



Plan d'action national budgétisé en planification familiale à Madagascar

2016-2020

PREFACE

Madagascar s'est engagé en faveur du partenariat mondial Family Planning 2020 pour améliorer l'accès à la planification familiale. Le pays vise d'ici 2020 à augmenter la prévalence contraceptive à 50% et à réduire de moitié les besoins non satisfaits en planification familiale à 9%. La réalisation de ces cibles contribuerait à l'atteinte des Objectifs de développement durable, des objectifs du Plan de développement du secteur santé (PDSS) 2015-2019 et de ceux inclus dans la Feuille de route pour l'Accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale à Madagascar pour la période 2015-2019 afin d'intensifier les efforts d'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant.

Pour permettre au gouvernement de prioriser les interventions, mobiliser les parties prenantes, estimer les coûts et mettre à disposition des ressources visant à combler les lacunes, le ministère de la Santé publique et ses partenaires ont développé un Plan d'action national budgétisé en planification familiale pour 2016-2020. Il s'agit d'une feuille de route concrète et spécifique du programme national de planification familiale, qui détermine les activités prioritaires permettant l'atteinte des objectifs. Ce plan présente les coûts associés à ces activités et les ressources nécessaires que le pays doit rechercher pour atteindre les objectifs du Family Planning 2020.

Madagascar dispose actuellement d'un Plan d'action national budgétisé qui constitue non seulement un plan de mise en œuvre et de suivi du programme de planification familiale, mais aussi un outil de plaidoyer et de mobilisation des ressources pour le programme à Madagascar. Six axes stratégiques sont ainsi définis : (i) Création de la demande, (ii) Offre et accès aux services, (iii) Sécurisation des produits, (iv) Financement et (v) Supervision, coordination et suivi-évaluation, (vi) Politique et environnement habilitant.

J'invite donc tous les acteurs de la santé de la reproduction et de la planification familiale à s'impliquer activement dans la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de ce plan.

Je tiens à remercier tous ceux qui se sont investis dans l'élaboration de ce plan budgétisé, et tous ceux qui contribueront à sa mise en œuvre à tous les niveaux.

LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE



Pr. ANDRIAMANARIVO M. Lalatiana

SOMMAIRE EXECUTIF

Ce plan d'action national budgétisé (PANB) pour la planification familiale (PF) est un plan opérationnel, mais aussi un outil de mobilisation de ressources et de suivi, permettant au gouvernement malagasy d'établir une vision claire, des priorités et des stratégies, et de prévoir le budget nécessaire pour atteindre les objectifs fixés en matière de PF. Le ministère chargé de la santé publique, avec l'appui de ses partenaires techniques et financiers, a développé ce PANB face au besoin légitime de disposer d'une feuille de route concrète et spécifique pour augmenter le taux de prévalence contraceptive (TPC) moderne à 50% et réduire le taux de besoins non satisfaits à 9% d'ici 2020 dans le but de ralentir la croissance démographique, améliorer la santé maternelle et infantile et favoriser le développement économique du pays.

Le PANB renforce et soutient les stratégies et les politiques déjà mises en œuvre, alignées sur le Plan de développement du secteur de la santé (PDSS) élaboré pour la période 2015-2019. D'autre part, tenant compte de l'augmentation du nombre d'utilisatrices et des défis relatifs à la disponibilité des produits contraceptifs, le ministère a élaboré un plan stratégique intégré en planification familiale/sécurisation des produits en santé de la reproduction (PF/SPSR) 2016-2020. Ce plan a pour objectif d'assurer un accès continu à des services de qualité en SR/PF. Le pays met également en œuvre une politique de gratuité des produits et services PF dans les formations sanitaires publiques depuis 2006, dans le but d'accroître le taux de prévalence contraceptive (TPC) et de réduire le taux de fécondité synthétique (TFS).

À travers les documents de politique générale de l'État (PGE) et le Plan national de développement (PND), le gouvernement malagasy réitère son engagement à élargir l'accès aux services sociaux de base pour renforcer le capital humain en faveur du développement. Cet engagement se traduit entre autres par le développement du processus vers la Couverture santé universelle (CSU), visant à « garantir l'accès de tous aux soins de santé de qualité, tout en protégeant la population contre les risques financiers liés à la santé ».

Madagascar a, en outre, adhéré aux mouvements mondiaux pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile, tels que la Campagne d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale en Afrique (CARMMA) et l'initiative FP 2020. Le pays a ainsi développé une feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale (ARMMN) 2015-2019. Son but est de réduire le taux de mortalité maternelle de 478 à 300 pour 100 000 naissances vivantes et le taux de mortalité néonatale de 26 à 17 pour 1 000 naissances vivantes, tandis que l'engagement au partenariat mondial FP2020 vise une meilleure accessibilité fondée sur le droit à des services de qualité en PF volontaire.

Madagascar fait face à de nombreux défis démographiques et sanitaires qui ont des conséquences néfastes sur l'émancipation économique. Le pays possède une population jeune, dont les deux tiers sont âgés de moins de 25 ans et près de la moitié âgée de moins de 15 ans. Une projection basée sur le taux et le modèle actuels de croissance de la population révèle que la population malagasy pourrait doubler d'ici 2050. De plus, la tendance de la structure démographique montre une proportion minoritaire des individus en âge de travailler avec une majorité de personnes à charge accentuant encore plus le cycle de pauvreté.

Dans le domaine de la santé de la reproduction des jeunes à Madagascar, la situation est alarmante. Le taux élevé de grossesses précoces engendre des avortements clandestins

aboutissant à de nombreux décès. Le mariage précoce et l'éducation sexuelle insuffisante constituent également des problèmes de taille. Par ailleurs, les services de SR/PF ne sont, la plupart du temps, pas adaptés aux jeunes. L'accès des jeunes aux services et produits PF demeure un défi en l'absence d'un cadre légal régissant la SR/PF mais aussi en raison de l'accès limité aux outils de communication pour le changement de comportement (CCC) en matière de PF. Ces différents éléments sont nourris par des facteurs socio-culturels et religieux, le manque de dialogue communautaire sur la PF et de sensibilisation des parents, et enfin le faible plaidoyer politique en faveur des jeunes.

Le cadre légal de la PF n'est pas en phase avec le contexte démographique, sanitaire et économique actuel du pays. Au moment de l'élaboration de ce PANB, le gouvernement malagasy a adopté un projet de loi fixant les règles générales régissant la santé de la reproduction et la planification familiale aux conseils du gouvernement et des ministres. Ce projet de loi a pour but de remplacer la loi élaborée durant la période coloniale de 1920 et permettrait à tout individu d'avoir accès aux services et produits SR/PF, et aux prestataires de services SR/PF de pratiquer légalement dans un environnement propice.

Un des défis du secteur de la santé, y compris pour le programme PF, est la faible allocation budgétaire de l'État au secteur malgré la ratification d'Abuja¹ prévoyant d'allouer 15% du budget du gouvernement à la santé. Actuellement, le financement de la PF dépend largement des financements extérieurs et l'achat des consommables provient entièrement des partenaires. Un des objectifs du pays dans le cadre de l'initiative FP2020 est d'augmenter de 5% par an le budget de la santé alloué au programme PF.

Ce PANB révèle que pour arriver à un mTPC de 50% en 2020 pour les femmes en union, il faudrait un taux de croissance global annuel de 5,17% en moyenne ou 2,08 points de pourcentage par an. Pour ce faire, en tenant compte des résultats des évaluations de politiques et des stratégies en PF, Madagascar définit six axes stratégiques pour son PANB : **(i) politique et environnement habilitant, (ii) création de la demande, (iii) offre et accès aux services, (iv) sécurisation des produits, (v) financement, (vi) supervision, coordination et suivi-évaluation.** Pour chaque axe, le PANB inclut une liste détaillée des activités clés à mettre en œuvre avec un chronogramme correspondant et leurs budgets détaillés.

Le coût total de mise en œuvre du PANB s'élève à 463,7 milliards d'ariary (154 millions d'USD) dont 36,2% (167,9 milliards d'ariary) pour les produits, incluant les contraceptifs et les consommables ; 6% (27,7 milliards d'ariary) pour la création de la demande ; 35% (160,7 milliards d'ariary) pour l'offre de services ; 3% (14,1 milliards d'ariary) pour la sécurisation des produits ; 1% (5,4 milliards d'ariary) pour la politique et l'environnement habilitant/catalyseur ; 0,04% (0,2 milliards d'ariary) pour le financement ; et 19% (87,6 milliards d'ariary) pour le suivi/évaluation.

Madagascar priorise certaines interventions stratégiques qui représentent des domaines clés pour l'affectation des ressources financières et la performance de la mise en œuvre. Si le financement disponible est insuffisant par rapport aux ressources requises, les activités prioritaires stratégiques devraient être mises en œuvre afin d'assurer le plus grand impact contribuant à l'atteinte des objectifs. Ces priorités stratégiques permettront également de guider les orientations des nouveaux programmes.

L'élaboration du PANB était accompagnée d'une application d'un modèle basé sur Excel, ImpactNow, projetant l'impact démographique, sanitaire et économique des investissements en PF à court-terme. Les résultats d'ImpactNow montrent que le nombre de décès maternels et infantiles, le nombre de grossesses non désirées et le nombre d'avortements clandestins diminueront en fonction de l'augmentation du TPC. De même, le pays économisera des milliards d'ariary en fonction de l'augmentation du TPC.

Le succès de la mise en œuvre de ce plan dépendra de l'engagement de chaque entité à tous les niveaux à travers des arrangements institutionnels clairs. Il s'agit d'un document vivant qui requerra une forte coordination des différentes parties prenantes multisectorielles. Le ministère de la Santé publique, à travers la Direction de la santé familiale (DSFa) dirige la mise en œuvre et le suivi-évaluation de ce plan. Les autres secteurs, tels que le ministère de la Jeunesse et des sports et le ministère de la Population, de la Protection sociale et de la Promotion de la femme contribueront à favoriser l'environnement juridique et politique de la PF pour garantir l'accès des jeunes et l'inclusion sociale aux services SR/PF. Les ONG et les PTF apporteront leur contribution à la mise en œuvre du plan, au renforcement des capacités des acteurs en PF, au plaidoyer et à la mobilisation des ressources pour la pérennité du programme.

TABLE DES MATIERES

PREFACE	1
SOMMAIRE EXECUTIF	2
LISTE DES ABREVIATIONS.....	7
CONTEXTE À MADAGASCAR	9
Développement du plan stratégique intégré en PF/SPSR à Madagascar	9
Population.....	10
Besoins non-satisfaits	13
Prévalence de la contraception	13
Problèmes et défis essentiels.....	18
Création de la demande.....	18
Offre et accès aux services.....	21
Sécurité des produits.....	23
Politique et environnement habilitant	24
Financement	26
Supervision, évaluation et gestion	30
Jeunesse	31
PLAN D'ACTION NATIONAL BUDGÉTISÉ	34
Objectifs opérationnels du PANB	34
Axes stratégiques.....	36
Priorités stratégiques	38
Les six priorités stratégiques.....	38
Intervention et modélisation des activités aux priorités stratégiques	39
Carte du PANB.....	40
DETAILS DES AXES STRATEGIQUES.....	42
Politique et environnement habilitant	42
Justification.....	42
Stratégie	42
Résultats stratégiques	42
Résumé des coûts.....	43
Création de la demande	43
Justification.....	43
Stratégie	44
Résultats stratégiques	44
Résumé des coûts.....	45
Offre et accès aux services.....	46
Justification.....	46
Stratégie	46
Résultats stratégiques	47
Résumé des coûts.....	49
Sécurisation des produits.....	49
Justification.....	49

Stratégie	50
Résultats stratégiques	50
Résumé des coûts	51
Financement	53
Justification.....	53
Stratégie	53
Résultats stratégiques	53
Résumé des coûts	54
Supervision, coordination et suivi-évaluation	54
Justification.....	54
Stratégie	54
Résultats stratégiques	55
Résumé des coûts	56
BUDGETISATION.....	57
Hypothèses de budgétisation	57
IMPACTNOW	58
ARRANGEMENTS INSTITUTIONNELS.....	60
Structure de gestion, de coordination et de responsabilisation.....	60
Rôles et responsabilités des acteurs clés.....	61
Canevas de coordination.....	62
Niveau national	62
Niveau sous-national.....	63
Mobilisation des ressources	63
SUIVI DE LA PERFORMANCE ET RESPONSABILITÉS	64
REFERENCES.....	74
ANNEXE : PANB DE MADAGASCAR – CANEVAS DES ACTIVITES.....	76

LISTE DES ABREVIATIONS

AC	Agent communautaire
AFD	Agence française de développement
AS	Agent de santé
BM	Banque mondiale
CCC	Communication pour le changement de comportement
CIP	Communication interpersonnelle
CGL	Comité de gestion logistique
CS	Centre de santé
CSB	Centre de santé de base
CSU	Couverture santé universelle
DAMM	Direction de l'Agence du médicament de Madagascar
DIU	Dispositif intra-utérin
DSFA	Direction de la santé familiale
EDS	Enquête démographique et de santé
ENSOMD	Enquête nationale pour le suivi de l'Objectif du millénaire en développement
ESBC	Enquête de surveillance biologique et comportementale
FANOME	Fonds pour l'approvisionnement non-stop en médicaments
FAP	Femme en âge de procréer
FMI	Fonds monétaire international
HHA	Harmonization for Health in Africa
IEC	Information-Éducation-Communication
IHP+	International Health Partnership Plus
INSTAT	Institut national de la statistique
ISF	Indice synthétique de fécondité
LFI	Loi de finances initiale
LFR	Loi de finances rectificative
MAMA	Méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée
MAP	Madagascar Action Plan
MFB	Ministère des Finances et du Budget
MPPSPPF	Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme
MSANP	Ministère de la Santé publique
mTPC	Taux de prévalence contraceptive moderne
ODD	Objectifs de développement durable

OMD	Objectifs du millénaire en développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non-gouvernementale
PAC	Paquet d'activités communautaires
PCIME-C	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant par la communauté
PDSS	Plan de développement du secteur santé
PF	Planification familiale
PFPPPI	Planification familiale post-partum intégrée
PhaGeCom	Pharmacie à gestion communautaire
PhaGDis	Pharmacie de gros du district
PIB	Produit intérieur brut
PIP	Programmes d'investissements publics
PND	Plan national de développement
PNP	Politique nationale de pharmacovigilance
PNS	Politique nationale de santé
PNSC	Politique nationale en santé communautaire
PPN	Politique pharmaceutique nationale
PTF	Partenaires techniques et financiers
SALAMA	Centrale d'achats de médicaments essentiels et de matériels médicaux de Madagascar
SIIGFP	Système d'information intégré de la gestion des finances publiques
SMN	Santé maternelle et néonatale
SPSR	Sécurisation des produits de santé de la reproduction
SSD	Service de santé de district
SR	Santé de la reproduction
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
UTGL	Unité technique de gestion logistique
VIH/SIDA	Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome d'immunodéficience acquise

CONTEXTE À MADAGASCAR

Développement du plan stratégique intégré en PF/SPSR à Madagascar

Le ministère de la Santé publique (MSANP) a développé, en 2007, le Plan sectoriel en planification familiale (PF) 2007-2012 (1), dans le but de répondre aux besoins en informations et en services de planification familiale par une offre de soins de santé de qualité, dans un environnement propice (2). Puis en 2008, le MSANP a développé le Plan stratégique intégré en planification familiale/sécurisation des produits et santé de la reproduction (PF/SPSR), pour veiller, d'ici 2012, à ce que chaque individu puisse choisir, obtenir et utiliser des produits de SR, volontairement, en fonction de ses besoins (3). L'UNFPA a financé les évaluations de ces deux plans qui ont mis en évidence certains succès, tels qu'une meilleure dissémination des méthodes de contraception moderne, l'augmentation du nombre de nouvelles utilisatrices, et l'amélioration de la couverture contraceptive. Des limites ont aussi été mises en avant. En outre, l'objectif d'un indice synthétique de fécondité (ISF) de trois enfants par femme figurant dans le *Madagascar Action Plan* (MAP) n'est pas atteint, de même que l'objectif de prévalence contraceptive des jeunes et de réduction des besoins non satisfaits. Au total, l'évaluation révèle que le taux global de réalisation des activités de PF par axe stratégique du plan sectoriel en PF n'est que de 79,5%.

À la suite de l'évaluation de ces deux stratégies, le ministère de la Santé a mis en œuvre un plan stratégique intégré en PF et en sécurisation des produits de la santé de la reproduction (PF/SPSR). Son but est d'atteindre les objectifs du FP2020¹, et ceux décrits dans la feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale (ARMMN) 2015-2019 et dans le plan de développement du secteur de la santé (PDSS). Il doit également remédier aux lacunes mises en avant au cours des deux précédentes évaluations. Pour cela, le MSANP a retenu cinq axes de travail dans le plan stratégique intégré en PF/SPSR.

Les cinq axes d'intervention retenus sont les suivants (1) :

- Création d'un environnement légal, juridique, fiscal, organisationnel et institutionnel favorable à la PF volontaire et basé sur les droits de l'Homme, et à la sécurisation des produits de la SR
- Accroissement de la demande pour une meilleure utilisation des services de PF/SR
- Amélioration de l'accès et de l'offre de services intégrés de SR/PF de qualité
- Approvisionnement en produits SR de qualité, maîtrisé et sécurisé avec une gestion logistique performante des intrants
- Marché et financement des produits SR/PF coordonnés et maximisés pour un marché total, une sécurisation durable des produits et la pérennisation des activités en SR/PF.

De plus, le MSANP vise les objectifs suivants d'ici 2020 : (1)

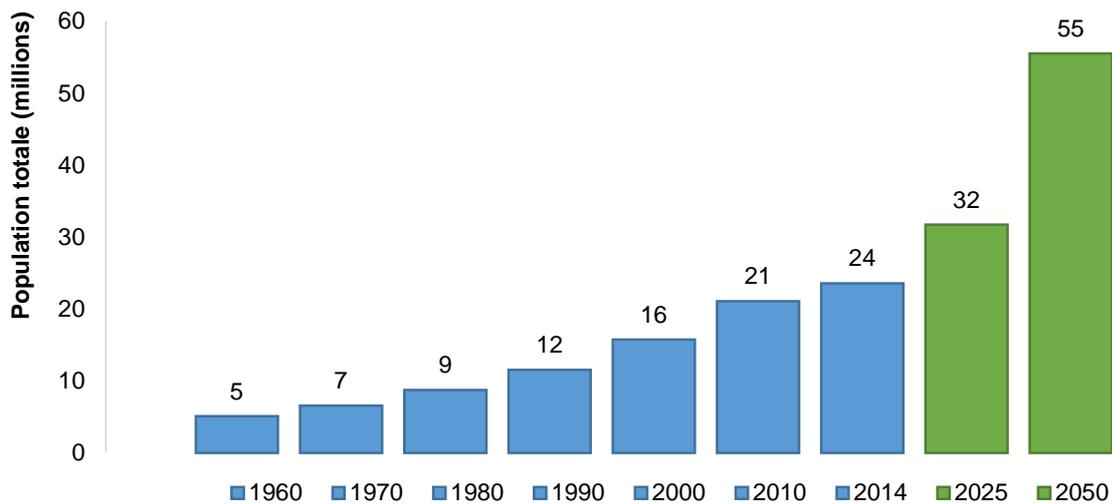
¹ Family Planning 2020 (FP2020) est un partenariat mondial militant en faveur du droit des femmes et des adolescentes à décider librement, et pour elles-mêmes, d'avoir ou non des enfants, ainsi que leur nombre et leur espacement. Vingt gouvernements ont pris l'engagement de remédier aux barrières politiques et financières, et aux obstacles en termes d'approvisionnement et d'accès des femmes à l'information, aux services et aux produits de première nécessité en PF (24).

- Augmenter à 50 % la prévalence contraceptive²
- Réduire à 9 % les besoins non satisfaits en planification familiale
- Augmenter à 46 % la prévalence contraceptive chez les jeunes de 15 à 24 ans
- Diminuer à trois enfants par femme l'ISF global
- Réduire à 17 pour 1000 naissances vivantes le taux de mortalité néonatale
- Réduire à 300 pour 100 000 naissances vivantes le ratio de mortalité maternelle.

Population

La population de Madagascar augmente rapidement, comme le prouve le graphique 1. La population a quasiment été multipliée par cinq au cours des cinquante dernières années, passant de cinq millions en 1960 à 24 millions en 2015. En prenant en considération le taux de croissance de la population de 2,78 % en 2015, la population de Madagascar pourrait bien doubler d'ici à 2050. Cela porterait le nombre total d'individus autour de 55 millions.

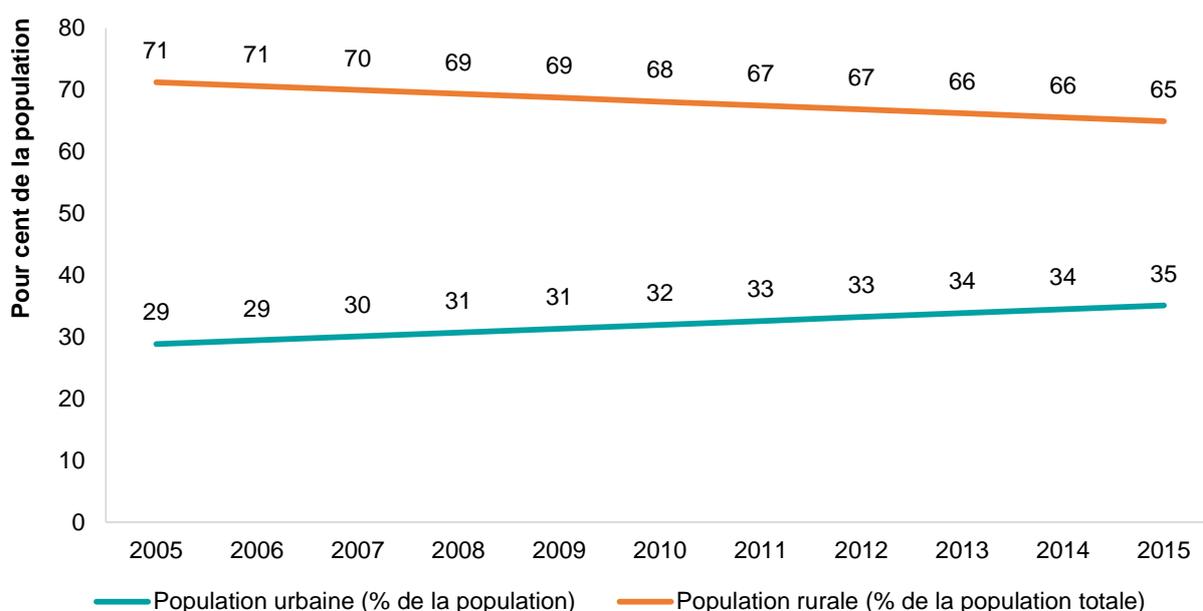
Graphique 1 : Tendances de croissance de la population 1960-2014, estimation 2025-2050 (4)



² La catégorie de femmes sur laquelle le PANB se concentre est celle des femmes mariées ou en union car c'est sur cette catégorie que les objectifs de FP 2020 se focalisent.

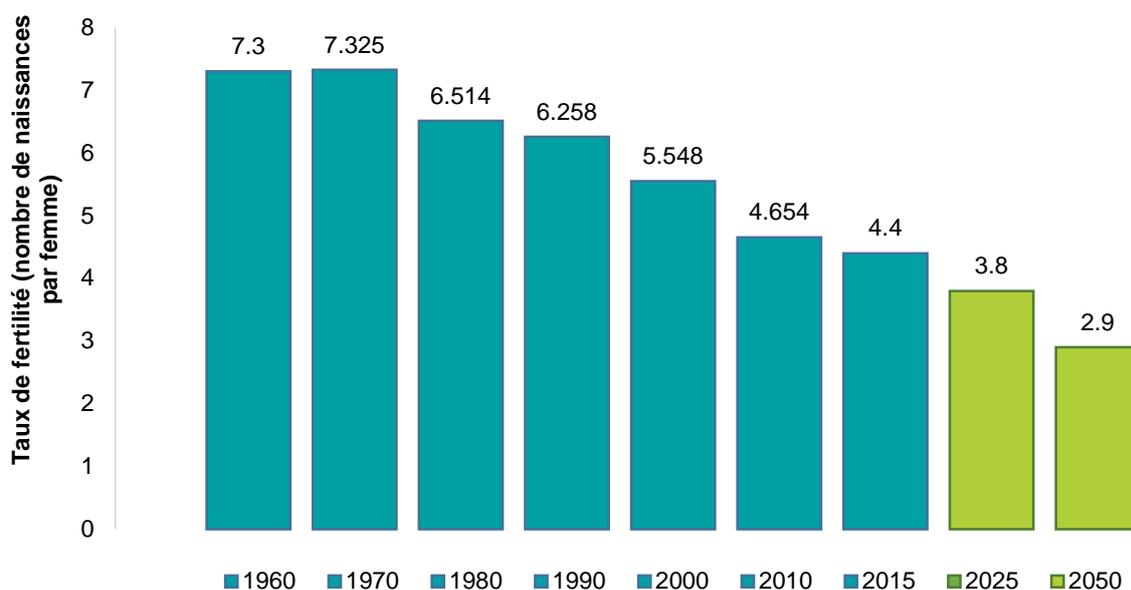
Ce fort taux de croissance de la population a pour conséquence une population jeune à Madagascar. En effet, en 2015, les jeunes de moins de 15 ans représentaient environ 40,2 % de la population (5). En 2015, la population était majoritairement rurale (65 %). Cette même année, le taux d'urbanisation de la population était de 35% (graphique 2). Au cours de la dernière décennie, le taux d'urbanisation n'a cessé d'augmenter. Il a ainsi été estimé que plus de la moitié (55 %) de la population malagasy vivrait en zone urbaine d'ici 2050 (6).

Graphique 2 : Répartition de la population, 2005-2015 (5)



En 2015, le taux moyen de fertilité était de 4,4 enfants par femme et le taux de dépendance était élevé, à 80,3 % (nombre de dépendants par rapport à la population en âge de travailler). Ces taux élevés constituent des barrières importantes entravant le progrès et le développement social (graphique 3). À cela s'ajoute une extrême pauvreté. En 2012, 71,5 % de la population vivait en-dessous du seuil national de pauvreté (535 603 Ar, soit environ 175\$ par an.). Ce taux de pauvreté était davantage prononcé en milieu rural qu'en milieu urbain, soit 77,3% contre 48,5% (7). Madagascar fait également face à des problèmes sanitaires importants qui favorisent la pauvreté et entravent la réalisation des objectifs de développement.

Graphique 3 : Tendence de la fécondité à Madagascar, 1960-2015, estimation 2025-2050 (4)



Ainsi, pour freiner la démographie galopante, des investissements dans des projets de PF et SR sont nécessaires pour réduire le taux global de fécondité des femmes (en améliorant la santé maternelle et en réduisant la mortalité infantile) et rééquilibrer la structure de la population en termes de répartition en âges. De plus, accroître l'accès à la PF permet de répondre au fléau des avortements clandestins (non médicalisés)³, qui sont responsables de 75 000 décès maternels par an, soit 204 par jour à Madagascar (26). Favoriser l'accès volontaire et gratuit à des services PF de qualité permettra aux femmes d'éviter les grossesses non-désirées et donc de ne pas avoir recours à des avortements à risque.

Depuis le lancement de la Charte de l'environnement datant des années 70 et des 8 Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), Madagascar a progressivement intégré la notion de développement durable dans ces politiques et stratégies nationales. Le pays a adopté les 17 nouveaux Objectifs de développement durable (ODD) à atteindre d'ici 2030. L'objectif 3 vise à ce que toutes les personnes soient en bonne santé et que leur bien-être soit promu à tout âge. Les ODD ont pour but de réduire le taux mondial de mortalité maternelle à moins de 70 pour 100 000 naissances vivantes, et d'éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans. Tous les pays signataires doivent chercher à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1 000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1 000 naissances vivantes au plus. Tous ces pays s'engagent aussi à mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et à combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et d'autres maladies transmissibles (8).

Pour atteindre ces Objectifs de développement durable (ODD), Madagascar dispose d'un plan national de développement (PND) pour la période 2015-2019, dont le but est de favoriser une

³ La loi à Madagascar interdit le recours aux avortements, quelle que soit la raison. Par conséquent, les femmes qui désirent se faire avorter doivent avoir recours à des avortements clandestins, non-médicalisés et dangereux pour leur santé (26).

« Nation moderne et prospère ». Ce plan a également permis l'adoption par le gouvernement malagasy des processus de mise en place des ODD (9).

Ainsi, des investissements dans la PF et la SR auront une répercussion bénéfique sur la croissance économique et donc sur la réduction de la pauvreté. Ils auront également un impact positif sur la qualité de vie des femmes et de la population malagasy dans son ensemble. La PF joue un rôle important en permettant aux couples de maîtriser leur fécondité, de redessiner la démographie du pays et d'améliorer la santé de la population.

Besoins non-satisfaits

Les besoins non-satisfaits font référence aux femmes actuellement en union, qui n'utilisent pas de contraception et qui déclarent ne plus vouloir d'enfants ou limiter les naissances ou encore vouloir attendre deux ans ou plus avant la naissance de l'enfant suivant. En 2012-2013, la demande totale potentielle en PF était de 54,6%, pour les femmes en union, dont seulement 67,6% était satisfaite. De plus, les besoins non-satisfaits en PF de ce même groupe de femmes s'élevaient à environ 18%. (6)

La limitation de l'accès à la PF est liée à la qualification insuffisante des prestataires de services. Cela est dû au manque de personnel qualifié dans les centres de santé mais aussi à la gestion défaillante du système d'information du ministère. À cela s'ajoute un manque de financement et de disponibilité des produits contraceptifs qui explique le taux élevé de demande non satisfaite. Cette situation constitue, en outre, une entrave à la pleine liberté des couples de décider d'espacer ou de limiter les naissances. L'Enquête démographique et de santé de 2008-2009 révèle qu'un décalage persiste dans l'accès à la contraception. Cela se traduit par des femmes qui auraient aimé attendre la naissance de leur prochain enfant (7,7%) et des femmes qui ne voulaient pas tomber enceintes (4,6%). (10) L'enquête nationale sur le suivi des Objectifs du millénaire pour le développement à Madagascar (ENSOMD) (Objectif 3) révèle que les besoins non-satisfaits en PF sont plus élevés parmi les femmes les plus pauvres (19,9 %), que parmi les femmes les plus riches (15,4 %). (6)

Prévalence de la contraception

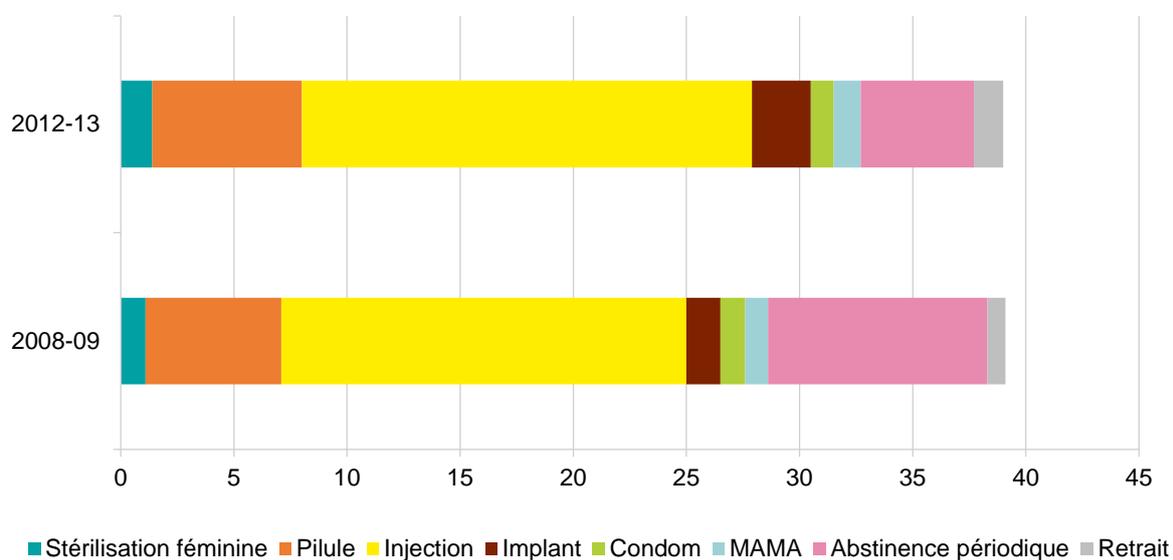
La croissance rapide de la population est alimentée par le taux élevé de fécondité à Madagascar. Un des facteurs explicatifs de ce taux est le faible taux de prévalence de la contraception.

Graphique 4 : Tendence de la prévalence contraceptive des femmes en union, 1992-2013 (6) (10)



Au cours de la période 2012-2013, 39% des femmes en union utilisaient une méthode de contraception, comme l'indique le graphique 4. Celui-ci indique aussi que la prévalence des méthodes modernes est en nette augmentation depuis le début des années 1990.

Graphique 5 : Combinaison des méthodes contraceptives par les femmes en union (6) (10)



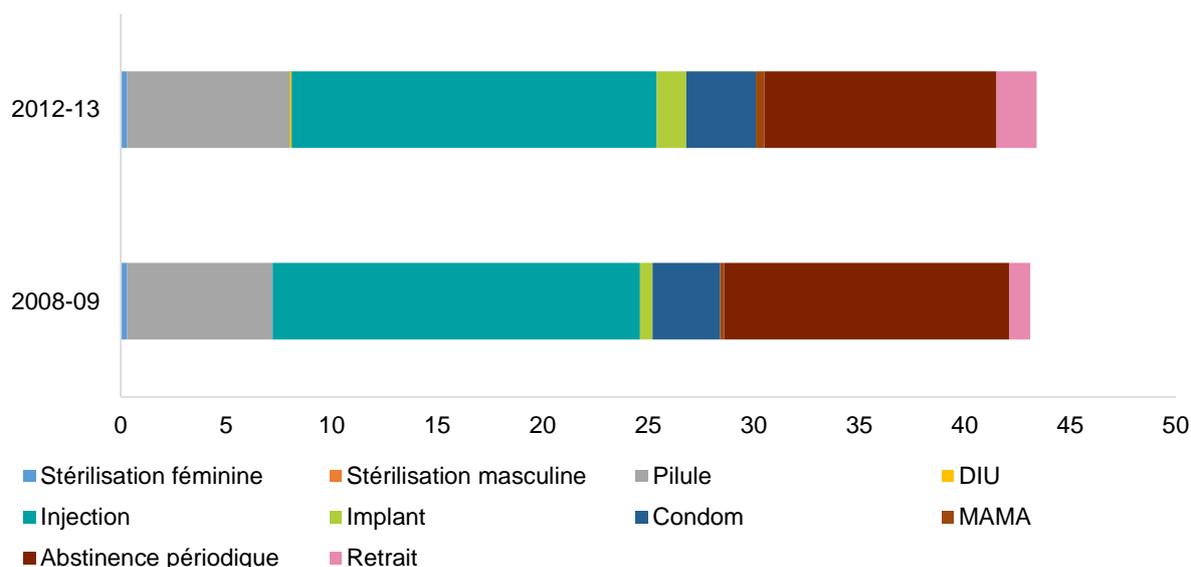
Le graphique 5 indique la combinaison des méthodes de contraception utilisées par les femmes malagasy en union, en comparant 2008 à 2012. En 2012, le moyen de contraception le plus utilisé était l'injection (19,9%), suivi de la pilule (6,6%) et de l'abstinence périodique (5%). Le recours aux méthodes traditionnelles reste élevé. Ainsi, 1,3% des femmes en union utilisent la méthode du retrait tandis que 5,2% utilisent d'autres méthodes traditionnelles.

Tableau 1 : Rapport sur 100 de la comparaison de la combinaison des méthodes, pour les femmes en union en 2012 (6)

Femmes en union (basé sur ENSOMD 2012)	2012	2012
	Total	100% de TPC
Stérilisation féminine	1,40%	3,51%
DIU	0,70%	1,75%
Implants	2,60%	6,52%
Injections	19,90%	49,87%
Pilules	6,60%	16,54%
Préservatif masculin	1,00%	2,51%
MAMA	1,20%	3,01%
Retrait	1,30%	3,26%
Autres méthodes traditionnelles	5,20%	13,03%
TPC	39,9%	100,0%
TPC moderne (mTPC)	33,4%	NA

Comme le tableau 1 l'indique, une fois rapporté à 100, le pourcentage de femmes en union qui utilisent des injections est de 49,87%, soit la moitié du total des femmes en union qui utilisent une méthode de contraception. La part totale des méthodes traditionnelles utilisées s'élève à 16,3%, soit autant que la part totale d'utilisatrices de la pilule (16,5%).

Graphique 6 : Combinaison des méthodes contraceptives par les femmes sexuellement actives et non-en-union (6) (10)



En 2012, aussi bien pour les femmes hors union que pour les femmes en union, la méthode contraceptive la plus utilisée était l'injectable (17,3%), suivi de la pilule (7,7%). Le recours aux méthodes traditionnelles restait très élevé : 1,9% d'entre elles utilisaient la méthode du retrait et 11% utilisaient d'autres méthodes traditionnelles (graphique 6).

Tableau 2 : Comparaison de la combinaison des méthodes entre TPC actuel et TPC égal 100%, pour les femmes hors union en 2012 (6)

Femmes hors union (basé sur ENSOMD 2012)	2012	2012
	Total	100% de TPC
Stérilisation féminine	0,30%	0,69%
DIU	0,10%	0,23%
Implants	1,40%	3,23%
Injections	17,30%	39,86%
Pilules	7,70%	17,74%
Préservatif masculin	3,30%	7,60%
MAMA	0,40%	0,92%
Retrait	1,90%	4,38%
Autres méthodes traditionnelles	11,00%	25,35%
TPC	43,4%	100,0%
mTPC	30,5%	NA

Comme l'indique le tableau 2, une fois rapporté à 100, le pourcentage de femmes hors union qui utilisent des injections est d'environ 40%. La part totale des méthodes traditionnelles (retrait et autres méthodes) utilisées s'élève à 29,8%, soit plus d'un quart du TPC.

Les graphiques 5 et 6 indiquent également que la prévalence contraceptive est constante entre les deux périodes de temps et pour les deux groupes. Le premier graphique indique que les préférences contraceptives ont évolué chez les femmes en union entre 2009 et 2013. En effet, la part d'utilisation des injections et des implants a augmenté (soit respectivement 19,9% en 2012 contre 17,9% en 2008, et 2,6% en 2012 contre 1,5% en 2008). De plus, la part d'utilisation de la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) et du DIU a diminué. Pour les femmes hors union, la prévalence du retrait est légèrement en hausse (1,9% en 2012 contre 1% en 2008), ainsi que celle de l'implant (1,4% en 2012, contre 3,2% en 2008).

Tableau 3 : Pourcentage de femmes en union utilisant une méthode de contraception moderne, par région, comparaison 2008-09/2012-13 (6) (10)

Régions	2008-09	2012-13
Alaoatra Mangoro	36,9	42,7
Amoron'i Mania	30,4	27,5
Analamanga	39,2	44,3
Analanjirifo	32,7	43
Androy	3,2	4,5
Anosy	28,6	26
Atsimo Andrefana	20,1	23,5
Atsimo Atsinanana	11,6	14,2
Atsinanana	37	40,6
Betsiboka	27,7	31,1
Boeny	34,4	26,7
Bongolava	38,2	36,9
Diana	29,1	29,4
Haute Matsiatra	32,7	34,3
Ihorombe	19,5	27,7
Itasy	35,1	36,3
Melaky	21,6	21,3
Menabe	26,9	35
Sava	25,2	29,6
Sofia	17,9	24,7
Vakinankaratra	24,4	35,1
Vatovavy Fitovinany	20,7	30

40-50%	
30-40%	
20-30%	
10-20%	
0-10%	

Des disparités du mTPC existent entre les femmes en union et celles hors union, mais aussi entre les différentes régions. Comme l'indique le tableau 1, certains résultats sont encourageants dans la mesure où quelques régions ont passé le cap de prévalence de 40%. Néanmoins, les régions possédant des zones enclavées continuent d'avoir un mTPC faible et le fossé entre les régions les plus et les moins bien desservies se creuse. Sur la période 2008-2009, cet écart était de 36 %, avant de passer à 40 % au cours de la période suivante. Il convient donc de s'attaquer à ces disparités persistantes.

