

République du Sénégal
MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE L'ACTION SOCIALE
Direction de la Santé
Division de la Santé de la Reproduction

Plan d'action national de Planification Familiale 2012-2015



Droits d'auteur USAID



Sommaire

Sommaire	2
Liste des abréviations	4
Avant-propos de Madame La Ministre de la Santé et de l’Action Sociale	5
Remerciements	7
Processus d’élaboration du plan d’action	8
A. Vision.....	9
B. Contexte de l’élaboration du plan au 1er juin 2012.....	10
C. Repositionnement de la Planification Familiale.....	13
D. Enjeux et défis de la planification familiale au Sénégal.....	13
Plan d’action national	15
A. Objectifs du plan d’action.....	15
B. Synthèse.....	16
C. Détails du plan d’action.....	19
1. Communication.....	19
2. Plaidoyer.....	20
3. Disponibilité des produits.....	21
4. Extension de l’offre à base communautaire.....	22
5. Renforcement de l’offre privé.....	23
6. Amélioration de l’offre publique.....	24
D. Organisation institutionnelle de mise en œuvre.....	25
E. Mécanismes de suivi et évaluation.....	28
1. Définition d’indicateurs de processus et de résultat au niveau régional et national.....	28
2. Institution de réunions de suivi périodiques à chaque niveau pour la remontée des données.....	30
Engagement de l’Etat et des partenaires	32
ANNEXES	33
A. Annexe pour les défis.....	33
1. Défis pesant sur la création de la demande.....	33
2. Défis pesant sur la disponibilité des produits.....	34
3. Défis pesant sur l’accès aux services PF.....	35
B. Annexe pour les coûts.....	37
Détails des actions stratégiques pour les 6 domaines d’intervention stratégiques	38
A. Plan de communication :.....	38
1. Conduite de recherches qualitatives et dissémination des résultats :.....	38
2. Campagnes de masse ciblant les femmes :.....	38
3. Activités communautaires et CIP :.....	38
4. Activités spécifiques au milieu rural :.....	38
5. Campagnes ciblant les hommes :.....	38
6. Campagnes ciblant les jeunes :.....	39
B. Programme de plaidoyer :.....	39
1. Etablir un comité national de plaidoyer (cercle de champions PF nationaux) :.....	39
2. Plaidoyer pour redéfinir la position de la DSR :.....	39
3. Plaidoyer pour une amélioration des cadres réglementaires :.....	39
4. Plaidoyer pour l’augmentation du financement public :.....	39
5. Plaidoyer pour un renforcement du soutien des partenaires :.....	39
6. Plaidoyer pour faire de la PF une priorité nationale :.....	40
7. Plaidoyer pour obtenir l’appui des leaders du secteur de la santé :.....	40
8. Plaidoyer pour obtenir le soutien du secteur privé :.....	40
9. Plaidoyer pour obtenir le soutien des médias :.....	40
10. Activer et redynamiser le réseau des champions politiques :.....	40
11. Activer et redynamiser le réseau des champions communautaires :.....	40
12. Activer et redynamiser le réseau des champions religieux :.....	41
13. Activer et redynamiser le réseau des champions nationaux :.....	41



C. Disponibilité des produits :.....	41
1. Instauration d'un système unique de commande de produits :.....	41
2. Garantie de la disponibilité des équipements :.....	41
3. Extension progressive du push model :.....	41
4. Amélioration des capacités logistiques du personnel :.....	41
5. Amélioration des capacités de gestion de données du personnel (Chanel) :.....	41
6. Réalisation des commandes basées sur les consommations réelles et suivi mensuel des stocks :.....	42
D. Extension de l'offre à base communautaire :.....	42
1. Approfondissement de la délégation des tâches:.....	42
2. Elargissement de l'accès à la distribution par les cases avec des ASC lettrés :.....	42
3. Revitalisation du programme de Bajenu Gox (BG) :.....	42
4. Utilisation des relais :.....	42
5. Accroissement de la couverture en ASBC :.....	42
6. Elargissement de l'accès par la distribution avec les autres catégories de TCS (relais, BG) :.....	43
7. Elargissement de l'accès par la distribution par les cases avec ASC analphabètes :.....	43
8. Amélioration de la formation et du suivi des relais :.....	43
E. Extension de l'offre dans le secteur privé :.....	43
1. Mise en place d'une structure multisectorielle dédiée au PPP :.....	43
2. Elargir gamme de produits du marketing social :.....	43
3. Mise en place d'un système de livraison des produits par la PNA :.....	43
4. Intégration des données du privé lucratif :.....	44
5. Développement d'unités mobiles :.....	44
6. Renforcement des stratégies de franchises sociales :.....	44
7. Elargissement des points de prestations de services :.....	44
8. Aménager le cadre réglementaire:.....	44
9. Diligence dans la délivrance des Autorisations de Mise sur le Marché (AMM) :.....	44
10. Formation directe des acteurs du privé :.....	44
11. Prise en charge des services PF par les mutuelles et la sécurité sociale :.....	45
F. Extension de l'offre dans le secteur public :.....	45
1. Assurer la disponibilité des équipements dans les PPS :.....	45
2. Formation aux MLD :.....	45
3. Recrutement des agents de santé :.....	45
4. Mise en place d'un programme de qualité des services :.....	45
5. Mise en place dans les écoles de formation des curricula révisés :.....	45
6. Passage à l'échelle de la délégation/transfert de compétences :.....	46
7. Renforcement les compétences à l'aide d'un système de formation en ligne :.....	46
G. Suivi évaluation :.....	46
1. Assurer les salaires du personnel de coordination :.....	46
2. Appuyer le programme en matériel informatique :.....	46
3. Appuyer les revues et réunions de partage des données :.....	46
4. Mettre en place un mécanisme de suivi et de supervision:.....	46
5. Appuyer les études et recherches :.....	46
6. Appuyer le fonctionnement de la coordination :.....	47
Détails des actions régionales.....	48
Détails des activités et sous-activités du plan d'action national.....	51
A. Plan de communication.....	51
B. Programme de Plaidoyer.....	54
C. Disponibilité des produits.....	60
D. Extension de l'offre à base communautaire.....	63
E. Extension de l'offre dans le secteur privé.....	68
F. Extension de l'offre dans le secteur public.....	73
Lettres d'intention des bailleurs.....	76
Composition du comité technique.....	76



