006 au Burkina Faso, Comité technique, Données ABBEF, Données MSI, Entretiens

Figure 37. Actions et objectifs – Région Centre

Fiche d'objectifs : région Boucle du Mouhoun

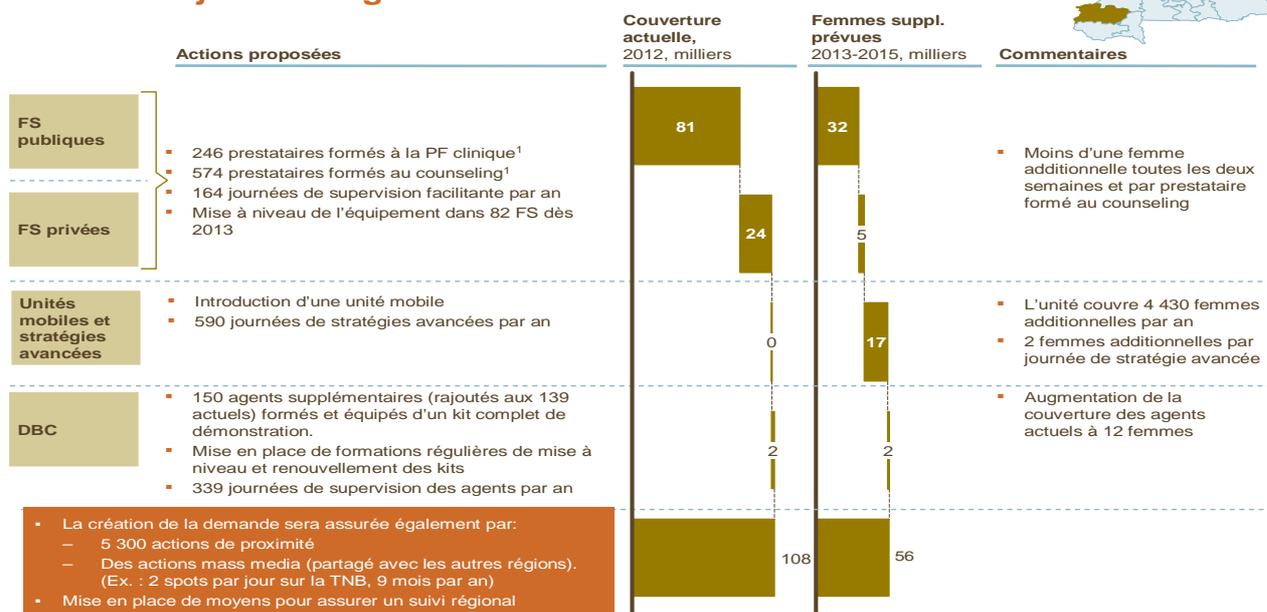


1 Nombre de prestataires formés sur 3 ans

SOURCE: DHS 2010 (préliminaire), Recensement général de la population et de l'habitation (RGPH) de 2006 au Burkina Faso, Comité technique, Données ABBEF, Données MSI, Entretiens

Figure 38. Actions et objectifs – Région Boucle du Mouhoun

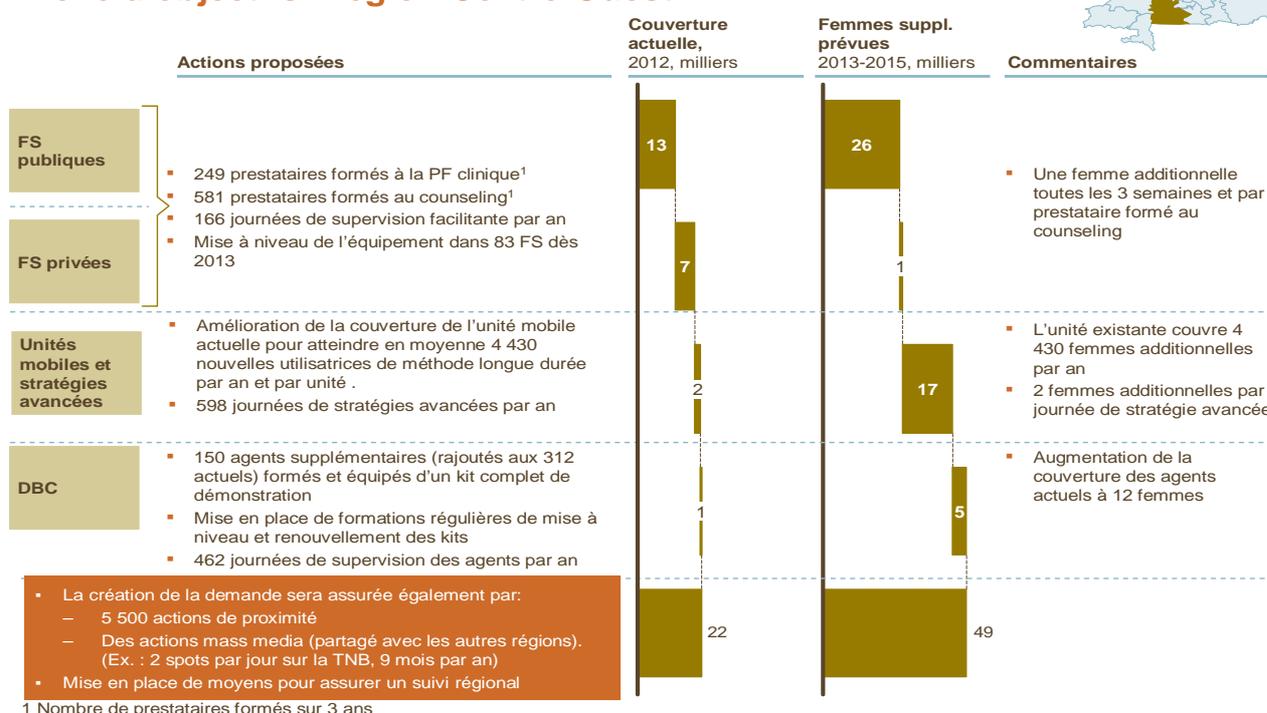
Fiche d'objectifs : région Hauts Bassins