D'autres facteurs sociodémographiques ont également une influence sur la prévalence des méthodes contraceptives modernes parmi les femmes en union. L'ENSOMD rapporte que le nombre d'enfants vivants, le niveau d'instruction, ainsi que le quintile de consommation ont une influence sur la prévalence de ces méthodes. Les femmes en union sans enfant utilisent moins de contraceptifs modernes que celles avec cinq enfants et plus, le taux de prévalence passant de 10,4% à 29,6%. Le recours aux contraceptifs modernes varie également selon le niveau d'instruction (38,6% des femmes en union avec un niveau d'instruction secondaire contre 22,5% des femmes sans instruction). Finalement, 12,5 points de pourcentage de femmes en union de plus utilisent des contraceptifs modernes au sein du quintile le plus riche par rapport au quintile le plus pauvre. (6)

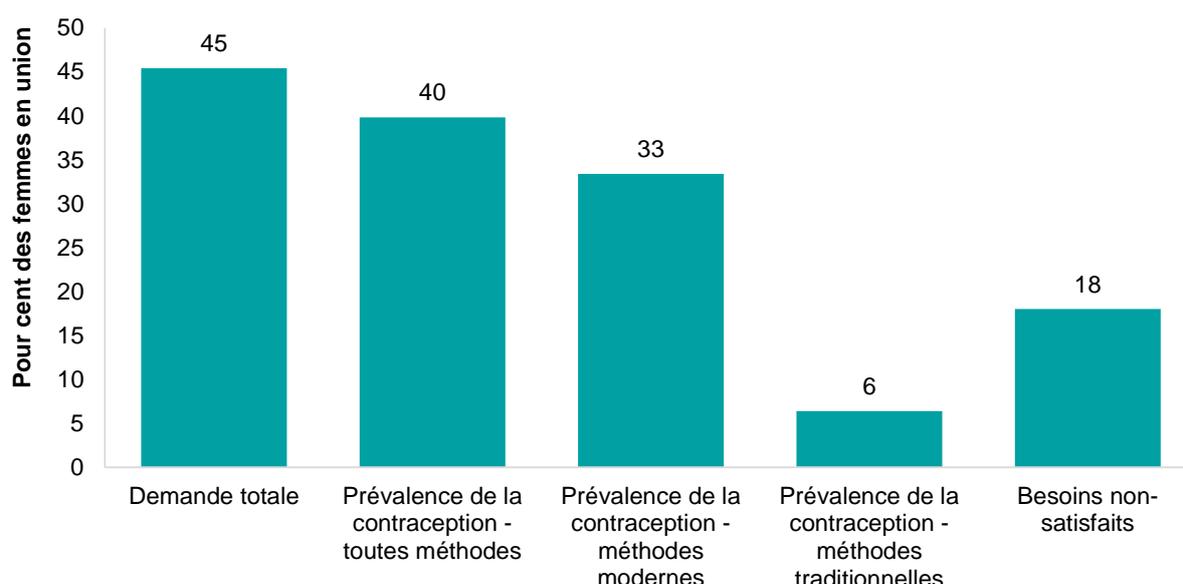
Problèmes et défis essentiels

Au cours des dernières années, Madagascar a concentré ses efforts sur le repositionnement de la PF avec des interventions visant à accroître la demande, à améliorer l'offre de services de PF et à créer un environnement politique favorable à l'expansion de ces services. Néanmoins, certains défis persistent et doivent être relevés pour atteindre les objectifs de développement en matière de PF.

Création de la demande

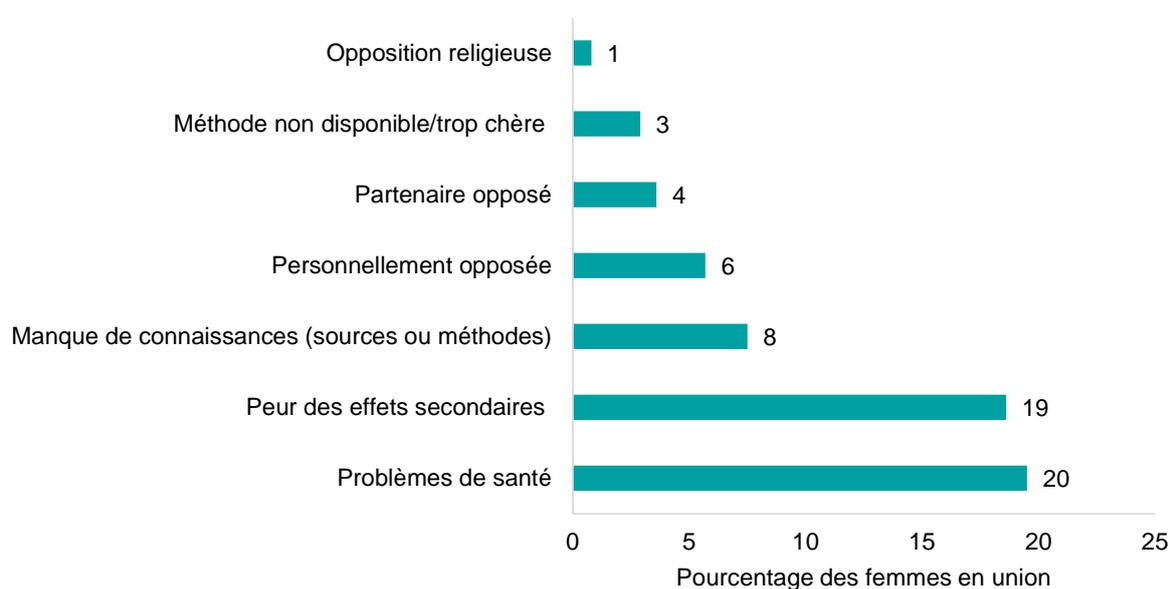
Malgré un taux de fertilité relativement décroissant de 5,6 enfants par femme en 2000 à 5 enfants par femme en 2012, la demande et la prévalence de la PF à Madagascar restent faibles. D'après l'ENSOMD de 2012-2013, 54,6% des femmes en union veulent éviter une grossesse et par conséquent ont besoin d'accéder à la contraception. Or, le taux de prévalence parmi ces femmes n'est que de 33,4 % pour la contraception moderne et de 6,4 % pour la contraception traditionnelle. Cela signifie que près de 18 % des femmes n'ont pas accès à la contraception bien qu'elles le désirent (graphique 7).

Graphique 7 : Demande et utilisation de la PF, femmes en union, 2012-2013 (6)



Le niveau de connaissance des méthodes contraceptives modernes a toujours été élevé chez les femmes malagasy. Néanmoins, il a baissé avec le temps. En 2008-2009, il était de 93,7 %, pour l'ensemble des femmes. En 2012-2013, ce taux était de 88,8 %. Le taux de connaissance des méthodes de longue durée, réversibles ou permanentes est nettement plus faible. Seulement 32,1 % de l'ensemble des femmes connaissent la stérilisation féminine, tandis que 19,2 % connaissent la stérilisation masculine. Enfin, seulement 51,8% des femmes connaissent les implants. Or, le haut niveau de connaissance des méthodes de contraception modernes ne s'est pas traduit par de taux élevés d'utilisation. Ainsi, près de 33% des femmes en union utilisent une méthode moderne et 17,7% ont des besoins non satisfaits, (6) (10) cette situation représentant un frein important à l'utilisation accrue de la contraception.

Graphique 8 : Raisons invoquées pour ne pas utiliser les services PF, femmes en union, 2012-13 (6)



Comme l'indique le graphique 8, les problèmes de santé et la peur des effets secondaires (par ex. les interactions avec les règles) sont les raisons principalement invoquées par les femmes en union pour ne pas recourir aux services PF, respectivement de 19,5 % et 18,6 % d'entre elles. Le manque de connaissances sur les différentes méthodes de contraception, ou les sources pour se les procurer, est aussi une raison communément citée⁴ comme barrière à l'utilisation. Finalement, au-delà d'une opposition personnelle ou d'une opposition du partenaire⁵, le refus d'utiliser une méthode de contraception émane souvent des membres de la famille, tels que les grands-parents, des membres religieux, des instituteurs, ou bien des femmes elles-mêmes à cause des rumeurs (par ex. La PF rend stérile) (25).

Chez les jeunes femmes de 15 à 19 ans, la demande totale de méthodes de contraception est passée de 51,5 % en 2008 à 41,5 % en 2012. Néanmoins, le pourcentage de demande satisfaite a augmenté au cours de cette même période et est passé de 47,8% à 66,8%. Les besoins non satisfaits, pour cette catégorie de la population, ont baissé de 26,9% à 13,8 %. Il y a donc un

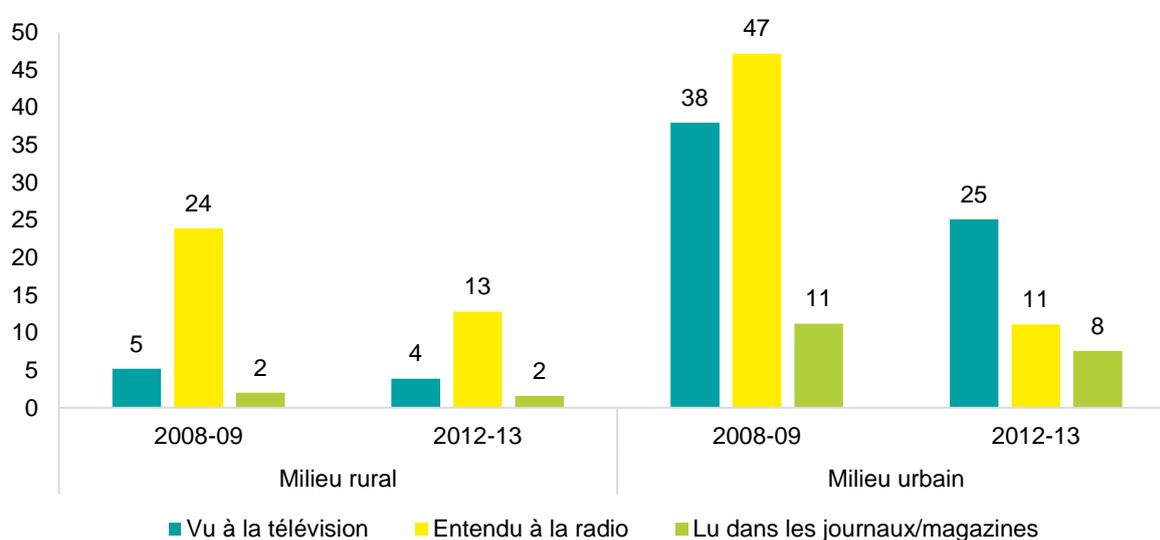
⁴ Par les femmes en union, utilisatrices de contraception, dans l'ENSOMD.

⁵ Certains maris s'opposent à la PF par peur d'infidélité de la part de leur femme (25).

décalage persistant dans l'accès aux services PF qui doit être résolu. Une des explications tient dans les proportions de jeunes femmes et de jeunes hommes qui sont confrontés à des messages en matière de PF. En 2012, 79,6 % des femmes de 15 à 19 ans n'avaient reçu aucun message PF au cours des trois derniers mois, contre 80 % pour les hommes du même âge (6).

Selon un rapport du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), le faible taux de prévalence contraceptive s'explique par des facteurs socioculturels, notamment par la pratique du mariage des enfants (48 % des filles sont mariées avant 18 ans). Il s'explique aussi par la précocité de la vie sexuelle (20 % des jeunes femmes de 15 à 19 ans ont eu leur premier rapport avant 15 ans), le manque d'éducation sexuelle et le manque de services de PF et SR conçus spécifiquement pour cette population. (11)

Graphique 9 : Pourcentage de femmes 15-49 ans ayant été exposées aux messages de PF, par lieu de résidence, 2012-13 (6) (10)



Comme l'indique le graphique 9, le pourcentage de femmes qui ont été confrontées à des messages de PF a diminué avec le temps, et ce pour tous les modes de communication. Le média ayant la plus forte augmentation en termes de portée est la radio, dont l'influence a été diminuée par 54% en milieu rural et 24% en milieu urbain. Il existe des disparités géographiques quant à l'accès aux messages de sensibilisation à la PF. Les femmes sont plus confrontées à ces messages dans les milieux urbains que dans les milieux ruraux, et ce de manière constante à travers les méthodes de transmission des messages ou les sessions de sondage. Néanmoins, bon nombre de femmes ne sont toujours pas sensibilisées à la PF, et la proportion a même tendance à augmenter. En 2008, 70 % des femmes n'avaient reçu aucun message de PF au cours des trois derniers mois, et jusqu'à 76,5 % en 2012. (6) (10) Pour y remédier, il faut accroître la coordination avec les médias et augmenter les supports de communication adaptés, notamment :

- En mettant en place un processus participatif
- En incluant les jeunes, les hommes, les grands-parents et les chefs de communautés qui sont souvent laissés de côté
- En traduisant les messages dans les dialectes appropriés

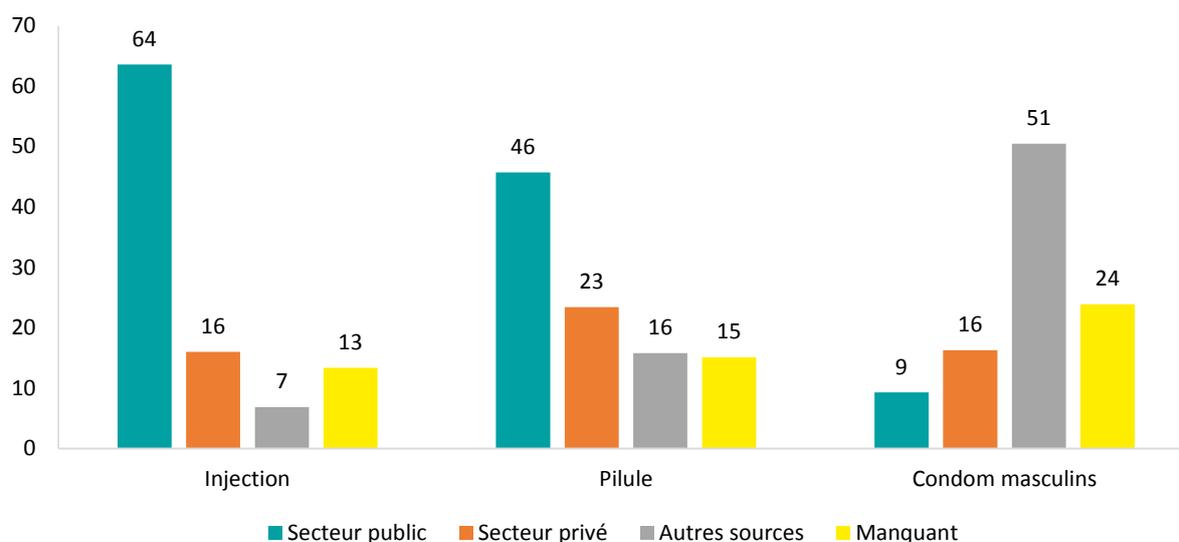
- En informant les femmes sur les lieux où les services de PF sont dispensés
- En encourageant les femmes (approche par les pairs) à faire passer des messages positifs etc.) (25).

Offre et accès aux services

Le système de santé est composé de cinq niveaux. Premièrement, le niveau central, où est coordonnée la santé au niveau du pays, mais aussi où se passe la prise des décisions stratégiques, politiques et législatives. Deuxièmement, le niveau régional, qui coordonne et fournit un appui technique aux districts de santé. Au troisième niveau se trouve l'équipe de management de district (EMAD) qui gère les activités du 1^{er} échelon. Au niveau de la commune, le système de santé est géré par le comité communal du développement sanitaire (CCDS). Enfin, le niveau communautaire est géré par le comité de santé (CoSan). L'offre de soins se fait sur trois échelons : i) les agents de santé communautaires (AC) et les formations sanitaires de base (CSB), ii) les centres hospitaliers de districts et les centres hospitaliers régionaux, iii) les centres hospitaliers universitaires. (1)

Le secteur public joue un rôle important dans l'approvisionnement des femmes en méthodes de contraception (48,1 % en 2012), principalement dans les centres de CSB de l'échelon 1, avec un taux d'approvisionnement de 42,8 % pour l'ensemble des méthodes. Comme l'indique le graphique 10, le secteur public fournit 63,6% des injectables et 45,7 % des pilules, ce qui demande un restockage plus fréquent et entraîne plus facilement des ruptures de stocks. Pour les condoms masculins, la majorité est obtenue dans les boutiques (27,8) et dans le secteur privé (16,3). De plus, 15,1% des femmes obtiennent la méthode de leur choix dans le secteur privé, majoritairement à travers des médecins privés (6,3 %). Finalement, 20,1 % des femmes s'approvisionnent à travers d'autres sources (agents communautaires, boutiques, églises, etc.) (16,6% de données manquantes). (6) Cela peut constituer une barrière à l'accès car les méthodes contraceptives obtenues dans le secteur privé sont plus souvent payantes et plus coûteuses, contrairement au secteur public. L'Enquête démographique et de santé (EDS) de 2008 a mis en évidence que 61% des femmes avaient obtenu leur moyen de contraception gratuitement dans le secteur public, contre 14% dans le secteur privé. L'écart de prix médian mis en avant était de 115 ariary entre les deux secteurs. (10)

Graphique 10 : Sources de contraceptifs par secteurs, 2012-13 (6)



Une enquête de la Direction générale de la protection sociale et de l'UNFPA sur la disponibilité des produits de PF/SPSR, datant de 2008, a mis en avant les lacunes dans l'offre et l'accès aux services PF. Le nombre moyen d'agents de santé dans les CSB n'est que de 4, et 56,5% des centres ruraux n'ont qu'un membre de personnel soignant (12). De plus, cette même enquête révèle que seulement 32,5% de ce personnel de santé est formé à la gestion logistique contraceptive. À cela s'ajoute la réticence de certaines femmes à recevoir des services de PF/SR de la part des agents de santé masculins (25). L'insuffisance quantitative et qualitative de ressources humaines pour la santé est un problème majeur auquel Madagascar fait face. Ces déséquilibres sont présents à tous les échelons de la pyramide sanitaire, ainsi qu'au niveau de leur distribution entre les différentes régions et entre les zones urbaines et rurales.

Enfin, tous les centres de santé n'offrent pas de services PF. Au total, 63 CSB desservant environ 500 000 habitants n'offrent pas de services PF. Cette même enquête a mis en évidence un manque de motivation, voire même des attitudes négatives de la part du personnel des centres envers les clientes, ce qui constitue un frein pour l'accessibilité aux services proposés par ces centres. Par conséquent, des efforts doivent être faits en termes de disponibilité et de qualification⁶ du personnel (y compris s'agissant du nombre d'agents communautaires) pour renforcer la prestation de services de proximité (25), la disponibilité du matériel (90 % des centres ont rapporté avoir du matériel incomplet), ainsi que le caractère abordable des services et produits en matière de PF. (12)

⁶ - Accueil/BERCER (Bon accueil, Entretien, Renseignement, Choix, Explication, Rendez-vous), il s'agit des étapes à suivre lors du counseling en PF.

- Les méthodes PF ne sont pas toujours utilisées de façon appropriée. Par exemple, les injectables sont utilisés pour l'élevage porcin.
- Des agents communautaires ont reçus des smartphones mais ils ont des difficultés à les utiliser.
- Améliorer la formation initiale et relancer une campagne pour avoir une plaque à chaque formation sanitaire (25)

Sécurité des produits

Les intrants de santé à Madagascar sont régis par la politique pharmaceutique nationale (PPN), qui a été élaborée en 2005 et révisée en 2016. Son objectif est d'assurer la disponibilité des médicaments essentiels, à toute la population malagasy, en garantissant la qualité, la quantité et le prix abordable des médicaments. Le MSANP a développé en 2011 une politique nationale de pharmacovigilance (PNP), avec pour objectif d'améliorer la sécurité des patients et l'utilisation des médicaments (13). La sélection des produits repose sur la Liste nationale de médicaments essentiels et intrants de santé mise à jour tous les deux ans (14). Au niveau des districts sanitaires, la gestion des médicaments repose sur la participation financière des usagers et le Fonds d'approvisionnement non-stop en médicaments essentiels (FANOME) qui prévoit également l'accès des démunis aux soins par le biais d'un Fonds d'équité qui leur permet d'obtenir gratuitement des médicaments. La pharmacie de gros du district (PhaGDis) est gérée par un prestataire de services provenant d'une ONG, et les pharmacies à gestion communautaire (PhaGecom) sont cogérées par le comité de gestion issue de la commune et le responsable du centre de santé. L'achat des médicaments passe par la centrale d'achat SALAMA (Centrale d'achats de médicaments essentiels et de matériels médicaux de Madagascar). Enfin, la direction de l'Agence du médicament de Madagascar (DAMM) est chargée d'assurer la qualité des médicaments. (15)

La coordination de la chaîne logistique est assurée par le Comité de gestion logistique (CGL), composé des responsables des directions centrales du MSANP, des PTF, des ONG et de la centrale d'achats SALAMA et qui occupe une fonction stratégique, et une unité technique de gestion logistique (UTGL). Leur but est de coordonner les activités de sécurisation des intrants, et de garantir ainsi la qualité des services à travers la disponibilité des produits de qualité de PF/SR. (15)

La sécurisation des produits se heurte à de réels problèmes, notamment au niveau communautaire. Les défis suivants ont été soulignés :

- Une faible proportion du personnel clé a été formée en logistique contraceptive (seulement 41,3% pour les CSB et 33,3% pour les CH) (2008-09).
- La proportion de centres n'ayant connu aucune rupture de stock au cours des trois derniers mois en 2012 n'était que de 89%.
- Le rôle du secteur privé est encore important dans l'approvisionnement des différentes méthodes de contraception. Cela constitue un obstacle financier pour accéder à la PF. Seulement 48,1% des femmes s'approvisionnent dans des CS publics, contre 15,1% auprès du secteur privé et 20,1% auprès d'autres sources (boutiques, parents, amis).
- La proportion des pharmacies publiques disposant des 7 médicaments vitaux pour la santé maternelle/reproductive (sulfate de magnésie, ocytocine et cinq autres) n'était que de 8,8% en 2012.
- L'intégration de la sécurisation des produits de santé de la reproduction dans les documents cadres nationaux n'a été réalisée qu'à la fin de la période de mise en œuvre du plan stratégique SPSR (Orientations politiques en santé de la reproduction 2012 ; Plan de développement du secteur de la santé 2015-2019).

- La mise en œuvre des politiques en faveur de la sécurisation des produits de santé de la reproduction n'a pas fait l'objet d'un suivi.
- La sécurisation des produits de santé de la reproduction n'est pas suffisamment bien intégrée dans les curricula de formation (continue et de base) des agents de santé.

Par conséquent, il faut accroître la disponibilité des produits PF au niveau de SALAMA et des bailleurs de fonds, renforcer le système de gestion des stocks pour éviter les ruptures, prendre en compte le besoin des ONG lors de la comptabilité des produits, améliorer la coordination entre les différents acteurs (notamment en renforçant le leadership du MSANP (DSF et DPLMT), ainsi que la collaboration avec le secteur privé), enlever l'imposition des produits PF qui devraient être sur la liste des médicaments essentiels, et renforcer les systèmes de transport des intrants de santé (certains lieux sont très difficiles d'accès (25)). Ces démarches permettront d'assurer un meilleur approvisionnement et une meilleure gestion des stocks de produits PF.

Politique et environnement habilitant

Madagascar veut se développer économiquement et devenir compétitif sur les marchés internationaux. Pour cela, le pays doit contrôler sa croissance démographique, qui constitue un frein à la croissance économique. C'est pour cela que Madagascar a mis l'accent sur le développement de la planification familiale, dès le début des années 2000. En 2004, le ministère de la Santé est devenu le ministère de la Santé et de la Planification familiale, et a lancé la première stratégie nationale de planification familiale pour la période 2005-2009. Celle-ci avait pour but d'accroître la prévalence contraceptive et de diminuer les taux de besoins non satisfaits. En s'inscrivant dans une démarche plus ambitieuse, le MAP avait pour but la réduction de la pauvreté et le développement économique. (16)

En 2007, le gouvernement a introduit le plan sectoriel en planning familial 2007-2012, dans le but d'atteindre les objectifs du MAP, notamment l'engagement 5 : santé, planning familial et lutte contre le VIH/SIDA⁷ (17). L'axe clé d'intervention de ce plan était de rendre gratuite la contraception distribuée par le secteur public. Son évaluation a permis de mettre en évidence certaines réussites, comme la réponse appropriée aux problèmes sanitaires et aux attentes de la population, mais aussi l'augmentation de la prévalence contraceptive. Cependant, cette politique de PF n'a pas permis une réduction suffisante du nombre de naissances par femme, ni une réduction des besoins non satisfaits, ou encore une augmentation de l'information des jeunes par rapport à la PF. (1)

En 2008, le gouvernement malagasy a créé, en collaboration avec les partenaires techniques et financiers, le plan stratégique en SPSR 2008-2012, en réponse aux limites d'efficacité du plan sectoriel. L'axe principal de ce plan était d'assurer que d'ici à 2012, chaque individu pourrait choisir, obtenir et utiliser des produits de PF et de SR de qualité, chaque fois qu'il en a besoin. Suite à l'évaluation des deux plans susmentionnés, dont les résultats étaient plus que mitigés, le MSANP et ses partenaires ont développés et mis au point le plan stratégique intégré en PF et

⁷ 1. Assurer la fourniture de services de santé de qualité à tous ; 2. Éliminer principales maladies transmissibles ; 3. Gagner la lutte contre le VIH/SIDA ; 4. Mettre en œuvre une stratégie efficace de planning familial ; 5. Réduire la mortalité infanto-juvénile ; 6. Réduire la mortalité maternelle et néonatale ; 7. Améliorer la nutrition et la sécurité alimentaire ; 8. Approvisionner la population en eau potable et généraliser les pratiques hygiéniques et sanitaires

SPSR 2016-2020 dans le but d'atteindre les objectifs fixés dans le cadre de l'engagement de Madagascar au FP 2020. Ils ont également lancé le plan opérationnel 2016-2017, qui définit les stratégies et activités pour atteindre ces objectifs. (1)

En 2016, le MSANP a réactualisé sa politique de santé datant de 2005 et a créé la politique nationale de santé (PNS), avec pour but de permettre au peuple malagasy de bénéficier d'une bonne gouvernance en matière de santé et de jouir du meilleur état de santé possible (18). Cela concerne les objectifs suivants :

- Assurer la fourniture de services curatifs, préventifs et promotionnels de qualité par le secteur de la santé publique, le secteur privé et le système communautaire
- Améliorer l'accès géographique et financier des populations les plus vulnérables aux services de santé
- Assurer l'utilisation des services de santé par la population
- Développer et mettre en œuvre des politiques et des stratégies tenant compte des déterminants sociaux, y compris les considérations de genre et environnementales sur le plan de la santé.

L'actualisation de cette PNS va permettre à l'État malagasy, à travers des réformes, de remédier aux difficultés qui minent le bon fonctionnement du système de santé :

- Création d'une stratégie nationale de financement de la santé
- Évolution vers la couverture santé universelle
- Amélioration du système d'information
- Mise à jour des cadres légaux (18).

La stratégie pour la couverture santé universelle (CSU), élaborée par le gouvernement malagasy, avec le soutien du Réseau *Providing for Health* (P4H), a pour but de promouvoir la santé de tous les habitants de Madagascar, en garantissant un accès universel aux soins de santé de qualité, tout en protégeant la population contre les risques financiers liés à la santé et en facilitant l'accès des populations les plus vulnérables, par un système de subvention des soins. Il est donc important que celle-ci intègre la PF dans le paquet minimum de soins.

Par ailleurs, le sujet de la PF est souvent absent de la vie politique et doit être remis en avant pour que davantage de plaidoyer puisse être fait auprès des politiciens. Jusque-là, les activités de plaidoyer ont trop longtemps été considérées comme un service routinier, ce qui nuit à la promotion de la PF moderne, notamment auprès des jeunes, ainsi qu'à l'accès universel et volontaire des femmes aux services et aux produits de PF (25).

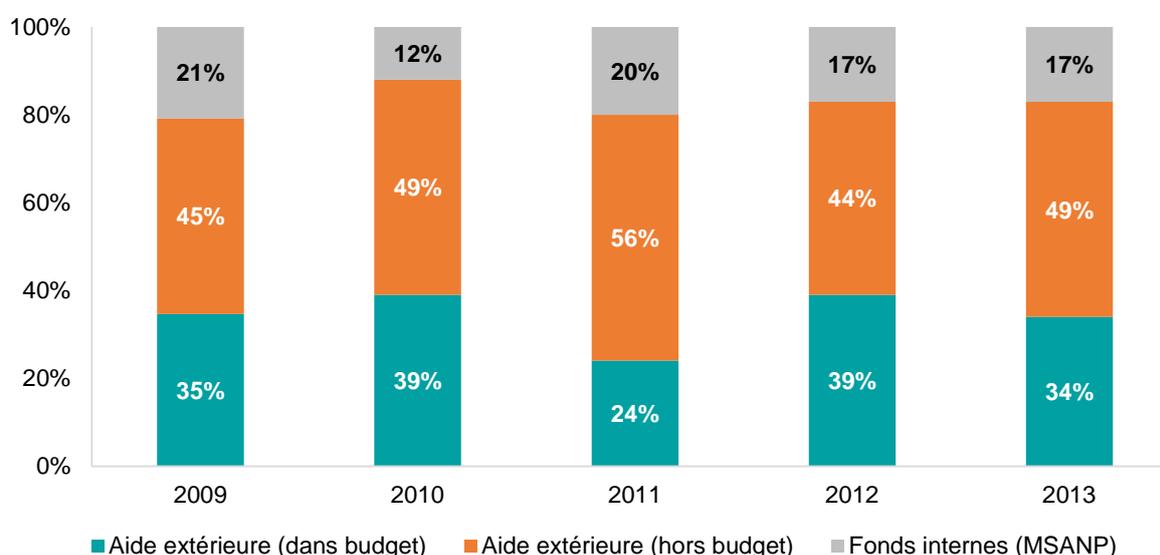
En ce qui concerne le cadre légal de la PF, le gouvernement malagasy a adopté un projet de loi fixant les règles générales régissant la santé de la reproduction et la planification familiale aux conseils du gouvernement et des ministres. Ce projet de loi a pour but de remplacer la loi du 17 avril 1920, jusque-là en vigueur et qui réprimait la complicité et l'incitation à l'avortement, de même que toute propagande anticonceptionnelle. Ce projet de loi s'inspire du droit international et des conventions internationales qui cherchent à promouvoir le droit fondamental de décider librement du nombre, de l'espacement et du moment où les couples désirent avoir des enfants. Certains défis subsistent quant aux décrets d'application de cette loi (une fois votée), notamment

la détermination des tranches d'âges vis-à-vis de l'accès des jeunes aux services et produits contraceptifs sans consentement parental. Il existe une divergence d'opinions entre les parties prenantes, y compris les ministères, sur cet aspect lié à l'accès des jeunes. (19)

Par ailleurs, des travaux doivent être entrepris sur les lois touchant aux domaines relatifs à la SR, dans le but d'atteindre les objectifs du gouvernement. En effet, Madagascar ne dispose toujours pas de texte de loi relatif aux violences basées sur le genre. De même, certains textes de lois existent mais ne sont pas appliqués, tel que la loi sur le mariage des enfants. De plus, le plaidoyer auprès des décideurs politico-administratifs, des leaders d'opinion et des partenaires techniques et financiers doit s'intensifier. (22)

Financement

Graphique 11 : Répartition des financements publics pour le secteur de la santé (23)



Depuis 1995, les dépenses totales de santé représentent 4 à 5% du produit intérieur brut (PIB), avec une légère tendance à la baisse depuis quelques années. En 2010, la part du budget de l'État consacrée à la santé était autour de 7,5 %, loin de la cible de 15% décidée par les chefs d'États à Abuja⁸. Entre 2009 et 2013, les dépenses publiques totales en santé ont augmenté grâce à un large soutien extérieur hors budget. Par exemple, en 2011, 56% des financements publics au secteur de la santé provenaient de fonds extérieurs hors budgets. Cette même année, la part totale du financement extérieur était de 80% (20). Comme l'indique le tableau 4, la part de financement de la santé assurée par les ménages n'a cessé d'augmenter et a doublé entre 2003 et 2010. Les principaux problèmes qui ont été mis en évidence quant au budget général pour la santé sont les défauts dans l'exécution du budget et le manque de déconcentration des ressources. En effet, le manque de clarté entre les crédits et les dépenses, l'existence de règles d'exécution budgétaire inappropriées, ainsi qu'une forte centralisation du budget, empêchent une exécution complète du budget (20). Par conséquent, le gouvernement doit prioriser la santé dans son budget, augmenter la part du financement public par opposition au financement extérieur, et doit revoir les mécanismes d'exécution du budget, dans le but de la faciliter.

⁸ Cible qui n'est pas spécifique à la PF, mais à la santé en général.

Tableau 4 : Répartition des sources de financement de la santé (15)

Années	2003	2007	2010
Fonds publics	32%	49%	14%
Ménages	20%	23%	40%
Reste du monde (PTF)	37%	17%	42%
Fonds privés	11%	11%	4%

Le graphique 12 présente les prévisions budgétaires de recettes et de dépenses pour l'année 2015, pour le MSANP à Madagascar. Le budget total alloué à la santé était de 96 985 000 000 d'ariary, selon la loi de finances initiale (LFI) du MFB. Selon la loi de finances rectificative (LFR), le MSANP n'aurait en fait reçu que 74 712 000 000 d'ariary, soit 22 273 000 000 d'ariary en moins, ce qui représente -33%. Cela s'explique par les écarts de recettes pour la fourniture de services de santé hospitaliers (-400 000 ariary) et pour la lutte contre les maladies (-24 840 000 ariary). Néanmoins, pour les autres postes, la LFR indique que les recettes ont été supérieures à celle de la LFI. Pour les dépenses, les sommes de la LFR excèdent toutes celles de la LFI.

Graphique 12 : Prévisions budgétaires, MSANP, 2015 (21)

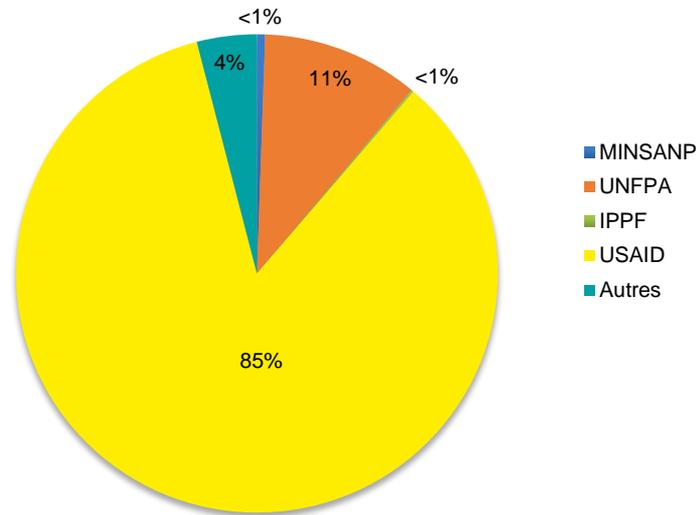
	Prévision des recettes (milliers d'ariary)		Soldes (milliers d'ariary)	Prévision des dépenses (milliers d'ariary)		Soldes (milliers d'ariary)
	<i>LFI 2015</i>	<i>LFR 2015</i>		<i>LFI 2015</i>	<i>LFR 2015</i>	
Santé	96 985 000	74 712 000	-22 273 000	333 050 247	269 626 089	63 424 158
Administration et coordination	11 800 000	11 800 000	0	198 050 057	177 041 728	21 008 329
Fourniture de services de santé hospitaliers	1 000 000	600 000	-400 000	20 835 459	16 817 979	4 017 480
Fourniture de services de santé de base	26 700 000	27 370 000	670 000	38 197 384	32 368 200	5 829 184
Fourniture de médicaments consommables et autres produits	0	2 147 000	2 147 000	3 632 000	3 567 318	64 682
Lutte contre les maladies	51 635 000	26 795 000	-24 840 000	56 297 869	27 989 860	28 308 009
Survie et développement de la mère et de l'enfant	5 850 000	6 000 000	150 000	16 037 478	11 841 004	4 196 474

Les causes profondes des problèmes généraux de financement du secteur de la santé sont : (15)

- L'inexistence d'une stratégie globale de financement du secteur de la santé
- La dépendance du secteur santé aux financements extérieurs
- L'insuffisance de ressources humaines compétentes dans le développement de réformes en système de financement de la santé
- L'absence d'un système approprié de prépaiement des soins permettant d'assurer une plus large couverture financière de la population
- Le non-recours aux mécanismes permettant d'accroître les ressources financières auxquelles peuvent accéder les pays africains à faibles revenus et d'améliorer l'impact de l'aide extérieure (par ex. *Harmonization for Health in Africa* (HHA))

- La faible régularisation des fonds sur les financements externes, des programmes d'investissements publics (PIP) (Système d'information intégré de la gestion des finances publiques (SIIGFP)) et la faible maîtrise du suivi, de la gestion et de la redevabilité.

Graphique 13 : Répartition des sources de financement pour les intrants de santé de PF/SR, en 2014 (3)



En ce qui concerne le financement de la PF et de la SR, les principales sources de financement pour l'achat des consommables de PF proviennent de l'USAID (85%) et de l'UNFPA (11%) (Graphique 13). Ces partenaires fournissent aussi la majeure partie des financements pour l'achat des produits de MSR, avec le soutien de la Banque mondiale et de l'Agence française de développement (AFD). Par ailleurs, la part du financement du MSANP est vraiment moindre (<1%). Parmi les postes financiers les plus touchés se trouvent le manque de financement pour le recrutement du personnel et la motivation des agents communautaires (25) pour la réhabilitation et la construction des formations sanitaires, ainsi que pour l'accès à la PF pour les jeunes.

Le rapport d'évaluation du plan stratégique a mis en évidence les problèmes de financement suivants (2) :

- Le gel du financement international à destination de l'État.
- Le retard de la mise à disposition du financement prévu de la part des partenaires techniques et financiers.
- Le retard du déblocage des fonds de l'État⁹.
- L'absence de financement pour certaines activités du plan opérationnel¹⁰.
- L'absence de financement pour le coût de gestion logistique des intrants.

⁹ Au cours de la crise sociopolitique de 2009-2013, la MSANP a subi une crise institutionnelle. L'instabilité politique, l'insécurité, le non-respect de l'État de droit, la crise économique et le retrait de certains PTF ont eu des conséquences négatives sur le leadership et la gouvernance du MSANP (3).

¹⁰ Activités de formation et de promotion de la santé, principalement.

Par conséquent, le gouvernement va devoir augmenter sa contribution au financement des produits de PF/SR, et ce à tous les niveaux (notamment à l'échelle régionale mais aussi à travers une meilleure répartition entre les districts), en mettant en place un plan de mobilisation des ressources. Le gouvernement va devoir augmenter le budget alloué au MSANP pour la santé de manière globale, et idéalement atteindre la cible des 15% fixée par la Déclaration d'Abuja. Enfin, le MSANP doit réaliser d'avantage d'activités de plaidoyer auprès du gouvernement, des parlements et des partenaires pour une augmentation progressive du budget alloué aux produits de PF/SR tout en assurant la gouvernance. (1)

L'approche du marché total constitue une stratégie prometteuse pour accroître l'accès aux produits de PF de manière durable. Grâce à un meilleur ciblage des produits PF gratuits ou subventionnés, il est possible de réduire les inefficacités et les doublons sur le marché, laissant ainsi plus de place à l'approvisionnement de produits de première nécessité par le secteur privé.

Supervision, évaluation et gestion

La mise en place d'un système de suivi et d'évaluation pour l'adoption d'une nouvelle stratégie est un élément clé, car elle permet de tirer les enseignements d'expériences antérieures et de s'en servir pour améliorer les activités en cours et celles à venir. Le suivi régulier des activités peut contribuer à l'évaluation des programmes, à l'amélioration de la qualité des services et à une meilleure utilisation des ressources financières, matérielles et humaines.

L'évaluation des deux plans stratégiques en PF et SR ont permis de mettre en évidence l'absence de modalités et le manque d'un système structuré en matière de suivi et d'évaluation, et ce à tous les niveaux. En effet, le système de suivi-évaluation n'est pas performant, et la phase pilote pour le renforcement du système de supervision par le niveau central et opérationnel a été réalisée au cours des années 2014-2015 (3). De même, une étude sur la disponibilité et l'accessibilité des services de SR et de PF, a mis en évidence les faits suivants (12) :

- La plupart des indicateurs disponibles pour le suivi et l'évaluation ne sont pas exploitables¹¹.
- Le système d'information et de traitement des données est défaillant¹².
- Le manque d'intérêt pour les données est palpable, tout comme le manque de collaboration au sein du MSANP¹³.
- Le personnel qualifié sur le terrain est insuffisant.