Liste des abréviations

- ASBC :** Agent de santé à base communautaire
- BG :** Bajenu Gox
- CIP :** Communication interpersonnelle
- CNLS :** Comité National de Lutte contre le Sida
- DSRSE :** Direction de la santé de la reproduction et de la survie de l’enfant
- DSR :** Division de la santé de la reproduction
- ISF :** Indice synthétique de fécondité
- MCR :** Médecin chef de région
- MLD :** Méthode de longue durée
- OCB :** Organisation communautaire de base
- OIP :** Offre initiale de pilule
- OII :** Offre initiale d’injectable
- OMD :** Objectifs du Millénaire pour le Développement
- ONG :** Organisation non-gouvernementale
- PANPF :** Plan d’action national de Planification Familiale
- PF :** Planification Familiale
- PNDS :** Plan national de développement sanitaire et social
- PPS :** Point de prestation de services
- RGPH :** Recensement général de la population et de l’habitat
- TPC :** Taux de prévalence contraceptive



Avant-propos de Madame La Ministre de la Santé et de l'Action Sociale

Afin d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement, le gouvernement du Sénégal a entrepris divers chantiers dans le secteur de la santé. Il a mis en œuvre un Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDS) 2009-2018 dont l'un des quatre objectifs fondamentaux est de réduire la mortalité maternelle et infantile. Avec l'aide de ses partenaires, le Sénégal a également développé en 2006 une Feuille de Route multisectorielle 2006-2015 pour accélérer la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles, néonatales et infantiles.

De 2005 à ce jour, on observe une baisse progressive dans les indicateurs de mortalité. Cependant il reste encore du chemin pour atteindre les OMD en 2015. Il est établi que la Planification Familiale (PF) est l'une des méthodes disponibles aujourd'hui les plus efficaces pour sauver des vies et améliorer la santé de la femme et de l'enfant. Au-delà des bénéfices sanitaires, l'augmentation du Taux de Prévalence Contraceptive (TPC) permettrait une meilleure maîtrise de la croissance démographique. Ce qui laisse entrevoir pour le Sénégal la possibilité de développer son économie et sa prospérité tout en baissant la pression démographique croissante sur des secteurs comme l'éducation, l'environnement, l'agriculture etc. Conscient de tout cela, le Sénégal a fait le choix stratégique de faire de la Planification Familiale une priorité nationale en vue d'une réduction rapide de la mortalité maternelle et infantile et s'est fixé l'objectif ambitieux d'augmenter le TPC pour les femmes en union de 12 % en 2010 à 27 % en 2015.

Pour soutenir ces ambitions et réduire au maximum les facteurs bloquants existants, le gouvernement du Sénégal avec ses partenaires a élaboré ce Plan d'Action National de Planification Familiale (PANPF) en s'appuyant sur la mobilisation générée par la conférence de Ouagadougou de 2011 autour du thème « Population, développement et planification familiale en Afrique de l'Ouest francophone : l'urgence d'agir ».

Notre principal objectif est d'offrir un accès égal aux services de PF de qualité à toutes les femmes du Sénégal. C'est pourquoi l'approche dite des 3 D présentée par le Sénégal à Ouagadougou et qui aujourd'hui a fait l'objet d'un consensus international est un des principes fondamentaux de ce plan. Il s'agit essentiellement de la décentralisation et de la démocratisation des services de santé de la reproduction, mais aussi de la délégation de tâches.