SOURCE: DHS 2010 (préliminaire), Recensement général de la population et de l'habitation (RGPH) de 2006 au Burkina Faso, Comité technique, Données ABBEF, Données MSI, Entretiens

Figure 38. Actions et objectifs – Région Hauts Bassins

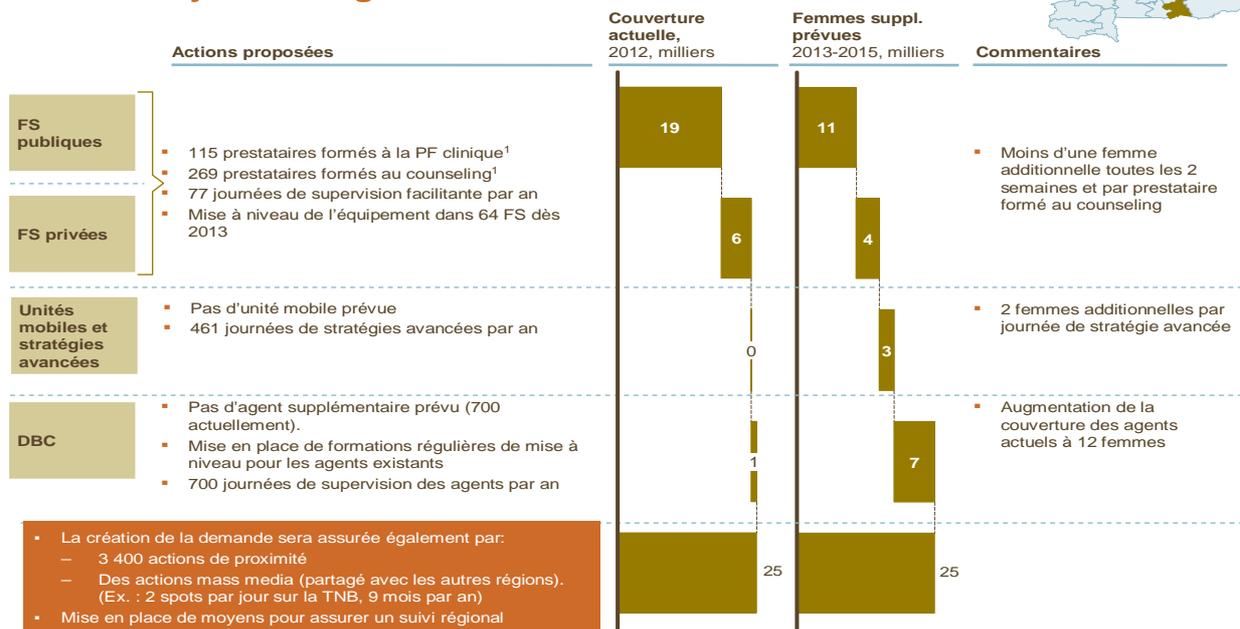
Fiche d'objectifs : région Centre-Ouest



SOURCE: DHS 2010 (préliminaire), Recensement général de la population et de l'habitation (RGPH) de 2006 au Burkina Faso, Comité technique, Données ABBEF, Données MSI, Entretiens