Il va donc falloir créer et mettre en place un mécanisme de suivi-évaluation intégré, efficace et performant du personnel et pour la qualité des produits de PF/SR.

Pour améliorer la supervision, il est nécessaire de (25) :

- Renforcer la supervision formative (former le responsable au niveau des gestionnaires et les équipes au niveau des districts et au niveau régional).

¹¹ Le taux de fiabilité des données n'était que de 17% en 2008.

¹² Le nombre de rapports à remplir par les CSB est de 25.

¹³ 0% de SSD descendant au niveau du CSB pour collecter les données.

- Mettre en place un système de supervision conjointe avec EMAR et EMAD, selon le besoin de se rendre dans les régions/districts.
- Coordonner avec des agents communautaires pour recueillir les informations et s'assurer de la qualité des données, et travailler étroitement avec les CSB.

Pour la coordination (25) :

- Prioriser et renforcer la coordination des activités notamment avec des jeunes.
- Renforcer l'éducation sexuelle parmi les élèves dans les écoles.
- Intégrer les services (IST/VIH, SR/PF) notamment en direction des jeunes.
- Améliorer la coordination des projets de l'USAID avec ceux des autres bailleurs et des ONG qui ont des expériences et compétences dans ce sens.
- Améliorer la collecte des données émanant du secteur privé.
- Prioriser le renforcement des compétences des prestataires à travers la conception de bases de données de prestataires et des formations au niveau de la DRH.
- Comptabiliser les données au niveau des officines par rapport aux ventes des contraceptifs.

Pour le suivi-évaluation (25) :

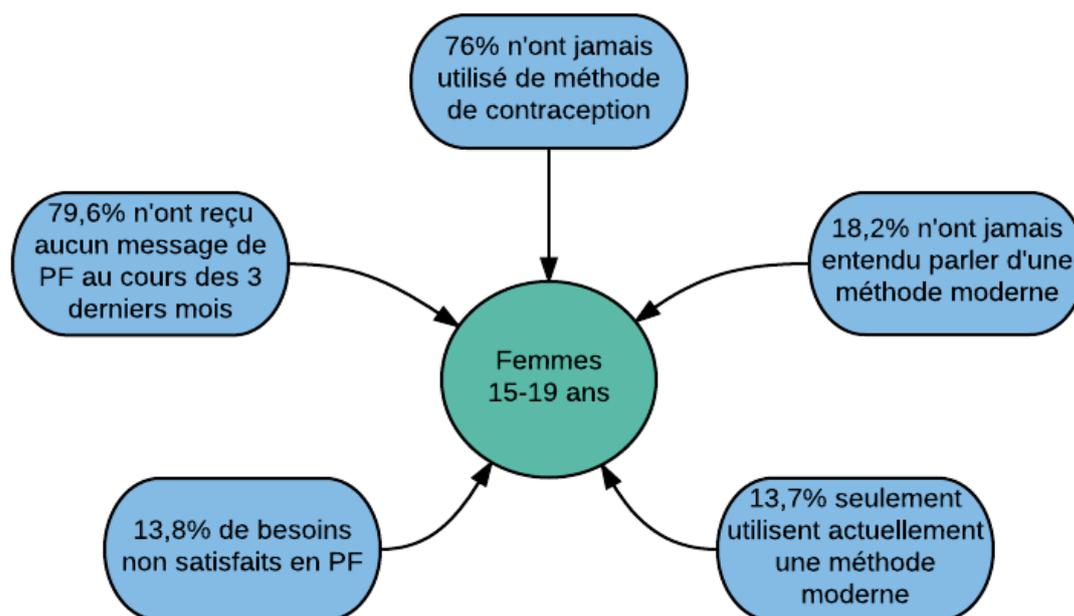
- Améliorer la gestion des données et la capacité d'utilisation des outils de gestion.
- Former les prestataires à l'utilisation des données pour la prise de décision.
- Améliorer la qualité des données et la collecte des données.

Jeunesse

Avec près de deux tiers de la population âgée de moins de 25 ans (64%) et près de la moitié âgée de moins de 15 ans (47%), les jeunes constituent la majeure partie de la population à Madagascar. Plus d'un tiers des jeunes femmes de moins de 19 ans sont mères. Le taux de grossesse des adolescentes est de 30%, et plus de 17% des 15-19 ans ont eu leur premier rapport sexuel à l'âge de 15 ans. La jeunesse constitue donc la section de la population la plus nombreuse, la plus vulnérable, et donc la plus demandeuse de services de PF/SR.

Or, il se trouve que la jeunesse est la tranche de la population la moins bien desservie en termes d'accès aux services et à l'information relative à la PF. (6) Premièrement, il existe un désaccord sur les notions de jeunes et adolescents, laissant donc certaines catégories d'âge hors de portée. Deuxièmement, il existe des barrières dans l'entourage des jeunes dues aux facteurs socioculturels et religieux, ainsi qu'à un manque de dialogue communautaire et de sensibilisation des parents et de la famille. Par ailleurs, les services ne sont pas toujours adaptés aux jeunes : le personnel soignant des centres ne sait pas comment les recevoir (par ex. manque de confidentialité) et le plaidoyer politique ne cible pas suffisamment les jeunes.

Graphique 14 : La PF chez les jeunes femmes de la tranche d'âge 15-19 ans (6)



Comme l'indiquent ces statistiques tirées de l'ENSOMD, un gros effort reste à faire en termes d'inclusion de la jeunesse dans la PF et la SR, pour atteindre une prévalence de 46%. Plusieurs causes expliquent le retard d'accès des jeunes et des adolescents à la PF (6) :

- L'insuffisance des centres de santé capables d'accueillir les jeunes sur le plan infrastructurel
- L'insuffisance des matériels appropriés en matière d'information, d'éducation et de communication (IEC) et des équipements
- La faible disponibilité de personnel compétent, formé en santé de la reproduction des adolescents
- Le manque d'informations et d'éducation des jeunes.

Par conséquent, le gouvernement va devoir concentrer ses efforts selon les axes suivants :

- Disposer de stratégies de communication adaptées¹⁴ aux jeunes selon leurs cultures respectives et leurs situations géographiques (la communication doit aussi cibler la famille, notamment les parents)
- Créer des structures d'accueil satisfaisantes pour ces jeunes, avec des prestataires de services ayant un comportement adapté (par ex. des jeunes pairs éducateurs, qui respectent le choix et l'intimité des jeunes).

Par ailleurs, un travail de collaboration doit impérativement être entrepris avec le ministère de la Justice, le ministère de la Population et le ministère de la Jeunesse et des sports pour renforcer

¹⁴ Un programme d'éducation sexuelle, dont le curriculum a été validé par le ministre de l'Éducation va être testé en 2016.

l'application des lois concernant les jeunes, notamment la loi PF, et garantir l'accès des jeunes à la PF et aux contraceptifs d'urgence (25). Certains efforts ont été entrepris pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes (par exemple la loi sur l'âge minimum de mariage à 18 ans) mais les lois ne sont pas toujours mises en application (22). Enfin, un travail de renforcement de la collaboration multisectorielle et d'accroissement du plaidoyer avec le ministère de la Jeunesse et des sports et le ministère de l'Éducation nationale doit être entrepris en matière de santé des adolescents et des jeunes, ainsi qu'auprès des bailleurs de fonds qui ne distinguent pas toujours jeunesse et éducation (25).

PLAN D'ACTION NATIONAL BUDGÉTISÉ

Le gouvernement de Madagascar a développé le PANB dans le but de définir clairement la vision du pays, les objectifs, les priorités stratégiques, les interventions, les intrants et de présenter les estimations des coûts pour les réaliser. Le PANB détaille les priorités stratégiques devant conduire les secteurs gouvernementaux, le privé et la société civile à accroître l'accès à la PF pour atteindre les objectifs nationaux, augmenter le TPC et réduire les besoins non-satisfaits d'ici 2020. De manière générale, l'objectif est d'accroître les connaissances en PF et de favoriser l'adoption et l'accès à ces méthodes sur la base des droits.

Le PANB s'aligne sur des objectifs élargis du secteur de la santé et des axes stratégiques visant à améliorer l'information et l'accès pour les jeunes, qui constituent une population prédominante à Madagascar. En outre, ce plan se concentre sur l'amélioration de la sécurisation des produits, le développement d'un système de suivi et d'évaluation performant, l'augmentation de l'offre et de la demande, et enfin l'environnement politique favorable et le financement adéquat. Le but spécifique du PANB est de spécifier les interventions et activités qui vont devoir être mises en place et détailler les besoins en ressources humaines et financières pour atteindre les objectifs nationaux en PF. Toutes ces démarches doivent aider les femmes à faire valoir leur droit à la santé, à l'éducation, à l'autonomie, à l'émancipation et à la prise de décisions personnelles quant au nombre et à l'espacement de leurs grossesses, et à favoriser l'égalité des genres. Une PF élargie et volontaire réduit la mortalité et la morbidité maternelle évitable, réduit les grossesses involontaires chez les jeunes, améliore la santé infantile, facilite les avancées dans le domaine de l'éducation, réduit la pauvreté, et constitue un élément fondamental pour le développement économique de la nation.

Objectifs opérationnels du PANB

Les objectifs en termes de TPC sont illustrés dans les tableaux 5 et 6 et le but principal est d'accroître le mTPC des femmes en union de 33,3% à 50% d'ici à 2020 (53,3% toutes méthodes confondues en 2020).

Pour faciliter le suivi du plan, les objectifs de 2020 ont été traduits en objectifs de progrès annuel pour le TPC des femmes en union et de l'ensemble des femmes.

Le taux de croissance global annuel requis pour que Madagascar accroisse son mTPC de 33,3% (femmes en union) en 2012 à 50% (femmes en union) en 2020 est de 4,76% par an, en moyenne pour le mTPC et une croissance de 3,47% pour TPC total par an.

Graphique 15 : Objectifs de TPC pour les femmes en union et hors union par an

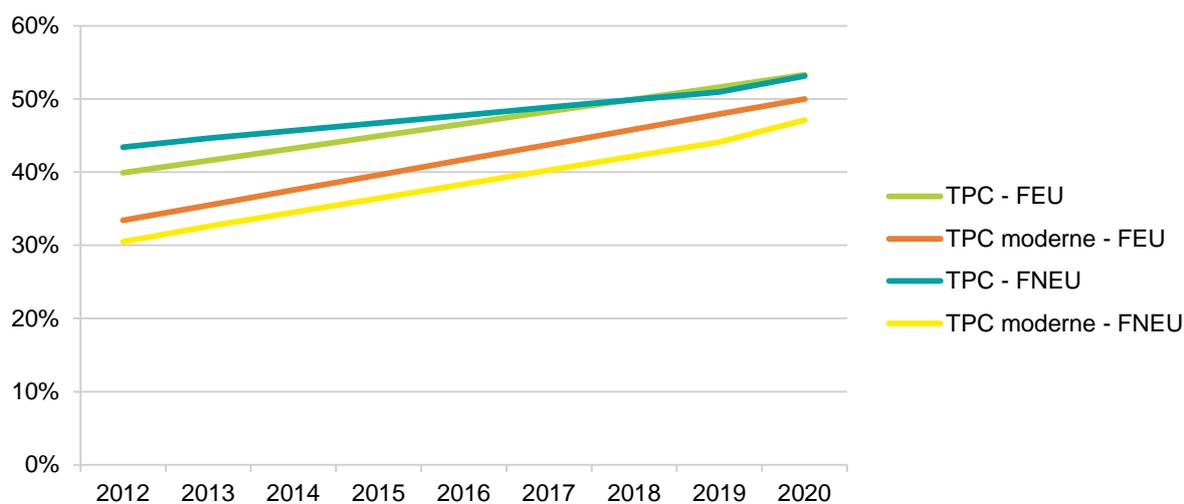


Tableau 5 : Objectifs de TPC pour les femmes en union à Madagascar

Femmes en union (base sur ENSOMD 2012)	2012	2020
	Total	Total
Stérilisation masculine	0,00%	0,00%
Stérilisation féminine	1,40%	1,87%
DIU	0,70%	1,33%
Implants	2,60%	4,96%
Injectables	19,90%	29,31%
Pilules	6,60%	9,59%
Préservatif masculin	1,00%	1,33%
Préservatif féminin	0,00%	0,00%
Autres méthodes modernes	0,00%	0,00%
MAMA	1,20%	1,60%
Retrait	1,30%	0,63%
Méthode des jours fixes (MJF)	0,00%	0,00%
Collier de cycles	0,00%	0,00%
Autres méthodes traditionnelles	5,20%	2,66%
Autres méthodes	0,00%	0,00%
Total traditionnelles	6,50%	3,30%
TPC	39,9%	53,3%
TPC moderne	33,4%	50,0%

Tableau 6 : Objectifs de TPC pour femmes hors union à Madagascar

Femmes hors union (base sur ENSOMD 2012)	2012	2020
	Total	Total
Stérilisation masculine	0,00%	0,00%
Stérilisation féminine	0,30%	0,37%
DIU	0,10%	0,27%
Implants	1,40%	2,97%
Injectables	17,30%	24,96%
Pilules	7,70%	13,44%
Préservatif masculin	3,30%	4,56%
Préservatif féminin	0,00%	0,00%
Autres méthodes modernes	0,00%	0,00%
MAMA	0,40%	0,53%
Retrait	1,90%	0,85%
Méthode des jours fixes (MJF)	0,00%	0,00%
Collier de cycles	0,00%	0,00%
Autres méthodes traditionnelles	11,00%	5,16%
Autres méthodes	0,00%	0,00%
TPC	43,4%	53,1%
mTPC	30,5%	47,1%

Pour atteindre le scénario de TPC désiré, le nombre d'utilisatrices de PF à Madagascar doit augmenter de 1,6 millions à 2,3 millions d'ici à 2020. Pour atteindre ce rythme de croissance, environ 718 000 utilisatrices doivent être ajoutées entre 2016 et 2020.

Axes stratégiques

Madagascar a organisé ses interventions à travers six axes stratégiques. Chaque axe est détaillé en activités, sous-activités, indicateurs de résultat et un calendrier (Voir Annexe A : Canevas des activités). Une majorité des résultats stratégiques listés dans le canevas présente les priorités stratégiques.

Le coût total pour la mise en œuvre du PANB est de 463,7 milliards d'ariary (154 millions d'USD). 167,9 milliards d'ariary, où 36% du coût total est en produits essentiels, incluant les contraceptifs et les consommables. De plus, 6% du coût total a trait à la création de la demande, 35% à l'offre de services, 3% à la sécurisation des produits, 1% à la politique et à l'environnement habilitant, 0.04% au financement et 19% au suivi-évaluation (Figure 2).

Les coûts du plan (excluant les contraceptifs et les consommables directs) sont similaires au PANB des autres pays, qui varient d'environ 2 à 5 dollars par femme en âge de procréer par an. Le coût des activités par femme en âge de procréer est en moyenne de 4 USD par an. Le coût par utilisateur pour les contraceptifs et les consommables directs s'élèverait en moyenne à 5 USD

entre 2016 et 2020. Cette moyenne s'aligne sur des coûts de 4 à 6,95 USD observés dans d'autres pays en développement.

Les graphiques ci-dessous montrent le coût total du PANB par axe stratégique.

Graphique 16 : Coûts par axes stratégiques et coûts des contraceptifs, en milliards d'ariary

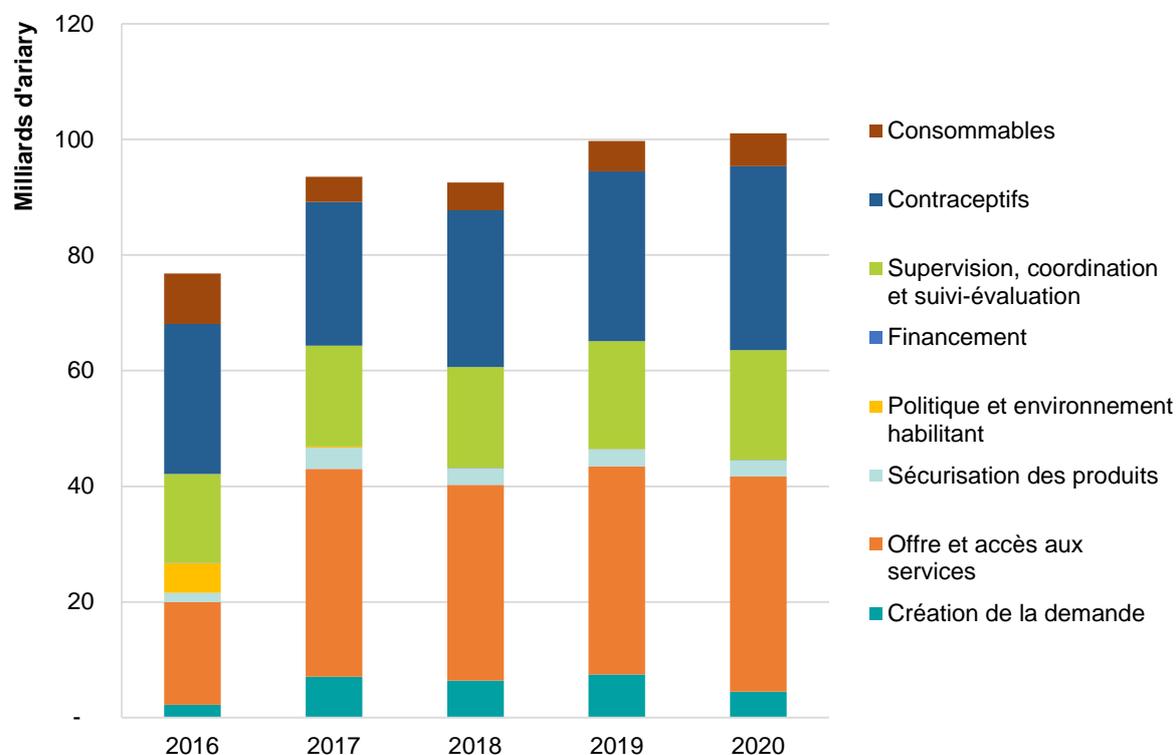


Tableau 7 : Coûts par axe stratégique et coûts des contraceptifs, en milliards d'ariary

Composante	2016	2017	2018	2019	2020	Total	Pourcentage
Création de la demande	2,2	7,1	6,4	7,5	4,5	27,7	6%
Offre et accès aux services	17,8	35,9	33,8	36,0	37,2	160,7	35%
Sécurisation des produits	1,6	3,6	2,9	3,0	2,9	14,1	3%
Politique et environnement habitant	5,1	0,2	0,1	0,0	0,0	5,4	1%
Financement	0,03	0,06	0,04	0,04	0,01	0,2	0.04%
Supervision, coordination et suivi-évaluation	15,3	17,4	17,4	18,6	19,0	87,6	19%
Total programme	42,1	64,3	60,6	65,1	63,5	295,7	64%
Contraceptifs	25,9	24,9	27,1	29,4	31,8	139,1	30.0%
Consommables	8,7	4,3	4,8	5,2	5,7	28,8	6.2%
Total produits essentiels et consommables	34,7	29,2	31,9	34,6	37,5	167,9	36.2%
Total	76,8	93,5	92,5	99,7	101,1	463,7	100%

Priorités stratégiques

Les priorités stratégiques du PANB représentent les domaines clés pour l'allocation des ressources financières et la mesure de performance dans la mise en place des axes stratégiques. Les priorités stratégiques reflètent les problèmes et/ou interventions qui doivent être faites pour atteindre les objectifs du pays. Elles assurent que les ressources limitées seront orientées vers les domaines qui ont le potentiel le plus élevé pour accroître le TPC à Madagascar. Dans le cas d'un écart de financement entre les ressources nécessaires et disponibles, les activités stratégiques prioritaires doivent être priorisées pour assurer un impact et des progrès importants dans l'atteinte des objectifs. Les objectifs prioritaires permettent au gouvernement d'axer les ressources et les investissements en temps sur la coordination et le leadership pour l'exécution du PANB. Néanmoins, toutes les composantes nécessaires à un programme de PF complet ont été détaillées avec leurs activités et coûts y afférant. Les priorités stratégiques du plan vont être utilisées pour guider l'utilisation des financements actuels et futurs et le développement du programme.

Les six priorités stratégiques

- **Priorité 1** : Renforcer la coordination des interventions à tous les niveaux, sous le leadership du MSANP, en se basant sur l'amélioration de la gestion et de l'utilisation des données programmatiques et logistiques.
- **Priorité 2** : Créer la demande auprès de la population, surtout les jeunes, à travers des informations correctes et appropriées sur les méthodes modernes de PF et des points de services.

- **Priorité 3 :** Assurer la couverture et l'offre de services PF de qualité en renforçant la capacité des prestataires publics/privés en PF intégrée incluant les méthodes de longue durée et la PF en postpartum et des AC en méthodes naturelles, pilules, condom et spermicide.
- **Priorité 4 :** Assurer la sécurisation des produits et la disponibilité des intrants par le renforcement des capacités en termes de quantification, de planification, de gestion de la chaîne d'approvisionnement et de la logistique à tous les niveaux.
- **Priorité 5 :** Assurer la mise en œuvre des documents politiques et stratégiques actualisés de la PF, tout en créant un environnement favorable à la PF à travers le renforcement des activités de plaidoyer auprès des leaders au niveau du MSANP, des leaders administratifs, traditionnels et religieux, et des élus.
- **Priorité 6 :** Renforcer l'engagement de l'État par l'augmentation du budget alloué au programme PF et la mobilisation des ressources des PTF.

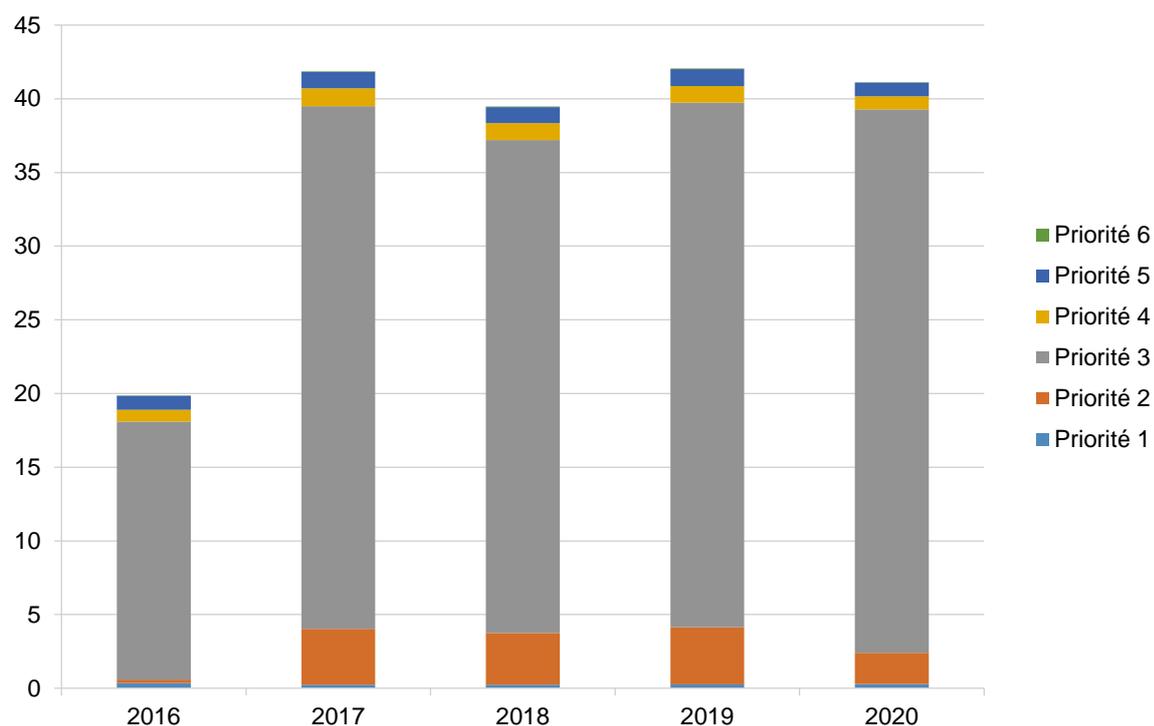
Intervention et modélisation des activités aux priorités stratégiques

Les activités du PANB sont structurées autour de six axes stratégiques d'un programme de PF :

1. La politique et l'environnement habilitant
2. La création de la demande
3. L'offre et l'accès aux services
4. La sécurisation des produits
5. Le financement
6. La supervision, la coordination et le suivi-évaluation

Les six priorités stratégiques sont adressées à travers différentes activités contenues dans les six axes stratégiques. Dans la mesure où toutes les activités ne constituent pas des activités prioritaires, le coût total des activités stratégiques prioritaires représente seulement une portion des coûts totaux du PANB (voir figure 3 et tableau 3). Les coûts ont le plus souvent trait à l'offre de services (priorité 3) et à la création de la demande (priorité 2).

Graphique 17 : Coûts des priorités stratégiques, par thème, en millions d'ariary

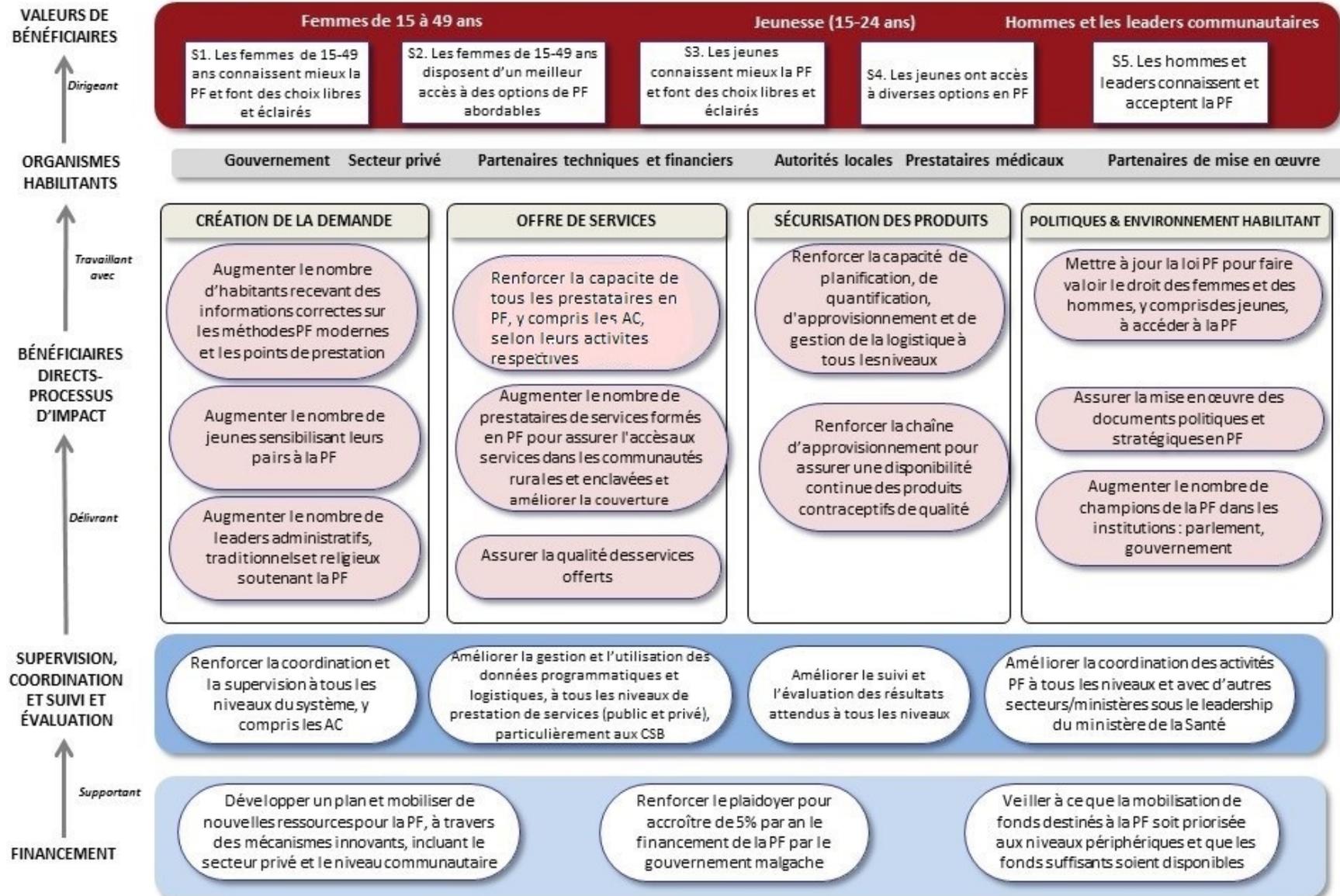


Carte du PANB

Pendant le processus d'élaboration du PANB, le groupe de travail technique a déterminé des priorités décrites ci-dessus et ils les ont représentées visuellement dans un graphique ou une carte. Le graphique qui suit montre les priorités par axe stratégique pour Madagascar.

MADAGASCAR : CARTE DU PANB

Vision stratégique : Augmenter le taux de prévalence contraceptive moderne pour les femmes en union de 33% en 2012 à 50% d'ici 2020.



DETAILS DES AXES STRATEGIQUES

La section suivante décrit chaque axe stratégique, y compris les activités et les coûts, plus en détail.

Politique et environnement habilitant

Justification

Malgré le fait que la PF ait été reconnue comme un élément clé dans l'élaboration des politiques visant à améliorer la santé et le développement au niveau national, et dans la création d'un environnement favorable à l'atteinte du dividende démographique, l'environnement habilitant doit encore être renforcé. Le manque de volonté et d'engagement politiques des dirigeants a retardé la mise en place de politiques favorables. Par ailleurs, les parties prenantes et exécuteurs clés ont souvent une mauvaise connaissance des implications politiques de leur travail, cela aboutissant à une dissémination politique souvent inadéquate, surtout au niveau inférieur des agents de santé.

Stratégie

Une coopération multisectorielle efficace va garantir l'atteinte des objectifs et la pérennisation de l'intégration des efforts réalisés pour la PF dans les autres initiatives de développement (par ex. le développement de la CSU). Un leadership fort axé sur un programme PF multisectoriel va permettre un soutien politique solide, par un accroissement de la visibilité de la PF dans le pays et un suivi régulier des efforts pour atteindre les objectifs en matière de PF.

Dans le but de créer un environnement très favorable à la PF, les politiques et règles coutumières et le cadre fiscal favorable à la PF vont être revus et mis en œuvre dans le but de favoriser un accès à tous aux services et aux produits essentiels en matière de PF, surtout parmi les jeunes. Cela comprend également les lois et règles n'ayant pas directement trait à la PF mais qui constituent des barrières à un accès universel à ces méthodes.

Pour cela, un soutien devra être apporté au MSANP dans le but de mettre à jour le plan stratégique en PF intégrant la PFPP et le centre de santé ami des jeunes, ainsi que les normes et procédures de SR qui intègrent la PF et la PFPP.

Résultats stratégiques

PE 1.1 Révision et mise en œuvre des lois et politiques, des règles coutumières et du cadre fiscal favorables à la PF en vue de favoriser l'accès pour tous, particulièrement les jeunes, aux services et aux produits PF. La loi fixant les règles générales qui régissent la prestation de services et l'accès aux services et aux produits essentiels en PF va être votée, appliquée et diffusée. Un accent particulier va être mis sur la prestation et l'accessibilité des services pour les jeunes. Ces efforts comprendront également la dissémination du plan stratégique en PF, le lancement du PANB, la réactualisation des normes et procédures en SR/PF et l'élaboration de la politique en santé communautaire.

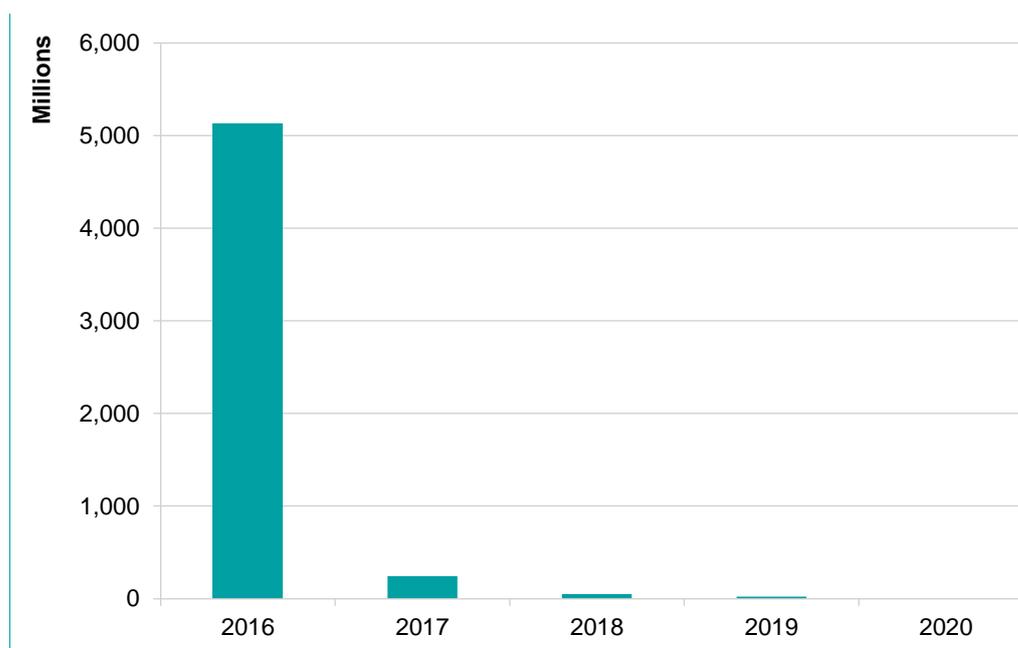
PE 1.2 Augmenter la volonté politique et l'engagement multisectoriel pour la PF. Les activités dans ce domaine se focalisent sur le plaidoyer pour l'accès à la PF parmi les jeunes et l'engagement multisectoriel en faveur de la PF.

PE 1.3 Renforcer la visibilité de la PF à Madagascar. Dans le but de renforcer la visibilité de la PF à Madagascar, une conférence nationale dans ce domaine impliquant les jeunes et les adolescents sera organisée et réalisée.

Résumé des coûts

Comme le montre la figure 4, le total des coûts pour les activités liées à la politique et à l'environnement habitant s'élèveront à 5,4 milliards d'ariary, entre 2016 et 2020, avec 94% des coûts en 2016 et 0% en 2020. Au total, 94% des coûts de 2016 viennent de la dissémination du plan stratégique en PF et du lancement du PANB. Cela indique que le ministère de la Santé publique et les parties prenantes doivent revoir l'agenda politique après la réalisation de ces activités.

Graphique 18 : Coûts de la politique et de l'environnement habitant, en millions d'ariary



Création de la demande

Justification

La demande et l'adhésion à la PF peuvent être accrues par l'extension des connaissances et le recul des mythes et des idées fausses, à travers des campagnes publiques et des activités de mobilisation communautaire. La dissémination d'informations sur la PF par rapport aux méthodes, à leur disponibilité et à l'encouragement de leur utilisation pour promouvoir la santé des femmes et de leur famille va accroître les connaissances et la demande pour la PF au sein des communautés. Ces démarches vont engendrer un environnement solidaire qui réduit les barrières sociales, culturelles et religieuses, et mobilise le soutien des communautés.

Stratégie

Le nombre décroissant d'adultes et de jeunes ayant accès aux informations relatives à la PF, notamment dans les zones enclavées suggère qu'il faut accroître le nombre de campagnes d'information pour la PF dans le but d'élargir l'accès à l'utilisation de la contraception pour tous les groupes. En créant et en menant à bien ce type de campagnes avec un renforcement de la mobilisation communautaire, la demande va croître avec l'augmentation des connaissances relatives à la PF, ce qui va ensuite augmenter l'adoption de la PF. Ces campagnes vont spécifiquement cibler l'augmentation de la demande de certains groupes clés, tels que les hommes et les jeunes, qui sont souvent laissés pour compte dans l'accès à la contraception. Les activités à haut impact de génération de la demande vont permettre de réduire le manque de connaissances sur la PF et de combler les écarts religieux et culturels qui affectent l'acceptation et l'utilisation de la PF. Ces campagnes d'information seront faites à l'aide de technologies innovantes et de multiples moyens de communication dans le but d'atteindre un maximum de personnes.

Par ailleurs, l'accroissement de l'engagement des leaders politiques, culturels et religieux en faveur de la PF, ainsi qu'une collaboration accrue au sein des acteurs de la PF et entre les acteurs de la PF et les ONG va permettre de garantir l'efficacité du plaidoyer en faveur de ces méthodes et l'adoption de comportements sains, ainsi que la promotion de la PF solidaire et citoyenne.

Des efforts particuliers pour la création de la demande vont être faits pour les hommes et les jeunes. Les hommes partagent autant de responsabilités que les femmes dans la santé de la reproduction. Néanmoins, le manque d'attention leur étant portée suggère que la PF ne les concerne pas. L'implication des hommes et des maris est cruciale pour le succès des campagnes de création de la demande. Les hommes peuvent empêcher les femmes d'utiliser la PF et ainsi d'y avoir recours librement. C'est en réduisant leurs préjugés que l'on assurera leur soutien pour la PF. Pour répondre aux besoins spécifiques des jeunes, des campagnes d'information spécifiques vont être mises en place. Elles insisteront sur les dangers des grossesses précoces et sur les bienfaits de la contraception.

Résultats stratégiques

CD 2.1 Renforcement des campagnes d'information, de sensibilisation sur la PF et de plaidoyer auprès de la population générale et des jeunes, des adolescents et des décideurs en particulier. Le but de cette activité est de faire adhérer les leaders communautaires, les leaders d'opinion, les chefs de file religieux et les élus locaux à la PF. Cela sera fait à l'aide de documents et d'activités de plaidoyer réalisés à travers le pays, par des consultants formés en techniques de plaidoyer spécifiques à la PF. Par ailleurs, pour favoriser cet élan au niveau local, des associations et des médias locaux seront recrutés et formés dans le but d'instaurer un dialogue en faveur de l'engagement communautaire. Au niveau des zones enclavées, le but est également de renouer le dialogue sur la PF avec les jeunes et les ONG qui œuvrent dans les domaines de la lutte contre le VIH, du paludisme et de la nutrition pour y intégrer les services de PF.

CD 2.2 Implication des hommes comme partenaires dans la promotion et l'utilisation des services de SR/PF. Des campagnes nationales de mobilisation des hommes en faveur de la planification familiale seront menées et le projet pilote « Raim-pianakaviana Mendrika » ou « Maris méritants » va être mis en œuvre au niveau de dix communes Mendrika

des districts à faible couverture contraceptive. Ainsi, les hommes seront sensibilisés et adopteront des comportements sains en matière de SR/PF.

CD 2.3 Renforcement de la collaboration entre les acteurs en PF. Un plaidoyer va être fait auprès des organisations paysannes pour mettre en place une collaboration permettant de diffuser des messages en faveur de la PF et de sensibiliser les hommes et les jeunes qui les fréquentent.

CD 2.4 Renforcement de la collaboration entre les acteurs en PF (MSANP et ONG prestataires de services PF) et les ONG œuvrant dans le domaine de l’alphabétisation fonctionnelle. En faisant participer les ONG œuvrant dans le domaine de l’alphabétisation fonctionnelle à la promotion de la PF, des activités de sensibilisation plus adaptées seront menées auprès d’une catégorie de la population plus délicate à atteindre en raison de son analphabétisme.

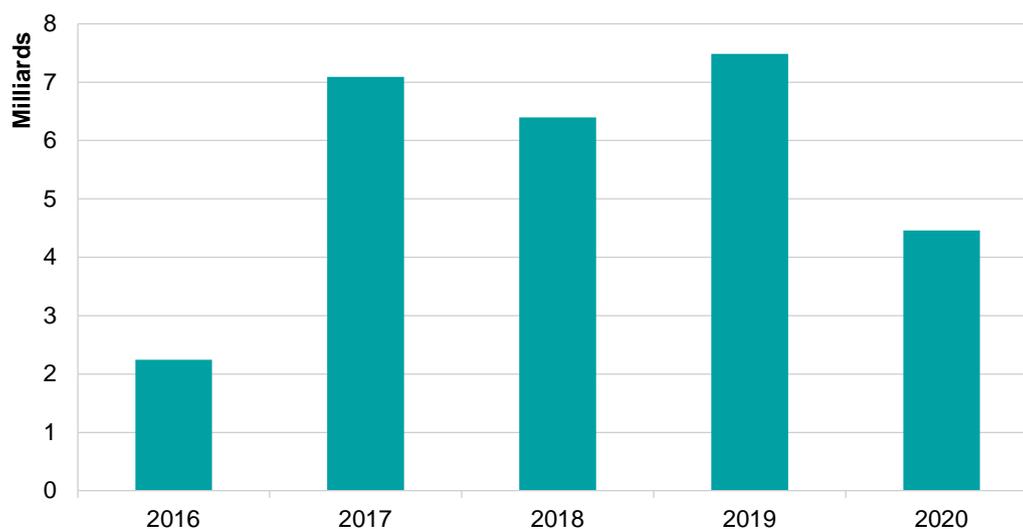
CD 2.5 Mettre l’accent sur la sensibilisation des jeunes par rapport à la PF et aux dangers liés à la grossesse précoce. Les jeunes représentent une population vulnérable avec des besoins souvent insatisfaits en raison des barrières culturelles et institutionnelles. Le premier lieu d’éducation des jeunes est l’école. Ainsi, le plaidoyer sera fait à travers la vulgarisation de l’éducation sexuelle dans les écoles publiques et privées vers les professeurs formés. Les TIC seront utilisés pour faciliter cet accès à l’information. Elles constituent un moyen idéal de toucher les jeunes qui en sont les premiers utilisateurs.