Sur le plan opérationnel, le plan d'action est fondé sur six domaines prioritaires et piliers à mettre en œuvre :

- Un plan de communication à grande échelle avec des messages spécifiques et variés selon les populations cibles, surtout pour les hommes et les jeunes. Le plan prévoit l'introduction d'approches innovantes pour un changement de comportement vers l'adoption d'attitudes favorables à la Planification Familiale et pour lutter contre les perceptions erronées.
- Un programme de plaidoyer ciblé visant les leaders d'opinion politiques, les bailleurs de fonds et la société civile pour un soutien plus ferme de la Planification Familiale par leur financement et leur engagement. Ce plaidoyer visera aussi le renforcement du réseau des religieux et des champions nationaux et locaux de la PF.
- La disponibilité des produits contraceptifs par la mise à l'échelle de stratégie innovante.



- La distribution à base communautaire des méthodes à courte durée avec une augmentation de la délégation des tâches, l'élargissement de l'offre avec l'offre initiale de pilule et d'injectable afin de toucher au mieux les plus défavorisées.
- L'implication des acteurs du secteur privé dans l'élargissement de l'offre et l'utilisation des contraceptifs, notamment à travers le marketing social, la mise en place d'un réseau de franchises sociales et de cliniques mobiles.
- L'amélioration de l'offre, en particulier pour les méthodes de longue durée et dans le système public pour un service facilement accessible, de qualité et assurant la discrétion et une prise en charge appropriée des femmes et particulièrement des jeunes.

Ces domaines prioritaires ont été déclinés par régions sur la base des objectifs de Taux de Prévalence Contraceptives, des spécificités et des besoins locaux déterminés en collaboration avec les Médecins Chefs de région, pour l'horizon 2015.

Nous nous efforçons de garder une vision horizontale de l'action de santé publique et recherchons toutes les opportunités d'intégrer les services de la PF avec d'autres programmes tels que l'immunisation et le VIH dans le futur. Nous étudions ainsi la possibilité d'intégrer d'autres produits dans le système d'approvisionnement mis en place pour les contraceptifs et sommes conscients du besoin d'aborder l'offre de manière holistique à travers les secteurs publique, privé et communautaire.

L'exécution de ce plan est assurée par la mise en place d'une organisation d'implémentation et de mécanismes de suivi évaluation permettant une exécution efficiente, un réajustement immédiat et un suivi en temps réel du plan.

Cependant nous sommes conscients que sans un engagement fort à long terme du gouvernement, tous ces efforts seront vains. Nous reconnaissons notre rôle central dans le succès du plan d'action et nous nous sommes ainsi engagés lors du Sommet de Londres du 11 juillet 2012 devant la communauté internationale à mettre sur la table les ressources nécessaires pour que ce changement se réalise et que nous puissions atteindre notre objectif ambitieux d'un TPC de 27 % en 2015. Ce support inconditionnel du gouvernement s'illustre par trois (3) axes d'action : le financier, l'organisationnel et sur le plan des politiques de santé et des réformes du cadre légal et réglementaire. Dans un souci de pérennisation de l'action, nous reconnaissons que le gouvernement doit prendre plus de poids dans le financement et l'exécution de ce plan.

Nous remercions tous les acteurs pour leur support continu, leurs précieux apports et leur temps qui ont permis l'élaboration de ce plan d'action. Ensemble nous avons entrepris de créer des familles fortes, fondement d'une nation sénégalaise prospère.

[Signature de Madame la Ministre]



Remerciements

Ce document a été élaboré par le comité technique en collaboration et sous le pilotage de la Division de la Santé de la Reproduction (DSR) du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale.

Ce projet a été rendu possible grâce à l'appui technique et financier de tous les partenaires et acteurs de la PF engagés résolument pour améliorer la situation actuelle. Le travail de raffinement de plan d'action repose sur une approche factuelle et orientée vers l'impact tout en garantissant l'équité entre les régions et les femmes sénégalaises. Il est aussi le fruit d'un processus consensuel et participatif de l'ensemble des parties prenantes et d'une approche opérationnelle focalisée sur des actions concrètes et réalistes.

Le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale à travers la DSR tient donc à remercier toutes les organisations, institutions et personnes qui ont contribué à la réalisation de ce plan d'action national en participant aux comités techniques et/ ou aux groupes de travail et en donnant leurs opinions et idées par rapport aux contenus proposés. Ces partenaires ont assisté de manière continue aux nombreux ateliers de travail et/ ou aux comités techniques qui ont été nécessaires pour concevoir et rédiger ce plan d'action. On peut citer notamment:

- Structures du ministère de la Santé / Division de la santé de la reproduction
- Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA)
- Organisation mondiale de la Santé (OMS)
- U.S Agency for International Development (USAID)
- United Nations Population Fund (UNFPA)
- Bill & Melinda Gates Foundation
- Fondation Hewlett
- Agence Française de Développement (AFD)
- Ambassade de France (MAEE)
- FHI 360
- Marie Stopes International (MSI)
- Agence pour le Développement du Marketing Social (ADEMAS)
- Association Sénégalaise pour le Bien-Etre Familial (ASBEF)
- Action et Développement (ACDEV)
- Japan International Cooperation Agency (JICA)
- Réseau Siggil Jiggen (RSJ)
- IntraHealth International
- Centre Régional de Formation, de Recherche et de Plaidoyer en Santé de la Reproduction (CEFOREP)
- Population Council
- Childfund
- ABT
- Association des Gynécologues – Obstétriciens
- Association Nationale des Infirmiers et Infirmières Diplômés d'Etat du Sénégal (ANIIDES)

Les Médecins Chefs de région par leur précieuse contribution, ont permis de donner une orientation significative et opérationnelle permettant au plan de prendre en compte les spécificités de chaque région.