Figure 39. Actions et objectifs – Région Centre-Ouest

Fiche d'objectifs : région Centre-Est

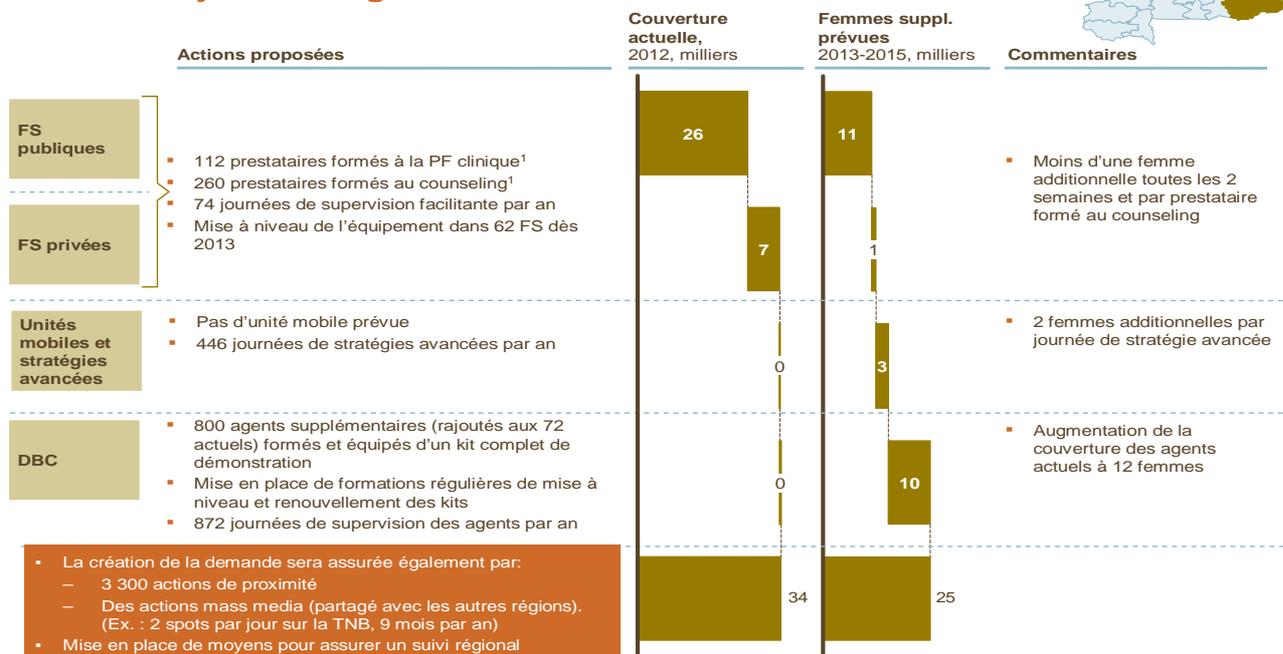


¹ Nombre de prestataires formés sur 3 ans

SOURCE: DHS 2010 (préliminaire), Recensement général de la population et de l'habitation (RGPH) de 2006 au Burkina Faso, Comité technique, Données ABBEF, Données MSI, Entretiens