CD 2.6 Promouvoir une planification familiale solidaire et citoyenne (PFSC) au niveau des zones d’implantation de 100 structures d’intervention du MPPSPF (foyers sociaux, centre de promotion socio-économique, villages communautaires, etc.). Dans le but de garantir une PF solidaire et citoyenne, les capacités techniques du personnel des ministères de la Population, de la Promotion sociale et de la Promotion de la Femme (MPPSPF) vont être renforcées à tous les niveaux en matière de leadership et une centaine d’espaces citoyens vont être opérationnalisés. Les technologies de l’information et des communications (TIC) vont également être utilisées pour cette sensibilisation. Cette démarche positive permettra d’accroître la demande totale en PF.

Résumé des coûts

Comme le montre le tableau 7, le total des coûts pour les activités de création de la demande sera de 27,7 milliards d’ariary, entre 2016 et 2020. Le coût diminue drastiquement en 2020 à cause d’incertitudes de financement au niveau des PTF. L’augmentation de 2016 à 2017 est due à la mise à échelle des activités qui se focalisent sur les jeunes : CD 2.5.1 (Sensibiliser sur la PF, les élèves et des chefs-lieux de DS) et CD 2.5.2 (Promouvoir l’utilisation des TIC pour sensibiliser les jeunes) représentent 30% de coût total pour création de la demande.

Graphique 19 : Coûts de la création de la demande, en milliards d'ariary



Offre et accès aux services

Justification

Comme nous l'avons indiqué dans la section *Contexte à Madagascar*, des problèmes persistent au niveau des infrastructures de santé. Le matériel est souvent indisponible ou incomplet, les médicaments sont en rupture de stock et le personnel médical est insuffisant ou mal formé. Cette situation exerce un impact sur la disponibilité et la qualité des soins. Il est donc primordial de renforcer le système de prestation de soins pour que la population malagasy puisse avoir un accès continu à des soins de qualité, par du personnel disponible, qualifié et motivé.

Stratégie

L'accès à la PF est basé sur les droits. Les femmes peuvent, si elles le désirent, accéder à des services et des produits essentiels de PF. Or, à Madagascar, la capacité d'offre de services de PF fait face à certains obstacles. Des stratégies vont être mises en place pour remédier aux problèmes de manque de formation du personnel, renforcer les compétences des prestataires en PF, améliorer l'offre de la gamme des produits contraceptifs de qualité, notamment des méthodes modernes et de longue durée et enfin favoriser l'accès à la PF de qualité pour tous, surtout parmi les jeunes.

Les compétences des agents de PF vont être renforcées et les curricula de formation améliorés, notamment sur la PF postpartum, grâce à un plan de formation annuel. Le concept de planification familiale intégrée suivant le concept de planification familiale volontaire et basée sur les droits de l'Homme va être à nouveau enseigné pour que tous les points de prestation de services PF du secteur public et privé appliquent ce principe dans leur prestation de services PF.

Le droit de tous les groupes de bénéficier de services équitables en PF va être renforcé à travers les programmes. Les AC vont être formés pour offrir des services de PF (méthodes naturelles comme MAMA et collier du cycle, méthodes barrières comme les préservatifs, méthodes hormonales comme les pilules) à des populations clés, vivant dans des zones enclavées, telles que les jeunes femmes et les femmes allaitantes. Par ailleurs, la remise à niveau des CSB, avec la

présence de plateaux techniques adéquats en PF/SR, va également permettre une meilleure offre de services de PF pour tous. De plus, la mise en place de systèmes, tels que les vouchers vont permettre l'accès à la PF aux personnes les plus pauvres. Enfin, pour accroître l'accès des jeunes à la PF, les stratégies de communication en direction des jeunes scolarisés et non-scolarisés vont être renforcées et intégrées à d'autres activités, telles que la prévention du VIH. Ils auront également accès à un plus grand nombre de services « amis des jeunes » où ils seront reçus par du personnel formé en offre de services PF à l'écoute des jeunes, réduisant ainsi la stigmatisation et la discrimination auxquelles les jeunes font face dans certains centres.

L'intégration des services PF va également permettre de renforcer l'offre. Pour cela, des conseils en PF seront intégrés de manière systématique dans les services apportés aux femmes enceintes, celles qui viennent d'accoucher, qui ont eu un avortement ou qui ont subi une réparation pour une fistule obstétricale. Les services de PF seront aussi intégrés aux services liés à la nutrition, à la prévention et à la lutte contre les IST, et surtout aux services de santé offerts par les AC dans le but de renforcer l'offre de services de PF pour les personnes les plus isolées et les plus vulnérables.

Enfin, la promotion et l'offre de méthodes de PF modernes et de longue durée va être accrue dans les FS publiques et privées. De nouveaux produits (Sayana Press et Implanon NXT, au niveau des FS, et DIU hormonal) seront introduits au niveau des sites pilotes. Cette démarche permettra d'accroître leur disponibilité dans d'autres sites à l'avenir.

Résultats stratégiques

OAS 3.1 Renforcement de la compétence des prestataires de services en PF/SPSR, y compris la PF en postpartum immédiat pour assurer la maîtrise technique et réduire les préjugés, la stigmatisation et la discrimination. Un bilan des connaissances des prestataires de PF/SR en PFPPI sera réalisé au préalable pour évaluer leur niveau de formation en PFPPI. Un plan de formation et du matériel d'éducation permettront de combler le manque de connaissances des prestataires de PF en PFPPI par des formations. Par la suite, des remises à niveau seront faites régulièrement pour maintenir le niveau de connaissances et de compétences des médecins, des infirmières et des sages-femmes. Enfin, les formations sanitaires seront dotées en kits DIUPP, en kits d'insertion et retrait des implants et en kits DIU au sein des services de maternité et de soins après avortement.

OAS 3.2 Réactualisation des curricula de formation initiale des paramédicaux et des médecins. Les curricula de formation feront l'objet d'une révision au cours d'un atelier, dans le but de renforcer les compétences en DIUPP des étudiants des IFRP.

OAS 3.3 Amélioration de l'accès à des services de SR/PF de qualité pour tous, y compris les groupes désavantagés, marginalisés et en milieu enclavé. Les groupes de personnes se trouvant dans les zones enclavées ont un accès plus limité à la contraception que les groupes en zones urbaines. Ainsi, les AC ont un rôle primordial à jouer. Pour cela, les FAP des zones enclavées et éloignées vont bénéficier d'un counseling en PF et recevoir des méthodes contraceptives par l'intermédiaire des AC. Les CSB, nouvellement réhabilités, à nouveau ouverts ou dépourvus de matériels SR et de kits PF, seront remis à niveau et disposeront de plateaux techniques adéquats en SR/PF.

Dans le but d'aider les groupes les plus pauvres, le système de *vouchers* va être mis en place. La stratégie de canalisation et la franchise sociale pour améliorer l'accès de la population aux services de PF seront dispensées dans tous les districts sanitaires.

Enfin, pour assurer l'offre de services de PF au niveau des zones sinistrées lors des catastrophes naturelles, les centres vont acquérir des kits de PF d'urgence et réaliser des prestations mobiles. Tout cela requiert une collaboration accrue entre les ministères et une intégration des soins en SR/PF parmi les activités de promotion et de soins des services médico-sociaux des autres ministères.

OAS 3.4 Renforcement de l'offre de services intégrés de SR/PF. L'offre de services PF sera intégrée au niveau des FS, pour que l'ensemble des femmes enceintes, des parturientes, des femmes accouchées et des femmes ayant avorté récemment bénéficient de conseils et/ou d'interventions en PFPPI. Les femmes ayant avorté vont pouvoir bénéficier des conseils et de soins après avortement de qualité. De plus, les femmes ayant été soignées pour une fistule obstétricale bénéficieront également de conseils et de services en PF. Enfin, les services PF vont être intégrés dans le paquet d'activités des AC œuvrant dans d'autres domaines de santé communautaire (nutrition, paludisme, PCIME-C, SMN).

OAS 3.5 Promotion et mise à l'échelle des méthodes de longue durée et de nouvelles méthodes contraceptives (y compris la contraception d'urgence et le DIU hormonal). Les FAP vont pouvoir bénéficier des nouveaux produits contraceptifs, tels que le Sayana Press au sein des sites PF et des zones de marketing social, de l'Implanon NXT et DIU hormonal au niveau des FS publiques et privées. Pour ce faire, les agents de santé seront formés à ces techniques afin de garantir une offre de qualité optimale.

OAS 3.6 Collaborer avec le MSANP et les partenaires pour incorporer les services amis des jeunes. Les services amis des jeunes vont être intégrés dans l'offre de services en planification familiale. Ainsi, le MSANP et ses partenaires vont disposer d'outils CCC PF harmonisés et mis à jour et vont incorporer les services amis des jeunes dans leur programmation.

OAS 3.7 Renforcement de l'approche jeune dans la prestation de services PF. Des activités d'IEC/CCC vont être intégrées (PF/IST/VIH/VBG) au niveau des CSB amis des jeunes, des maisons des jeunes et des centres amis des jeunes dans le but de sensibiliser cette population aux avantages de la SR/PF et aux dangers liés à la grossesse précoce pour qu'ils adoptent des comportements sains. De nouveaux espaces jeunes, de nouveaux centres amis des jeunes, coins et kiosques des jeunes vont également être créés dans plus de 25% des CSB publics de chaque district sanitaire qui vont être transformés en CSB « Ami des Jeunes ». Ils seront, en outre, mis aux normes en matière d'IEC/CCC. Enfin, le personnel de santé va être formé à l'IEC/CCC en PF et à l'approche jeune permettant ainsi une meilleure prise en charge de cette tranche de la population.

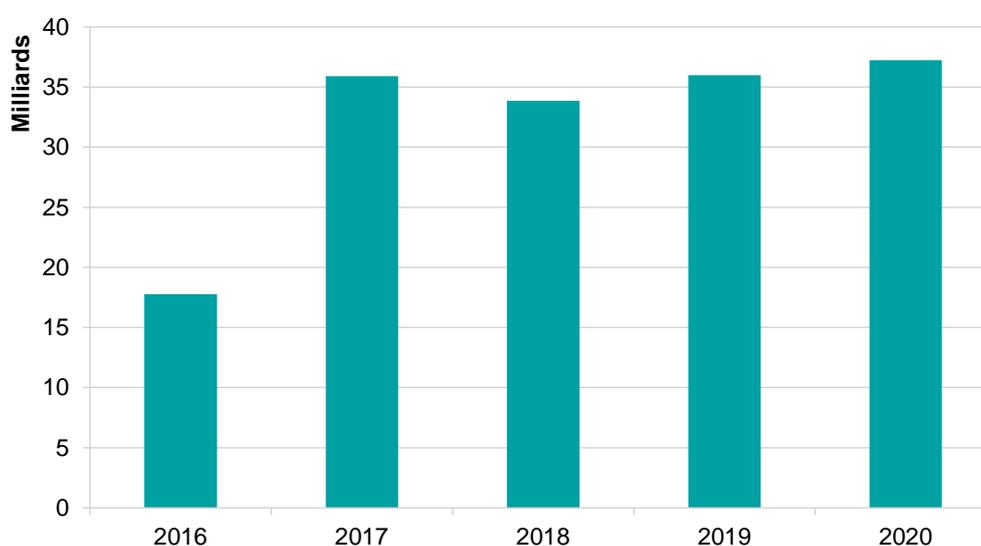
OAS 3.8 Renforcement des capacités des acteurs communautaires (AC, MS ladies, pairs éducateurs, conseillères en PF, prestataires PF) en IEC/CCC et en communication interpersonnelle et selon l'approche basée sur les droits, pour améliorer l'accès des couples et des individus à une information adaptée et aux services PF intégrant la PFPPI. Les AC des 113 districts sanitaires vont être formés au paquet d'activités communautaires (PAC) et vont disposer du guide PAC. Les nouveaux agents

communautaires (ASBC, MS ladies, conseillères en PF et pairs éducateurs) et les nouveaux prestataires de PF seront également formés en IEC/CCC, en CIP et à l'approche basée sur les droits.

Résumé des coûts

Comme le montre le graphique 20, le total des coûts pour les activités d'offre et d'accès aux services va être de 106,7 milliards d'ariary, entre 2016 et 2020. L'activité OAS 3.7.1 (Mettre en œuvre des activités d'IEC/CCC intégrées (PF/IST /VIH/ VBG, prévention des grossesses précoces) au niveau des CSB Amis des jeunes, des maisons des jeunes et des centres amis des jeunes) représente 43% du coût total. L'activité OAS 3.4.5 (Intégrer des activités de PF dans le paquet d'activités des AC des centres communautaires) représente 16,9% du coût total.

Graphique 20 : Coûts de l'offre et accès aux services, en milliards d'ariary



Sécurisation des produits

Justification

Le maintien d'un système d'approvisionnement robuste et fiable des produits contraceptifs pour répondre aux besoins des clients, prévenir les ruptures de stock, et veiller à la sécurité contraceptive est essentiel à la réalisation des objectifs du programme de FP. Il est essentiel de veiller à ce que les produits contraceptifs et consommables soient adéquats et disponibles pour répondre aux besoins et aux choix des utilisatrices de la PF. Fournir un large éventail de méthodes PF pour répondre aux besoins changeants des utilisatrices tout au long de leur vie reproductive augmente non seulement le niveau global de l'utilisation des contraceptifs, mais il assure également leur capacité à exercer pleinement leurs droits et à atteindre leurs objectifs en matière de reproduction. L'utilisation des méthodes modernes est amenée à augmenter et l'utilisation des méthodes traditionnelles diminuera si Madagascar atteint ses buts en PF. Avoir un large choix de méthodes disponibles donne aux femmes et aux familles la possibilité de répondre au mieux à leurs besoins en matière de reproduction.

Stratégie

Maintenir une offre robuste et fiable de produits contraceptifs pour répondre à la demande des clients, prévenir les ruptures de stocks et garantir la sécurité des produits de PF est une priorité programmatique pour atteindre les objectifs en PF. Cet axe stratégique vise également à garantir une offre durable de contraceptifs et autres consommables de PF. L'objectif est d'assurer que les produits essentiels et les consommables seront adéquats et disponibles pour garantir la réponse à la demande et aux choix des utilisatrices de PF.

Pour atteindre ces résultats, les activités vont être concentrées sur trois axes :

Premièrement, réduire les ruptures de stock qui empêchent les femmes d'avoir accès en temps opportun à la méthode de contraception de leur choix. Pour cela, les magasins de stockage des intrants et produits de PF vont être réhabilités et mis aux normes dans le but de renforcer les capacités de stockage, y compris au niveau communautaire.

Deuxièmement, les capacités en sécurisation des produits des acteurs de PF (chefs des CSB, gestionnaires des PhaGDis, unités de gestion logistique des intrants, AC, etc.) vont être renforcées avec l'appui de l'UTGL. Les compétences en SIGL des responsables SPSR vont également être renforcées à tous les niveaux. Enfin, l'utilisation du logiciel de gestion CHANNEL va être démocratisée grâce à des formations et la mise à disposition d'un matériel adéquat.

Troisièmement, le mécanisme d'approvisionnement et d'achat des produits SR/PF va être renforcé à tous les niveaux, avec la mise en place d'un système d'intégration des intrants de santé dans un système unique d'approvisionnement, une meilleure estimation des besoins et un achat des produits réalisé par le MSANP et les PTF. Par ailleurs, le système actuel d'approvisionnement en produits SR/PF de la centrale d'achat aux CSB sera également renforcé.

Résultats stratégiques

SP 4.1 Renforcement des capacités de stockage en produits SR/PF à tous les niveaux. Pour renforcer les capacités de stockage en produits de SR/PF, les magasins de stockage (PhaGDis, unité de pharmacie) des intrants de santé, y compris les produits gratuits de SR/PF, ainsi que les magasins de stockage des PhaGeCom vont bénéficier d'une réhabilitation et d'une mise aux normes des plateaux techniques. De plus, dans le but de renforcer l'accès aux produits de PF/SR au sein des communautés, 50% des communes vont être dotées de points d'approvisionnement communautaires en intrants SR/PF.

SP 4.2. Renforcement de capacités opérationnelles de l'UTGL. Les compétences des chefs CSB, des dispensateurs, des gestionnaires des PhaGDis et des unités de pharmacie en gestion logistique des intrants SR/PF vont être renforcées avec l'appui de l'UTGL. Pour cela, l'UTGL va être dotée d'un local, de matériels de bureau, de matériels informatiques et d'un budget. De plus, les PhaGDis, les PhaGeCom et les unités de pharmacie vont être dotées d'outils de gestion suffisants en SIGL.

SP 4.3 Renforcement des compétences en SIGL des responsables SPSR à tous les niveaux. Des sessions de recyclage des décideurs des DRSP et des médecins inspecteurs en SIGL vont être réalisées, pour améliorer leurs compétences dans les 113 DS. Par ailleurs, des supervisions formatives de la part de l'UTGL et des gestionnaires des intrants de santé des DRSP vont être conduites.

SP 4.4 Vulgarisation du logiciel CHANNEL. Les points focaux CHANNEL des 109 SDSP, des 22 DRSP et des 68 unités de pharmacies des hôpitaux vont être dotés en ordinateurs performants. Les CSB, les PhaGeCom, les PhaGDis et les unités de pharmacie recevront des outils de gestion pour alimenter les bases de données CHANNEL. Les compétences en utilisation du modèle CHANNEL des agents de santé du niveau central, des districts et des régions vont être renforcées et celles des décideurs des DRSP et des MI en SIGL vont être améliorées.

SP 4.5 Renforcement du mécanisme d’approvisionnement et d’achat des produits SR/PF à tous les niveaux du système. Un plan d’action pour l’intégration des intrants de santé 2017-2020 va être élaboré et le plan opérationnel 2017-2018 va être mis en œuvre, dans le but d’intégrer les intrants de santé dans un système d’approvisionnement unique. De plus, l’achat des produits SR/PF sera réalisé par le MSANP et les PTF. Il sera basé sur une bonne estimation des besoins en intrants SR au niveau intermédiaire grâce au manuel de quantification des besoins.

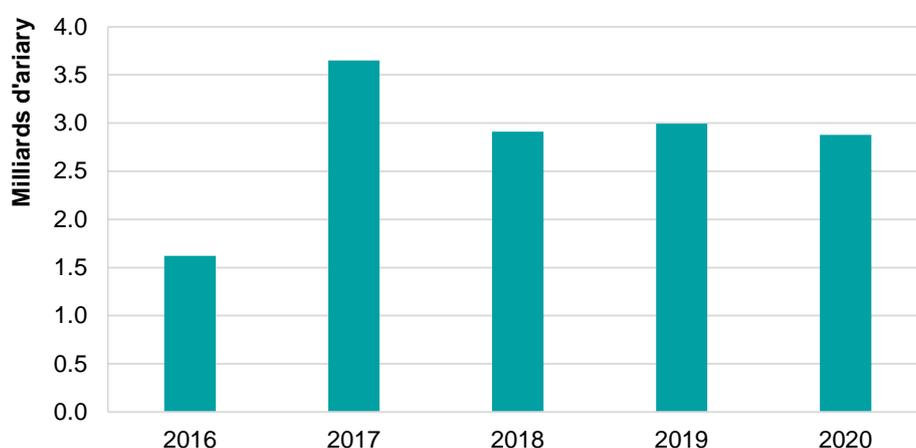
SP 4.6. Amélioration du système actuel d’approvisionnement en produits SR/PF de la centrale d’achat aux CSB et AC. Pour que les intrants SR/PF soient acheminés vers la PhaGDis sans aucune contrainte financière, un système de financement pérenne des transports des produits SR/PF de la centrale d’achat à la PhaGDis va être mis en place, ainsi qu’un réseau de distribution des intrants SR/PF entre la PhaGDis et les PhaGeCom.

SP 4.7 Renforcement de capacités des AC en gestion des stocks et des équipements, matériels, outils de gestion et intrants. Pour pallier les ruptures de stocks chez les AC, ils vont bénéficier d’une formation en gestion logistique et d’une mise à disposition d’un matériel adéquat.

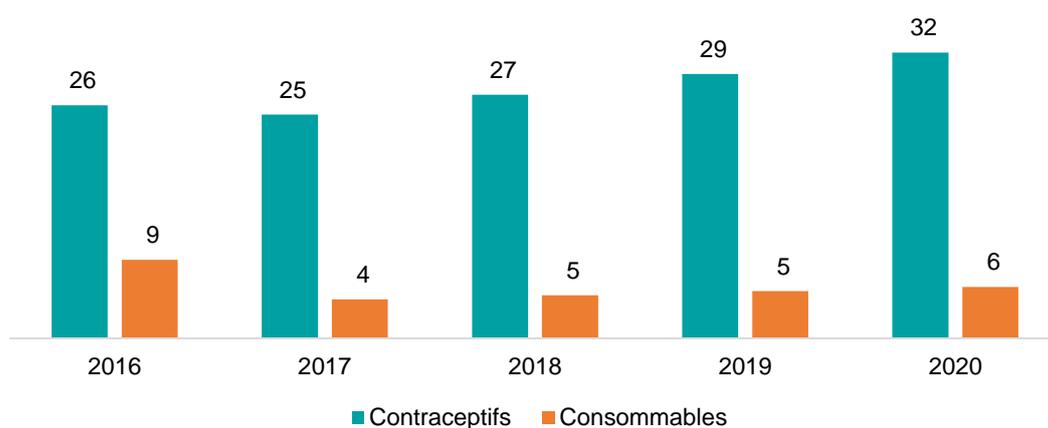
Résumé des coûts

Comme l’indique la figure 21, le coût total pour la programmation de la sécurisation des produits s’élèvera à 14 milliards d’ariary, entre 2016 et 2020. L’activité SP 4.3.2 (Réaliser des supervisions formatives de la part de l’UTGL et des gestionnaires des intrants de santé des DRSP) représente 27% du coût total. Le graphique 22 montre que le total des coûts pour les produits essentiels et consommables directs sera de 167,9 milliards d’ariary, entre 2016 et 2020. Le graphique 23 montre le nombre total de toutes les utilisatrices de contraception, par méthode.

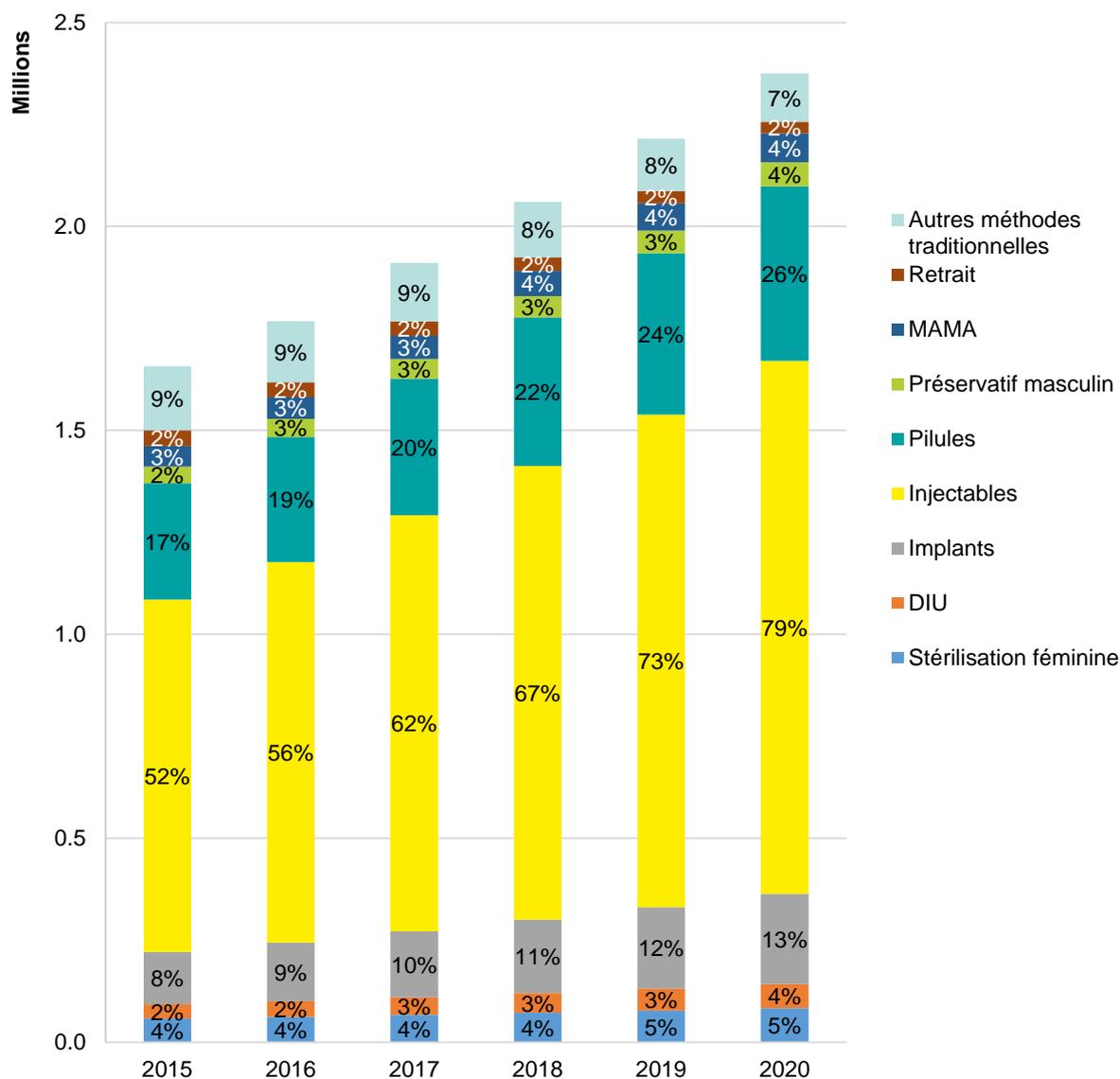
Graphique 21 : Coût du programme pour la sécurisation des produits



Graphique 22 : Coût des contraceptifs et des consommables de PF, en milliards d'ariary



Graphique 23 : Nombre total d'utilisatrices, femmes en union et ensemble des femmes, par méthode



Financement

Justification

Pour résorber l'écart entre la politique officielle généralement favorable à la planification familiale et la faible allocation des ressources financières nationales, pour répondre pleinement aux besoins des services de PF, le plaidoyer et le suivi constitueront des facteurs clés pour augmenter les allocations gouvernementales. Améliorer le financement des partenaires de développement, ainsi que l'allocation des ressources nationales et le financement du secteur privé, favorisera également la viabilité du programme de PF.

Stratégie

Pour faire face à l'engagement financier insuffisant en matière de PF, le plaidoyer en faveur d'un financement accru au sein des budgets nationaux, en plus du financement obtenu par les partenaires au développement et le secteur privé, est essentiel. Le but est d'obtenir l'assurance d'une augmentation régulière du budget du MSANP pour couvrir les besoins annuels en produits PF/SR, ainsi qu'une mobilisation des fonds complémentaires pour le financement des produits. Par ailleurs, des activités de plaidoyer seront menées auprès du MFB dans le but d'obtenir une exonération de taxes pour les produits de PF.

Un plan de mobilisation des ressources, axé premièrement sur l'identification et le financement des écarts pour les activités prioritaires, sera conçu et mis en œuvre. Une analyse annuelle des écarts de financement pour la PF sera menée et examinée annuellement par les intervenants afin d'aligner le financement disponible et les plans de travail des partenaires de mise en œuvre avec le PANB.

Enfin, une approche basée sur le marché total de la PF va être mise en œuvre dans le but de garantir l'efficacité, l'équité et la durabilité du marché des produits PF. Cette approche favorisera la collaboration entre le secteur public, le secteur commercial et le secteur du marketing social.

Résultats stratégiques

F 5.1 Adoption d'une approche de marché total des produits SR/PF. L'approche « marché total » permet la collaboration des secteurs public, lucratif et non-lucratif et l'émergence d'un marché durable et équitable. Pour mettre en œuvre cette approche, une étude sur le marché et le mécanisme de financement actuels des produits SR/PF va être menée et le plan opérationnel pour le marché total des produits SR/PF 2016-2017 sera élaboré et mis en place par la suite.

F 5.2 Assurance d'une augmentation régulière du budget du MSANP pour couvrir les besoins annuels en produits SR/PF. Pour assurer un financement accru du MSANP pour la PF, un plaidoyer argumenté à l'endroit du MFB sera réalisé pour l'insertion d'une ligne budgétaire SPSR dans le budget programmatique du MSANP. De même, un plaidoyer argumenté à l'endroit du MFB sera réalisé pour une augmentation de 5 % par an du budget alloué à l'achat des produits SR et des produits PF du MSANP. Au-delà du MFB, la DAF, la DEP et la DPLMT vont être engagées sur le budget (y compris en matière de sécurisation), au même titre que les directeurs régionaux, pour que ceux-ci priorisent la PF dans le budget de la santé.

F 5.3 Mobilisation de fonds complémentaires pour le financement des produits PF.

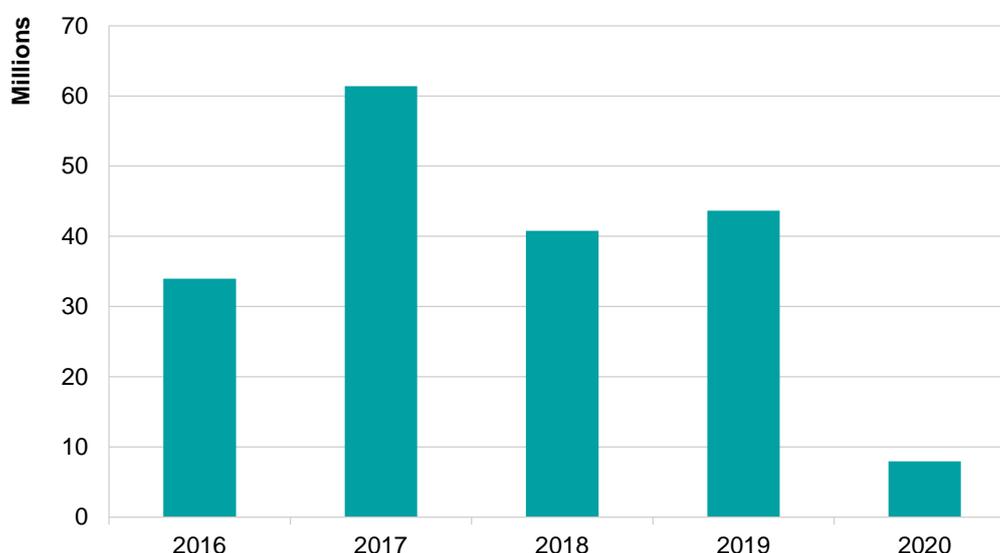
Un plaidoyer à l'endroit des PTF traditionnels et des éventuels partenaires (FP2020 et autres bailleurs potentiels) pour le financement des produits SR/PF sera réalisé, dans le but de prendre en charge les écarts de financement des intrants SR/PF.

F 5.4 Suppression des taxes sur les produits PF du secteur public et de marketing social. Des activités de plaidoyer seront menées auprès du MFB pour l'insertion de l'exonération de taxes des intrants SR/PF (DTI et TVA) dans la loi des finances 2018.

Résumé des coûts

Comme le montre le graphique 24, le total des coûts pour les activités de financement va être de 187 millions d'ariary, entre 2016 et 2020. Il s'agit du niveau de financement le plus faible des axes stratégiques.

Graphique 24 : Coûts du financement, en millions d'ariary



Supervision, coordination et suivi-évaluation

Justification

Pour répondre à l'augmentation ciblée du mTPC d'ici 2020, un bon système de suivi et d'évaluation doit être mis en place. Une gestion et une gouvernance efficaces des activités de PF à tous les niveaux sont nécessaires pour veiller à ce que les objectifs de PF soient atteints. Une meilleure coordination est essentielle pour améliorer la collaboration entre les partenaires et les organismes gouvernementaux et veiller à ce que les activités soient mises en œuvre dans un effort national harmonisé. De plus, un système de supervision de bonne qualité permettra aux agents de santé d'être soutenus pour atteindre les objectifs programmatiques.

Stratégie

Compte tenu du nombre croissant d'activités et d'efforts nécessaires pour atteindre les objectifs du PANB, il est essentiel que les efforts de supervision, de coordination et de suivi-évaluation soient renforcés. L'amélioration des capacités du gouvernement, ainsi que des acteurs de la PF

est essentielle pour diriger, gérer et coordonner efficacement la mise en œuvre du PANB. Pour cela, des activités de supervision formative intégrées et de regroupement mensuel de l'ensemble des acteurs seront mises en œuvre. Par ailleurs, les outils de supervision et de gestion seront multipliés. Enfin, l'utilisation des nouvelles technologies pour la collecte et la transmission des données de SR/PF se poursuivra.

Pour promouvoir l'assurance qualité en SPSR/PF, une division spéciale va être créée au niveau du service de suivi-évaluation de la DPLMT et de la DSFa.

De plus, le document des normes et procédures en SR, ainsi que les documents techniques et de gestion SR vont être réactualisés. Enfin, les capacités en assurance qualité SPSR/PF et en technique d'évaluation rapide de la performance des prestataires (ERPP) des techniciens des deux directions (DSFa et DPLMT) et des responsables PF/SPSR des régions seront renforcées.

Par ailleurs, les structures de coordination et les comités techniques en PF seront redynamisés. Des réunions de coordination par toutes les parties prenantes seront organisées régulièrement. Enfin, les prestataires en SPSR/PF et les structures dispensant les services seront évalués à intervalles réguliers. Tout cela dans le but de renforcer la gestion et la responsabilisation de tous pour atteindre les objectifs de Madagascar en matière de PF.

Résultats stratégiques

SCSE 6.1 Renforcement des activités de supervision et de collecte des données à tous les niveaux. Des supervisions formatives intégrées (y compris PF et SPSR) auprès des prestataires de PF, des chefs CSB, des prestataires des PhaGDis et des unités de pharmacie vont être menées et les bonnes pratiques, telles que le regroupement mensuel des AC, vont être étendues. Des supervisions des prestataires de CSBStar, Bluestar, MS ladies, des centres et des mini-centres seront menées. Par ailleurs, des supervisions sur sites des AC par les techniciens d'appui et les chefs CSB et des activités de supervision des AC et CHE (*Community Health Educator*/éducateur communautaire en matière de santé) seront également réalisées. Le regroupement mensuel des AC au niveau des CS sera mis à l'échelle et la qualité des services dispensés par les AC sera améliorée. Les outils de gestion en SMN/PF/IST/VIH vont être actualisés et multipliés. De plus, l'utilisation des nouvelles technologies pour la collecte et la transmission des données de SR/PF va être poursuivie. Enfin, le logiciel de base de données de la DSFa sera finalisé et mis en place.

SCSE 6.2 Suivi-évaluation et promotion de l'assurance qualité en SPSR/PF. Une division « Assurance qualité SPSR/PF » va être créée et rendue opérationnelle au niveau du service de suivi-évaluation de la DPLMT et de la DSFa. Grâce à la disponibilité de critères de recevabilité des méthodes contraceptives, la capacité en assurance qualité SPSR/PF et en techniques d'évaluation rapide de la performance des prestataires (ERPP) va être renforcée parmi les techniciens des deux directions (DSFa et DPLMT) et les responsables PF/SPSR des régions. Les prestataires SPSR et PF vont être évalués annuellement par la méthode d'ERPP grâce à des activités de suivi et d'évaluation réalisées au niveau des sites PF, des SDSP, des PhaGDis et des unités de pharmacie. De plus, le système de vérification de la fiabilité des données produites par les AC sera étendu.

SCSE 6.3 Redynamisation des comités techniques en PF. Les réunions de coordination de toutes les parties prenantes en PF, au niveau central, régional et des districts sanitaires vont

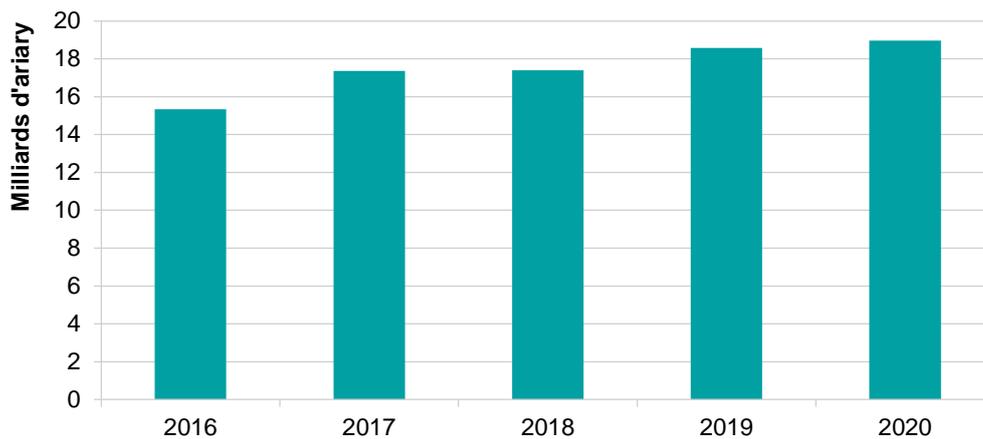
être organisées respectivement tous les ans et tous les six mois, sans aucune contrainte. La réunion du comité technique en PF va être organisée chaque fin de mois. Enfin, lors de la réunion d'information et de sensibilisation sur le plan stratégique intégré en PF/SPSR et les engagements de Madagascar au FP2020, un pacte de partenariat sera signé entre le MSANP et les autres ministères (MJS, MEN, MPPSPF, MJ et MFB), les PTF, les ONG et le secteur privé en vue de renforcer leur collaboration pour la réalisation du plan stratégique intégré et des engagements de Madagascar au FP2020.

SCSE 6.4 Suivi de la mise en œuvre des politiques de PF. La DSFA procédera au suivi des objectifs du FP2020, du plan stratégique et du PANB. Des outils de suivi permettront de répertorier les processus employés par le FP2020 et le PANB. En 2018, le plan stratégique intégré en PF/SPSR sera évalué. Après l'évaluation, les partenaires coordonneront leurs efforts pour mettre au point des stratégies axées sur des résultats.

Résumé des coûts

Comme le montre le graphique 25, le total des coûts pour les activités de supervision, de coordination et de suivi-évaluation s'élèvera à 87,6 milliards d'ariary entre 2016 et 2020.

Graphique 25 : Coûts de la supervision, de la coordination et du suivi-évaluation, en milliards d'ariary



BUDGETISATION

Hypothèses de budgétisation

Les éléments de coûts sont décrits et chiffrés sur la base de données spécifiques recueillies à partir de documents de taux gouvernementaux, de fournisseurs à Madagascar et de partenaires mettant en œuvre des programmes. Chaque source pour chaque entrée est citée dans l'outil de calcul des coûts. Toutes les entrées sont également modifiables dans l'outil. De plus, les intrants de coûts de chaque activité pour les coûts unitaires et les quantités peuvent être modifiés (par exemple, les coûts d'intrants spécifiques pour produire un programme radio, le nombre de programmes à produire, le coût de la diffusion du programme, le nombre de diffusions, etc.). Lorsque les coûts spécifiques n'étaient pas disponibles (par exemple, si une activité n'avait pas encore été mise en œuvre à Madagascar), les données sur les coûts étaient tirées d'une source régionale africaine ou internationale et notées comme telles dans l'outil d'établissement des coûts.

Les coûts des contraceptifs sont calculés de 2016 à 2020 en utilisant le TPC et la répartition des méthodes selon l'ENSOMD de 2012 de Madagascar comme point de référence. En s'appuyant sur les objectifs de TPC pour FP2020, les taux ont été extrapolés pour chaque année intermédiaire entre 2012 et 2020, supposant une croissance de manière linéaire.