Processus d'élaboration du plan d'action

Ce plan a été défini en collaboration avec toutes les parties prenantes. Celui-ci a suivi les différentes étapes décrites ci-dessous :

29 mai, Comité technique # 1 : Une présentation du contexte de Ouagadougou, des livrables, dates clés et rôles des acteurs pour le raffinement du plan d'action et la préparation au Sommet de la PF du 11 juillet a été réalisée. De plus, l'état des lieux et les défis ont été revus. Enfin, le comité technique a procédé à la définition des grands axes et domaines stratégiques à prioriser dans le plan.

5-6 juin, Ateliers de travail : L'effort s'est concentré sur la finalisation de la description des défis dans le domaine de la PF au Sénégal. Ceux-ci ont aussi permis d'esquisser la cartographie de la situation actuelle et des activités en cours pour chaque domaine stratégique. Les groupes de travail se sont ensuite attelés à la définition des actions stratégiques et des sous-activités. Enfin, une première version du calendrier d'implémentation et des mesures de performance des activités ont été élaborés.

14 juin, Comité technique # 2 : Le comité technique a revu les résultats des ateliers de travail et validé des actions stratégiques pour chaque domaine. Il a ensuite priorisé les actions stratégiques et défini un calendrier de mise en place des actions. Enfin, une première définition des objectifs régionaux a été réalisée.

26 juin, Réunion avec les Médecins Chefs de région # 1 : L'état des lieux et les défis ainsi que les domaines et actions stratégiques validés avec le comité technique ont été partagés avec les MCR. Les MCR ont ensuite revu et défini les objectifs de TPC pour leur région ainsi que les activités régionales spécifiques prioritaires. Enfin, ces derniers ont revu et validé la cartographie de la situation actuelle dans leur région respective.

28 juin, Réunion avec Mme La Ministre de la Santé et de l'Action Sociale et le cabinet #1: Lors de cette réunion, le cabinet a en premier lieu validé l'état des lieux et les objectifs d'impact par région. Cette réunion a aussi permis de valider les domaines et actions stratégiques du plan. Enfin, le cabinet a validé les engagements du Sénégal repris dans le discours du Sommet international de la PF à Londres.

9 juillet, Comité technique # 3 : Le comité technique s'est concentré sur la méthodologie et le processus de calcul de l'impact et des coûts pour chaque activité prioritaire. L'analyse préliminaire des coûts et des besoins de financement a ensuite été revue.

16 août, Réunion avec les Médecins Chefs de région # 2 : Les MCR ont pris connaissance et validé les calculs du coût et de l'impact du plan. Ils ont ensuite finalisé les activités spécifiques à déployer dans leur région. D'autre part, le plan d'action national formalisé a été partagé et enrichi à l'aide de la contribution des MCR. Ceux-ci ont ensuite revu l'organisation institutionnelle de mise en œuvre et des mécanismes de suivi évaluation du plan d'action.

7 septembre, Réunion avec Mme La Ministre de la Santé et de l'Action Sociale et le cabinet #2: Le cabinet a validé le plan d'action national de Planification Familiale formalisé ainsi que l'organisation institutionnelle de mise en œuvre et les mécanismes de suivi évaluation. Enfin, le cabinet a partagé ses recommandations quant à l'organisation du forum de lancement du plan d'action avec l'ensemble des parties prenantes.



Trois principes ont guidé l'approche de l'élaboration du plan d'action :

Approche factuelle et orientée vers l'impact :

Des analyses factuelles pour établir un état des lieux basé sur les données disponibles ont été réalisées. A partir de ces éléments les efforts ont été orientés vers les activités à fort impact qui auront un vrai retour sur investissement et contribueront de manière efficace à l'atteinte des objectifs.

Approche consensuelle et participative :

Une équipe opérationnelle était dédiée à 100 % à l'élaboration du plan partageant le travail de manière bihebdomadaire avec le comité technique qui inclut les bailleurs, la société civile et les agences d'exécution. Des ateliers de travail étaient également organisés de façon régulière avec des sous-groupes du comité technique pour préparer le contenu des comités techniques.

Approche opérationnelle focalisée sur la mise en œuvre :

Le plan d'action élaboré inclut les coûts de chaque sous activité, un chronogramme, des indicateurs d'impact et des responsables en charge de chaque activité pour assurer un démarrage efficace et rapide. Les Médecins Chefs de région ont également contribué au plan au travers de réunions ponctuelles pour assurer une vision opérationnelle et une mise en œuvre effective sur le terrain.