Figure 40. Actions et objectifs – Région Centre-Est

Fiche d'objectifs : région Est

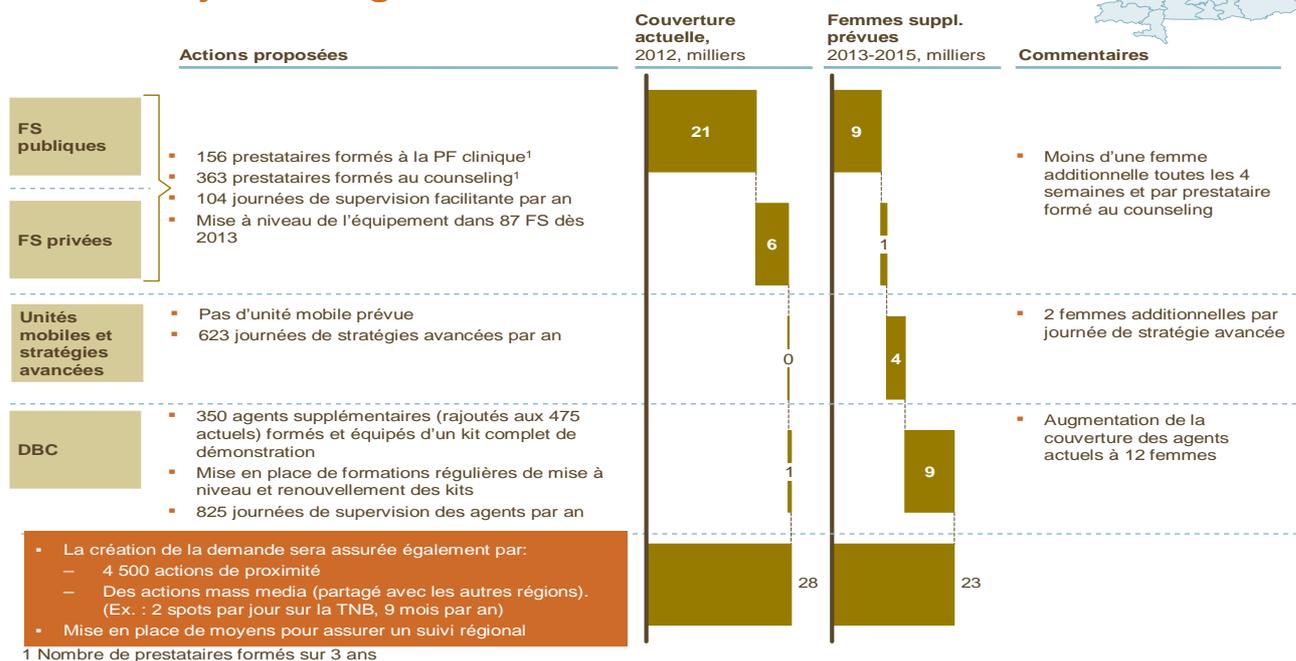


¹ Nombre de prestataires formés sur 3 ans

SOURCE: DHS 2010 (préliminaire), Recensement général de la population et de l'habitation (RGPH) de 2006 au Burkina Faso, Comité technique, Données ABBEF, Données MSI, Entretiens

Figure 41. Actions et objectifs – Région Est

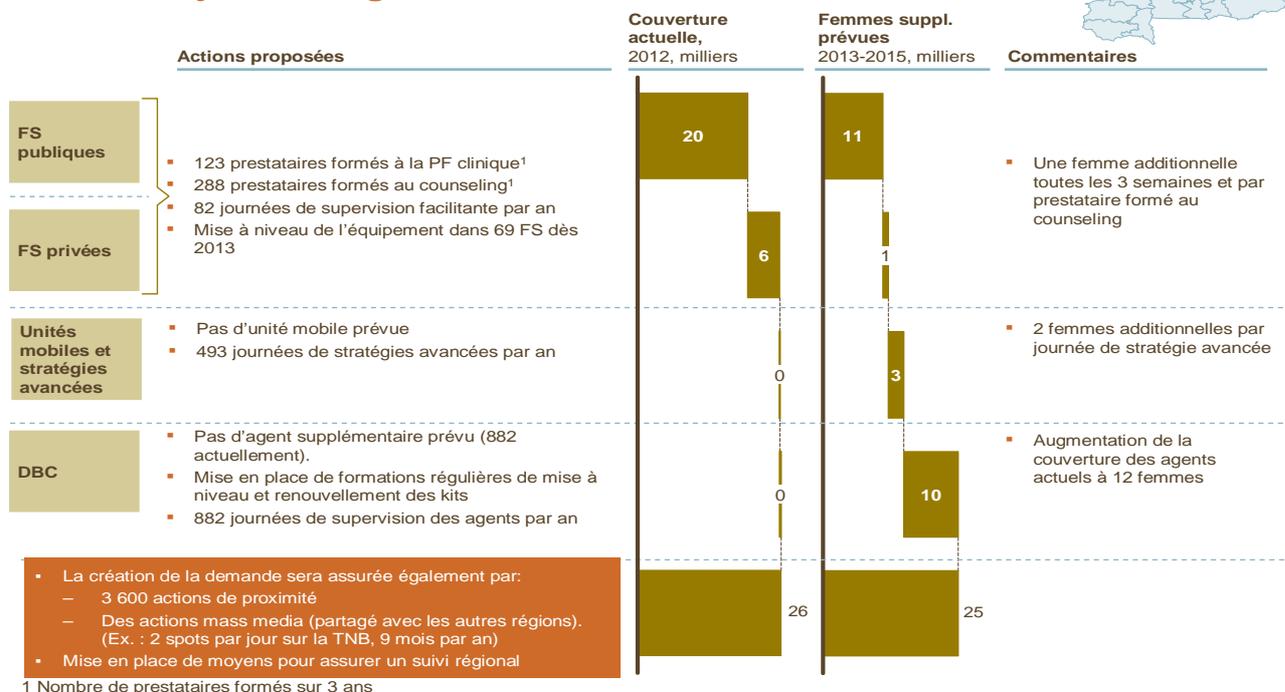
Fiche d'objectifs : région Nord



SOURCE: DHS 2010 (préliminaire), Recensement général de la population et de l'habitation (RGPH) de 2006 au Burkina Faso, Comité technique, Données ABBEF, Données MSI, Entretiens