Sauf indication contraire, tous les coûts des consommables (par exemple les salaires, les indemnités journalières, les tarifs des conférences, etc.) sont basés sur les coûts actuels à compter de décembre 2016 et ont été automatiquement ajustés pour un taux d'inflation de base de 7% chaque année. Le taux d'inflation peut être ajusté pour tenir compte des conditions changeantes. Tous les coûts ont été collectés en ariary et calculés en dollars américains et ariary.

Le PANB est budgétisé du point de vue du gouvernement mettant en œuvre toutes les activités. Ainsi, chaque fois qu'une activité est menée, toutes les parties prenantes doivent savoir qu'un taux indirect peut être ajouté à ces coûts directs. Si les bailleurs de fonds souhaitent que le partenaire de mise en œuvre organise une activité qui fait partie du plan, les coûts décrits dans ce plan devraient être pris comme point de départ de leur discussion pour clarifier le budget nécessaire à l'organisation pour mener l'activité.

Les coûts des contraceptifs et consommables à Madagascar comprennent une variété de coûts supplémentaires pour chaque contraceptif (par exemple, les frais de transport, d'assurance, de douane et de compensation, d'entreposage et de distribution sur le dernier kilomètre). La taxe sur la valeur ajoutée (TVA) n'a pas été incluse dans ces coûts car la majorité des produits sont achetés par des partenaires de développement qui utilisent des exemptions diplomatiques. Comme les coûts pour d'autres activités, les coûts étaient recueillis auprès de l'USAID et de l'UNFPA qui se procurent des contraceptifs consommables à Madagascar.

IMPACTNOW

ImpactNow est un modèle basé sur le logiciel Excel qui évalue le coût des impacts sanitaires et économiques de la PF à court terme (2 à 7 ans) et les ressources nécessaires pour atteindre les objectifs de PF. ImpactNow s'inspire du modèle Impact 2 de Marie Stopes International (MSI). Il a été mis au point dans le cadre d'une collaboration entre MSI et le Health Policy Project (HPP), avec le soutien de l'Agence américaine pour le développement international (USAID). Il modélise les impacts sanitaires et économiques. Le ministère chargé de la Santé publique et ses partenaires PF ont validé les projets pour le modèle, avec le soutien de Health Policy Plus (HP+), sur financement de l'USAID.

Les résultats d'ImpactNow indiquent que les avantages sanitaires et économiques des investissements dans la PF sont immédiats. Avec une augmentation de l'utilisation de la PF parmi les femmes en union âgées de 15 à 49 ans, Madagascar réduira le nombre de grossesses non désirées, ainsi que les décès maternels et infantiles d'ici à 2020. En réalisant le PANB, et en augmentant le TPC et l'utilisation des méthodes de longue durée, le pays éviterait 2,8 millions de grossesses non-désirées. Actuellement, un ratio de 478 décès maternels sur 100 000 naissances vivantes est enregistré à Madagascar. L'objectif est de réduire ce taux à 300 pour 100 000 d'ici 2020. La réalisation du plan stratégique PF éviterait le décès de plus de 7 000 femmes et de 38 000 enfants à Madagascar avant 2020.

Entre 2012 et 2020, Madagascar peut économiser 265 milliards d'ariary. Ce résultat indique que l'investissement en MLD aide les femmes à prendre leurs propres décisions en matière de santé reproductive et de manière rentable.

Impacts démographiques. Les « grossesses non désirées » évitées désignent le nombre de naissances qui ne se produiront pas, y compris les naissances vivantes, les avortements, les fausses couches et les mort-nés. Le nombre de grossesses évitées, y compris les avortements, affecte également la mortalité maternelle, étant donné que les femmes décèdent parfois de complications liées à l'avortement. À mesure que le nombre d'avortements diminue en raison de l'utilisation accrue de la PF et d'un nombre moins important de grossesses non désirées, le nombre de décès maternels baisse.

Impacts sanitaires. À la suite de la mise en œuvre complète du PANB, un nombre significatif de décès maternels et infantiles, ainsi que des avortements dangereux, seront évités, contribuant ainsi à une population plus saine.

Impacts économiques. L'utilisation accrue de la PF, la réduction des besoins non satisfaits en matière de planification familiale et l'augmentation de la prévalence des contraceptifs entraîneront des économies et des retombées économiques. Néanmoins, le tableau 5 indique les impacts spécifiques uniquement sur les coûts des soins maternels et infantiles.

Tableau 8 : Impacts annuels et total du PANB

	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Impacts démographiques						
Grossesses non-désirées évitées	482 283	525 845	571 598	619 579	669 825	2 869 130
Avortements évités	149 508	163 012	177 195	192 069	207 646	889 430
Impacts sanitaires						
Décès maternels évités	1 423	1 463	1 494	1 515	1 524	7 419
Décès infantiles évités	6 481	7 066	7 681	8 326	9 001	38 556
Avortements à risque évités	143 169	156 101	169 683	183 926	198 842	851 720
AVCI évitées	636 641	688 616	742 522	798 335	856 035	3 722 149
Impacts économiques						
Coûts de soins de santé maternelle et infantile économisés (milliards d'ariary)	44 608	48 637	52 869	57 306	61 954	265 373
Coûts de soins de santé maternelle et infantile économisés (millions USD)	14,87	16,21	17,62	19,10	20,65	88

ARRANGEMENTS INSTITUTIONNELS

La validation et le lancement du PANB ne garantissent pas sa mise à exécution. C'est pourquoi dans beaucoup de cas les institutions chargées de l'application de ces plans sont expressément désignées. Nombre de pays prévoient le succès de la mise en œuvre d'un plan en se basant sur un arrangement institutionnel spécifiant les attributions de chaque entité.

Aux termes de la politique, la mise en œuvre est une activité complexe et multisectorielle. Il conviendrait que tous les échelons et organismes du gouvernement ainsi que les collectivités et les organisations non gouvernementales jouent un rôle actif.

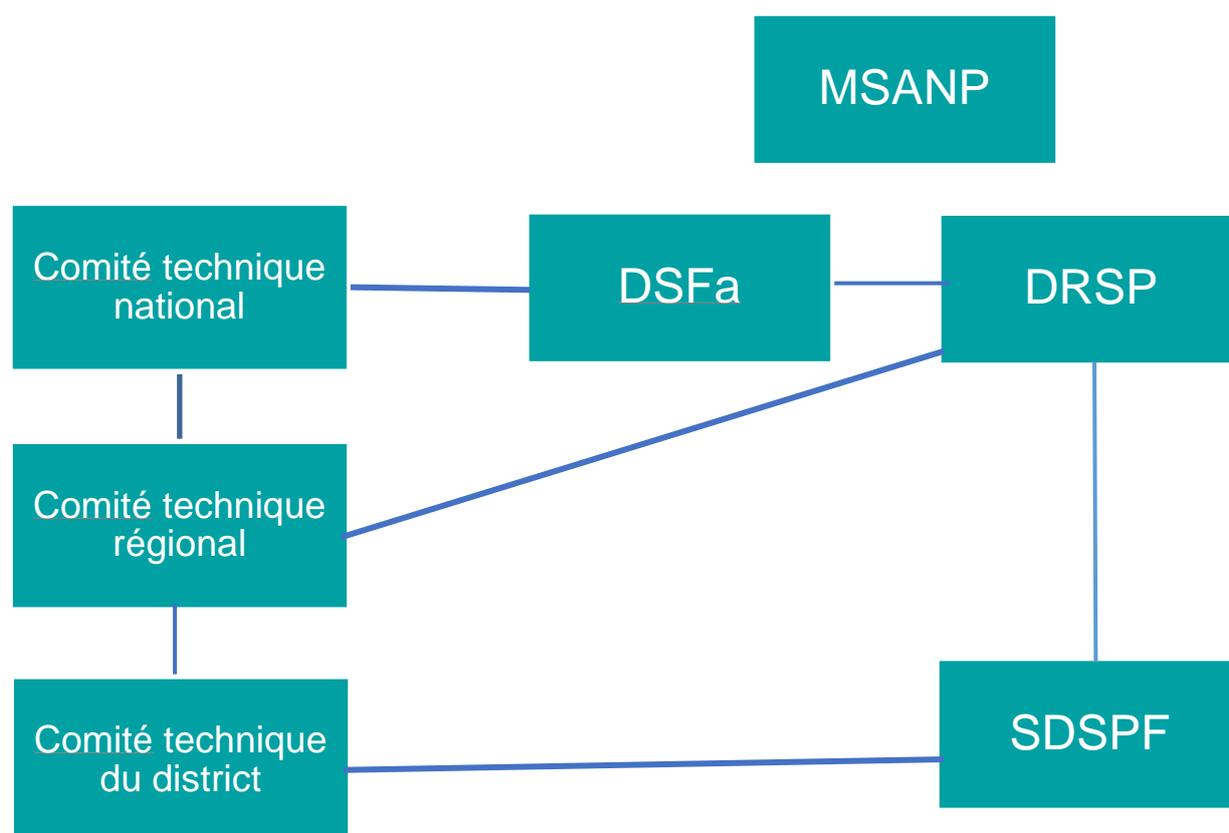
Bien que le pilotage de la mise en œuvre du PANB soit généralement la responsabilité du ministère de la Santé publique, il est important de souligner que les ONG, le secteur privé, les autres ministères, ainsi que les partenaires techniques et financiers trouvent un rôle prépondérant à jouer.

L'arrangement institutionnel est mis au point pour définir comment et par qui le PANB sera appliqué durant sa phase d'exécution. Depuis l'élaboration du PANB, les institutions impliquées ont déjà été identifiées.

Structure de gestion, de coordination et de responsabilisation

Le PANB pour la PF est le plan commun pour 2016-2020 et sera la base des plans de travail sous-nationaux élaborés pour aider à atteindre les objectifs fixés dans le programme de PF. Le PANB comprend tous les domaines de la PF, y compris pour le secteur privé. Pour diriger la mise en œuvre du PANB, il est nécessaire de s'entendre sur la structure de gestion, de coordination et de responsabilisation. Le graphique ci-dessous est la structure de coordination proposée qui montre que si le ministère de la santé publique assure la direction du processus et la prise de décision, toutes les parties prenantes demeurent impliquées et ont leur rôle à jouer.

Graphique 26 : Organigramme de coordination



* DRSP - Direction régionale de la santé publique

* SDSPF - Service de santé du district et de la planification familiale

Rôles et responsabilités des acteurs clés

Ministère de la Santé publique : À travers la direction de la santé familiale, le ministère de la Santé publique assure la bonne mise en œuvre et le suivi des performances du PANB à tous les niveaux du système de santé. Il assure ainsi l'élaboration des documents cadres et la diffusion des politiques et des lois en matière de PF. En termes de renforcement des capacités, c'est le ministère qui s'occupe de l'organisation de la supervision de tous les acteurs de la PF, ainsi que de l'harmonisation des curricula de formation. Toute sorte de plaidoyer auprès des hautes autorités et personnes clés sera pareillement structurée sous la conduite du ministère de la Santé publique.

Concernant les autres ministères, leurs attributions contribuent énormément à la réussite de la mise en œuvre du PANB.

Ministère de la Population, de la Protection sociale, et de la Promotion de la Femme : Par le biais de la direction générale de la population, le ministère de la Population, de la Protection sociale, et de la Promotion de la Femme est chargé de la conception, de la mise en application, du pilotage et de l'évaluation des programmes et des stratégies de mise en œuvre de la politique nationale de la population. Cette politique est axée sur les domaines suivants : cohésion et développement social, promotion des droits des personnes vulnérables, équité et

protection sociale. Dans la mise en œuvre du PANB, ce ministère assure la réduction de l'exclusion sociale, la lutte contre la vulnérabilité et l'amélioration des conditions de vie de la population. La réduction des causes de vulnérabilité de la population, et l'effectivité de la lutte contre l'impact sexospécifique de l'aide au développement lui revient également. En dernier lieu, le ministère favorise l'optimisation de la contribution du capital humain au développement et l'accès de la population pauvre et vulnérable aux services sociaux de base, aux opportunités productives, et à la promotion des droits humains.

Ministère de la Jeunesse et des Sports : à travers la direction de la protection de la jeunesse, le ministère contribue à favoriser l'environnement juridique, politique et stratégique en matière d'accès des jeunes à la PF. Il est un acteur en PF pour ce qui est de la mise en œuvre des actions en faveur des jeunes, essentiellement en matière de sensibilisation, d'information et de référencement, tout en mettant l'accent sur les jeunes filles en milieu rural.

Les ONG : Les ONG et projets contribuent à la mise en œuvre des activités relatives aux priorités stratégiques pour l'atteinte de la vision du FP2020. Ils apportent leur appui au ministère de la Santé publique pour renforcer la prestation de services au sein du système de santé, tout en améliorant le plaidoyer et la formation des prestataires. Leur collaboration avec les services techniques décentralisés a essentiellement trait à la coordination de la mise en œuvre et au suivi-évaluation des activités.

Les PTF : Les partenaires techniques et financiers apportent des contributions financières pour la mise en œuvre du PANB et soutiennent le ministère de la Santé publique dans la mobilisation des ressources. Ils participent au renforcement des capacités des acteurs en PF à tous les niveaux en matière de sécurisation des produits, d'offre de services, de mise en place de systèmes d'information, de formation initiale et continue, de recherche, de plaidoyer, d'équipements, et de dotations matérielles. Ils participent à l'approvisionnement en produits contraceptifs et font part de leur expertise technique dans l'élaboration des documents cadres.

Cet arrangement institutionnel est un facteur clé et implique des actions intentionnelles pour s'assurer que toutes les institutions participantes opèrent d'une manière qui contribue à la bonne mise en œuvre du PANB.

Canevas de coordination

Dans la mesure où le PANB sera un document vivant et de référence pour toutes les parties prenantes en PF, il est important qu'il y ait une coordination harmonisée entre les acteurs.

Niveau national

Le comité SR est un comité assurant la coordination de toutes les activités entrant dans le cadre de la santé de la reproduction, ainsi que toutes ses composantes. Dans la mesure où la PF est une des composantes de la SR, il serait judicieux de mettre en place un sous-comité PF placé sous la direction de la DSFa.

Le suivi sera ainsi renforcé par l'opérationnalisation de ce comité en impliquant les autorités publiques, administratives, religieuses et traditionnelles (APART) et tous les niveaux (régions, districts, etc.)

Niveau sous-national

Au niveau régional et sous la direction du directeur régional de la santé publique et du responsable en charge de la PF, un comité regroupant toutes les parties prenantes sera mis en place pour assurer la coordination et le suivi de la réalisation de toutes les activités.

Le même scénario est également à mettre en place au niveau de chaque district sanitaire. Néanmoins, cette fois-ci, le comité sera sous la direction du médecin inspecteur et de son responsable en charge de la PF.

Mobilisation des ressources

La mobilisation des ressources sera essentielle à la mise en œuvre efficace et réussie du PANB. En 2017, après la validation de ce document, comme mentionné dans la partie sur le financement, le MSANP dirigera une analyse d'écart financier annuel pour la mise en œuvre du PANB. Cette analyse montra l'écart financier pour chaque activité dans le PANB et mettra à jour les colonnes « Responsable » et « Financement » dans le canevas des activités. Avec ces résultats, le MSANP aura une meilleure compréhension de l'écart financier pour la PF et du financement prévu pour les années futures.

Par la suite, un plan sera élaboré pour mobiliser des ressources, selon les priorités stratégiques. Le cadre explorera des stratégies qui peuvent inclure l'élaboration de propositions à l'intention des nouveaux bailleurs de fonds en termes de soutien, d'augmentation du plaidoyer au niveau du district pour une allocation plus élevée de fonds à la planification familiale, d'engagement des ONG pour soutenir la mise en œuvre, de soutien parlementaire à un financement plus élevé, de soutien du secteur privé, de mobilisation des ressources d'autres secteurs ou programmes, d'optimisation des activités en cours et d'utilisation efficace des fonds

SUIVI DE LA PERFORMANCE ET RESPONSABILITÉS

Un plan S&E est le pilier d'un système de suivi-évaluation car il intègre tous les résultats et activités, ainsi que les indicateurs respectifs. À chaque résultat et activité est attribué un indicateur sous forme d'outil servant à mesurer l'avancement vers un résultat ou la preuve de la réalisation d'une activité. Les indicateurs sont sélectionnés selon des critères bien déterminés.

Cet outil a été mis en place pour effectuer un suivi de performance. Il permet de connaître à un moment donné la situation des indicateurs afin de prendre une décision sur l'avenir d'un programme.

Tableau 9 : Liste des indicateurs de suivi

* Indicateurs Track20.

Catégorie	N°	Indicateurs	Mode de calcul	Type d'indicateur	Périodicité	Sources
Impact	1	Nombre de décès maternels évités grâce à l'utilisation de la contraception moderne*	(taux de mortalité des avortements sûrs * avortements sûrs + taux de mortalité des avortements à risque * avortements à risque + taux de mortalité des fausses couches * fausses couches + taux de mortalité des naissances vivantes * naissances vivantes) / 100 000	Résultat	Tous les 5 ans Annuelle	Outil d'ImpactNow
	2	Ratio de mortalité maternelle	Nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes	Résultat	Tous les 5 ans	EDS
	3	Taux de mortalité infantile	Nombre de décès d'enfants de moins de 1 an pour 1 000 naissances vivantes	Résultat	Tous les 5 ans	EDS
	4	Nombre d'avortements à risque évités grâce à la contraception moderne*	(% grossesses non-désirées qui aboutissent à un avortement * grossesses non-désirées)* pourcentage d'avortements à risque évités	Résultat	Tous les 5 ans Annuelle	Outil d'ImpactNow
Indicateurs des résultats du programme	5	Taux de prévalence contraceptive – méthodes modernes*	Nombre d'utilisatrices régulières de méthodes modernes X 100 / Nombre FAP	Résultat	Tous les 5 ans Tous les 2 ans Annuelle	EDS Track PSI Track20

Catégorie	N°	Indicateurs	Mode de calcul	Type d'indicateur	Périodicité	Sources
Indicateurs des résultats du programme	6	Taux de prévalence contraceptive chez les jeunes de 15 à 24 ans – méthodes modernes	Nombre d'utilisatrices régulières de 15-24ans en méthodes modernes X 100 / Nombre de jeunes filles de 15-24ans	Résultat	Tous les 5 ans Tous les 2 ans	EDS Track PSI
	7	Indice synthétique de fécondité (ISF)	Somme des taux de fécondité par âge. Taux de fécondité spécifique à l'âge : (nombre de naissances chez les femmes dans le groupe d'âge pour une année donnée ou période de référence / nombre d'années-personnes d'exposition dans le groupe d'âge au cours de la période de référence spécifiée) X 1000	Résultat	Tous les 5 ans	EDS
	8	ISF des jeunes de 15 à 24 ans* (Taux de fécondité)	Somme des taux de fécondité par âge de 15 à 24. Taux de fécondité spécifique à l'âge: (nombre de naissances chez les femmes dans le groupe d'âge pour une année donnée ou période de référence / nombre d'années-personnes d'exposition dans le groupe d'âge au cours de la période de référence spécifiée) X 1000	Résultat	Tous les 5 ans	EDS
	9	% de grossesses non-désirées*	Nombre de grossesses constatées comme non désirées X 100 / Nombre total de grossesses	Résultat	Tous les 5 ans	EDS

Catégorie	N°	Indicateurs	Mode de calcul	Type d'indicateur	Périodicité	Sources
Indicateurs des résultats du programme	10	Nombre de grossesses non-désirées évitées grâce à l'utilisation de la contraception moderne*	Utilisatrices * (taux de grossesse des femmes ayant un besoin non satisfait - (1- efficacité)) par méthode	Résultat	Annuelle	Outil d'ImpactNow
	11	Couple-Années Protection*	Nombre de méthodes utilisées X Indice spécifique par méthode (CAP total = somme de CAP par méthode)	Résultat	Annuelle	Annuaire statistique du secteur santé ASSS
	12	Nombre de textes de lois avec des sujets attendant à la PF qui ont été révisés et adoptés	Comptage de textes de lois	Extrant	Annuelle	Rapport administratif annuel
	13	Nombre de DRSP et DS disposant des documents les plus récents en matière de SR/PF (par exemple le plan stratégique, les normes et procédures SR/PF et la loi PF)	Comptage de DRSP et DS disposant des documents les plus récents en matière de SR/PF	Extrant	Annuelle	Fiche de réception
	14	Conférence nationale sur la planification familiale organisée tous les 2 ans	Comptage des conférences nationales sur la planification familiale organisées	Extrant	Tous les 2 ans	Rapport administratif annuel
Création de la demande	15	Nombre d'utilisatrices additionnelles - méthodes modernes*	Comptage des utilisatrices additionnelles - méthodes modernes	Résultat	Annuelle	Track20 ASSS
	16	Pourcentage de femmes ayant une demande satisfaite en méthodes modernes*	TPC/ (TPC + besoins non-satisfaits)	Résultat	Annuelle Tous les 5 ans	ASSS EDS

Catégorie	N°	Indicateurs	Mode de calcul	Type d'indicateur	Périodicité	Sources
Création de la demande	17	Pourcentage de femmes ayant des besoins non-satisfaits en méthodes modernes*	Nombre ou pourcentage de femmes ayant un besoin non satisfait en termes de limitation + nombre ou pourcentage de femmes ayant un besoin non satisfait en termes d'espacement. ¹⁵	Résultat	Annuelle Tous les 5 ans	ASSS EDS
	18	Pourcentage de femmes et d'hommes qui rapportent avoir été exposés à des messages PF au cours des trois derniers mois (toutes sources confondues)	Nombre de de femmes et d'hommes qui rapportent avoir été exposés à des messages de PF au cours des trois derniers mois X 100 / Nombre total de femmes et d'hommes	Résultat	Annuelle Tous les 2 ans Tous les 5 ans	ASSS Track PSI EDS
	19	Indice Information Méthode - jeunes de 15 à 24*	Nombre de jeunes de 15-24 ans informés en méthodes X 100 / Nombre total des jeunes de 15-24 ans	Résultat	Tous les 2 ans Tous les 5 ans	Enquête de Surveillance Biologique et Comportement ale ESBC EDS
	20	Indice Information Méthode – femmes*	Nombre de FAP informées en méthodes X 100 / Nombre total de FAP	Résultat	Annuelle Tous les 5 ans	ASSS EDS
	21	Nombre de leaders politiques, traditionnels et religieux qui ont parlé publiquement de la PF	Comptage de leaders politiques, traditionnels et religieux qui ont parlé publiquement de la PF	Extrant	Annuelle	Rapport du programme Rapport de formation Plaidoyer aux acteurs
Offre de services	22	Pourcentage de femmes utilisant chaque méthode moderne de contraception*	Nombre d'utilisatrices régulières pour chaque méthode X 100 / Nombre de FAP	Résultat	Annuelle Tous les 2 ans Tous les 5 ans	ASSS Track PSI EDS

¹⁵ Pour plus d'informations, voir <http://www.un.org/esa/population/publications/WCU2009/Metadata/UMN.html>

Catégorie	N°	Indicateurs	Mode de calcul	Type d'indicateur	Périodicité	Sources
Offre de services	23	Nombre de FS disposant de trois méthodes contraceptives modernes	Comptage des FS disposant de trois méthodes contraceptives modernes	Extrant	Annuelle	Enquête SPSR
	24	Nombre de FS disposant de cinq méthodes contraceptives modernes	Comptage des FS disposant de cinq méthodes contraceptives modernes	Extrant	Annuelle	Enquête SPSR
	25	Pourcentage de centres de santé qui offrent l'injectable, l'Implanon et le DIU	Nombre de centres de santé qui offrent l'injectable, l'Implanon et DIU X 100 / Nombre total de centres de santé	Extrant	Annuelle	ASSS, Enquête SPSR
	26	Pourcentage de femmes qui reçoivent leur méthode de PF désirée	Nombre de femmes qui reçoivent leur méthode de PF désirée X 100 / Nombre d'utilisatrices	Résultat	Annuelle Tous les 5 ans	ASSS EDS
	27	Nombre de prestataires médecins, sages-femmes et infirmières) PF formés en PFPP/PFPPI	Comptage des prestataires médecins, sages-femmes et infirmières) PF formés en PFPP/PFPPI	Extrant	Annuelle	Rapport de formation
	28	Nombre d'AC opérationnels	Comptage des AC opérationnels	Extrant	Semestrielle	Rapport des AC, Rapport administratif annuel
	29	Nombre de CSB nouvellement réhabilités ou à nouveau ouverts dotés en plateaux techniques SR/PF et en personnel de santé formé en PFPP/PFPPI	Comptage des CSB nouvellement réhabilités ou à nouveau ouverts dotés en plateaux techniques SR/PF et en personnel de santé formé en PFPP/PFPPI	Extrant	Semestrielle	Rapport administratif annuel

Catégorie	N°	Indicateurs	Mode de calcul	Type d'indicateur	Périodicité	Sources
Offre de services	30	Proportion des femmes ayant avorté bénéficiant de traitements d'urgence, d'un counseling sur la PFPP et de services de soins post-avortement de qualité	Nombre des femmes ayant avorté bénéficiant de traitements d'urgence, counseling sur PFPP et services de soins post-avortement de qualité X 100 / Nombre total des femmes ayant avorté	Extrant	Annuelle	Rapport administratif annuel
	31	Nombre d'AC formés en PF (méthode naturelle, méthode barrière et méthode hormonale)	Comptage des AC formés en PF	Extrant	Semestrielle	Rapport de formation émanant des responsables de la mise en œuvre
	32	Nombre d'AC performants formés en PCIME-C, PF et PAC	Comptage des AC performants formés en PCIME, PF et PAC	Extrant	Semestrielle	Rapport de formation émanant des responsables de la mise en œuvre
	33	Nombres de formations sanitaires fournissant les nouveaux produits (Sayana Press et Implanon NXT au niveau des FS, DIU hormonal au niveau des sites pilotes)	Comptage des formations sanitaires fournissant les nouveaux produits	Extrant	Semestrielle	Rapport administratif annuel
	34	Nombre de CSB Amis des jeunes, Maisons des jeunes et centres amis des jeunes mettant en œuvre des activités d'IEC/CCC intégrées (PF/IST /VIH/ VBG, prévention des grossesses précoces)	Comptage des CSB Amis des jeunes, Maisons des jeunes et centres amis des jeunes mettant en œuvre des activités d'IEC/CCC intégrées (PF/IST /VIH/ VBG, prévention des grossesses précoces)	Extrant	Annuelle	Rapport administratif annuel Min JS, SSRA (DSFa)
	35	Nombres de CSB2 transformés en CSB Amis des jeunes	Comptage des CSB2 transformés en CSB Amis des jeunes	Extrant	Annuelle	Rapport administratif annuel santé (SSRA)/DSFa

Catégorie	N°	Indicateurs	Mode de calcul	Type d'indicateur	Périodicité	Sources
Offre de services	36	Nombre de prestataires PF, AC, MS Ladies, conseillères en PF, pairs éducateurs nouvellement recrutés et ceux en fonction, formés en IEC/CCC et approche Droits	Comptage des prestataires PF, AC, MS ladies, Conseillères en PF, pairs éducateurs nouvellement recrutés et ceux en fonction, formés en IEC/CCC et approche Droits	Extrant	Annuelle	Rapport de formation
Sécurisation des produits	37	Nombre de personnels de santé formés à la logistique contraceptive, par région, par catégorie de personnel	Comptage des responsables formés à la logistique contraceptive, par région, par catégorie de personnel	Extrant	Semestrielle	Enquête SPSR
	38	Nombre d'AC formés à la logistique contraceptive, par région, par catégorie de personnel	Comptage des AC formés à la logistique contraceptive, par région, par catégorie de personnel	Extrant	Semestrielle	Enquête SPSR
	39	Pourcentage de centres de santé qui ont fait l'expérience de rupture de stocks au cours des six derniers mois, par méthode	Nombre de centres de santé avec rupture de stock X 100 / Nombre total de centres de santé	Résultat	Annuelle	Enquête SPSR Logiciel Pipeline Enquête SPSR
	40	Proportion des FS ayant des ruptures de stock en produits SR/PF, par méthode, jour de l'étude*	Nombre de FS avec rupture de stock en produits SR/PF par méthode X 100 / Nombre total de FS	Résultat	Trimestrielle	ASSS
	41	Pourcentage de personnels formés au logiciel CHANNEL	Nombre de responsables formés au logiciel CHANNEL X 100 / Nombre total de responsables	Extrant	Semestrielle	Enquête SPSR
	42	Taux de rapportage des données logistiques sur les intrants SR/PF	Nombre de rapports reçus X 100 / Nombre de rapports prévus	Résultat	Semestrielle	ASSS

Catégorie	N°	Indicateurs	Mode de calcul	Type d'indicateur	Périodicité	Sources
Sécurisation des produits	43	Taux de complétude des rapports de gestion des intrants SR/PF	Nombre de rapports reçus X 100 / Nombre de rapports prévus	Résultat	Semestrielle	ASSS
	44	Nombre de supervisions formatives réalisées de la part de l'UTGL et des gestionnaires des intrants de santé des DRSP	Comptage des supervisions formatives réalisées	Extrant	Semestrielle	Rapport de supervision
	45	Nombre de CSB, PhaGCom, PhaGDis, et unités de pharmacies dotées en outils de gestion acceptables	Comptage des CSB, PhaGCom, PhaGDis, et unités de pharmacies dotées en outils de gestion acceptables	Extrant	Semestrielle	PV de réception
Financement	46	Dépenses annuelles de planification familiale à partir du budget national du gouvernement*	Montant des dépenses	Résultat	Annuelle	CNS Loi de règlement Rapports du MSANP
	47	Dépenses publiques pour la PF en % du PIB	Montant des dépenses sur la PF/PIB	Résultat	Annuelle	CNS Loi de règlement Rapports du MSANP
	48	Dépenses en PF en % des DTS	Montant des dépenses/DTS	Résultat	Annuelle	CNS Loi de règlement Rapports du MSANP
	49	Dépenses annuelles en santé des ménages - OOP en % des DTS	Montant des dépenses par les ménages/DTS	Résultat	Annuelle	CNS
	50	Lignes budgétaires SPSR figurant dans le budget programmatique du MSANP	Comptage des lignes budgétaires	Extrant	Annuelle	Rapport MSANP

Catégorie	N°	Indicateurs	Mode de calcul	Type d'indicateur	Périodicité	Sources
Financement	51	Nombre d'activités (ateliers, réunions) de plaidoyer réalisées à l'endroit du gouvernement, des PTF traditionnels et des éventuels partenaires (FP 2020 et autres bailleurs potentiels) pour le financement de la SR/PF	Comptage des activités	Extrant	Semestrielle	Rapport de plaidoyer
Supervision, coordination, suivi et évaluation	52	Nombre d'activités de supervision menées dans les centres de santé, par région, par an	Comptage des activités de supervision	Extrant	Annuelle	Enquête SPSR Rapport administratif annuel
	53	Nombre de centres de santé ayant une procédure standard de suivi et évaluation mise en place et appliquée	Comptage des centres de santé ayant une procédure standard de suivi et évaluation mise en place et appliquée	Extrant	Annuelle	Enquête SPSR Rapport administratif annuel
	54	Nombre de centres qui rendent leur rapport complet, en temps et en heure, par région, par an	Comptage des centres qui rendent leur rapport complet, en temps et en heure, par région, par an	Extrant	Annuelle	Enquête SPSR Rapport administratif annuel
	55	Pourcentage de personnels de santé ayant reçu une formation en suivi et évaluation, et en techniques de collecte de données, par centre, par région, par an	Nombre de responsables ayant reçu une formation en suivi et évaluation, et en techniques de collecte de données X 100 / Nombre total de responsables	Extrant	Annuelle	Enquête SPSR Rapport administratif annuel
	56	Nombre de réunions de coordination multisectorielles de PF qui sont menées chaque année, au niveau national, au niveau régional	Comptage des réunions de coordination multisectorielles de PF	Extrant	Annuelle	Rapport administratif annuel

Catégorie	N°	Indicateurs	Mode de calcul	Type d'indicateur	Périodicité	Sources
Supervision, coordination, suivi et évaluation	57	Nombre de regroupements mensuels des AC réalisés au niveau des CS	Comptage des regroupements mensuels des AC	Extrant	Trimestrielle	Rapport de regroupement émanant des responsables de la mise en œuvre
	58	Nombre de formations sanitaires publiques utilisant le <i>MNH Quality Dashboard</i> (Système de suivi et évaluation utilisé au MCSP)	Comptage des formations sanitaires publiques utilisant le <i>MNH Quality Dashboard</i>	Extrant	Semestrielle	Rapport administratif annuel
	59	Système de vérification de la fiabilité des données produites par les AC (<i>routine data quality assessment</i>) opérationnel (c.-à-d. le Rapport annuel complété)	Contrôle de l'opérationnalité du système de vérification de la fiabilité des données produites par les AC	Extrant	Semestrielle	Rapport administratif annuel
	60	Nombre de réunions annuelles de coordination PF réalisées au niveau national et régional et des réunions semestrielles de coordination du district sanitaire	Comptage des réunions annuelles de coordination PF au niveau national et régional et des réunions semestrielles de coordination du district sanitaire réalisées	Extrant	Semestrielle	Rapport de réunion
	61	Plan de suivi des engagements de Madagascar au FP 2020 élaboré chaque trimestre	Contrôle d'opérationnalité du Plan de suivi des engagements de Madagascar au FP 2020	Extrant	Trimestrielle	Rapport administratif annuel

REFERENCES

1. Ministère de la Santé Publique de Madagascar, United Nations Population Fund, Plan Stratégique Intégré En Planification Familiale Et En Sécurisation Des Produits De La Santé De La Reproduction 2016-2020. 2016. Copie dure.
2. Ministère de la Santé Publique de Madagascar, United Nations Population Fund, Évaluation Du Plan Stratégique Intégré En Planification Familiale Et En Sécurisation Des Produits De La Santé De La Reproduction 2008-2012 Madagascar. 2013. Copie dure.
3. Ministère de la Santé Publique de Madagascar, United Nations Population Fund, Évaluation Du Plan Sectoriel En Planification Familiale 2007-2012 Madagascar. 2013. Copie dure.
4. United Nations, "World Population Prospects - Population Division". Esa.un.org. N.p., 2016.
5. World Bank, "Madagascar | Data". Data.worldbank.org. N.p., 2016. Web.
6. Institut National de la Statistique de Madagascar, Enquête Nationale Sur Le Suivi Des Objectifs Du Millénaire Pour Le Développement À Madagascar, Objectif 5. 2013.
7. Institut National de la Statistique de Madagascar, Enquête Nationale Sur Le Suivi Des Objectifs Du Millénaire Pour Le Développement À Madagascar, Objectif 1. 2013.
8. United Nations, "SDGs: Sustainable Development Knowledge Platform". Sustainabledevelopment.un.org. N.p., 2016.
9. République de Madagascar, Rapport National De Revue Du Processus De l'Agenda 2030 Pour Le Développement Durable. 2016. Copie dure.
10. Institut National de la Statistique de Madagascar, Enquête Démographique Et De Santé: 2008- 2009. 2010
11. United Nations Population Fund, Country Programme Document For Madagascar. 2014. Copie dure.
12. Ministère de la Santé Publique de Madagascar, United Nations Population Fund, Étude Sur La Disponibilité Des Services De La Santé De La Reproduction Et De La Planification Familiale. 2008. Copie dure.
13. Ministère de la Santé Publique de Madagascar, Politique Nationale de Pharmacovigilance à Madagascar. 2011. Copie dure.
14. SALAMA, "Salama - Accueil". Salama.mg. N.p., 2016.
15. Ministère de la Santé Publique Madagascar, Plan De Développement Du Secteur Santé. 2015. Copie dure.
16. United States Agency for International Development, Analysis Of The Operational Policies Related To Financing And Procuring Contraceptives In Madagascar. 2010. Copie dure.

17. République de Madagascar, Plan D'action Madagascar 2007-2012. 2007. Copie dure.
18. Ministère de la Santé Publique de Madagascar, Politique Nationale De La Santé. 2015. Copie dure.
19. République de Madagascar, Projet De Loi Sur La Planification Familiale. Copie dure.
20. République de Madagascar, UNICEF, World Bank, Madagascar Revue Des Dépenses Publiques 2014 Éducation Et Santé. 2015. Copie dure.
21. Ministère des Finances et du Budget de Madagascar, Tome 2 - Annexe A La Loi N°2015-026 - Portant Loi De Finances Rectificative Pour 2015. 2015. Copie dure.
22. United Nations Children's Fund Madagascar, "Protection De L'Enfant - Protection De L'enfant". Unicef.org. N.p., 2016.
23. World Health Organization, "GHO | By Category | Health Expenditure Ratios, By Country, 1995-2014 - Madagascar". Apps.who.int. N.p., 2016.
24. United Nations Foundation, « FP2020 ». <http://www.unfoundation.org/what-we-do/campaigns-and-initiatives/family-planning-2020/>. N.p, 2016.
25. Ministère de la Santé Publique de Madagascar. Note sur les défis pour la planification familiale et la santé de la reproduction à Madagascar. 2016. Copie dure.
26. Rakotomalala Randrianandraisana, Laurence. « Rapport De Recherche Juridique Sur "Le Planning Familial à Madagascar" ». Magister 2. Centre National de Télé-Enseignement de Madagascar, 2009. Copie dure.