A. Vision

Nous rêvons d'une vie meilleure et prospère pour chacune de nos familles. Nous voulons que chacun de nous connaisse la joie d'avoir un enfant sain, de lui procurer un bel avenir à travers de bonnes conditions de vie et d'éducation. Nous rêvons d'une nation forte et prospère.

L'espace des naissances grâce à la Planification Familiale est un moyen de réaliser ce rêve. Cependant, au cours de cette dernière décennie, d'autres priorités sanitaires ont pris le pas sur la Planification Familiale et ont ainsi réduit les ressources et la visibilité de ce domaine.

Il est aujourd'hui temps de repositionner la PF en tant que priorité nationale afin de réduire le taux de mortalité maternelle et infantile et d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant. La Planification Familiale a en effet été surnommée le « vaccin social » car elle est à la santé maternelle ce que la vaccination est à la santé de l'enfant.

C'est dans cette volonté que s'inscrit le PANPF dont le but spécifique est d'identifier les activités prioritaires qui doivent être mises en œuvre et les ressources supplémentaires qui seront nécessaires pour rendre les services de PF de meilleure qualité, plus accessibles et équitables pour tous.

Les aspects par nature transversaux de la santé publique seront pris en compte autant que possible pour augmenter l'efficacité des actions déployées. Un effort particulier sera entrepris pour assurer l'intégration lorsque cela semble pertinent des activités de PF avec celles relatives à d'autres domaines et d'autres problématiques de santé (activités de counseling, modules de formation, activités de distribution de produits en commun, etc.).

D'autre part, le plan d'action représente une rupture par rapport au passé pour plusieurs raisons : par exemple, la mise en place de mécanismes de coordination formalisés entre les partenaires pour assurer une couverture optimale de tous les besoins et éviter les doublons ainsi que la mise en œuvre d'un système de suivi évaluation focalisé entièrement sur la PF.



Dans une optique de pérennisation et d'ancrage opérationnel fort, les régions ont été fortement impliquées dans l'élaboration de ce plan, ce qui assure non seulement une responsabilisation des MCR dans l'atteinte des objectifs de TPC régionaux mais aussi l'intégration des activités du PANPF dans les plans de travail annuels des régions. De plus, ce plan prévoit des approches innovantes. On citera parmi d'autres la mise en place d'un comité national de plaidoyer, les activités de communication spécifiques aux besoins ruraux, les campagnes SMS et l'utilisation des réseaux sociaux pour les jeunes, l'introduction et l'extension des unités mobiles et des franchises sociales et enfin la mise en œuvre du Push Model informé.

L'élaboration de ce plan a donc été guidée par trois volontés :

- Etablir un plan tenant en compte des besoins spécifiques de chaque région mais aussi de la spécificité rurale ou urbaine ;
- Etablir un plan exhaustif en mettant en œuvre des activités à travers toutes les grandes composantes et lignes de priorité de la création de la demande, de la disponibilité des produits, de l'accès aux services et de la coordination ;
- Etablir un plan opérationnel et applicable sur le terrain en introduisant des objectifs quantifiés et différenciés avec une méthodologie de suivi basé sur des activités détaillées.

B. Contexte de l'élaboration du plan au 1er juin 2012

Planification Familiale : Un investissement rentable pour améliorer la santé, le bien-être et la qualité de vie des Sénégalais.

Les indicateurs de mortalité ont baissé depuis 2005, mais demeurent en deçà des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) de 2015. En effet, le taux de mortalité maternelle de 392 pour 100'000 naissances vivantes et le taux de mortalité infanto-juvénile de 75 pour 1000 enfants de moins de 5 ans doivent être réduits de moitié entre 2010 et 2015 pour prétendre atteindre les OMD.