Figure 42. Actions et objectifs – Région Nord

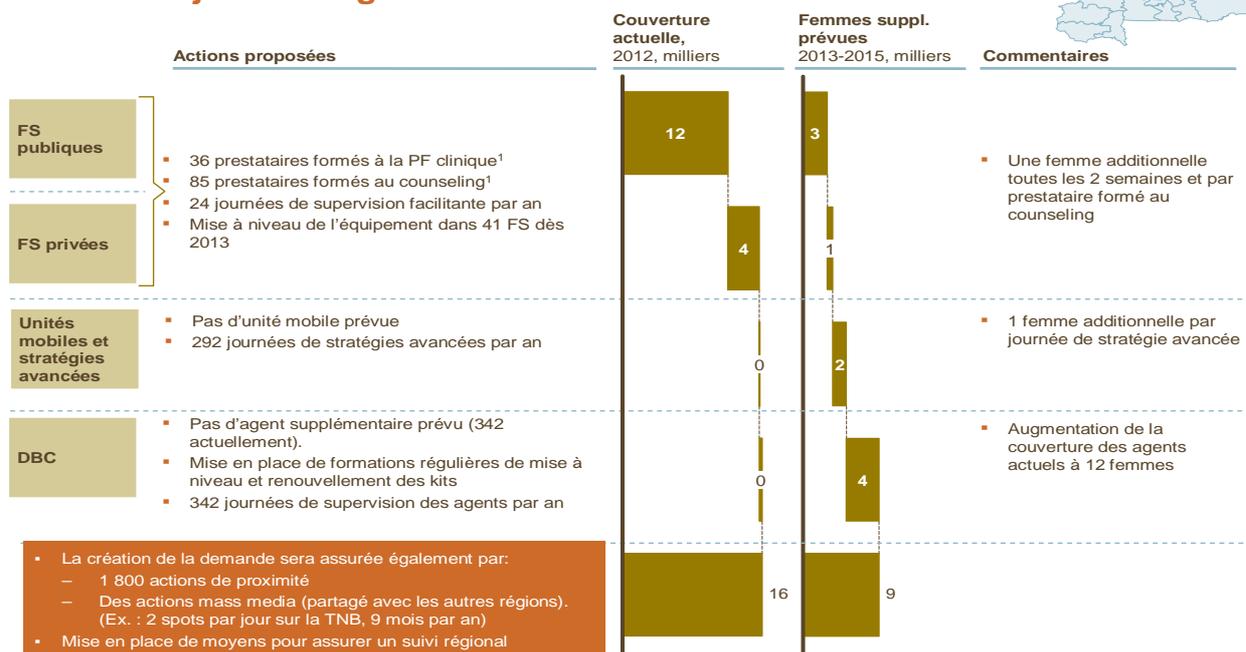
Fiche d'objectifs : région Centre-Nord



SOURCE: DHS 2010 (préliminaire), Recensement général de la population et de l'habitation (RGPH) de 2006 au Burkina Faso, Comité technique, Données ABBEF, Données MSI, Entretiens

Figure 43. Actions et objectifs – Région Centre-Nord

Fiche d'objectifs : région Sahel

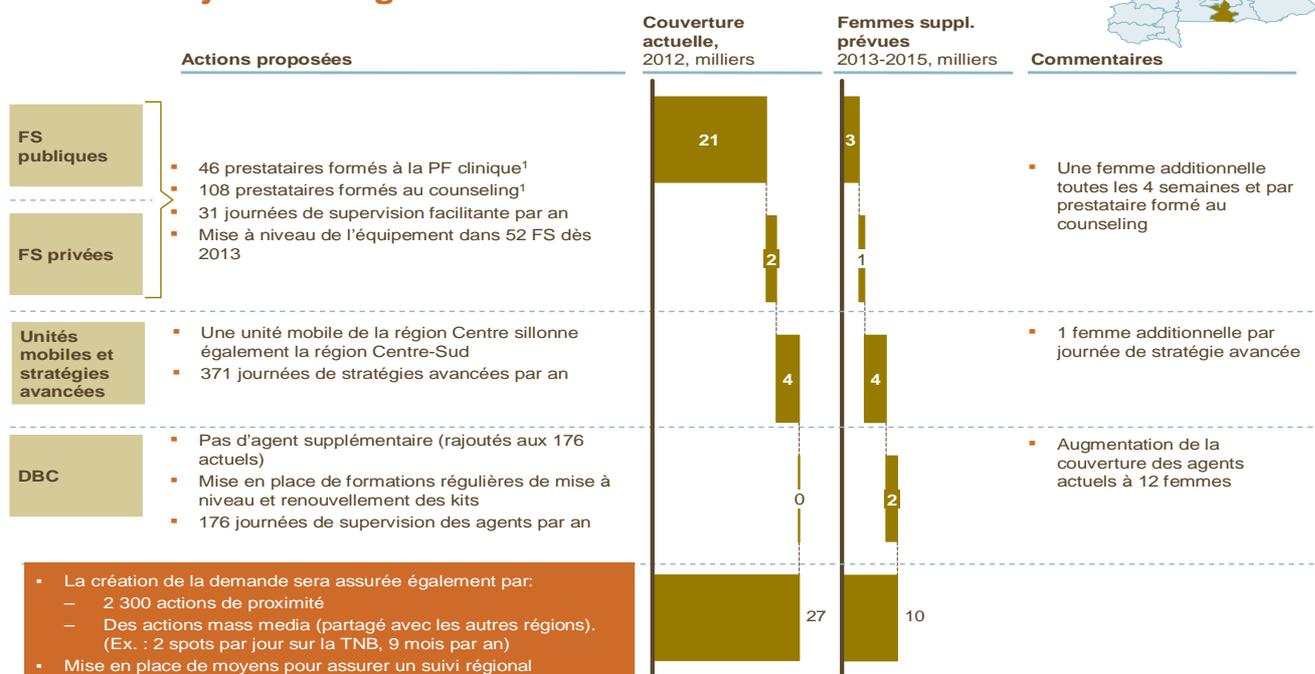


¹ Nombre de prestataires formés sur 3 ans

SOURCE: DHS 2010 (préliminaire), Recensement général de la population et de l'habitation (RGPH) de 2006 au Burkina Faso, Comité technique, Données ABBEF, Données MSI, Entretiens