ANNEXE : PANB DE MADAGASCAR – CANEVAS DES ACTIVITES

1. La politique et l'environnement habitant								
Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
PE 1.1 Révision et mise en œuvre des lois et politiques, des règles coutumières et de cadre fiscal favorables à la PF en vue de favoriser l'accès pour tous, particulièrement les jeunes, aux services de PF et aux produits PF	La loi fixant les règles générales régissant la planification familiale et respectant le droit de toute personne y compris les adolescents et les jeunes, sans aucune discrimination ni coercition à la pratique de la PF est votée, appliquée et diffusée	PE 1.1.1 Assurer l'adoption et la promulgation de la loi fixant les règles générales régissant la PF favorable au libre accès des jeunes aux contraceptifs	PE 1.1.1.1 Réaliser un atelier de finalisation du projet de loi	Atelier de 3 jours, 20 personnes	Projet de Loi finalisé	T3 2016	DSFa Mikolo MCSP ONG	USAID UNFPA OMS MSH
			PE 1.1.1.2 Réunion entre le MJ, MPOP, MSANP	1 réunion de 1 jour pour 20 personnes	Réunion réalisée	T3 2016	DSFa Mikolo	USAID MSH
			PE 1.1.1.3 Revue des autres lois entravant la révision de la loi	1 réunion de 1 jour pour 10 personnes	Rapport d'état des lieux sur les lois faisant obstacle à la PF	T3 2016	DSFa Mikolo	USAID MSH
			PE 1.1.1.4 Atelier de plaidoyer	Consultant international AFP SMART (5 jours), curriculum de plaidoyer, 30 participants pour 2 jours d'atelier	Document (ou dépliant) de plaidoyer	2016	Mikolo HP+	UNFPA USAID MSH
			PE 1.1.1.5 Plaidoyer au niveau des MJUST et MSANP	10 litres de carburant 10 ex. document de 20 pages	Documents (ou dépliants) de plaidoyer distribués	T3 2016	Mikolo HP+	USAID MSH

1. La politique et l'environnement habitant

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
			PE 1.1.1.6 Engager les champions de la PF/politiciens/parlementaires et les orienter sur la PF car ils peuvent assurer le plaidoyer	50 litres de carburant	Champions engagés	T3 2016	Mikolo	USAID MSH
			PE 1.1.1.7 Mener un suivi régulier et intensif du processus d'adoption du projet de Loi du MJ à l'AN et au Sénat (avec des plaidoyers auprès des parlementaires)	Multiplication du document de plaidoyer 100 ex. 20 pages	Nombre d'activités de suivi réalisées Nombre de plaidoyers réalisés Loi amendée et votée Loi promulguée	T3, T4 2016	DSFa Mikolo MCSP HP+	UNFPA USAID MSH
			PE 1.1.1.8 Écrire le décret d'application de la loi PF	Deux réunions d'une journée pour 25 personnes (MSANP)	Le décret est écrit	T4 2017	DSFa	MSANP
			PE 1.1.1.9 Remettre à la Primature le décret d'application de la loi PF pour approbation et signature	10 litres de carburants pour déplacement vers la Primature	Décret d'application signé	T1 2017	DSFa	UNFPA USAID
			PE 1.1.1.10 Multiplier, diffuser et mener des séances d'information sur la loi et le décret d'application par l'intermédiaire des médias de masse	2 publiportages TV 4 diffusions d'articles au niveau des journaux 200 ex. de 25 pages	Documents multipliés et diffusés Émissions radiophoniques réalisées	T1, T2 2017	DSFa MIKOLO	UNFPA USAID
			PE 1.1.1.11 Réaliser des séances d'orientation périodiques en matière de PF à l'endroit des parlementaires	Carburant 50 litres	3 séances d'orientation réalisées	2017 2018 2019	DSFa	A mobiliser

1. La politique et l'environnement habitant

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
			PE 1.1.1.12 Disséminer, en collaboration avec les parlementaires, la Loi PF à tous les niveaux : Régions, districts	Pas de coût : Lors de rapports des parlementaires au niveau de leurs District, pour les personnels de santé (lors de la revue périodique)	Loi sur le PF disséminée au niveau des régions et des districts	2017	DSFa	
		PE 1.1.2 Disséminer le plan stratégique en PF	PE 1.1.2.1 Dupliquer pour les régions, districts, et formations sanitaires (hôpitaux)	500 copies (111 districts, 22 régions) dures et électroniques	PS disponibles	2016	DSFa	À mobiliser
			PE 1.1.2.2 Établir le plan de distribution	Réunion/cartographie sur la distribution du document – 30 participants – Comité de PF	Plan de distribution disponible	2016	DSFa MCSP	USAID À mobiliser
			PE 1.1.2.3 Distribuer et disséminer le PS	Déplacement dans les régions et districts (22 personnes pour 4 jours)	PS distribués	2017	DSFa FISA Mikolo MSM SALFA SAF MCSP	
		PE 1.1.3 Réaliser le lancement du PANB	PE 1.1.3.1 Tenir la réunion de lancement	1 réunion de lancement pour 100 personnes	Lancement réalisé	2016	DSFfa HP+	
			PE 1.1.3.2 Dupliquer le PANB	75 000 photocopies et 500 reliures	PS dupliqués	2016	DSFfa HP+ MCSP	

1. La politique et l'environnement habitant

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
			PE 1.1.3.3 Distribuer le PANB au niveau national et régional	Déplacement dans les régions et districts – nombre de personnes à déterminer (22 personnes pour 4 jours)	PS distribués	2016	DSFfa HP+	
		PE 1.1.4 Réactualiser les normes et procédures en SR/PF	PE 1.1.4.1 Revue des anciens documents	Réunion du MSANP 3 réunions avec les parties prenantes 30 participants par réunion	Documents synthétisés	T4 2016	DSFa Mikolo MCSP	UNFPA OMS, USAID
			PE 1.1.4.2 Revue des bonnes pratiques nationales et internationales en PF	1 consultant pour 20 jours	Rapport de revue des bonnes pratiques	T4 2016	DSFa MCSP	UNFPA OMS, USAID
			PE 1.1.4.3 Lister les bonnes pratiques et innovations (PFPP, PFPA, Sayana Press, test de grossesse, contraception d'urgence, ImplanonNXT, dépistage du cancer de col)	1000 copies de 10 pages	Liste des innovations disponibles	T4 2016	DSFa MCSP MIKOLO	UNFPA OMS, USAID
			PE 1.1.4.4 Intégrer les services VIH/IST et PF	1 réunion entre les deux programmes (30 personnes)	Réunion réalisée	T4 2016	DSFa	UNFPA OMS, USAID
			PE 1.1.4.5 Élaborer et valider le document des normes et procédures en SR réactualisé	1 atelier de 2 jours de 30 personnes, 1 atelier de 5 jours, 30 personnes, 1 atelier de validation de 1 jour, 50 personnes	Document validé	T4 2016 -T1 2017	DSFa/PTF	USAID/UNFPA/ OMS

1. La politique et l'environnement habilitant

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
			PE1.1.4.6 Disséminer les normes et procédures à tous les niveaux : régions, districts, CSB	22 réunions de 1 jour au niveau régional 2 personnels DSFa 1 chauffeur 25 participants 1000 litres de carburant en tout Multiplication du document (3000 copies)	Normes et procédures vulgarisées	2017	DSFa	À mobiliser
		PE 1.1.5 Elaborer la politique de santé communautaire et la stratégie « Approche communautaire de la santé »	PE 1.1.5.1 Participer aux réunions, s'assurer que la PF est incluse	NA – pas de coût	Politique qui comprend les droits d'accès à la PF	2016	DSFa DDS Mikolo MCSP HP+ MSM	USAID
		PE 1.1.6 Réactualiser la Politique nationale de la santé de la reproduction, et élaborer par la suite le plan de mise en œuvre et le plan opérationnel	PE 1.1.6.1 Recruter le consultant pour la réactualisation de la Politique et du PMO	1 consultant pour 60 jours (Politique nationale SR, et plan de mise en œuvre)	Consultant opérationnel	2017	DSFa	À mobiliser
			PE.1.1.6.2 Valider la Politique et le PMO	1 réunion de 2 jours 30 participants	Politique nationale SR et PMO validés	2017	DSFa	À mobiliser

1. La politique et l'environnement habitant

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
			PE 1.1.6.3 Disséminer la PNSR et le PMO au niveau des régions et districts	22 réunions de 1 jour au niveau régional 2 personnels DSFa 1 chauffeur 25 participants 1000 litres de carburant en tout 3000 exemplaires	PNSR et PMO disséminés	2017 2018	DSFa	À mobiliser
		PE 1.1.7 Mettre à jour le plan stratégique PF intégrant la PFPP et le centre de santé ami des jeunes	PE 1.1.7.1 Remettre à jour le plan stratégique	1 consultant pour 30 jours 23 465 000 Ar/7300 USD pour 2016 Estimatif cumul. Jusqu'en 2019 46 930 000 Ar 14 665 USD	Consultant opérationnel	2016	DSFa	UNFPA USAID
			PE 1.1.7.2 Inventorier et insérer les innovations	Pas d'entrées	Innovations insérées	2016	DSFa	UNFPA
			PE 1.1.7.3 Détermination des N&P pour chaque innovation à tous les niveaux de prestation	Pas d'entrées	N&P déterminées	2016	DSFa	UNFPA
			PE 1.1.7.4 Organiser l'atelier de validation	Multiplication de 300 documents de 70 pages Atelier de 2 jours pour 30 participants	Document de N&P validé et finalisé	T2 2 016	DSFa	UNFPA
			PE 1.1.7.5 Multiplier et répartir le document finalisé	500 copies de 100 pages	Documents multipliés et diffusés	T1, T2 2017	DSFa MCSP Partenaires	MINSANP USAID À mobiliser

1. La politique et l'environnement habitant

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
		PE 1.1.8 Obtenir le consensus des partenaires sur la méthodologie de labellisation en partant des documents de référence en vigueur	PE 1.1.8.1 Organiser un atelier des partenaires pour la labellisation Service Ami des Jeunes (identification des critères clés et des notifications)	1 réunion de 2 jours pour 30 personnes 1 atelier de 3 jours pour 30 personnes Et 1 atelier de validation de 3 jours de 30 personnes	Atelier organisé Atelier réalisé	T4 2016 T1 2017	DSFa MCSP PSI	MSANP USAID
			PE 1.1.8.2 Disséminer les critères auprès des services PF pour information	1 réunion de 1 jour pour 20 personnes	Critères disséminés aux services PF	T1 2017	MCSP	USAID
			PE 1.1.8.3 Apporter un appui au MINSP dans la mise à jour des documents	1 consultant national de 30 jours et 3 jours d'atelier de validation pour 30 personnes	Document SRA mis à jour	2017	SPF	À mobiliser
PE 1.2 Augmenter la volonté politique et l'engagement multisectoriel pour la PF	Les parties prenantes et acteurs politiques sont sensibilisés à l'importance de la PF, en particulier chez les jeunes	PE 1.2.1 Plaidoyer pour le soutien politique à la PF, en particulier pour les jeunes	PE 1.2.1.1 Développer un document de plaidoyer sur la PF, y compris la PFPF	Atelier d'élaboration, test de l'outil, réunion de validation, édition et multiplication (250 exemplaires de 20 pages)	Document de plaidoyer disponible	2016	DSFa MCSP	OMS UNFPA USAID
			PE 1.2.1.2 Documenter et diffuser les bonnes pratiques en PFPF et la stratégie de communication SR	1 consultant pour 60 jours Duplication de la stratégie en 300 copies	Bonnes pratiques diffusées	2017	DSFa MCSP	OMS UNFPA USAID
			PE 1.2.1.3 Élaborer une stratégie de plaidoyer en PF en faveur des adolescents/jeunes	2 réunions de 2 jours 30 participants, Étude pilote sur le counseling PF (1 consultant, 20 jours)	Stratégie de plaidoyer élaborée	T4 2016 T1 2017	DSFa MJS MCSP	OMS UNFPA USAID

1. La politique et l'environnement habilitant

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
			PE 1.2.1.4 Organiser un atelier des intervenants pour formuler les messages/outils standardisés selon les cibles à atteindre	Confection des outils de plaidoyer (brochures, médias...) Format A4 Quadrichromie 10 000 ex. Atelier de validation, jeunes, pour 30 personnes à Menabe	Atelier des intervenants organisé	T4 2016	DSFa MJS	UNFPA
			PE 1.2.1.5 Mener le plaidoyer auprès des différentes cibles (gouvernants, bailleurs, prestataires de services, personnes influentes, etc.)	30 litres de carburant Atelier de dissémination de l'étude sur les jeunes parents, 2 ateliers pour 50 personnes (1 jour par atelier)	Plaidoyer mené Suivi du plaidoyer réalisé	T4 2016	DSFa MJS	UNFPA USAID

1. La politique et l'environnement habitant

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
			PE 1.2.1.6 Suivre les impacts du plaidoyer au sein des différents services et auprès des différentes cibles : Loi pour le Parlement, investissement pour les bailleurs, curricula pour l'éducation en santé (Faculté de médecine), Santé adolescents jeunes pour les prestataires, appui de la facilitation de la mise en œuvre PF ado/jeunes pour les leaders d'opinion, suivi d'indicateurs de fréquentation des jeunes auprès des centres de santé, suivi de la réduction du mariage précoce	120 litres de carburant	Plan de suivi et de recommandations établi	2017-2018	DSFa MJS	UNFPA USAID
		PE 1.2.2 Créer un partenariat avec les ministères	1.2.2.1 Réaliser des plaidoyers auprès des secteurs concernés pour une meilleure synergie, tout en prônant l'approche multisectorielle : Éducation, Économie et Planification, Commerce, Finance, Agriculture, Communication, Jeunesse, Justice, Population, INSTAT	Carburant 50 litres	Plaidoyer réalisés	2017	DSFa	À mobiliser

1. La politique et l'environnement habilitant

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
			1.2.2.2 Mettre en œuvre les activités PF stipulées dans les politiques sectorielles	Budgétisées au niveau des secteurs	Activités PF des secteurs réalisées	2017 2018 2019 2020	DSFa MJS MPPSPF	À mobiliser
PE 1.3 Renforcer la visibilité de la PF à Madagascar	La Conférence nationale impliquant les jeunes et adolescents sur la PF est organisée et réalisée	PE 1.3.1 Organiser une conférence nationale sur la PF	PE 1.3.1.1 Élaborer les TDR	1 rame papier 500 photocopies	TDR élaborés	T2 2016 2018	DSFa MCSP	USAID À mobiliser
			PE 1.3.1.2 Mettre en place les différents comités d'organisation	1 réunion de 1 jour pour 30 personnes	Comités en place	T2 2016 2018	DSFa MCSP	MSANP USAID À mobiliser
			PE 1.3.1.3 Recruter des consultants	2 consultants pour 200 jours	Consultants recrutés	T4 2016 2018	DSFa MCSP	USAID À mobiliser
			PE 1.3.1.4 Tenir des réunions hebdomadaires	30 réunions de 1 jour pour 30 personnes	Réunions réalisées	2016 2018	DSFa-FISA-MSM- PSI-MCSP- MIKOLO-UNFPA	MSANP UNFPA USAID MSM IPPF À mobiliser
			PE 1.3.1.5 Tenir la conférence	4 jours pour 350 personnes (voir budget détaillé)	Conférence nationale réalisée	2016 2018	MSANP et tous les partenaires	MSANP UNFPA USAID MSM IPPF PTF À mobiliser

1. La politique et l'environnement habilitant

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
			PE 1.3.1.6 Mener des séances de plaidoyer sur le droit à la contraception durant la Conférence nationale 2016	Témoignage des jeunes, témoignage des ONG militant pour les droits des femmes Intervention du coordonnateur pays de Youth International Alliance for Family Planning (YIAFP) 1000 CD	Témoignages obtenus lors de la CNPF Documents disponibles après la CNPF Documents/vidéos sur les problèmes de fistules obstétricales, les problèmes familiaux et les échecs scolaires dus à des grossesses précoces	T3 2016	MSANP et tous les partenaires	MSANP UNFPA USAID MSM IPPF PTF
			PE 1.3.1.7 Réaliser des réunions périodiques de suivi des recommandations issues de la Conférence nationale PF	6 réunions semestrielles de 1 jour 25 participants	Réunions de suivi de recommandations réalisées	2017 2018 2019	MSANP	À mobiliser

2. Création de la demande (CD)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
CD 2.1 Renforcement des campagnes d'information, de sensibilisation sur la PF et de plaidoyer auprès de la population en général, et des jeunes, adolescents et décideurs en particulier	Les leaders communautaires, leaders d'opinion et les élus locaux s'engagent en faveur de la PF	CD 2.1.1. Collaborer avec les leaders communautaires, les leaders d'opinion, les élus locaux et les associations de la jeunesse en vue d'accroître leur engagement pour la PF	CD 2.1.1.1. Développer un document de plaidoyer sur la PF, y compris la PFPP, pour les leaders locaux	100 ex. de 20 pages	Document de plaidoyer disponible	T3 2016 Ou T1 2017 ?	DSFa Mikolo DPG/MPPSPF MJS MCSP PSI	MSANP USAID OMS
			CD 2.1.1.2 Recruter 03 consultants nationaux pour la formation des formateurs centraux en technique de sensibilisation et de plaidoyer en PF	3 consultants 20 jours	Consultants recrutés	2016	DSFa + Programme Santé MJS	UNFPA
			CD 2.1.1.3 Consultants nationaux Former 15 formateurs centraux en techniques de sensibilisation et de plaidoyer en SR/PF	Atelier de 5 jours Multiplication en 18 exemplaires de modules de formation en technique de plaidoyer (manuel des facilitateurs : 39 pages, manuel des participants : 129 pages) 1 responsable administratif 1 chauffeur Déplacement des 3 facilitateurs et de 1 agent administratif (30 litres de carburant) 15 participants centraux	Formateurs centraux formés	2016	MSANP, Programme Santé des Jeunes/MJS	À mobiliser

2. Création de la demande (CD)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
			CD 2.1.1.4. Les 15 formateurs (en haut) forment 135 formateurs en technique de sensibilisation et de plaidoyer au niveau des 22 régions et 113 districts (2 personnes par région et district). Intégrer les intervenants sociaux (IS) (16) des CECJ dans la formation et les doter en supports de communication et en outils de gestion	10 séances de formation de 5 jours 30 participants 3 formateurs 16 IS Documents de 95 pages par personne	270 formateurs formés 16 IS formés	2017	DSFa Responsable de la Cellule VIH-Sida du MPPSPF et SDPPSPF	MSANP PTF
			CD 2.1.1.5 Réaliser des activités de plaidoyer à l'endroit des élus locaux, des leaders communautaires et d'opinion	Collaboration des ONG avec les CCDS et COSAN lors de la réunion semestrielle pour tous les CCDS pour 506 communes (pour MIKOLO), total : 1560 communes	ONG recrutées	T1 2017	DSFa MIKOLO	USAID
			CD 2.1.1.6 Recruter des associations locales pour réaliser des activités de plaidoyer à l'endroit des élus locaux, des leaders communautaires et d'opinion	22 ateliers 3 responsables 25 participants au niveau de chaque région	Associations recrutées	2016-2020	Responsable de la Cellule VIH-Sida du MPPSPF et SDPPSPF, DRPPSPF	À mobiliser

2. Création de la demande (CD)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
			CD 2.1.1.7 Organiser un dialogue communautaire pour susciter l'engagement de la communauté, impliquer les associations féminines et ou locales	10 missions de 4 personnes (DSfa, DRS, CSB, associations) pendant 7 jours pour les 22 DRS par année	Dialogues communautaires réalisés	2016-2020	DSFa Mikolo DRS CSB Associations féminines PSI	USAID
			CD 2.1.1.8. Former 50% des ONG (110) et associations locales et 25% (630) chefs CSB et SDPPSPF en techniques de sensibilisation et de plaidoyer en PF et les doter de guides de plaidoyer	Formation de 5 jours 49 vagues de 15 participants 740 exemplaires de manuel des participants (129 pages) 147 exemplaires de manuel de facilitateurs (39 pages)	ONG et associations formées	2017 2018 2019	DSFa SDPPSPF	MSANP À mobiliser
			CD 2.1.1.9. Mener des activités de sensibilisation et de plaidoyer à l'endroit des leaders et des élus locaux	22 missions, 3 agents du MPPSPF pour 7 jours Multiplication de documents de plaidoyer, supports de sensibilisation, outils de gestion 20 ex. 30 pages Transport et per diem, 20 participants/ région	Sensibilisation et plaidoyer réalisés	2017-2019	ONG locales/ CSB Associations/ SDPPSPF	MSANP MPPSPF USAID PTF

2. Création de la demande (CD)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
			CD 2.1.1.10. Assurer le suivi des activités des leaders et des élus locaux (par MPPSPF)	Documents de suivi 20 ex. 30 pages 20 missions 3 personnes/ mission, 7 jours/mission carburant 1500 litres par mission	Missions de suivi réalisées	2017 2018 2019 2020	ONG DRSC/MPPSPF/ MSANP/ CCDS par CSB	MPPSPF/ PTF/ONG
	Les FAP des zones enclavées et éloignées des centres de santé sont conscientes des avantages de l'utilisation de la PF et adoptent des comportements sains dans ce domaine	CD 2.1.2 Mener des campagnes d'information et de sensibilisation sur la PF/SR des jeunes et adolescents au niveau des zones enclavées et éloignées des centres de santé	CD 2.1.2.1 Mener des campagnes d'information et de sensibilisation dans les domaines des IST, du VIH-Sida, de l'utilisation des préservatifs auprès des professionnels du sexe et de la PF au niveau des zones enclavées et éloignées des centres de santé	32 campagnes de 1 jour 3 AC par campagne Carburant 2640 litres par mission	Sensibilisations réalisées par les AC 8 séances de sensibilisation réalisées dans les 4 Régions : Sofia, Diana, Analanjirifo et Atsimo Atsinanana	2017-2019	Responsable de la Cellule VIH-Sida du MPPSPF et SDPPSPF AC, MS ladies, conseillères en PF (CPF) PSI JRC et JPE (Jeunes Reporter Club) et (Jeunes Pairs Educateurs)	MSANP MPPSPF PTF
	Des messages en faveur de la PF/SR jeunes et adolescents et de la lutte contre les VBG intégrés en PF sont diffusés par les médias publics et privés des chefs-lieux des 113 districts sanitaires	CD 2.1.3 Collaborer avec les stations radiophoniques publiques et privées des 113 chefs-lieux de districts sanitaires afin de diffuser des messages en faveur de la PF	CD 2.1.3.1. Élaborer des messages en dialecte local sur la PF, par région	1 atelier de 3 jours 3 facilitateurs 1 agent administratif 1 chauffeur 20 participants Délai de route 3 jours Carburant 3000 litres Par région dans les 22 régions	Messages en dialecte local élaborés	2017	MPPSPF Techniciens radiophoniques JRC et JPE (Jeunes Reporter Club) et (Jeunes Pairs Educateurs)	MPPSPF PTF

2. Création de la demande (CD)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
			CD 2.1.3.2. Recruter 2 stations radiophoniques par DS pour leur participation à la diffusion des messages en faveur de la PF. Collaborer avec les stations radio locales pour véhiculer les messages sur les VBG	1555 spots radio diffusés/an pendant 3 ans – IEC/VBG/PF 10 émissions radio (avec invités)/an à 30 000 ariary l'unité	Stations recrutées Émissions diffusées	2017-2020	Mikolo Direction de la Promotion du Genre (DPG)/MPPSPF PSI	USAID UNFPA
			CD 2.1.3.3 Diffuser des spots radio dans 24 stations se trouvant dans les 8 régions d'intervention du projet USAID Mikolo	1 diffusion par semaine/station pour 24 stations	Spots diffusés	2016-2020	Mikolo PSI	USAID
			CD 2.1.3.4. Émettre des messages sur la PF au niveau des stations radio	150 diffusions par an et par station radio pour 24 stations	Emissions en faveur de la PF réalisées	2016-2020	Stations radiophoniques PSI	MPPSPF USAID
	La population cible (FAP) des ONG et des organisations de la société civile œuvrant dans les domaines de la lutte contre le VIH/SIDA, de la nutrition communautaire, de la PCIMEC et du paludisme est consciente des avantages de l'utilisation de la PF	CD 2.1.4. Collaborer avec les responsables des ONG et de l'OSC œuvrant dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA, de la nutrition communautaire, de la lutte contre le paludisme, de la PCIMEC et des Centres d'Écoute et de Conseils Juridiques (CECJ) afin de diffuser des messages de PF	CD 2.1.4.1. Identifier et mener des plaidoyers auprès des ONG, des OSC et des CECJ en vue de leur participation à la diffusion de messages en faveur de la PF.	20 missions 4 missionnaires 6 jours 20 locations de salles 100 ex. de documents de 20 pages	Campagnes réalisées	2016-2020	Responsable de la Cellule VIH-Sida du MPPSPF et SDPPSPF DPG/MPPSPF	MPPSPF À mobiliser

2. Création de la demande (CD)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
			CD 2.1.4.2. Former les responsables des ONG/OSC et des CECJ en IEC/CCC en IEC/PF et les doter en supports de communication et outils de gestion	22 formations 3 facilitateurs 1 agent administratif 1 chauffeur 5 jours de formation 20 participants	Responsables formés	2017	DSFa Mikolo MPPSPF	USAID PTF
			CD 2.1.4.3. Mener des séances de sensibilisation sur la PF auprès des femmes et jeunes fréquentant les organisations	Des séances de sensibilisation sur la PF à chaque contact avec les femmes au niveau des sites communautaires (travaux de routine)	Sensibilisations réalisées	2016 -2019	ONG/OSC/ CECJ	MSANP MPPSPF
			CD 2.1.4.4 Créer des groupes de femmes	1 groupe de femmes par fokontany (3577 fokontany)	Nombre de groupes de femmes créés	2016-2017	Mikolo	USAID
			CD 2.1.4.5 Mener une sensibilisation trimestrielle sur la PF auprès des membres des groupes de femmes	1 réunion par groupe par an, 25 personnes	Nombre de séances de sensibilisation sur la PF réalisées par les groupes de femmes	2016-2019	Mikolo	USAID
			CD 2.1.4.6 Création de groupes de jeunes	1 groupe par fokontany	Nombre de groupes de jeunes créés	2016-2017	Mikolo	USAID
			CD 2.1.4.7 Mener une sensibilisation trimestrielle sur la PF auprès des membres fréquentant les groupes de jeunes	1 réunion par mois par groupe, 25 personnes	Nombre de séances de sensibilisation sur la PF réalisées par les groupes de femmes	2016-2019	Mikolo	USAID

2. Création de la demande (CD)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
	Les membres des associations féminines rurales et urbaines sont conscients des dangers liés à la grossesse précoce et à l'accouchement et adoptent des comportements sains en matière de SR/PF	CD 2.1.5. Collaborer avec les associations féminines (Croix rouge, associations féminines des églises,...) afin de diffuser des messages de PF	CD 2.1.5.1. Identifier et mener des plaidoyers auprès des associations féminines en vue de leur participation à la diffusion de messages en faveur de la PF	20 missions, 3 agents du MPPSPF pour 7 jours Multiplication de documents de plaidoyer, 20 ex. 20 pages	Plaidoyers réalisés	2017	MSANP MPPSPF	MSANP MPPSPF À mobiliser
			CD 2.1.5.2. Former les responsables des associations féminines en IEC/CCC en IEC/PF et les doter en supports de communication et outils de gestion	20 séances de formation de 5 jours avec 25 participants 3 formateurs Documents de 40 pages par personne	Responsables des associations féminines formés	2017-2020	MSANP MPPSPF	MSANP MPPSPF PTF
			CD 2.1.5.3. Mener des séances de sensibilisation sur la PF auprès des femmes et jeunes fréquentant les associations féminines	Sensibilisation à chaque contact avec les femmes fréquentant les associations féminines (pas de coût car travail régulier)	Sensibilisations réalisées	2016-2020	Associations féminines	MSANP MPPSPF

2. Création de la demande (CD)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
	Le marketing social et la promotion des produits contraceptifs sont renforcés	CD 2.1.6. Renforcer le marketing social et la promotion des contraceptifs	CD 2.1.6.1. Réaliser la distribution communautaire avec les partenaires bilatéraux, distribution pharmaceutique, distribution au niveau de franchises sociales	Coût en \$: Consultant 22 800 Location véhicule 19 000 Hébergement 83 000 Articles et autres, pour la promotion 44 000 Acheminement de produits 80 000 Packaging 95 000 Total=343 800	Régions réalisant le marketing social	2016-2020	ONG PSI	USAID
			CD 2.1.6.2 Diffuser des spots audio et vidéo pour la promotion des contraceptifs, MVU, CIP	1 diffusion par semaine pour 24 stations	Spots télévisés pour la promotion des produits contraceptifs produits et diffusés	2016-2020	ONG PSI	USAID
	La Campagne nationale en PF est institutionnalisée	CD 2.1.7. Institutionnaliser la Campagne nationale de planification familiale (CNPF)	CD 2.1.7.1. Mener une étude de faisabilité technique et financière de la CNPF et faire valider les résultats	1 consultant pour 10 jours	Étude de faisabilité réalisée Résultats validés et approuvés	T2 2016	DSFa	MSANP À mobiliser
			CD 2.1.7.2. Présenter un projet de décret ou décision fixant la création et l'organisation de la CNPF	10 litres de carburant	Décret ou décision approuvé et signé	T3 2016	MSANP	MSANP
			CD 2.1.7.3. Lancer la CNPF à Antananarivo	Cérémonie de lancement officielle de 1 jour à Antananarivo, 300 invités	Lancements réalisés	2016, 2017, 2018, 2019, 2020	DSFa	MSANP À mobiliser ONG

2. Création de la demande (CD)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
			CD 2.1.7.4. Mener des CNPF au niveau des DS	1 jour de lancement officiel de la Campagne au niveau des 112 districts, 100 personnes par district	DS réalisant des CNPF	2019	DSFa	MSANP À mobiliser ONG
CD 2.2 Implication des hommes comme partenaires dans la promotion et l'utilisation des services de SR/PF	Les hommes sont sensibilisés et adoptent des comportements sains en matière de SR/PF grâce au projet pilote « Raim-pianakaviana Mendrika » ¹⁶	CD 2.2.1. Mettre en œuvre le projet pilote « Raim-pianakaviana Mendrika » ou Mari méritant au niveau de 10 communes Mendrika des districts à faible couverture contraceptive	CD 2.2.1.1. Organiser deux réunions entre la DSFA, l'UNFPA, l'USAID et le projet USAID Mikolo sur les tenants et aboutissants de cette initiative	2 réunions de 1 jour 100 participants	Réunion organisée	T3 2016	DSFa Mikolo	UNFPA USAID
			CD 2.2.1.2. Identifier les districts sanitaires et les communes susceptibles d'être les zones pilotes de cette initiative	Études documentaires et rapports	Districts et communes identifiés	T2 2016	DSFa Mikolo	UNFPA USAID
			CD 2.2.1.3. Identifier au niveau des communes sélectionnées des maris capables de mener des activités de CCC en SR/PF	Études documentaires et rapports	Maris recrutés	T2 2016	DSFa Mikolo	UNFPA USAID
			CD 2.2.1.4 Création de groupes d'hommes	1 homme leader pour 1 groupe par fokontany	Groupes d'hommes créés	2016-2017	Mikolo	USAID

¹⁶ Le projet Pilote « Raim-pianakaviana Mendrika » (mari méritant) s'inspire du projet « École des maris » qui a pour objectif d'impliquer les hommes dans la SR/PF et de favoriser un changement de comportement chez les hommes au niveau communautaire.

2. Création de la demande (CD)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
			CD 2.2.1.5 Mener une sensibilisation trimestrielle sur la PF auprès des groupes d'hommes	1 réunion de sensibilisation par groupe par fokontany, 3577 fokontany, 25 personnes par groupe	Sensibilisation réalisée	2016-2019	Mikolo	USAID
			CD 2.2.1.6 Réaliser des activités de sensibilisation et de plaidoyer auprès des maris n'ayant pas d'épouse sous contraception	Activités de routine	Nombre d'activités de sensibilisation et de plaidoyers réalisées	2019	Maris méritants	SPF/PTF/ ONG
			CD 2.2.1.7 Réaliser les activités de sensibilisation des hommes dans le cadre de l'approche « Image positive de l'homme »	Sensibilisation des hommes pour être des clients PF, des supports de leurs partenaires en matière de PF et des agents de changement de comportements auprès de la communauté. Renforcer la capacité des femmes à mener une discussion du couple en matière de PF	Séances d'IEC/CCC réalisées dans le cadre de l'approche « Image positive de l'homme »	2019	Pairs éducateurs, conseillers en PF PSI	USAID
CD 2.3 Renforcement de la collaboration entre les acteurs en PF	Les membres des organisations paysannes des 113 DS sont sensibilisés et adoptent des comportements sains en matière de SR/PF	CD 2.3.1 Collaborer avec les organisations paysannes afin de diffuser des messages de PF	CD 2.3.1.1 Identifier et mener des plaidoyers auprès des organisations paysannes en vue de leur participation à la diffusion de message en faveur de la PF	20 missions par an, 3 agents pour 7 jours par an Multiplication de documents de plaidoyer 20 ex. 20 pages 20 missions par an	Organisations paysannes identifiées	2017-2020	DSFa	MSANP À mobiliser

2. Création de la demande (CD)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
			CD 2.3.1.2 Former les responsables des organisations paysannes en CCC en IEC/PF et les doter en supports de communication et outils de gestion	20 séances de formation de 5 jours par an 25 participants 3 formateurs Documents de 40 pages	Organisations paysannes formées	2017-2020,	DSFa	MSANP À mobiliser
			CD 2.3.1.3 Mener des séances de sensibilisation sur la PF auprès des hommes et jeunes fréquentant les organisations paysannes	Des séances de sensibilisation sur la PF auprès des hommes et jeunes fréquentant les organisations paysannes (activités de routine)	Sensibilisation réalisées	2017-2020	Organisations paysannes	MSANP
CD 2.4 Renforcement de la collaboration entre les acteurs en PF (MSANP et ONG prestataires PF) et les ONG œuvrant dans le domaine de l'alphabétisation fonctionnelle.	Les analphabètes fréquentant les centres d'alphabétisation fonctionnelle sont sensibilisés et adoptent des comportements sains en matière de SR/PF	CD 2.4.1 Faire participer les ONG œuvrant dans le domaine de l'alphabétisation fonctionnelle à la promotion de la PF	CD 2.4.1.1 Former les animateurs des centres d'alphabétisation fonctionnelle en CCC en IEC/PF et les doter en supports de communication et outils de gestion	20 séances de formation de 5 jours (par an) 25 participants régionaux 4 formateurs centraux Documents de 40 pages Transport et per diem des formateurs	Animateurs formés au niveau régional	2017, 2018, 2019	MPPSPF	MPPSPF À mobiliser
			CD 2.4.1.2 Mener des séances de sensibilisation sur la PF auprès des analphabètes fréquentant les centres d'alphabétisation fonctionnelle	Des séances de sensibilisation sur la PF à chaque contact avec les analphabètes fréquentant les centres d'alphabétisation (activités de routine)	Sensibilisations réalisées	2019	Centres d'alphabétisation fonctionnelle	MPPSPF À mobiliser

2. Création de la demande (CD)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
CD 2.5 Mettre l'accent sur la sensibilisation des jeunes sur la PF et sur les dangers liés à la grossesse précoce	Les élèves des écoles publiques et privées des chefs-lieux des 113 districts sanitaires sont informés et sensibilisés aux comportements sains en matière de PF	CD 2.5.1 Sensibiliser à la PF les élèves des chefs-lieux de DS	CD 2.5.1.1 Mener des plaidoyers au niveau du ministère de l'Éducation nationale (MEN) pour vulgariser le programme d'éducation sexuelle complète pour les élèves des classes de troisième et de seconde (santé sexuelle et reproductive, y compris en PF)	20 documents de plaidoyer de 15 pages	Plaidoyers réalisés	T1-T2 2017	MEN/ SSRA/ SPF/ DRSP/MJS Direction du Curricula et Intrants	MSANP
			CD 2.5.1.2 Former des JPE et sensibiliser les élèves de CEG (collège d'enseignement général) et lycées des chefs-lieux de districts	700 JPE à former 3 formateurs par vague 25 JPE par vague 8 jours	JPE opérationnels Élèves de CEG et lycées sensibilisés	2020	MEN/ SSRA/ SPF/ DRSP/MJS	MSANP
			CD 2.5.1.3 Former les enseignants des CEG et des lycées sur les modules SR/PF	113 chefs CISCO 1500 chefs ZAP 1650 enseignants 22 responsables SR régions 113 responsables SR districts 3 formateurs par vague de 25 participants 1 agent administratif 1 chauffeur 5 jours de formation	Responsables formés	2017-2018	SSRA/DSFa/DSS / MJS / MEN transmettre l'approche jeune	MSANP PTF
			CD 2.5.1.4 Multiplier et distribuer le curriculum d'éducation sexuelle complète/SRA	Module de 50 pages 1 000 000 dépliant au format A4 Quadrichromie	Modules de formation et dépliant distribués	2017 2018	SSRA/DSFa MEN DCI MJS	MSANP PTF UNESCO UNFPA

2. Création de la demande (CD)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
			CD 2.5.1.5 Assurer le suivi des activités des enseignants formés	1500 missions de suivi 3 personnes 3 jours de chaque 10 litres de carburant par mission	Suivi réalisé	2019	SDSP/MEN	MEN MSANP PTF
		CD 2.5.2 Promouvoir l'utilisation des TIC pour sensibiliser les jeunes	CD 2.5.2.1 Réaliser des plaidoyers en direction de deux opérateurs de téléphonie mobile pour collaborer à la diffusion des messages sur la PF et à l'organisation d'un quiz sur la PF auprès des jeunes âgés de 15 à 19 ans	Multiplication en 100 exemplaires de documents de plaidoyer de 10 pages	Opérateurs mobile recrutés Plateforme numérique mobilisé	T2 2016	DSFa / SPF/PTF/MJS	UNFPA PTF
			CD 2.5.2.2 Mettre en place l'approche mHealth	Diffusion par SMS d'un message par mois, 11000 x 60 – 1 message par semaine ou 4 messages par mois	Types de messages transmis aux jeunes Nombre de SMS transmis aux jeunes	2017-2019	Mikolo MCSP	USAID

2. Création de la demande (CD)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
			CD 2.5.2.3 Organiser un atelier pour l'élaboration des messages et des quiz	<ul style="list-style-type: none"> - Per diem des facilitateurs (3) - Per diem du responsable administratif (1) Per diem du chauffeur (1) - Déplacement des facilitateurs (3) (carburant) - Per diem des participants (30) - Frais logistiques (location de 1 salle, restauration des participants et facilitateurs, responsable administratif) - Fournitures de bureau 	Atelier d'élaboration des messages et du quiz réalisé	T2 2016	SPF / opérateur mobile MCSP	SPF/ PTF/ONG
			CD 2.5.2.4 Réaliser un envoi périodique des messages PF par SMS au niveau des deux opérateurs durant 2 mois et ensuite réaliser le quiz	40 000 messages durant les 2 mois	Nombre de messages envoyés et quiz réalisés	T2, T3 2016	Opérateur mobile	MSANP HNI
			CD 2.5.2.5 Primer les 5 meilleurs scores	Primes pour 5 meilleurs jeunes	Nombre de jeunes primés	2017	Opérateur mobile et MSANP/ PTF	SSRA/SPF/PTF
			CD 2.5.2.6 Poursuivre l'opération en 2017 avec comme thème : mariage des enfants et grossesses précoces	Primes pour 5 meilleurs jeunes	Nombre de messages envoyés et quiz réalisés Nombre de jeunes primés	2017	Opérateur mobile et MSANP/ PTF	SSRA/SPF/PTF

2. Création de la demande (CD)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
			CD 2.5.2.7 Réaliser des sensibilisations durant la consultation	(Activité de routine)	40 000 personnes sensibilisées	2019	Personnel médical et sages-femmes OSTIE	OSTIE
CD 2.6 Promouvoir une planification familiale solidaire et citoyenne (PFSC) au niveau des zones d'implantation de 100 structures d'intervention du MPPSPF (foyers sociaux, Centre de promotion socioéconomique CPSE, Réseau de protection de l'Enfant RPE, villages communautaires...)	Les capacités techniques du personnel du MPPSPF sont renforcées à tous les niveaux en matière de leadership pour une planification familiale solidaire et citoyenne	CD 2.6.1 Identifier le personnel et ses besoins en formation	CD 2.6.1.1 Réaliser des enquêtes auprès des structures d'intervention du MPPSPF	100 missions d'enquête 3 agents 2 jours par mission 3000 litres de carburant total	Enquêtes réalisées Rapports des enquêtes produits	2016-2018	MPPSPF/Direction de la Solidarité et de la Responsabilité Citoyenne DSRC	MPPSPF PTF

2. Création de la demande (CD)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
		CD 2.6.2 Former le personnel	CD 2.6.2.1 Concevoir et produire les modules de formation des formateurs d'animateurs éducateurs	Curricula de formation de 60 pages pour 25 ex. Rames de papiers, blocs notes, stylos. Location salle de formation, fournitures de formation, sonorisation, déjeuners, pauses café, 25 vidéoprojecteurs, 25 ordinateurs portables, 200 clés USB, 25 caméras, 25 appareils photos Location de voitures, carburant, indemnités des formateurs et des participants (25 formateurs)	Modules de formation des formateurs d'animateurs éducateurs élaborés	2016	MPPSPF/DSRC	MPPSPF PTF
			CD 2.6.2.2 Tenir les sessions de formation pour les formateurs et pour les animateurs éducateurs	5 vagues de formation [3 facilitateurs, 25 participants formateurs, 100 participants animateurs – par formation] 5 jours de formation	Formateurs et animateurs éducateurs formés	2017	MPPSPF/DSRC	MPPSPF PTF

2. Création de la demande (CD)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
	Des espaces citoyens sur la planification familiale solidaire et citoyenne sont mis en place au niveau de 100 structures d'intervention du MPPSPF	CD 2.6.3 Opérationnaliser les 100 espaces citoyens	CD 2.6.3.1 Créer des groupes de citoyens engagés dans la PFSC	100 missions de création de groupes 3 missionnaires par mission 3 jours par mission Location 1 chapiteau Sonorisation 20 litres carburant par mission Fournitures de bureau pour 100 espaces 100 ordinateurs de bureau 100 vidéoprojecteurs, 100 lecteurs de disque dur, 100 caméras 100 appareils photos 1000 affiches 100 000 dépliants 100 000 flyers 2000 DVD 2000 CD 200 banderoles 400 roll-up 400 banderoles	Groupes de citoyens engagés	2017	MPPSPF/DSRC	MPPSPF PTF
			CD 2.6.3.2 Animer des rencontres et des séances de partage avec les citoyens (personnes âgées, personnes handicapées, femmes, etc.)	Activité de l'espace - pas de coût	Rencontres et séances de partage réalisées	2019	MPPSPF/DSRC	MPPSPF

2. Création de la demande (CD)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
			CD 2.6.3.3 Animer des séances de sensibilisation à l'endroit des groupes cibles du MPPSPF à l'occasion des journées thématiques (08 mars, 15 mai, 11 juillet...)	Activité de l'espace – pas de coût	Sensibilisation réalisées lors des journées thématiques Supports de sensibilisation distribués (dépliants, affiches, DVD, CD) Expo, <i>flash mob</i> , caravanes de solidarité, jeux de société, <i>road shows</i> organisés	2019	MPPSPF/DSRC	MPPSPF
			CD 2.6.3.4 Animer des rencontres solidaires et citoyennes inter-espaces	25 forums de 1 jour 2 facilitateurs par forum 40 participants par forum 2 jours de déplacement par forum Location de 8 cars par forum pour 3 jours 60 litres carburant par car par forum	Forums inter-espaces organisés	2019	MPPSPF/DSRC	MPPSPF