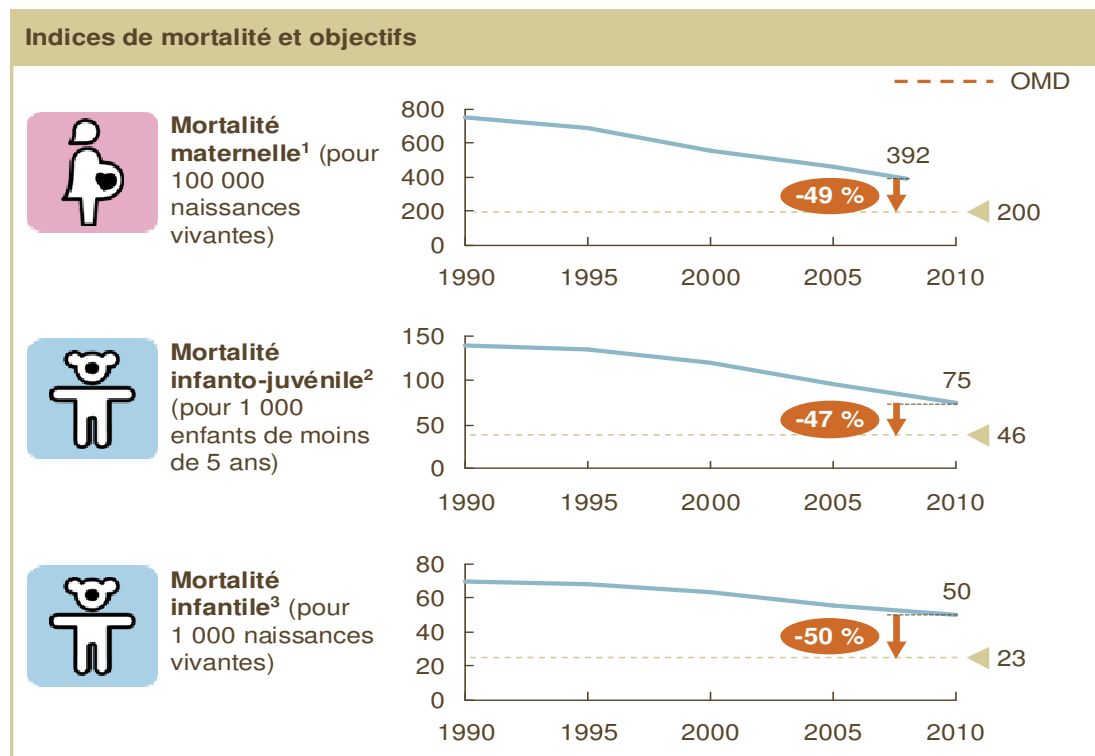


Figure 1 : Taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile (Source : OMS)



De plus, la pression sur les indicateurs est amplifiée par plusieurs facteurs démographiques et de santé qui appellent urgemment à l'action et à un inversement de la tendance :

- Fort indice de fécondité : 5,0 enfants par femme (ce qui représente un indice quasi stagnant depuis 2005 avec un indice de fécondité à 5,3)
- Fort taux d'accroissement de la population entre 14 et 49 ans : 3 % par an
- Faible TPC : 12 % (comparé à 10 % en 2005) avec d'importants besoins non satisfaits (29,4 %)
- Fortes disparités dans le TPC entre les milieux urbains et ruraux (20 % vs. 7 %) et les milieux sociaux (25 % pour femmes instruites vs. 8 % pour les femmes sans éducation)
- Ratio de mortalité maternelle très élevé avec 391 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (l'un des plus élevés au monde).