Figure A.16 Actions et objectifs – Région Sahel

Fiche d'objectifs : région Centre-Sud

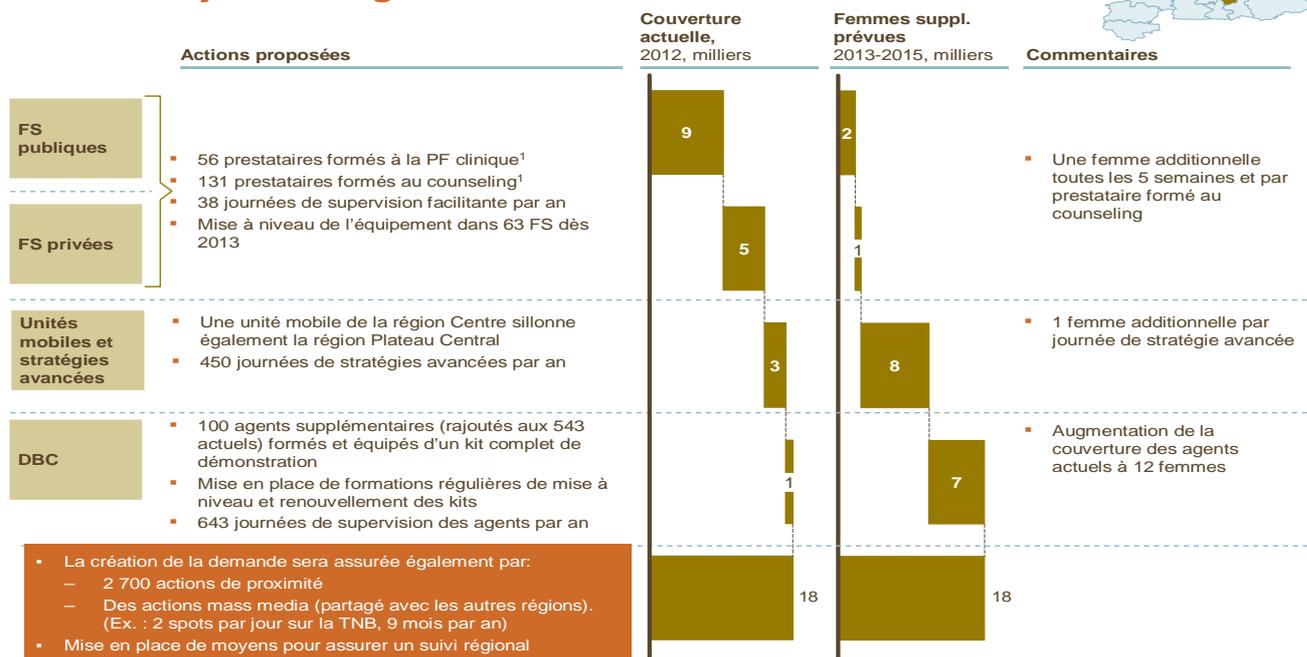


¹ Nombre de prestataires formés sur 3 ans

SOURCE: DHS 2010 (préliminaire), Recensement général de la population et de l'habitation (RGPH) de 2006 au Burkina Faso, Comité technique, Données ABBEF, Données MSI, Entretiens