2. Création de la demande (CD)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
	Les citoyens sont sensibilisés à la PFSC grâce aux TIC (Internet, blog)	CD 2.6.4 Promouvoir l'utilisation des TIC pour sensibiliser les citoyens	CD 2.6.4.1 Former le personnel pour l'administration et la gestion du site web et des blogs au niveau national	1 formation de 5 jours en administration du site web pour 10 participants 50 missions de formation en administration du site web 3 facilitateurs par mission 7 jours par mission 250 litres de carburant par mission 25 personnes	Personnel formé	2017-2019	MPPSPF/DSRC	MPPSPF PTF
			CD 2.6.4.2 Créer le site web de la PFSC	Achat/dotation de serveurs pour 50 espaces	Site web et blogs opérationnels	2017-2018-2019	MPPSPF/DSRC	MPPSPF PTF

3. L'offre et l'accès aux services (OAS)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
OAS 3.1 Renforcement des compétences des prestataires de services en PF/SPSR, y compris la PF en post-partum immédiat, pour assurer la maîtrise technique et réduire les biais, la stigmatisation et la discrimination	Le plan de formation des agents de santé (y compris les nouveaux prestataires en PF) en PFI, en santé maternelle et néonatale et en SPSR sur base annuelle établi et appliqué	OAS 3.1.1. Élaborer le plan de formation des agents de santé (y compris les nouveaux prestataires) en PFI et en SPSR sur base annuelle	OAS 3.1.1.1 Réaliser un état des lieux des nouveaux agents et des formations en PFI	22 réunions de 3 jours pour 25 personnes	État des lieux des nouveaux agents et des formations en PFI réalisés	2017- 2018, 2019- 2020	Pools de formateurs DRSP et SDSP MCSP	USAID À mobiliser
			OAS 3.1.1.2 Élaborer le plan de formation des AS en PFI	1 réunion de 5 jours pour 30 personnes	Plan de formation des AS élaboré et mis en œuvre	2017	DSFa MCSP	USAID
	La planification familiale intégrée suivant le concept de planification familiale volontaire et basée sur les droits humains est appliquée au niveau de tous les points de prestation PF du secteur public et privé	OAS 3.1.2. Former les prestataires de PF en PFI selon le plan de formation	OAS 3.1.2.1 Organiser des sessions de formation pour les prestataires	5 prestataires des centres modèles de PF touchés par le Programme FISA- UNFPA, formés en PFI incluant les MLD (formation de 5 jours) - Atelier de 9 jours ouvrables, 12 participants, 3 formateurs, 3 encadreurs de stage/ session de formation, 600 prestataires formés en PFI, 9 jours de formation 230 pages au total	Prestataires formés en PFI (planification familiale intégrée)	2016 2017 2018 2019	DSFa FISA PSI MSM	UNFPA USAID PTF

3. L'offre et l'accès aux services (OAS)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
			OAS 3.1.2.2 Multiplier les documents de planification familiale intégrée : Manuel de référence, Cahier du participant, Guide du formateur	600 manuels de références distribués, 208 pages 600 cahiers du participant distribués, 103 pages 150 guides de formateurs distribués	Manuels de référence distribués Cahiers des participants distribués Guide des formateurs distribués	2016 2017 2018 2019 Durant les 4 années	DSFa FISA PSI	UNFPA USAID PTF
			OAS 3.1.2.3 Former les prestataires en PF sur la planification familiale intégrée	50 prestataires formés en PFI (25 participants par formation, 4 formateurs, 2 facilitateurs, 9 jours de formation, logistique de formation)	Prestataires formés	2017-2018	SALFA OSTIE (directeur technique)	OSTIE USAID À mobiliser
			OAS 3.1.2.4 Former les prestataires publics en FDF sur la planification familiale	10 participants 2 formateurs formation de 5 jours	Prestataires formés	2017	PSI	USAID
	Les compétences en PF post-partum immédiat des prestataires de PF, des sages-femmes et des infirmières sont améliorées	OAS 3.1.3. Former les médecins, les sages-femmes et les infirmières des services de maternité des hôpitaux en PFPPI. Former les formateurs en PFPPI.	OAS 3.1.3.1 Assurer la formation des prestataires en PFPPI.	700 personnes à former 25 par formation Formation de 5 jours (MCSP couvre 16 régions) - niveau régional	Sages-femmes et infirmières des services de maternité formées	T3, T4, 2016	Formateurs Régionaux et SDSP MCSP	USAID OMS PTF
			OAS 3.1.3.2 Multiplier les documents de formation	700 manuels de référence, cahiers des participants-60 pages 240 guides des formateurs multipliés-100 pages	Manuels et guides multipliés	T3, T4, 2016	Formateurs Régionaux et SDSP MCSP	USAID OMS À mobiliser

3. L'offre et l'accès aux services (OAS)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
			OAS 3.1.3.3 Multiplier les jobs aids (aide-mémoire)	365 job aids de 50 pages	Job aids multipliés	T3, T4, 2016 2017	Formateurs Régionaux et SDSP MCSP	USAID OMS À mobiliser
			OAS 3.1.3.4 Doter de kits DIUPP, kits insertion et retrait implant, kits DIU les services de maternité et post-avortement	742 kits PF en post-partum	Kits PF en post-partum acquis et répartis Formation sanitaire bénéficiant de kits PF du post-partum	T3-14 2016 2017	Formateurs régionaux et SDSP MCSP	USAID OMS À mobiliser
			OAS 3.1.3.5 Organiser des remises à niveau	6 vagues de formation de 3 jours 15 participants par vague 2 facilitateurs	37 sages-femmes 50 médecins formés	2017 et 2018	Direction technique OSTIE	OSTIE
OAS 3.2 Amélioration des curricula de formation initiale des paramédicaux et des médecins	Les compétences en DIUPP des étudiants des IFRP sont renforcées	OAS 3.2.1. Introduire dans le curriculum de formation des paramédicaux des IFIRP la PFPP (DIUPP) et la SPSR	OAS 3.2.1.1 Organiser un atelier d'amélioration des curricula de formation	1 atelier de 5 jours pour 30 personnes	- Module de formation en PFPP élaboré - Module de formation en SPSR élaboré - Nombre d'IFRP où la PFPP et la SPSR figurent dans le programme d'études	2017	DIFP, FACMED SFP/ DPLMT / UTGL MCSP	UNFPA USAID À mobiliser
			OAS 3.2.1.2 Former les formateurs des IFIRP sur la PFPP (DIUPP)	1 formation de 5 jours pour 20 participants	Formateurs IFIRP formés en PFPP (DIUPP)	2017	PSI	USAID

3. L'offre et l'accès aux services (OAS)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
OAS 3.3 Amélioration de l'accès aux services de SR/PF de qualité pour tous, y compris les groupes désavantagés, marginalisés et en milieu enclavé	Les FAP des zones enclavées et éloignées bénéficient d'un counseling PF et des méthodes contraceptives par l'intermédiaire des AC	OAS 3.3.1 Poursuivre le recrutement et la formation des AC dans les zones enclavées et éloignées des FS	OAS 3.3.1.1 Identifier les zones sans AC dans les régions d'intervention de FISA	10 missions 3 personnes par mission 10 jours par mission	Zones sans AC identifiés	2017- 2018 2019- 2020	FISA	UNFPA
			OAS 3.3.1.2 Former des AC en PF	60 AC dans le cadre du programme FISA-UNFPA 16 500 AC (Mikolo) 2 formateurs par formation 25 AC par formation Formation de 5 jours 16 500 AC dotés en kits PF : 1 parapluie, 1 lambaoany, 1 caisse métallique, 1 cartable	AC formés en PF	2017- 2018 2019- 2020	Mikolo FISA	USAID UNFPA
	Les CSB nouvellement réhabilités, ré-ouverts ou dépourvus de matériels SR et de kits PF disposent de plateaux techniques adéquats en SR/PF	OAS 3.3.2. Doter en plateaux techniques SR/PF et en personnel de santé formé en PFI, les CSB nouvellement réhabilités ou ré-ouverts	OAS 3.3.2.1 - Évaluer les besoins en kits et matériels PF	Évaluation lors de l'élaboration du PTA (activité de routine)	Besoins en kits évalués	2017	DSFa	UNFPA PTF
			OAS 3.3.2.2 Acquérir les kits et matériels PF	300 kits PF par an (balance pèse-personne, tensiomètre, stéthoscope)	Kits disponibles	2017-2020	DSFa	UNFPA PTF

3. L'offre et l'accès aux services (OAS)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
			OAS 3.3.2.3 Doter en kits et matériels PF les CSB nouvellement réhabilités ou ré-ouverts	100 CSB nouvellement réhabilités ou ré-ouverts dotés en kits PF : 1 tensiomètre, 1 stéthoscope, 1 balance pèse-personne	CSB dotés en kits PF	2017	DSFa	UNFPA PTF
			OAS 3.3.2.4 Doter en personnels formés en PFI les CSB nouvellement réhabilités ou ré-ouverts	MSANP Selon décision de la DRH	CSB dotés en personnel	2017	DSFa	UNFPA PTF
	Les services médico-sociaux des autres ministères disposent de plateaux techniques en SR/PF et des outils de communication en PF et dispensent des soins SR et de PF	OAS 3.3.3. Intégrer les soins en SR/PF parmi les activités de promotion et de soins des services médico-sociaux des autres ministères	OAS 3.3.3.1. Mener des activités de plaidoyer auprès des responsables des services médico-sociaux de 13 ministères (hormis les ministères des forces armées, de la sécurité et de la gendarmerie) pour obtenir l'intégration de la SR/PF parmi les activités de leur service	Atelier de plaidoyer, 1 jour par ministère, 13 SMS centraux 13 documents de plaidoyer multipliés, 20 pages par document	Nombre de SMS ayant des activités intégrées en SR/PF	2017 et 2018	SPF	MSANP
			OAS 3.3.3.2. Former en PFI les médecins et une paramédicale des 13 SMS (services médico- sociaux)	26 prestataires SMS centraux et 44 prestataires régionaux formés en PFI, 9 jours de formation	Nombre de médecins et paramédicaux formés	2017 - 2018	SPF	SPF/PTF

3. L'offre et l'accès aux services (OAS)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
			OAS 3.3.3.3. Doter en kits PF/DIU/ Implanon et en outils de gestion les SMS	35 kits PF 35 kits DIU 35 kits Implanon distribués (insertion et retrait)	Nombre de SMS dotés en kits PF/DIU/ Implanon et outils de gestion	2017 - 2018	SPF	SPF/PTF
			OAS 3.3.3.4. Assurer le suivi des activités de SR/PF des SMS.	70 suivis de 1 jour réalisés (rythme de suivi 2 fois par an)	Nombre de rapports d'activité envoyés	2017 - 2020	MSANP	MSANP
	Mettre en œuvre le système voucher pour les pauvres ¹⁷ , la stratégie de canalisation, la franchise sociale...) pour l'amélioration de l'accès de la population aux services de PF et une prestation dans tous les DS	OAS 3.3.4. Assurer la mise à l'échelle des mécanismes pour les familles pauvres pour l'amélioration de l'accès aux services de PF	OAS 3.3.4.1. Étendre le système voucher aux familles pauvres et aux jeunes au niveau des sites d'intervention des centres médicaux privés Bluestar et Top Réseau dans les 22 régions	N/A	- Nombre de cabinets médicaux (Top réseau et Bluestar) des 22 régions appliquant le système voucher pour les pauvres et les jeunes	T2, T3, T4, T1, T2, T3, T4	ONG	ONG
			OAS 3.3.4.2 Mener des activités d'extension du nombre des CSB labélisés CSB Star offrant des services de courte et longue durée	500 prestataires formés en PF de courte et longue durée 5 jours de formation 25 participants par vague 3 formateurs	500 CSB labélisés CSB Star	2016-2020	MSM	MSM

¹⁷ Le système Voucher est une initiative qui consiste à distribuer des bons de soins à une certaine catégorie de population (jeunes, pauvres,...). Ces bons leur permettent de bénéficier gratuitement de soins au niveau des hôpitaux ou des centres de santé publics ou privés.

3. L'offre et l'accès aux services (OAS)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
			OAS 3.3.4.3. Intensifier le système voucher au profit des femmes et des jeunes à Antananarivo et dans les grandes villes du pays avec la collaboration des centres médicaux Top Réseau	Voucher pour MCD chez les jeunes Voucher pour MLD (DIU et IMPLANT) chez les femmes de 15-49 ans	Centres Top Réseau appliquant le système voucher pour les femmes et les jeunes	2016-2019	PSI	USAID
			OAS 3.3.4.4. Augmenter le nombre de communes ayant des CSB devenus points de prestation en MLD et méthodes permanentes par les équipes mobiles de MSM	1250 prestataires à former 25 par vague 5 jours de formation 4 facilitateurs	1250 CSB points de prestation MLD	2016-2020	MSM	MSM
	Les formations sanitaires publiques et privées sont labélisées « centres modèles PF »	OAS 3.3.5 Mettre en place des centres modèles PF (Structures qui reflètent les meilleures pratiques). Pour fournir un modèle de normes de qualité, doit remplir un certain nombre de critères en termes d'offre, de disponibilité de ressources, d'adéquation et de convivialité de l'environnement, et de mise en place d'un système d'information	OAS 3.3.5.1 Réaliser un état des lieux des centres modèles en PF à mettre en place	Indemnités de 3 personnes pour 10 jours Carburant 300 litres	Centres modèles identifiés	2016-2020	DSFa FISA	UNFPA
			OAS 3.3.5.2 Réhabiliter les centres modèles PF	50 centres réhabilités	Centres réhabilités	2016-2020	DSFa FISA	UNFPA

3. L'offre et l'accès aux services (OAS)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
			OAS 3.3.5.3 Équiper les centres modèles PF	100 Implanon, kits insertion et retrait DIU, stérilisateur matériels audio-visuels Supports de gestion et de CCC, mobiliers (par centre pour 50 centres)	Centres équipés	2016-2020	DSFa FISA	UNFPA
			OAS 3.3.5.4 Orienter l'équipe du centre sur le concept de centre modèle PF et le rôle du staff	Mission de 1 jour par centre, per diem 2 personnes, carburant 300 litres	Équipes des centres maîtrisant le concept et les rôles	2019	DSFa FISA	UNFPA
			OAS 3.3.5.5 Former le personnel du centre en PFI et techniques de communication	2 formateurs 100 participants 4 formations de 3 jours	Personnel des centres formés	2019	DSFa FISA	UNFPA
			OAS 3.3.5.6 Assurer le suivi de la performance des centres modèles PF	3 personnes 1 jour par centre par an pour 4 ans, pour 50 centres Carburant 300 litres par an pour 4 ans	Suivi de performance réalisé	2016, 2017, 2018, 2019	DSFa FISA	UNFPA

3. L'offre et l'accès aux services (OAS)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
	Les FAP, lors des cataclysmes naturels, ont accès à des services de PF et aux contraceptifs	OAS 3.3.6. Assurer l'offre de services de PF au niveau de zones sinistrées lors des cataclysmes naturels	OAS 3.3.6.1 Acquérir les kits PF d'urgence et réaliser des prestations mobiles	524 descentes pour des prestations mobiles réalisées 3 personnes par descente de 3 jours 100 litres par descente (156 communes et 312 fokontany touchés) 15 prestations mobiles en services intégrés en PF/IST-VIH/VBG dans le cadre du programme FISA-UNFPA	Kits de PF d'urgence acquis Produits contraceptifs distribués aux sinistrés selon le cas	2017- 2018 2019- 2020	FISA BNGRC/ MSANP/ PTF/ONG/SDSP/ CSB	IPPF UNFPA
OAS 3.4 Renforcement de l'offre de services intégrés de PF	Au niveau des FS, les femmes enceintes, les parturientes, les accouchées et les femmes ayant avorté récemment bénéficient des conseils en PFPI et/ou des interventions en PFPI	OAS 3.4.1. Intégrer de façon systématique des conseils de PFPP dans les services de CPN	OAS 3.4.1.1 Élaborer des supports de communication	1 000 000 supports de 1 page (carte BCS+) 135 tablettes 1000 livrets de femme de 10 pages	Supports de communication en PFPP diffusés	2016 2017 2018 2019	DRSP/SDSP MCSP	USAID À mobiliser

3. L'offre et l'accès aux services (OAS)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
		OAS 3.4.2. Intégrer des conseils et des interventions de PFPP pendant l'accouchement, la délivrance, les soins post-avortement et dans les services de consultation post-natale (CPoN)	OAS 3.4.2.1. Former en counseling PF et en méthodes contraceptives les personnels de santé	7000 personnes 25 par formation 5 jours de formation 4 formateurs 1600 kits PF 200 kits DIU 480 kits Implanon	Personnels de santé formés en counseling	2017- 2018, 2019- 2020	DRSP/SDSP MCSP	USAID À mobiliser
	Au niveau des FS, les femmes ayant avorté bénéficient des services de soins après avortement de qualité, y compris des conseils en PF post avortement	OAS 3.4.3. Intégrer de façon systématique le traitement d'urgence (counseling), la PF post-partum, la référence SR des services de soins post-avortement	OAS 3.4.3.1 Prendre en charge les femmes ayant avorté récemment	N/A	Femmes vues en CPN, accouchées ou en post-abortionum bénéficiant de conseils ou services de PFPP/PFPPI	2016-2020	SPF/ DRSP Personnel de santé PSI	MSANP
	Les FAP fréquentant les services SR tels que le PEV, la PTME, la surveillance nutritionnelle, la PCIME, le CRENI, bénéficient des conseils en PF et des services de PF	OAS 3.4.4. Intégrer des conseils et des soins de PF dans les autres services SR (PEV, PTME, surveillance nutritionnelle, PCIME, CRENI)	OAS 3.4.4.1. Former en counseling PF et en méthodes contraceptives les personnels de santé et doter de kits PF, kits DIU, kits Implanon et produits PF les services de maternité et services de soins après avortement	2 800 personnes à former en counseling PF, 5 jours de formation 100 DIU, 600 kits retraits Implanon par an	Nombre de personnels de santé formés Nombre de services dotés en kits PF et kits DIU	2016 2017 2018 2019 2020	SPF	MSANP À mobiliser

3. L'offre et l'accès aux services (OAS)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
			OAS 3.4.4.2. Prendre en charge les nouvelles clientes selon la méthode choisie	Nouvelles clientes prises en charge (activité de routine)	Nombre de nouvelles clientes, femmes accouchées ou en post-abortum bénéficiant de conseils ou services de PFPI	2016 2017 2018 2019 2020	SPF	MSANP À mobiliser
	Des services en PF sont intégrés dans le paquet d'activités des AC œuvrant dans d'autres domaines de santé communautaire (Nutrition, paludisme, PCIMEC...)	OAS 3.4.5. Intégrer des activités de PF dans le paquet d'activité des AC des centres communautaires (paludisme, surveillance nutritionnelle, en PCIMEC, IST/VIH/SIDA)	OAS 3.4.5.1 Former les AC en PF	7500 AC 5 jours de formation 25 par vague 3 formateurs	AC formés en PF	2016-2017	Mikolo	USAID
			OAS 3.4.5.2 Former des AC performants en PCIMEC en PF	114 ASBC 16 500 AC à former en PF 5 jours de formation 25 par vague 3 formateurs	AC des centres communautaires formés en PF	2017- 2018 2019- 2020	SPF/ DRSP/ SDSP FISA	MSANP UNFPA À mobiliser

3. L'offre et l'accès aux services (OAS)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
	Les femmes ayant subi une réparation de fistule obstétricale ou une césarienne bénéficient des conseils en PF et de services de PF	OAS 3.4.6 Dispenser des conseils et des services PF auprès des femmes ayant subi une réparation de fistule obstétricale ou une césarienne	OAS 3.4.6 .1 Dispenser des conseils et des services PF auprès des femmes ayant subi une réparation de fistule obstétricale ou une césarienne	Femmes ayant subi une réparation de fistule obstétricale recevant des conseils et services PF (activité de routine)	<p>Nombre de services de chirurgie offrant des conseils et des services de PF aux femmes ayant subi une réparation de FO</p> <p>Nombre de femmes réparées d'une fistule obstétricale bénéficiant de conseils ou services de PF</p>	2016 2017 2018 2019	SPF/ DRSP/ SDSP	MSANP

3. L'offre et l'accès aux services (OAS)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
OAS 3.5 Promotion et mise à l'échelle des méthodes de longue durée et de nouvelles méthodes contraceptives (y compris la contraception d'urgence et le DIU hormonal)	Les FAP bénéficient des nouveaux produits contraceptifs tels que le Sayana Press au niveau communautaire, des sites PF et des zones de marketing social, et de l'Implanon NXT au niveau des sites Implanon des FS publiques et privées, et du DIU au niveau des FS publiques et privées	OAS 3.5.1. Introduire les nouveaux produits (Sayana Press et l'Implanon NXT au niveau des FS, DIU hormonal) au niveau des sites pilotes	OAS 3.5.1.1 Former les agents de santé en PFI incluant l'insertion et le retrait de l'Implanon NXT, DIU hormonal et utilisation du Sayana Press	2 600 formations sanitaires disposant de Sayana Press 21 centres Top Réseau offrant le DIU hormonal, Former 26 prestataires en DIU hormonal en 3 jours 1 évaluation d'introduction de Sayana Press (travaux de consultant de 30 jours) 1 évaluation d'introduction d'Implanon NXT (travaux de consultant de 30 jours)	Agents formés en PFI incluant l'insertion de l'Implanon NXT, DIU hormonal et l'utilisation du Sayana Press Evaluations de l'introduction de l'Implanon NXT et du Sayana Press réalisées Sites Top réseau et publics octroyant le DIU hormonal	2017	DSFa PSI	UNFPA USAID PTF
OAS 3.6 Collaborer avec le MSANP et les partenaires pour incorporer les services amis des jeunes dans leur programmation	Le MSANP et ses partenaires disposent des outils CCC PF harmonisés et mis à jour et incorporent les services amis des jeunes dans leur programmation	OAS. 3.6.1 Incorporer les services amis des jeunes dans la programmation en matière de planification familiale	OAS 3.6.1.1 Présenter aux partenaires les faits autour de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et les rôles joués par les prestataires de services dans l'atteinte des objectifs en vue d'une prise de conscience collective	3 réunions de 2 jours pour 30 personnes	Présentation aux partenaires faite	2017	MCSP	USAID

3. L'offre et l'accès aux services (OAS)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
			OAS 3.6.1.2. Mettre en œuvre une recherche sur les facteurs influençant l'utilisation des services au niveau des jeunes parents	1 consultant pour 30 jours	Mise en œuvre de la recherche sur les jeunes parents	2017	MCSP	USAID
			OAS 3.6.1.3 Mettre en œuvre un projet pilote en santé de la reproduction des adolescents (ARH) dans 1 ou 2 régions après l'étude ASRH (Groupe stratégique de soutien jeunes mères/jeunes parents)	Activités du projet	Projet pilote opérationnel	2017	MCSP	USAID
			OAS 3.6.1.4 Mettre à échelle dans 4 régions					

3. L'offre et l'accès aux services (OAS)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
OAS 3.7 Renforcement des stratégies de communication en direction des jeunes	Les jeunes et les adolescents fréquentant les CSB amis des jeunes, les réseaux de services « Amis des jeunes », les maisons des jeunes, les espaces jeunes et les coins jeunes, sont conscients des avantages de la SR/PF et des dangers liés à la grossesse précoce et adoptent des comportements sains	OAS 3.7.1 Mettre en œuvre des activités d'IEC/CCC intégrées (PF/IST /VIH/ VBG, prévention des grossesses précoces) au niveau des CSB Amis des jeunes, des Maisons des jeunes et des centres amis des jeunes	OAS 3.7.1.1 Former les chefs CSB et les animateurs des maisons des jeunes, espaces jeunes, coins jeunes en IEC/CCC intégrées et les pairs éducateurs	<p>800 JPE 20 JPE par formation 3 formateurs par formation 5 jours de formation</p> <p>Dans les 22 régions et 30 districts et dans 440 Espaces Jeunes au niveau des communes rurales</p> <p>650 chefs CSB 20 par formation 3 formateurs par formation 5 jours de formation</p> <p>400 animateurs 20 par formation 3 formateurs par formation 5 jours de formation</p> <p>45 responsables maisons des jeunes 100 animateurs jeunes dans les Espaces Jeunes – indemnités pour 5 jours</p>	Chefs CSB, pairs éducateurs et animateurs formés	Jusqu'à 2019 À partir de 2017, T2	SDSP/ SSRA/ SPF /Programme Santé des jeunes MJS	PTF UNFPA

3. L'offre et l'accès aux services (OAS)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
			OAS 3.7.1.2 Doter les CSB amis des jeunes, centres amis des jeunes en outils de CCC intégrées	4000 supports IEC/CCC intégrées,- 3 types d'affiches et 3500 exemplaires 10 000 outils de gestion, supports de communication	CSB amis des jeunes, centres des jeunes dotés en outils d'IEC/CCC intégrées	2017-2018	SSRA /Programme Santé des jeunes MJS MCSP + MJS	MSANP USAID PTF UNFPA UNICEF à voir car ils vont développer un programme jeunes pour 2017-2021
			OAS 3.7.1.3 (a) Mettre en place 440 Espaces Jeunes dans le monde rural Mener des activités de CCC intégrées au niveau des CSB amis des jeunes et centres des jeunes	Indemnités 800 JPE pour 200 jours 650 Chefs CSB 200 jours 400 animateurs 200 jours	Activités IEC/CCC intégrées réalisées	2016- 2020	Chefs CSB, pairs éducateurs et animateurs MJS	MSANP
	Des réseaux de services « Amis des jeunes » (Maisons des jeunes (MJS), centres Amis des jeunes des ONG, coins et kiosques pour jeunes) sont créés et mis aux normes en matière d'IEC/CCC	OAS 3.7.2 Créer des nouveaux Espaces jeunes, des nouveaux centres amis des jeunes, coins et kiosques des jeunes	OAS 3.7.2.1 Élaborer un curriculum de formation	Atelier de 5 jours pour 30 personnes 138 documents de curriculum de formation en SRA de 100 pages	Curriculum élaboré	2016,2017	SSRA MJS ONG	PTF

3. L'offre et l'accès aux services (OAS)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
			OAS 3.7.2.2 Valider les curricula de formation	- Logistique d'un atelier de validation - mise à jour des Curricula de formation en SRA pour 20 participants - Multiplication de documents de Curriculum de formation en SRA (130 pages) en 1 500 exemplaires	Curricula de formation en SAJ/Approche jeune mis à jour	T3, T4 2016	SSRA/DSFa	SSRA/PTF
	25% des CSB publics de chaque district sanitaire sont transformés en CSB « Ami des Jeunes » et mis aux normes en matière d'IEC/CCC	OAS 3.7.3 Transformer des CSB2 des 113 DS en CSB Amis des jeunes Paravent pour confidentialité	OAS 3.7.3.1 Identifier des CSB à transformer en CSB Amis des jeunes (salle pour accueil des jeunes, personnel de santé suffisant, ...)	Étude de rapport d'activité et états des lieux (activité de routine)	Nombre de CSB identifiés	Année 2017 Année 2018 Année 2019 Année 2020	SDSP/ DRSP MCSP	MSANP USAID UNFPA (déjà prévu dans le PTA MJS)
			OAS 3.7.3.2 Effectuer des petites réhabilitations et doter en matériels audio-visuels et mobiliers les 113 CSB sélectionnés	- Frais de réhabilitation des centres sélectionnés - transformation d'une salle - Achat matériels audio-visuels et mobiliers pour les centres sélectionnés : télévision, lecteur CD	Nombre de petites réhabilitations réalisées Nombre de CSB dotés en matériels et en mobiliers	Année 2017 Année 2018 Année 2019 Année 2020	DRSP/ SSRA	MSANP/ PTF

3. L'offre et l'accès aux services (OAS)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
			OAS 3.7.3.3 Former des formateurs en SRA/approche jeune	135 participants 9 administratifs 27 formateurs 9 chauffeurs 25 participants par vagues 5 jours par vague 120 litres carburants par vagues	Formateurs en SRA/Approche jeune opérationnels	Année 2017 Année 2018 Année 2019 Année 2020	SSRA/DSFa	MSANP PTF

3. L'offre et l'accès aux services (OAS)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
			OAS 3.7.3.4 Former les personnels de santé en IEC/CCC en PF et en approche jeune	<ul style="list-style-type: none"> - Multiplication de 520 exemplaires de documents : IEC/CCC en PF (80 pages) et en approche jeunes (140 pages), outils de gestion (30 pages), supports de communication (5 200 affiches) - Per diem des 105 facilitateurs (3j) Per diem des 35 chauffeurs (3j) - Déplacement des facilitateurs (carburant) - Per diem des 520 participants des 113 districts des 22 régions - Frais logistique 35 vagues de formation (location de salle, restauration des participants et facilitateurs, responsable administratif) - Fournitures de bureau pour 700 personnes 	Nombre de formations réalisées	Année 2017 Année 2018 Année 2019 Année 2020	DRSP/ SSRA/SPF	Cf formation en PFI
			OAS 3.7.3.5 Former 5200 JPE de CSB amis des jeunes nouvellement créés (10 JPE/CAJ)	5200 JPE à former pendant 5 jours	JPE formés	Année 2017 Année 2018 Année 2019 Année 2020	SSRA/DSFa	MSANP PTF

3. L'offre et l'accès aux services (OAS)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
			OAS 3.7.3.6 Mener des activités d'information sur les activités des CSB amis des jeunes auprès de la communauté en particulier les jeunes	<ul style="list-style-type: none"> - Per diem des 3 formateurs : 1 Responsable SR DRSP, 2 du SDSP - 2 jours -Frais de déplacement des formateurs -Per diem et frais de déplacements des 5200 JPE - Frais logistique (location d'une salle, restauration des 5200 participants et 03 facilitateurs - Fournitures de bureau et matériels didactiques - Multiplication de 5200 supports de formations. 	Nombre de séances d'information réalisées	Année 2017 Année 2018 Année 2019 Année 2020	Personnel de santé Chef CSB amis des jeunes, AC, JPE	MSANP
			OAS 3.7.3.7 Assurer les activités d'IEC/CCC et de soins PF au niveau des CSB amis de jeunes	Activités de CCC et de soins PF réalisées au niveau des CSB amis des jeunes (activité de routine)	Nombre de rapports d'activités envoyés	Année 2017 Année 2018 Année 2019 Année 2020	Chef CSB amis des jeunes	MSANP

3. L'offre et l'accès aux services (OAS)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
OAS 3.8 Renforcement des capacités des AC, des MS ladies, des pairs éducateurs, des conseillères en PF, des prestataires PF en IEC/CCC, en communication interpersonnelle et selon l'approche droits, pour améliorer l'accès des couples et des individus à des informations adaptées et aux services PF intégrant la PFPPI.	Les AC des 113 districts sanitaires sont formés au paquet d'activités communautaires (PAC) et disposent du guide PAC	OAS 3.8.1 Poursuivre la formation en PAC des AC au niveau des 113 districts et les doter de guides PAC Mikolo dans 43 districts des 8 régions (AtsimoAndrefana, VatovavyFitovinany, Haute Matsiatra, Amoron'Imania, Vakinankaratra, Analamanga, Alaotramangoro, Atsinanana)	OAS 3.8.1.1 Recenser les AC à former en PAC	40 pairs éducateurs (Jeunes, Jeunes mères/UR PF) formés	Jeunes pairs éducateurs formés	T4 2016 T1 2017	SSC/DDS FISA Mikolo PSI MSM MAHEFA Miatrika	MSANP UNFPA USAID PTF
			OAS 3.8.1.2 Élaborer le guide PAC	SMNE 150 pages PF : 75 pages IEC CCC : 150 pages Job aids : 50 pages 1 réunion, 30 personnes	Guide PAC élaboré	T4 2016 T1 2017	SSC/DDS	MSANP UNFPA USAID PTF
			OAS 3.8.1.3 Multiplier le guide PAC	17 540 exemplaires	Nombre de guides PAC distribués	T1 2017	SSC/DDS	MSANP UNFPA USAID PTF
			OAS 3.8.1.4 Former les formateurs (EMAR EMAD, Chefs CSB et ONG)	8 personnes x113 districts 5 jours	Formateurs formés	2017	Mikolo	USAID
			OAS 3.8.1.5 Former les AC selon les thèmes qui leur sont destinés, chaque AC devant être formé en IEC CCC	5 jours de formation des AC 7500 AC formés en PAC	7500 AC formés en PAC (y compris IEC/CCC et approche Droits)	2017	Mikolo	USAID

3. L'offre et l'accès aux services (OAS)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
			OAS 3.8.1.6 Évaluer la formation	7500 exemplaires	Rapport d'évaluation de la formation disponible	2017	Mikolo	USAID
			OAS 3.8.1.7 Former en IEC/CCC et en approche Droits des prestataires PF, ASBC, MS ladies, conseillères en PF, pairs éducateurs nouvellement recrutés et ceux en fonction actuellement.	<p>56 ASBC à former (30 participants par formation, 4 formateurs, 2 facilitateurs, 5 jours de formation, logistique de formation)</p> <p>450 agents formés (24 participants par formation, 4 formateurs, 2 facilitateurs, 5 jours de formation, logistique de formation)</p> <p>328 participants (50 prestataires, 68 C PF, 210 JPE) => - 25 participants par formation - 4 formateurs par formation 5 jours par formation</p>	Prestataires PF, ASBC, MS ladies, conseillères en PF, pairs éducateurs formés	2016-2018	DSFa FISA SALFA PSI ONG MSM	UNFPA USAID IPPF PTF

4. Sécurisation des produits (SP)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
SP 4.1 Renforcement des capacités de stockage en produits SR/PF à tous les niveaux	Au moins 25 magasins de stockage (PhaGDis, unités de pharmacie) des intrants de santé, y compris les produits gratuits de SR/PF, bénéficient d'une réhabilitation et d'une mise aux normes des plateaux techniques	SP 4.1.1. Procéder à la réhabilitation des magasins de stockage des PhaGDis et des unités de pharmacies et les doter de plateaux techniques adéquats	SP 4.1.1.1 Faire un état des lieux des infrastructures	113 missions 4 personnes 4 jours par mission 60 litres de carburant par mission	Antennes régionales ayant une capacité de stockage suffisante identifiées	2017, 2018, 2019, 2020	DPLMT	MSANP PTF
			SP 4.1.1.2 Effectuer la réhabilitation/Extension selon les résultats de l'état de lieu	60 magasins de stockage pour réhabilitation ou extension - pour la PF	Magasins réhabilités/étendus	2017-2020	DPLMT	MSANP PTF
			SP 4.1.1.3 Organiser le contrôle et la réception des travaux	60 missions 4 personnes 4 jours par mission 60 litres de carburant par mission	Réception des travaux effectués	2017, 2018, 2019, 2020	DPLMT	MSANP PTF
	Les magasins de stockage des intrants de santé des PhaGCom sont progressivement mis aux normes par le MSANP, les DRSP ou les communes	SP 4.1.2. Mettre aux normes techniques les magasins de stockage des PhaGCom	SP 4.1.2 1 Doter des matériels techniques de mise aux normes les magasins de stockage des PhaGCom	Matériels pour 2500 PhaGCom : Étagère 2,10m X 4 m, en bois dur (Varongy), table en pin, chaise en pin	Magasins de stockage de PhaGCom mis aux normes	2017, 2018, 2019, 2020	DPLMT	MSANP PTF
	50% des communes disposent de points d'approvisionnement communautaires en intrants SR/PF	SP 4.1.3. Doter les communes de points d'approvisionnement communautaires en intrants SR/PF	SP 4.1.3.1 Construire des points d'approvisionnement pour la PF	800 constructions ; paye la moitié (pas seulement pour la PF)	Points d'approvisionnement créés	2017- 2020	DPLMT	MSANP PTF

4. Sécurisation des produits (SP)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
SP 4.2. Renforcement des capacités opérationnelles de l'UTGL	Les compétences des chefs CSB, des dispensateurs, des gestionnaires des PhaGDis et des unités de pharmacie en gestion logistique des intrants SR/PF sont renforcées avec l'appui de l'UTGL	SP 4.2.1. Doter l'UTGL en locaux, en matériels de bureau, en matériels informatiques et mise en place d'un budget de fonctionnement	SP 4.2.1.1 Former des membres de l'UTGL aux techniques de gestion de programme	Formation de 5 jours 25 participants 3 formateurs	Membres de l'UTGL formés	2017	DPLMT	MSANP PTF
			SP 4.2.1.2 Doter l'Unité Technique de Gestion des Intrants de Santé (UTGL) de matériels de bureaux, matériels informatiques et d'un budget pour son fonctionnement	Matériels de bureaux Matériels informatiques	UTGL dotée d'un local et en matériels	2017	DPLMT	MSANP PTF
		SP 4.2.2 Doter les PhaGDis, les PhaGCom et les unités de pharmacie d'outils de gestion suffisants en SIGL	SP 4.2.2.1 Multiplier les outils de gestion	1 000 000 x 1 page photocopies	Outils de gestion multipliés	2017	DPLMT	MSANP PTF
SP 4.3 Renforcement des compétences en SIGL des responsables SPSR à tous les niveaux.	Les compétences en SIGL (amélioration de la qualité des données ainsi que de la promptitude et de la complétude des rapports et des bons de commandes) des décideurs (22 DRSP) et des médecins inspecteurs des 113 DS sont améliorées	SP 4.3.1. Réaliser des sessions de recyclage des décideurs des DRSP et des médecins inspecteurs en SIGL	SP 4.3.1.1 Former les décideurs (22 DRSP) et des médecins inspecteurs des 113 DS en SIGL	Formation de 5 jours 135 participants 5 vagues de formation 3 formateurs par formation 120 litres de carburant par vague	DRSP et MI formés en SIGL	2017, 2018	DPLMT	MSANP PTF

4. Sécurisation des produits (SP)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
	Les chefs CSB, les dispensateurs des PhaGCom, les gestionnaires des PhaGDis et des unités de pharmacie, les responsables FANOME des DS bénéficient d'une supervision formative de la part de l'UTGL et des gestionnaires des intrants de santé des DRSP	SP 4.3.2. Réaliser des supervisions formatives de la part de l'UTGL et des gestionnaires des intrants de santé des DRSP	SP 4.3.2.1 Superviser les chefs CSB, les dispensateurs des PhaGCom, les gestionnaires des PhaGDis et des unités de pharmacie, les responsables FANOME des DS	800 missions de supervision 4 personnes par mission Mission de 3 jours 135 ex. de guides de 40 pages	Missions de supervision réalisées	2016, 2017, 2018, 2019, 2020	UTGL DPLMT	MSANP PTF
SP 4.4 Vulgarisation du logiciel CHANNEL	Les points focaux Channel des 109 districts sanitaires, des 22 DRSP et des 68 unités de pharmacie des hôpitaux disposent d'ordinateurs performants et pourvus du logiciel CHANNEL	SP 4.4.1. Doter en ordinateurs performants les points focaux CHANNEL des 109 SDSP, des 22 DRSP et des 68 unités de pharmacies des hôpitaux	SP 4.4.1.1 Créer une unité de collecte de données au sein de l'UTGL	Mise en place d'équipements de bureau et informatiques de 4.4.1.2	Unité de collecte opérationnelle	T3, T4, 2016, T2 T3 2017	DPLMT UNFPA	MSANP UNFPA
			SP 4.4.1.2 Doter les structures de gestion logistique des périphéries en matériels et équipements de bureau et informatiques	199 ordinateurs performants avec logiciel Channel, payer 30%	Points focaux Channel dotés d'ordinateurs	2016 et 2017	DPLMT	MSANP PTF

4. Sécurisation des produits (SP)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
	Les compétences en utilisation du logiciel CHANNEL des agents de santé du niveau central, des districts et des régions sont renforcées	SP 4.4.2. Former 280 agents de santé du niveau central, des régions et des districts en SIGL et en utilisation de la nouvelle version du logiciel CHANNEL	SP 4.4.2. 1 Former et superviser les 280 agents de santé du niveau central, des régions et des districts en SIGL et en utilisation de la nouvelle version du logiciel CHANNEL	FDF de 5 jours en 2 vagues pour 40 formateurs/superviseurs centraux 5 formateurs 5 jours de formation de 10 vagues de 20 personnes 4 formateurs par vague 120 litres de carburant par vague	Agents de santé formés en SIGL et en CHANNEL	2016, 2017	UTGL DPLMT	MSANP PTF
	Outils de gestion pour les PhaGCom, les PhaGDis et les unités de pharmacies multipliés et distribués pour alimenter les bases de données CHANNEL	SP 4.4.3. Doter les CSB et les PhaGCom, les PhaGDis, les unités de pharmacies en outils de gestion pour alimenter les bases de données Channel	SP 4.4.3.1 Dupliquer et acheminer les outils de gestion	1 000 000 copies de 1 page	Outils de gestion distribués	T4 2016	DPLMT	MSANP PTF