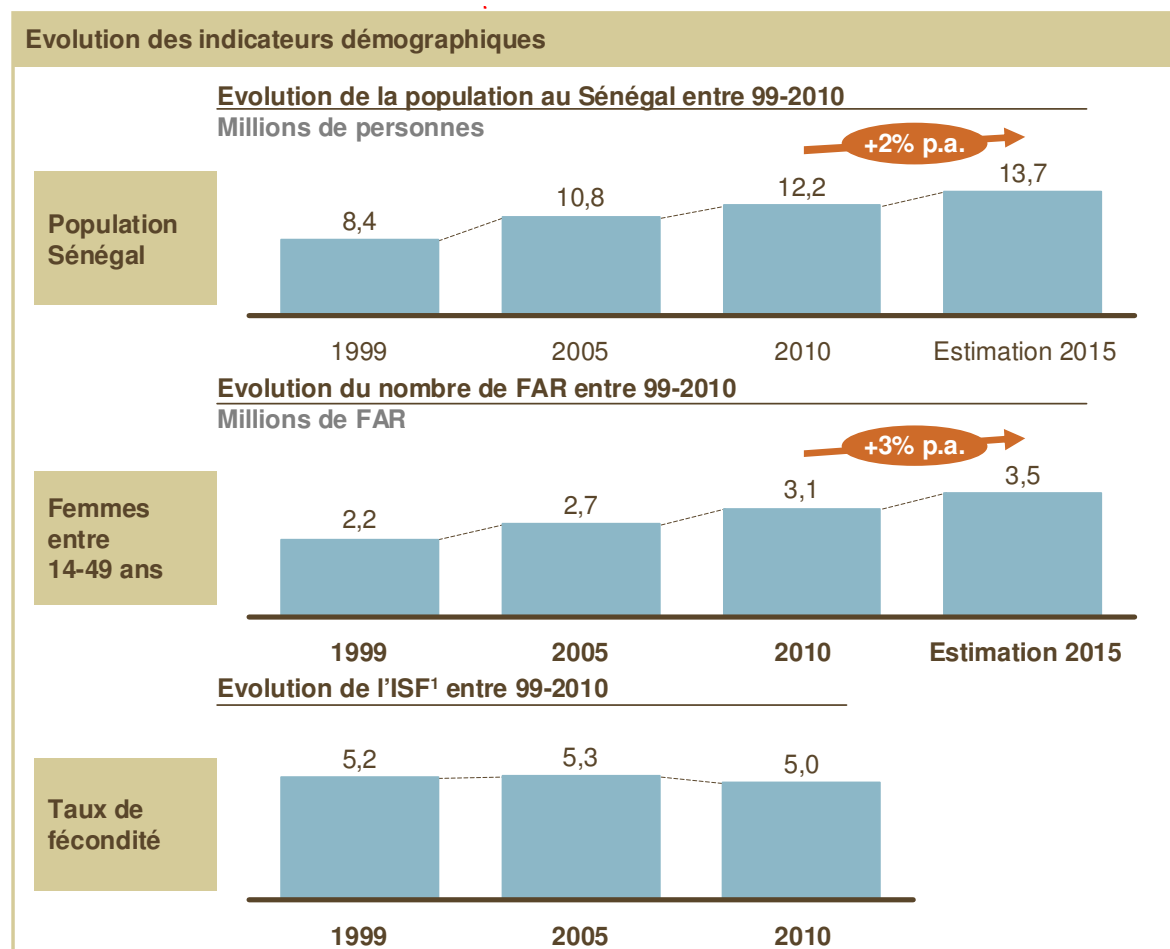


Figure 2 : Evolution des indicateurs démographiques (Source : ANSD, DHS)

Cette évolution impacte négativement les indicateurs mais augmente aussi la pression sur les structures de santé, d'éducation et la sécurité alimentaire. La Planification Familiale est parmi les méthodes les plus efficaces et les plus rentables financièrement pour non seulement sauver des vies et améliorer la santé de la femme et de l'enfant, mais aussi pour contribuer au développement économique et social du pays.



Situation actuelle de la Planification Familiale au Sénégal

La population du Sénégal croît rapidement et a presque doublé entre 1990 et 2010. Ce fort taux de croissance démographique (2,5 % en 2002 RGPH) résulte essentiellement d'une fécondité encore élevée (ISF de 5,3 en 2005), d'un très faible TPC (12 % en 2010) et d'une mortalité infantile en baisse.

En effet, la population a évolué plus vite que les indicateurs socio-économiques (taux de pauvreté, taux d'urbanisation, etc..). Le TPC par exemple, est passé de 10 % à seulement 12 % entre 2005 et 2010, faisant du Sénégal l'un des pays ayant le plus faible taux en Afrique ; d'autre part, le PIB par habitant est passé de 1800 à 1900 US\$ sur la même période (base parité de pouvoir d'achat). Ceci est à mettre en perspective avec le fait que beaucoup de bailleurs et d'acteurs sont présents et actifs et que de nombreuses activités en faveur de la PF sont déjà mises en place au Sénégal.

Le plan d'actions national construit en effet sur les acquis et les efforts importants réalisés par les partenaires et le gouvernement. Au cours des dernières années, les partenaires ont fortement participé aux activités de PF sur l'ensemble des domaines stratégiques. Ils ont notamment entrepris des efforts autour de la création de demande avec des activités de communication (y compris de proximité), d'encadrement des jeunes et des activités de plaidoyer, en particulier avec la société civile. Le secteur public a été renforcé avec des activités se focalisant sur l'amélioration des capacités logistiques et de gestion de données du personnel, les formations à la PF, l'équipement des PPS pour les MLD en particulier et la sécurisation des produits contraceptifs au niveau national. Tous ces efforts sont une base importante pour le plan d'action et seront renforcés.

Les activités du plan d'action seront construites autour de recherches et études faites pour mieux comprendre les cibles et adapter les messages. Les argumentaires et outils de plaidoyer existants seront utilisés comme base pour ceux à développer dans le futur; les réseaux de champions actuels seront revitalisés et étendus. Au niveau de la disponibilité des produits, les activités intègrent les outils existants comme le Chanel et le Reality Check afin de minimiser les ruptures de stock. Dans le secteur public, l'effort sera concentré sur la réduction des manques et insuffisances existants au niveau des formations, des équipements et du personnel ainsi que sur l'extension d'expériences pilotes pour améliorer la qualité des services. L'offre à base communautaire sera construite autour du système en place tout en le redynamisant et en mettant à l'échelle certaines activités (BG, ASBC...).

Cependant le plan d'actions cherche aussi à corriger quelques inefficacités et combler certains manques du passé. Le PANPF marque ainsi une rupture avec le passé puisqu'il a pour ambition de mettre à la fois en place des activités innovantes (unités mobiles, franchises sociales, système d'approvisionnement...) mais aussi une architecture de mise en œuvre enrichie. En effet, le PANPF met l'accent sur la coordination et le suivi des activités de PF aussi bien au niveau central que régional puisqu'il s'appuie sur l'implication plus importante des régions dans la définition et le suivi des activités.

Les principaux freins à la croissance dans le domaine de la PF au Sénégal sont :

- L'absence d'un plan d'action national unique, opérationnel et focalisé sur la PF qui puisse structurer les actions en fonction de leur impact. Ce travail avait été entrepris mais non finalisé par la DSR.
- L'insuffisance de la coordination entre les nombreux acteurs et partenaires présents au Sénégal. Ceci crée divers doublons dans les activités mais aussi des manques dans certains domaines et rend par conséquent le système inefficace dans une certaine mesure.