Figure 44. Actions et objectifs – Région Centre-Sud

Fiche d'objectifs : région Plateau Central

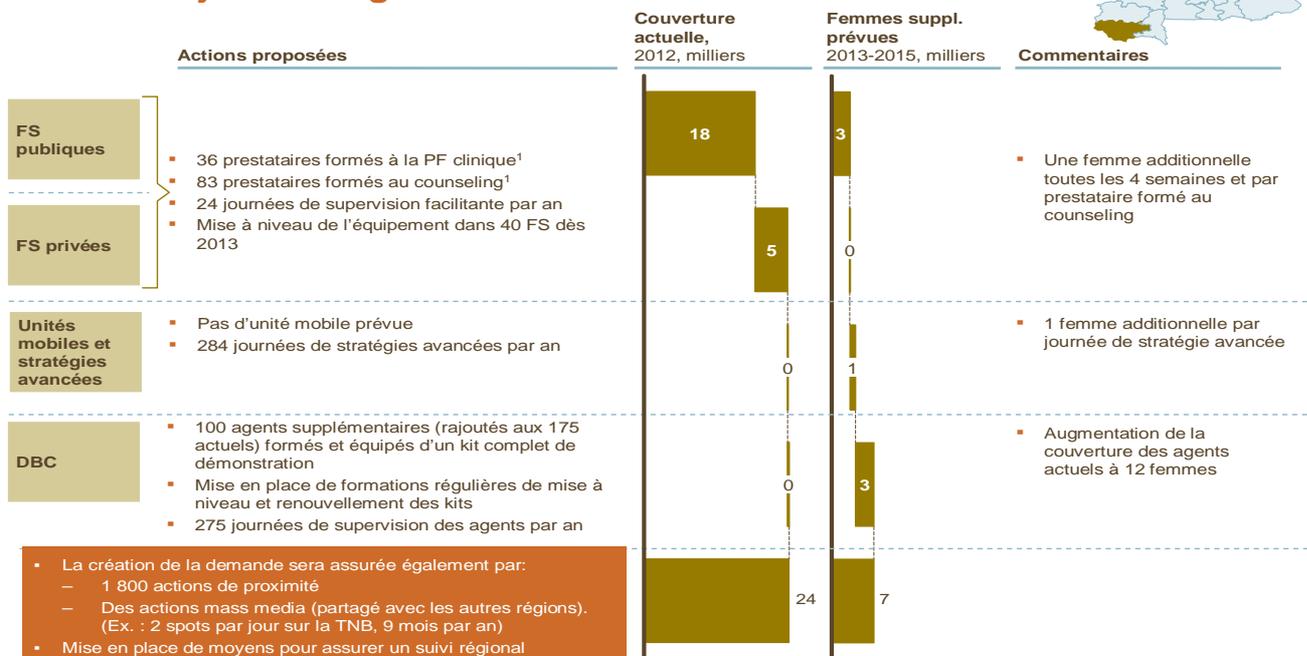


1 Nombre de prestataires formés sur 3 ans

SOURCE: DHS 2010 (préliminaire), Recensement général de la population et de l'habitation (RGPH) de 2006 au Burkina Faso, Comité technique, Données ABBEF, Données MSI, Entretiens

Figure 45. Actions et objectifs – Région Plateau Central

Fiche d'objectifs : région des Cascades

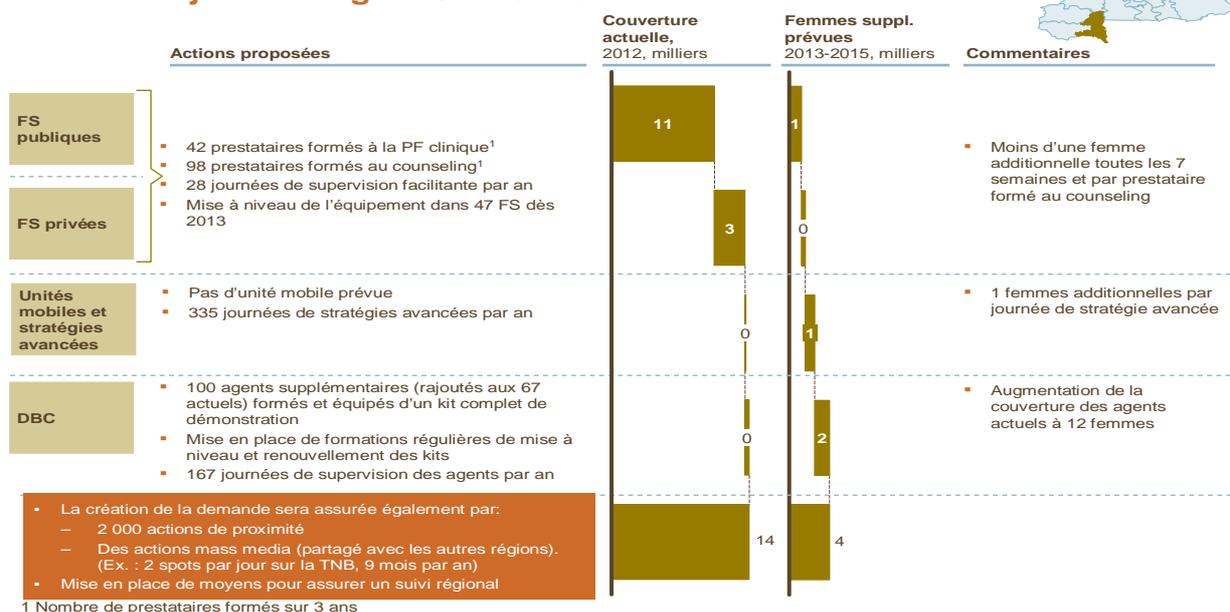


1 Nombre de prestataires formés sur 3 ans

SOURCE: DHS 2010 (préliminaire), Recensement général de la population et de l'habitation (RGPH) de 2006 au Burkina Faso, Comité technique, Données ABBEF, Données MSI, Entretiens

Figure 46. Actions et objectifs – Région des Cascades

Fiche d'objectifs : région Sud-Ouest



SOURCE: DHS 2010 (préliminaire), Recensement général de la population et de l'habitation (RGPH) de 2006 au Burkina Faso, Comité technique, Données ABBEF, Données MSI, Entretiens