4. Sécurisation des produits (SP)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
	Les compétences en SIGL des décideurs des DRSP et des MI sont améliorées	SP 4.4.4. Renforcer les capacités des décideurs en techniques de supervision Channel	SP 4.4.4.1 Former les décideurs (22 DRSP) et des médecins inspecteurs des 113 DS en techniques de supervision Channel	FDF de 5 jours en 2 vagues pour 44 formateurs/superviseurs centraux 5 formateurs 5 jours de formation de 7 vagues de 20 personnes 4 formateurs par vague 120 litres de carburant par vague 135 ex. de guides de 40 pages	Décideurs formés en techniques de supervision	2016, 2017	UTGL DRSP DPLMT	MSANP PTF
	Les utilisateurs du CHANNEL à tous les niveaux bénéficient d'une supervision formative par les membres de l'UTGL	SP 4.4.5. Organiser des missions de supervision formative auprès des utilisateurs du CHANNEL	SP 4.4.5.1 Superviser les utilisateurs du CHANNEL à tous les niveaux (régions, districts)	7 missions de 7 jours 4 personnes par mission 120 litres de carburant par mission	Utilisateurs de Channel supervisés	2017 et 2018	UTGL DPLMT	MSANP PTF
SP 4.5 Renforcement du mécanisme d'approvisionnement et d'achat des produits SR/PF à tous les niveaux du système	L'intégration des intrants de santé dans un unique système d'approvisionnement est mise en place grâce à la mise en œuvre du PAIS 2017-2020	SP 4.5.1. Élaborer le plan d'action pour l'intégration des intrants de santé 2017-2020 et mettre en œuvre le Plan opérationnel 2017-2018	SP 4.5.1.1 Recruter un consultant pour l'élaboration du Plan d'action pour l'intégration des intrants de santé 2017-2020	1 consultant pour 20 jours	Consultant recruté	T4 2016	DPLMT et autres Directions concernées par le PAIS	MSANP PTF
			SP 4.5.1.2 Réaliser des ateliers d'élaboration de Plan d'action pour l'intégration des intrants de santé 2017-2020 et mettre en œuvre les plans opérationnels 2017-2020	4 ateliers de 3 jours pour 30 personnes par an	PAIS élaboré et Plan opérationnel élaboré et mis en œuvre	2017-2020	DPLMT et autres Directions concernées par le PAIS	MSANP PTF

4. Sécurisation des produits (SP)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
	Une bonne estimation des besoins en intrants SR du niveau intermédiaire est réalisée grâce au manuel de quantification des besoins en intrants SR	SP 4.5.2. Procéder à une large diffusion du manuel opérationnel de quantification des besoins en intrants SR	SP 4.5.2.1 Réaliser des ateliers de formation sur l'estimation des besoins en intrants SR du niveau intermédiaire	22 ateliers de 3 jours pour 25 personnes	SDSP disposants du manuel de quantification des besoins en intrants SR	2016, 2017	SPF DSFa	MSANP PTF
		SP 4.5.3. Mener des missions de clarification du manuel de quantification des intrants SR au niveau des DRSP et des DS	SP 4.5.3.1 Clarifier le manuel de quantification des intrants SR au niveau des DRSP et des DS	7 missions de 7 jours 4 personnes par mission 120 litres de carburant par mission	Missions de clarification du manuel réalisées	2017 et 2018	UTGL SPF DSFa	MSANP PTF
	L'achat des produits SR/PF est réalisé par le MSANP et les PTF	SP 4.5.4. Estimer les besoins en produits SR et procéder à l'achat des produits SR au niveau national	SP 4.5.4. 1 Réaliser des ateliers d'estimation des besoins en intrants SR du niveau intermédiaire	1 atelier de 3 jours par région (22 régions) par an pour 20 personnes	Besoins en intrants SR estimés	2016-2020	DSFa DRSP	MSANP USAID UNFPA PTF
			SP 4.5.4. 2 Réaliser des ateliers d'estimation des besoins en intrants SR du niveau national	2 ateliers de 4 jours par an pour 40 personnes	Besoins en intrants SR estimés	2016-2020	DSFa Tous les partenaires	MSANP USAID UNFPA PTF
SP 4.6. Amélioration du système actuel d'approvisionnement en produits SR/PF de la centrale d'achat aux CSB	Les intrants SR/PF sont acheminés vers la PhaGDis sans aucune contrainte financière	SP 4.6.1. Mettre en place un système de financement pérenne des transports des produits SR/PF de la centrale d'achat à la PhaGDis	SP 4.6.1. 1 Organiser un atelier sur le système de financement pérenne des transports des produits SR/PF de la centrale d'achat à la PhaGDis	1 atelier de 5 jours pour 40 personnes	Besoins financiers pour les transports des produits SR/PF estimés Prise en charge des frais sur crédit SPSR réalisée	T4 2016	DPLMT SALAMA	MSANP PTF

4. Sécurisation des produits (SP)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
			SP 4.6.1. 2 Effectuer des plaidoyers sur le système de financement pérenne des transports des produits SR/PF de la centrale d'achat à la PhaGDis	Déplacement (à Antananarivo) pour 4 personnes, 1 voiture, carburant 10 litres, pas d'indemnités	Plaidoyer réalisé	2016	DPLMT	MSANP
			SP 4.6.1.3 Acheminer les intrants vers les structures périphériques	Déplacements	Intrants livrés aux PhaGDis	2016-2019	SALAMA	UNFPA
	Les CSB disposent d'intrants SR/PF selon un plan d'approvisionnement adéquat	SP 4.6.2. Mettre en place le réseau de distribution des intrants SR/PF entre la PhaGDis et les PhaGCom	SP 4.6.2.1. Sélectionner parmi les 4 options de l'étude sur le réseau de distribution des intrants, l'option la plus faisable et la plus rentable pour le transport des produits SR/PF jusqu'au CSB	1 atelier de 3 jours pour 30 personnes	Option la plus faisable et la plus rentable sélectionnée	T42016	UTGL/ CGL	MSANP PTF
			SP 4.6.2.2. Organiser un atelier de consensus sur la mise en œuvre des options de distribution des intrants	1 atelier de 3 jours pour 30 personnes	Consensus trouvé	T42016	UTGL/ CGL	MSANP PTF
			SP 4.6.2.3. Mettre en œuvre l'option sélectionnée	A déterminer	Option sélectionnée mise en œuvre	2017-2019	CGL	MSANP
SP 4.7 Renforcement des capacités des AC en gestion des stocks et des équipements, matériels, outils de gestion et intrants	Sans rupture de stock chez les AC	SP 4.7.1 Former des AC à la gestion logistique	SP 4.7.1.1 Apprendre aux AC le système d'approvisionnement au niveau communautaire, en gestion de stock, gestion du site communautaire	2500 AC Formation de 2 jours 25 AC/vague Documents de 100 pages par AC Indemnités pour AC	AC formés au système d'approvisionnement au niveau communautaire	2017-2019	Mikolo	USAID

4. Sécurisation des produits (SP)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
			SP 4.7.1.2 Doter les AC en matériels et équipements	Matériels et équipements (sceau 15 litres, cuvette GM, gobelet 1 litre, savon de ménage morceau, blouse, gilet, chapeau, bobs, imperméables, registres PF, bons de commande, bons de livraison)/ AC 2500 AC	AC dotés en matériels et équipements	2017-2019	Mikolo	USAID
SP 4.8 Fournir la contraception d'urgence et Sayana Press selon le plan d'approvisionnement	Ces méthodes sont fournies selon le plan d'approvisionnement	SP 4.8.1 Fournir contraception d'urgence et Sayana Press	SP 4.8.1.1 Inclure la contraception d'urgence dans le plan d'approvisionnement	la contraception d'urgence	la contraception d'urgence est obtenue et distribuée avec d'autres méthodes de PF	2016-2020	DSFA	À mobiliser
			SP 4.8.1.2 Inclure Sayana Press dans le plan d'approvisionnement	Sayana Press	Sayana Press est obtenu et distribué avec d'autres méthodes de PF	2016-2020	DSFA PSI	À mobiliser

5. Le financement (F)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
F 5.1. Adoption d'une approche de marché total des produits SR/PF	Les résultats de l'étude sur le marché actuel et sur le mécanisme de financement des produits SR/PF sont présentés	F 5.1.1. Mener une étude sur le marché et le mécanisme de financement actuels des produits SR/PF	F 5.1.1.1 Revue de documents de MSM sur l'approche de marché total - initiative	1 consultant pour 10 jours	Étude réalisée et validée	T4 2016	DSFa	UNFPA
	Le plan opérationnel pour un marché total des produits SR/PF 2016-2017 est mis en œuvre	F 5.1.2. Élaborer et mettre en œuvre le plan opérationnel pour le marché total des produits SR/PF 2016-2017	F 5.1.2.1 Réunions avec les parties prenantes- réunion d'orientation et réunions d'élaboration du plan	4 réunions de 3 jours pour 30 participants	Plan opérationnel pour le marché total des produits SR/PF élaboré et mis en œuvre	2016-2017	DSFa ONG SALAMA Secteur privé Pharmacie	UNFPA PTF
F 5.2. Assurance d'une augmentation régulière du budget du MSANP pour couvrir les besoins annuels en produits SR/PF	Le MSANP dispose d'une ligne budgétaire SPSR (y compris les coûts de gestion logistique) à partir de 2017	F 5.2.1. Réaliser un plaidoyer argumenté à l'endroit du MFB pour l'insertion d'une ligne budgétaire SPSR dans le Budget de programme du MSANP	F 5.2.1.1 Organiser un atelier d'élaboration des argumentaires pour le plaidoyer auprès du MFB	Frais de déplacement Voiture Carburant Indemnité Salle Déjeuner/Pause-café Fournitures de bureau 30 personnes	Nombre de plaidoyers réalisés Budget SPSR inséré dans le budget de la DPLMT 2017	T4 2016	MSANP/DPLMT/ UTGL	MSANP
	Le MSANP bénéficie d'une augmentation de son budget pour augmenter respectivement de 5 % par an le crédit alloué à la PF, y compris l'achat et l'acheminement des produits PF, et le crédit alloué à l'achat des produits SR	F 5.2.2. Réaliser un plaidoyer argumenté à l'endroit du MFB pour une augmentation de 5 % par an du budget alloué à l'achat des produits SR et des produits PF du MSANP	F5.2.2.1 : Élaborer un document de plaidoyer argumenté à l'endroit du MFB pour une augmentation de 5% par an du budget alloué à la PF	1 atelier de 3 jours pour l'élaboration de documents de plaidoyer, 30 personnes par atelier	Budget alloué à l'achat des produits SR/PF augmenté de 5% par an	2016-2020	DSFa DPLMT UTGL PSI	MSANP UNFPA USAID

5. Le financement (F)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
			F 5.2.2.2 Organiser des visites de plaidoyer auprès du MFB	20 ex. de documents de 20 pages 10 litres de carburant				
			PE 5.2.2.3 Mener un suivi régulier du processus d'adoption de l'augmentation du budget au niveau MFB	Suivi du processus réalisé (activité de routine)				
		F 5.2.3 Engager le MFB, DAAF, DEP, DPLMT sur le budget (y compris la sécurisation)	F 5.2.3.1 Faire une analyse de l'écart financier pour le PANB	Consultant national pour 60 jours 3 réunions avec comité technique	Analyse de l'écart financier réalisée	2016	MSANP	HP+/USAID
		F 5.2.4 Amener des directeurs régionaux à prioriser la PF dans le budget de la santé et créer des partenariats avec les Intervenants locaux	F. 5.2.4.1 Organiser des réunions trimestrielles avec les directeurs régionaux sur le budget et les priorités PF	Lors des réunions du personnel du Ministère (activités de routine)	Budget suffisant au niveau régional	2016-2020	MSANP	MSANP
			F 5.2.4.2 Élaborer le document de plaidoyer	1 réunion de 2 jours 30 participants 250 documents de 20 pages	Document de plaidoyer disponible	2017	DSFa	À mobiliser
			F 5.2.4.3 Réaliser les plaidoyers au niveau régional	3 personnels 1 chauffeur 22 missions de 4 jours 1000 litres de carburant	Plaidoyers réalisés	2017 2018 2019	DSFa	À mobiliser

5. Le financement (F)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
F 5.3 Mobilisation des fonds complémentaires pour le financement des produits PF	Plaidoyer à l'endroit des PTF traditionnels et des éventuels PTF (FP 2020, autres bailleurs potentiels) à prendre en charge les écarts de financement des intrants SR/PF	F 5.3.1. Réaliser un plaidoyer à l'endroit des PTF traditionnels et des éventuels partenaires (FP 2020 et autres bailleurs potentiels) pour le financement des produits SR/PF	F 5.3.1. 1 Tenir une réunion de positionnement des partenaires	1 réunion de positionnement des partenaires, 1 jour par an, 50 personnes par réunion	Écart de financement des intrants SR/PF pris en charge par les PTF	2017-2020	MSANP	MSANP
F5.4 Éliminer des taxes sur des produits PF	Les produits PF sont exonérés de taxes (DTI et TVA)	F. 5.4.1 Mener des activités de plaidoyer auprès du MFB pour l'insertion de l'exonération de taxes des intrants SR/PF dans la Loi des Finances 2017	F 5.4.1.1 Élaborer un projet de décret portant sur l'exonération de taxes (DTI, TVA) des intrants SR/PF	Deux réunions de 1 journée pour 25 personnes	Projet de décret élaboré	T2 2016	DAAF/ DSFa/ Service de la Législation MSM	MSANP
			F 5.4.1.2 Mener des plaidoyers argumentés auprès du MFB pour l'insertion du projet de décret sur l'exonération de taxes d'importation des intrants SR/PF dans le projet de Loi des Finances 2017	10 litres de carburants pour déplacement vers le MFB	- Nombre de plaidoyers réalisés - Projet de décret inséré dans la LOF 2017	T2 2016	DAAF/ DSFa/ Service de la Législation	MSANP
			F 5.4.1.3. Mener des plaidoyers auprès des parlementaires et des sénateurs pour l'exonération de taxes sur les produits SR dans la Loi des Finances 2017	20 litres de carburants pour déplacement vers les parlements	- Nombre de plaidoyers réalisés - LOF 2017 votée	T3 2016	DAAF/ DSFa	MSANP

6. La supervision, la coordination et le suivi-évaluation (SCSE)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
SCSE 6.1 Renforcement des activités de supervision et de collecte des données à tous les niveaux	Outre les supervisions formatives intégrées des prestataires de PF, des chefs CSB, des prestataires des PhaGDis et des unités de pharmacie et des AC, les bonnes pratiques telles que le regroupement mensuel des AC seront mises à l'échelle.	SCSE 6.1.1 Mener des supervisions formatives intégrées (y compris en PF et SPSR) auprès des prestataires de PF, des chefs CSB, des prestataires des PhaGDis et des unités de pharmacie	SCSE 6.1.1.1 Faciliter la revue de données dans les formations sanitaires publiques	50 MNH <i>quality dashboard</i> (tableau de bord pour la qualité)/région dans 15 régions, coût approximatif : 32 250 000 Ar=10 078USD Achat des outils de gestion et achat de matériels, stockage de données pour DataWinners	Supervision formative intégrée réalisée par le niveau intermédiaire (DRSP et SDSP) par rapport aux activités de supervision programmées	2016-2019	SDSP / DRSP / DPLMT/ DSFa MCSP	USAID PTF
			SCSE 6.1.1.2 Organiser des supervisions sur sites	Coût supervisions sur terrain : 15 régions USAID de 2016-2019 : 39 332 475 Ar = 12 291 USD	Supervision formative intégrée réalisée par le niveau central (DSFa et DPLMT) par rapport aux activités de supervision programmées	2016-2019	SDSP / DRSP / DPLMT/ DSFa MCSP	USAID PTF
			SCSE 6.1.1.3 Organiser des supervisions à distance/coaching (faciliter l'organisation de supervisions trimestrielles des prestataires des formations sanitaires)	225 tablettes pour 15 régions, coût approximatif : 112 500 000Ar= 35 156USD	Supervisions à distance/coaching réalisées	2016-2019	SDSP / DRSP / DPLMT/ DSFa MCSP	USAID PTF

6. La supervision, la coordination et le suivi-évaluation (SCSE)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
			SCSE 6.1.1.4 Multiplier les outils de supervision	135 ex. de documents de 30 pages	Outils de supervision multipliés	2016-2017	SDSP / DRSP / DPLMT/ DSFa MCSP	USAID PTF
			SCSE 6.1.1.5 Réaliser des missions de supervision formative intégrée des prestataires de PF, des chefs CSB, des prestataires des PhaGDis et des unités de pharmacie et des AC, les bonnes pratiques telles que le regroupement mensuel et en techniques de gestion logistique y compris Channel	113 missions de supervision par an 8 missionnaires 10 jours par mission	Recommandations de supervisions disponibles	2016-2020	SDSP / DRSP / DPLMT/ DSFa MCSP	UNFPA USAID PTF
			SCSE 6.1.1.6 Organiser des réunions de réactualisation des outils de supervision formative intégrée et de préparation des supervisions	4 ateliers de 5 jours, 20 participants	Outils réactualisés	2016-2020	SDSP / DRSP / DPLMT/ DSFa MCSP	UNFPA USAID PTF
			SCSE 6.1.1.7 Valider les outils	1 jour de réunion de 20 participants	Outils validés	2016-2020	SDSP / DRSP / DPLMT/ DSFa MCSP	UNFPA USAID PTF
			SCSE 6.1.1.8 Multiplier les outils	30 pages X 300 exemplaires	Outils multipliés	2016-2020	SDSP / DRSP / DPLMT/ DSFa MCSP	UNFPA USAID PTF
			SCSE 6.1.1.9 Développer et mettre en œuvre le plan de supervision à tous les niveaux	3 supervisions par an par région 5 jours par supervision 5 personnes par supervision	Supervisions réalisées	2016-2020	SDSP / DRSP / DPLMT/ DSFa MCSP	UNFPA USAID PTF

6. La supervision, la coordination et le suivi-évaluation (SCSE)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
		SCSE 6.1.2 Mener des supervisions des prestataires de CSBStar, Bluestar, MSLady, centres, mini-centres	SCSE 6.1.2.1 Doter en outils de collecte de données les prestataires des Bluestar, CSBStar, MSLady, centres, mini-centres	4000 registres MSM, 4000 blocs de FCE, 400 smartphones durant les 5 ans	Prestataires dotés d'outils	2016-2020	MSM	USAID UNFPA MSI
			SCSE 6.1.2.2 Formation des prestataires en collecte de données et envoi de rapports par SMS	500 prestataires CSBStar, 300 Bluestar formés 5 jours de formation par vague 25 personnes par formation 3 formateurs durant les 5 ans	Prestataires CSBStar et Bluestar formés en gestion de données	2016-2020	MSM	USAID UNFPA MSI
			SCSE 6.1.2.3 Mener des supervisions en assurance qualité technique (QTA interne), en gestion de stock, en rapportage par SMS des prestataires CSBStar, Bluestar et MSLady	1 personne, 2 supervisions par an pour 500 CSBStar, 300 Bluestar, 400 MSLady, 11 centres et 13 mini-centres, 22 lieux d'outreach (travail de proximité) 1200 litres de carburant par supervision 1732 personnes supervisées, 15 superviseurs	Supervisions réalisée	2016-2020	MSM	USAID UNFPA MSI

6. La supervision, la coordination et le suivi-évaluation (SCSE)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
			SCSE 6.1.2.4 Réaliser un regroupement annuel des CSBStar, Bluestar, MSLady, centres, mini-centres	1 regroupement annuel des 500 CSBStar, 300 Bluestar, 400 MSLady, 11 centres, 13 mini-centres, 22 outreach 20 réunions de 50 personnes par an Réunion de 5 jours	Regroupement réalisé	2016-2020	MSM	USAID UNFPA MSI
		SCSE 6.1.3 Mener des supervisions sur site des AC par les techniciens d'appui et les chefs CSB.	SCSE 6.1.3.1 Réaliser des supervisions sur site des AC par les techniciens d'appui et les chefs CSB.	- Supervision sur site des AC une fois tous les 2 mois pour 5100 AC par les TA - Supervisions techniques des AC par le chef CSB - Évaluation de performance des AC par le chef CSB et TA 6 supervisions par an pour 1000 personnes Supervisions de 1 jour	Supervision sur site réalisée AC bénéficiant de supervision au niveau de chaque région	2016 2017 2018 2019	Mikolo	USAID
		SCSE 6.1.4 Mener la supervision des AC et CHE (éducateur en santé communautaire) travaillant avec MSM	SCSE 6.1.4.1 Mener la supervision des AC formés en méthodes de courte durée	2016 : 447 AC formés en méthodes de courte durée 2020 : 850 AC utilisant méthodes de courte durée 800 supervisions par an pour 2 personnes Supervisions de 1 jour	AC supervisés sur l'utilisation des méthodes de courte durée / AC formés	2016 2017 2018 2019	MSM: Responsables AC, BCC, OR, CSBStar, responsable territorial Coordonnateur sur le terrain	CIFF USAID

6. La supervision, la coordination et le suivi-évaluation (SCSE)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
			SCSE 6.1.4.2 Mener la supervision des AC dans les sites Outreach	2016: 42 AC avec Outreach 2020: 44 AC avec Outreach 44 supervisions par an pour 2 personnes Supervisions de 1 jour	AC Outreach supervisés	2016 2017 2018 2019	MSM: Responsables AC, BCC, OR, CSBStar, responsable territorial Coordonnateur sur le terrain	USAID UNFPA MSI
			SCSE 6.1.4.3 Mener la supervision des AC dans les sites des CSBStar	2016 : 200 AC avec CSBStar 2020 : 1200 AC avec CSBStar 1400 supervisions par an pour 2 personnes Supervisions de 1 jour	AC des CSBStar supervisés	2016 2017 2018 2019	MSM: Responsables AC, BCC, OR, CSBStar, responsable territorial Coordonnateur sur le terrain	USAID UNFPA MSI
			SCSE 6.1.4.4 Mener la supervision des CHE dans les sites Bluestar	2016 : 80 CHE avec Bluestar 2020 : 150 CHE avec Bluestar 230 supervisions par an pour 2 personnes Supervisions de 1 jour	CHE supervisé	2016 2017 2018 2019	MSM: Responsables AC, BCC, OR, CSBStar, responsable territorial Coordonnateur sur le terrain	USAID MSI

6. La supervision, la coordination et le suivi-évaluation (SCSE)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
			SCSE 6.1.4.5 Réaliser les regroupements annuels régionaux des AC	2016 : Regroupement régional annuel des 242 AC outreach et CSBStar 2020 : Regroupement annuel régional des 1 350 AC outreach et CSBStar 22 réunions de 60 pers. pour 2 jours par an	AC en regroupement annuel	2016 2017 2018 2019 2020	MSM: Responsables AC, BCC, OR, CSBStar, responsable territorial Coordonnateur sur le terrain	UNFPA USAID MSI
			SCSE 6.1.4.6 Réaliser le regroupement annuel des CHE	2016 : 80 CHE avec Bluestar 2020 : 150 CHE Bluestar 6 regroupements de 25 CHE par an pour 1 jour	CHE en regroupement	2016 2017 2018 2019 2020	MSM: Responsables AC, BCC, OR, CSBStar, responsable territorial Coordonnateur sur le terrain	USAID MSI
		SCSE 6.1.5 Évaluer les activités des AC et des CHE	SCSE 6.1.5.1 Mener une évaluation interne des activités des AC et CHE	1 consultant de 60 jours	Rapport d'évaluation interne disponible	2016	MSM	USAID UNFPA MSI
		SCSE 6.1.6 Mettre à l'échelle le regroupement mensuel des AC au niveau des CS, Amélioration de la qualité des services des AC	SCSE 6.1.6 .1 Réaliser le regroupement mensuel des AC au niveau des CS	Activité de routine	Organisation des regroupements mensuels des AC	2016 2017 2018 2019	Chef CSB Technicien d'appui COSAN Mikolo	USAID

6. La supervision, la coordination et le suivi-évaluation (SCSE)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
		SCSE 6.1.7 Actualiser et multiplier les outils de gestion en SMN/PF/IST/VIH	SCSE 6.1.7.1 Participer à la multiplication des outils de gestion en SMN/PF	1 registre PF par CSB dans les 15 régions, soit pour 2005 CSB par an, coût approximatif 2016 à 2019 : 16 040 000Ar=5013USD Multiplication des OG pour les 7540 AC	Outils de gestion (registres PF, fiches de consultation PF, bon de commande et de livraison, registres maternité, registres de counseling...) livrés aux FS et aux AC FS fournissant des données pour GESIS à temps	2016 2017 2018 2019	SPF-SMSR Service IST/VIH MCSP	UNFPA USAID PTF
			SCSE 6.1.7.2 Actualiser les outils de gestion en SMN/PF/IST/VIH	2 réunions de trois jours, 30 participants par réunion	Actualisation des outils de gestion réalisée	2017-2018	MSANP	MSANP
			SCSE 6.1.7.3 Valider les outils de gestion actualisés	2 ateliers de trois jours, 30 personnes	Validation des outils de gestion actualisés réalisée	2017-2018	MSANP	MSANP
			SCSE 6.1.7.4 Estimer les besoins en outils de gestion	Besoins en outils de gestion estimés (activité de routine)	Estimation des besoins réalisée	2016-2019	DSFa	MSANP

6. La supervision, la coordination et le suivi-évaluation (SCSE)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
			SCSE 6.1.7.5 Multiplier les outils de gestion	Outils de gestion multipliés, besoins annuels : 2500 registres PF (200 pages format A3), 300 000 fiches de consultation PF (4 pages), 2500 bons de commande/bons de livraison (200 pages format A5)	Outils de gestion multipliés	2017	MSANP	MSANP À mobiliser
			SCSE 6.1.7.6 Distribuer les outils de gestion	Enlèvement effectué par les districts sanitaires – activité de routine	Outils de gestion distribués	2017	MSANP	MSANP
		SCSE 6.1.8 Poursuivre l'utilisation des nouvelles technologies pour la collecte et la transmission des données de SR/PF	SCSE 6.1.8.1 Implanter le MNH <i>Quality Dashboard</i> au niveau des formations sanitaires publiques	Envoi sms gratuit par mois vers plateforme web dans les 15 régions de 2016 à 2019 : 30 720 000Ar=9600 USD	DS ayant des AC utilisant la tablette ou un Smartphone pour la transmission des données DS utilisant la transmission des données par SMS	2016-2019	DSI ONG MSCP Mikolo	UNFPA USAID
			SCSE 6.1.8.2 Réaliser l'envoi et la revue des données avec le Mobile-monitoring	225 tablettes pour 15 régions, coût approximatif : 112 500 000Ar= 35 156USD	Envois et revues des données réalisées	2016-2019	DSI ONG MSCP Mikolo	UNFPA USAID

6. La supervision, la coordination et le suivi-évaluation (SCSE)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
			SCSE 6.1.8.3 Élaborer la nouvelle version du projet SMS au niveau des zones d'intervention de l'UNFPA	1 réunion de 2 jours pour 30 personnes	Nouvelle version du projet SMS élaborée	2016 2017 2018 2019	ONG DSI	UNFPA
			SCSE 6.1.8.4 Former les AC et chefs CSB en collecte et transmission des données	Atelier de 4 jours, 50 AC et chef CSB de rattachement/région pour 6 régions	Nombre d'AC et chefs CSB formés	2016 2017 2018 2019	ONG DSI	UNFPA
			SCSE 6.1.8.5 Mettre en œuvre le projet	Coût crédit téléphonique : 10 000 Ar par mois par AC (50 AC)	Mise en œuvre du projet effectuée	2016 2017 2018 2019	ONG DSI	UNFPA
			SCSE 6.1.8.6 Organiser des missions de supervision des AC	Supervision : 5 personnes pendant 1 semaine - 3 supervisions par an	Nombre de missions	2016 2017 2018 2019	ONG DSI	UNFPA
			SCSE 6.1.8.7 Évaluer le projet	Recrutement 1 consultant national pendant 25 jours ouvrables+ missions 2 semaines sur terrain Atelier 1 jour X 60 personnes de restitution des résultats	Évaluation du projet réalisée	2016 2017 2018 2019	ONG DSI	UNFPA
			SCSE 6.1.8.8 Conserver le système de collecte de données par SMS déjà établi pour les prestataires des CSBStar, Bluestar	Activité de routine	CSBStar envoyant le rapport par SMS Bluestar envoyant le rapport par SMS	2016-2019	MSM	UNFPA USAID

6. La supervision, la coordination et le suivi-évaluation (SCSE)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
		SCSE 6.1.9 Finaliser et mettre en œuvre le logiciel de base de données de la DSFa	SCSE 6.1.9.1 Valider le logiciel	Atelier de 1 jour, 20 personnes	Logiciel de base de données de la DSFa fonctionnel	T2 2016	DSFa	UNFPA
			SCSE 6.1.9.2 Former les utilisateurs	1 consultant, 20 jours Atelier de 5 jours pour 20 personnes	Personnel formé à l'utilisation du logiciel	T3 2016	DSFa	UNFPA
			SCSE 6.1.9.3 Multiplier le guide des utilisateurs	20 exemplaires de 40 pages	Guides multipliés	T4 2016	DSFa	UNFPA
SCSE 6.2 Suivi-évaluation et promotion de l'assurance qualité en SPSR/PF	Une division « Assurance Qualité SPSR/PF » est opérationnelle au niveau du service de suivi et évaluation du DSFa	SCSE 6.2.1 Créer une division « Assurance Qualité en SPSR/PF » au niveau du service de suivi et évaluation de la DPLMT et de la DSFa	SCSE 6.2.1.1 Tenir une réunion pour mettre en place et opérationnaliser une division « Assurance Qualité » au niveau des Services de Suivi et Évaluation de la DSFa et de la DPLMT	1 réunion de 2 jours de 20 personnes	Divisions AQ créées	T4 2016	DSFa DPLMT	MSANP
			SCSE 6.2.1.2 Recruter un consultant pour former en AQ et en technique d'évaluation rapide de la performance des prestataires (ERPP), les membres de la division AQ, les techniciens du SPF et les responsables PF et SPSR des DRSP	1 consultant de 20 jours 1 formation de 5 jours pour 20 personnes	Consultant recruté Techniciens formés en AQ et en ERPP	T4 2016	DSFa DPLMT	MSANP PTF

6. La supervision, la coordination et le suivi-évaluation (SCSE)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
			SCSE 6.2.1.3 Élaborer un plan annuel et budgétisé de la mise en œuvre de l'ERPP et de l'audit de qualité des prestataires PF et du système d'approvisionnement en intrants de santé	4 réunions de 3 jours pour 30 personnes	Plan annuel et budgétisé de la MEO de l'ERPP et de l'AQ	2016-2017	DSFa DPLMT	MSANP PTF
	Les capacités en assurance qualité SPSR/PF et en techniques d'évaluation rapide de la performance des prestataires (ERPP) des techniciens des deux directions (DSFa et DPLMT) et des responsables PF/SPSR des régions sont renforcées	SCSE 6.2.1 Insérer la disponibilité de disques sur les critères de recevabilité des méthodes contraceptives	SCSE 6.2.1.1 Informers les responsables sur la disponibilité de disques	1 réunion de 1 jour pour 30 personnes	Disponibilité de disque sur les critères	T4 2016	DSFa DPLMT	OMS
	Les prestataires SPSR et PF sont évalués annuellement par la méthode d'ERPP	SCSE 6.2.2 Mener des activités de suivi et d'évaluation au niveau des sites PF, des SDSP, des PhaGDis et des unités de pharmacies	SCSE 6.2.2.1 Évaluer tous les ans le programme de sécurisation des produits SR et des intrants FANOME	1 consultant pour 30 jours par an	Programme évalué	2016-2019	SFP/ DPLMT / UTGL Division AQ et DRSP	MSANP PTF USAID

6. La supervision, la coordination et le suivi-évaluation (SCSE)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
	Les districts, PhaGDis et unités de pharmacie des hôpitaux et les PhaGCom font l'objet d'un audit de qualité tous les ans		SCSE 6.2.2.2 Réaliser l'audit de gestion des PhaGDis et unités de pharmacie des hôpitaux et des PhaGCom	Auditeur externe 30 jours par an	PhaGDis et unités contrôlées	2016-2020	SFP/ DPLMT / UTGL Division AQ et DRSP	MSANP PTF
	Les PPS, les districts, les PhaGDis et les unités de pharmacie des hôpitaux font l'objet d'une évaluation du système SPSR tous les ans		SCSE 6.2.2.3 Améliorer les outils de collecte de données	Consultant 30 jours par an	Outils de collecte améliorés	2016-2020	SFP/ DPLMT / UTGL Division AQ et DRSP	MSANP PTF
		SCSE 6.2.3 Mettre à l'échelle le système de vérification de la fiabilité des données produites par les AC (Routine data quality assessment)	SCSE 6.2.3.1 Mener des RDQA au niveau des AC	Indemnités pour les 7540 AC	CSB appliquant le Routine data quality assessment	2016-2019	Mikolo ONG	USAID

6. La supervision, la coordination et le suivi-évaluation (SCSE)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
SCSE 6.3 Redynamisation des structures de coordination et des comités techniques en PF	Les réunions de coordination de toutes les parties prenantes en PF, du niveau central, des régions et des districts sanitaires, sont organisées respectivement tous les ans et tous les 6 mois, sans aucune contrainte budgétaire	SCSE 6.3.1 Assurer l'organisation des réunions annuelles de coordination PF au niveau national et régional et des réunions semestrielles de coordination du district sanitaire	SCSE 6.3.1.1 Élaborer les termes de références des réunions de coordination au niveau des régions et des districts sanitaires et leur plan de financement annuel	Élaboration des TDR des réunions (activité de routine)	Termes de références élaborés Nombre de plans de financement élaborés et envoyés au niveau central pour approbation	2016	SPF/ DRSP/ SDSP/ ONG	MSANP
			SCSE 6.3.1.2 Organiser les réunions de coordination nationale, régionale et de district	2 réunions de coordination nationale par an, 400 personnes, 5 jours	Réunions de coordination réalisées	2016-2020	DSFa DRSP SDSP	MSANP PTF
			SCSE 6.3.1.3 Organiser une réunion de validation du plan de financement pluriannuel des réunions de coordination nationale Mère, Enfant et SR	1 réunion de 3 jours, 50 participants	Plan de financement pluriannuel des RCN validé et honoré	T4 2016	DSFa DAAF	MSANP PTF
			SCSE 6.3.1.4 Valider le plan de financement pluriannuel des réunions de coordination nationale Mère, Enfant et SR	1 réunion de 3 jours, 50 participants	Plan de financement pluriannuel des RCN PF validé et honoré	2017	MSANP	MSANP PTF

6. La supervision, la coordination et le suivi-évaluation (SCSE)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
	La réunion du comité technique en PF est organisée chaque fin de mois	SCSE 6.3.2 Rendre fonctionnels le Comité de gestion logistique et l'Unité technique de gestion logistique	SCSE 6.3.2.1 Valider les TDR du CGL et de l'UTGL	1 réunion de 2 jours pour 30 personnes	TDR validés	T4 2016	DPLMT DSFa	MSANP
			SCSE 6.3.2.2 Rendre une décision portant création et organisation du CGL et de l'UTGL	1 réunion de 2 jours pour 30 personnes	Décision de création et d'organisation du CGL et de l'UTGL	T4 2016	DPLMT DSFa	MSANP
			SCSE 6.3.2.3 Doter l'UTGL d'un local, de matériels de bureau, de matériels informatiques et d'un budget de fonctionnement	Matériels de bureau Matériels informatiques	Matériels bureautiques et informatiques livrés	T1 2017	DPLMT	MSANP PTF
		SCSE 6.3.3 Coordination avec le nouveau bureau de la coordination des projets (sur des ressources disponibles pour PF)	SCSE 6.3.3.1 Élaborer un plan pour la mobilisation des ressources basé sur les résultats des écarts financiers du PANB	1 réunion de 3 jours, 30 personnes par réunion	Plan élaboré pour la mobilisation des ressources, basé sur les résultats	T4 2016	MSANP	MSANP PTF
			SCSE 6.3.3.2 Plaidoyer pour la prise de connaissance	Réunion des décideurs, 1 jour, 50 personnes	Plaidoyer créé et réalisé	2017	MSANP	MSANP
			SCSE 6.3.3.3 Plaidoyer pour l'augmentation du financement public pour les jeunes/adolescents spécifiquement	1 réunion de positionnement des partenaires, 50 personnes, 1 jour	Réunion réalisée	2017, 2018, 2019, 2020	MSANP	MSANP PTF

6. La supervision, la coordination et le suivi-évaluation (SCSE)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
	Lors de la réunion d'information et de sensibilisation sur le plan stratégique intégré en PF/SPSR et les engagements de Madagascar à la FP 2020, un pacte de partenariat est signé entre Le MSANP et les autres ministères (MJS, MEN, MPPSPF, MJ et MFB), les PTF, les ONG et le secteur privé en vue de renforcer leur collaboration pour la réalisation du plan stratégique intégré PF/SPSR et des engagements de Madagascar au FP 2020	SCSE 6.3.4 Renforcement du partenariat multisectoriel, public et privé à la mise en œuvre du plan stratégique intégré en PF et aux engagements de Madagascar à le FP 2020	SCSE 6.3.4.1 Développer les TDR de la réunion	Activités DRSP	TDR élaborés	T4 2016	DRSP/ SDSP	UNFPA PTF
			SCSE 6.3.4.2 Organiser les réunions	1 journée, 100 participants par région (22 régions)	Réunions réalisées	T4 2016	DRSP/ SDSP	UNFPA PTF
			SCSE 6.3.4.3 Tenir une réunion d'information et de sensibilisation des PTF, ONG, secteur privé et ministères (MJS, MEN, MPPSPF, MJ et MFB) sur le plan stratégique intégré en PF et SPSR et les engagements de Madagascar à la FP 2020	MSANP 1 réunion de 50 personnes, 1 jour	Réunion d'information et de sensibilisation réalisée Pacte de convention signé	T4 2016	MSANP	MSANP
SCSE 6.4 Faire le suivi de la mise en œuvre des politiques de PF	Le suivi des engagements de Madagascar au Partenariat mondial FP 2020 est réalisé annuellement et présenté aux instances supérieures	SCSE 6.4.1 Élaborer et mettre en œuvre un plan de suivi des engagements de Madagascar au FP 2020.	SCSE 6.4.1.1 Mettre en place un groupe de travail pour le suivi des engagements au niveau du service du suivi et évaluation de la DSFa	Groupe de travail mis en place (routine)	Groupe de travail mis en place	T3 2016	SPF	MSANP

6. La supervision, la coordination et le suivi-évaluation (SCSE)

Objectifs prioritaires	Résultats attendus	Activités	Sous-activités	Entrées	Sorties	Chronologie	Responsables	Financement
			SCSE 6.4.1.2 Élaborer le plan de suivi et le tableau de bord de suivi des engagements	Travaux de routine	Plan de suivi élaboré Tableau de bord de suivi élaboré et diffusé	T2, 2016	Groupe de travail	DSFa/ UNFPA
			SCSE 6.4.1.3 Réaliser le rapportage (tableau de bord) du suivi à tous les niveaux	MSANP Travaux de routine	Rapports de suivi réalisés et envoyés au SPF Rapports envoyés à la Présidence et à la Primature	2016-2019	DRSP/ SDSP/ CSB/AC/ ONG SPF	MSANP
	Des évaluations à mi-parcours et finale du plan stratégique intégré PF/SPSR sont réalisées	SCSE 6.4.2 Évaluer la mise en œuvre du plan stratégique intégré PF/SPSR	SCSE 6.4.2.1 Évaluer tous les 3 ans le plan stratégique intégré PF/SPSR	1 consultant pour 30 jours	Plan stratégique évalué	2018	DSFa	UNFPA USAID
			SCSE 6.4.2.2 Organiser des ateliers de révision du Plan stratégique intégré PF/SPSR	1 atelier de 5 jours pour 50 participants	Plan stratégique révisé	2018	DSFa	UNFPA USAID
			SCSE 6.4.2.3 Restituer les résultats de l'évaluation	Atelier 1 jour, 50 personnes	Résultats de l'évaluation validés	2018	DSFa	UNFPA USAID
		SCSE 6.4.3 Faire le suivi du PANB en ligne avec les objectifs de FP2020	SCSE 6.4.3.1 Réunion trimestrielle avec des parties prenantes	Réunion de 30 personnes	Outils de suivi mise à jour	2017-2020	DSFa	HP+

Photo de couverture: © 2016 Samy Rakotoniaina/MSH, Courtoisie de Photoshare