Figure 47. Actions et objectifs – Région Sud-Ouest

Détail des activités et sous-activités

Les actions prioritaires ont été déclinées en activités et sous-activités :

D.1 Augmenter la demande des populations rurales par des actions de proximité

- D.1.1 Sensibiliser les leaders nationaux aux actions de proximité
- D.1.2 Suivre et coordonner les actions de proximité
- D.1.3 Former des leaders locaux
- D.1.4 Réaliser des activités de sensibilisation avec l'appui des leaders locaux
- D.1.5 Intégrer les activités de PF dans les Plans Communaux de Développement
- D.1.6 Former les animatrices des maisons de femmes sur les services à base communautaire
- D.1.7 Organiser la semaine de la PF dans chaque district

D.2 Augmenter la demande des populations urbaines par des campagnes mass média

- D.2.1 Identifier les barrières à l'utilisation de la PF et définir des profils cibles
- D.2.2 Définir les messages et les canaux correspondants à chaque profil
- D.2.3 Concevoir et tester la campagne mass média
- D.2.4 Diffuser la campagne mass média (télévision, radio et affichage urbain)
- D.2.5 Réaliser une campagne de communication sur internet (notamment sur les réseaux sociaux)
- D.2.6 Réaliser des activités de sensibilisation lors des grands événements nationaux
- D.2.7 Appuyer la structure de mise en œuvre et suivre les résultats

D.3 Sensibiliser les adolescents et les jeunes à la PF

- D.3.1 Identifier les barrières à l'utilisation de la PF parmi les jeunes et les adolescents
- D.3.2 Définir les messages et les canaux adaptés aux jeunes et aux adolescents
- D.3.3 Concevoir la campagne de communication
- D.3.4 Diffuser la campagne de communication
- D.3.5 Redynamiser l'éducation en matière de population dans le système formel et informel
- D.3.6 Former les infirmiers en milieu scolaire
- D.3.7 Participer au renforcement des Centres d'Ecoute pour Jeunes

A.1 Améliorer la qualité de service dans les formations sanitaires de base

- A.1.1 Renforcer la formation des prestataires
- A.1.2 Compléter l'équipement des Formations Sanitaires
- A.1.3 Suivre et évaluer l'amélioration de la qualité de service
- A.1.4 Primer les meilleurs FS et districts sanitaires
- A.1.5 Expérimenter les injectables en Uniject dans des zones pilotes

A.2 Améliorer la couverture des populations périurbaines et rurales en déployant des unités mobiles et des sti

- A.2.1 Identifier les besoins additionnels en termes d'unités mobiles
- A.2.2 Acquérir les infrastructures et équipements des unités mobiles
- A.2.3 Acquérir les consommables des unités mobiles
- A.2.4 Former les prestataires des unités mobiles
- A.2.5 Réaliser des campagnes de communication et de sensibilisation avant le passage de l'unité mobile
- A.2.6 Réaliser les sorties par des unités mobiles
- A.2.7 Suivre et évaluer l'activité des unités mobiles
- A.2.8 Mettre en place des stratégies avancées

A.3 Améliorer la couverture des populations rurales en renforçant les services à base communautaire

- A.3.1 Renforcer la place de la PF dans les Services à Base Communautaires
- A.3.2 Renforcer le partenariat entre structures publiques et les Services à Base Communautaire
- A.3.3 Identifier et répondre aux besoins additionnels en terme de Services à Base Communautaire
- A.3.4 Renforcer la qualité du service délivré par les agents communautaires
- A.3.5 Réaliser une supervision afin d'améliorer et augmenter les services rendus par les agents

O.1 Réduire les ruptures de stock dans les Formations Sanitaires primaires en améliorant la collecte et la gesti

- O.1.1 Réaliser l'état des lieux sur la disponibilité des produits contraceptifs
- O.1.2 Tenir les ateliers nationaux et régionaux des Tableaux d'Acquisition des produits Contraceptifs
- O.1.3 Renforcer la coordination entre DS sur le redéploiement des produits contraceptifs
- O.1.4 Compléter la formation des agents à l'utilisation des systèmes d'information
- O.1.5 Renforcer les compétences des agents à la consolidation/ recueil des données et à la supervision
- O.1.6 Superviser les gestionnaires de stocks des FS

S.1 Assurer le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du plan

- S.1.1 Appuyer les personnels en charge du suivi et de l'évaluation
- S.1.2 Définir les indicateurs clés de suivi, les modalités de calcul, la périodicité et clarifier les responsabilités dans
- S.1.3 Former les personnels habilités à l'enregistrement et à la consolidation des données
- S.1.4 Fournir les outils de collecte de données et de suivi des patients dans les FS
- S.1.5 Suivre et coordonner la mise en œuvre du plan aux niveaux central, régional et DS
- S.1.6 Contrôler la qualité des données collectées et leur consolidation