- L'instabilité dans l'action des décideurs dans le temps, rendant difficile le maintien des acquis en termes de financement et d'engagement politique pour la PF.
- La question de la PF, bien que mise en avant dans le cadre de plans dédiés à la santé maternelle et de l'enfant, n'a que trop peu souvent été traitée de manière propre ni récolter toute l'attention des autorités compétentes.
- Les acteurs de la PF ne sont pas assez responsabilisés dans leurs actions, le partage de données et de comptes rendus d'activités.
- Un déficit en ressources humaines et financières dans le système de santé public, y compris pour la PF. En particulier, manque d'une structure dotée d'un pouvoir de décision fort en charge du suivi et de l'évaluation des activités de PF.

C. Repositionnement de la Planification Familiale

Suite à la déclaration du gouvernement sénégalais de considérer la santé maternelle comme une des deux priorités nationales (avec l'institution d'une caisse nationale d'assurance maladie) l'intérêt pour la Planification Familiale a grandi de manière considérable.

Ce regain d'intérêt s'est également cristallisé dans le partenariat de Ouagadougou qui est la réunion de huit gouvernements, de bailleurs de fonds internationaux et d'ONG avec l'objectif d'agir conjointement en vue de l'amélioration de l'offre de Planification Familiale en Afrique de l'Ouest francophone.

De plus, Mme La Ministre de la santé et de l'Action Sociale, Pr Eva Marie Coll Seck, a réaffirmé son engagement pour la PF face à toute la communauté internationale lors du sommet international de la PF du 11 juillet 2012 à Londres. S'autoproclamant championne de la santé des femmes, elle s'est engagée à rendre les produits et les services PF accessibles à toutes les femmes qui en ont besoin, en particulier celles qui sont les plus vulnérables et vivant dans les zones les plus reculées.

Grâce à ce regain d'intérêt issu de cette intervention à fort impact, le gouvernement sénégalais a décidé de raffiner son plan national de Planification Familiale, impulsant une véritable dynamique qui a gagné les plus hautes sphères de l'Etat du Sénégal.

D. Enjeux et défis de la planification familiale au Sénégal

La Planification Familiale au Sénégal est confrontée à un certain nombre de défis et contraintes qui doivent être résolus en vue d'un repositionnement efficace et de l'atteinte des OMD et de l'objectif de TPC de 27 %.

Ces défis qui pèsent lourdement sur les « piliers » nécessaires à l'évolution et au développement de la Planification Familiale au Sénégal sont liés à la création de la demande, la disponibilité des produits, l'accès aux services, l'engagement politique et financier et enfin la coordination entre les différents acteurs.

14 défis ont été identifiés durant le processus de l'élaboration du plan d'action stratégique :



4 défis pesant sur la demande

- Des besoins non satisfaits importants (29,4 % en 2010) et ce quelque soit le niveau socio-économique, l'âge, le niveau d'instruction ou la région et une forte disparité dans le TPC entre le milieu rural et urbain (7 % vs 20 % TPC) et entre les milieux sociaux (femmes instruites ~25 % vs. femmes sans éducation 8 %).
- Une baisse de la communication concernant la PF (39 % de femmes exposées aux messages sur la PF dans les médias en 2010 contre 48 % en 2005).
- Perception négative de la PF chez les femmes (20 % des femmes n'utilisent pas de contraceptifs de peur que la PF soit dangereux pour la santé).
- L'utilisation actuelle est concentrée sur les produits à courte durée ce qui rend la couverture contraceptive plus difficile à pérenniser (43 % d'injectables, 34 % de pilules).

3 défis pesant sur la disponibilité des produits

- Ruptures de stocks au niveau national et régional (le taux de rupture de stocks pour les injectables varie entre 25 et 45 % dans les villes clés ; il en est de même pour les implants, où les ruptures de stocks peuvent atteindre 80 % dans le secteur public, cf. données de PPS de Pikine 2010-11).
- Problèmes d'approvisionnement des produits jusqu'aux points de prestation des services qui causent une importante cause de non-satisfaction des clientes (40 % de rupture de stock pour le Depo-Provera à Pikine en 2010-11, 80 % pour le Jadelle malgré les stocks au niveau national, cf. données de PPS de Pikine 2010-11).
- Contrôle qualité des produits qui reste variable et insuffisant.

4 défis pesant sur l'accès aux services PF

- La qualité de l'offre est très insatisfaisante (52 % des clientes affirment ne pas être très satisfaites des services reçus, *source : Enquête auprès des ménages, ISSU*) et ce malgré les efforts accomplis en terme de formation pour les prestataires de la PF ces dernières années ; dans le secteur public les femmes se sentent mal accueillies, mal informées et stigmatisées (1 femme sur 3 environ affirment que les prestataires/vendeurs de produits PF la mettent mal à l'aise lorsqu'elle vient se procurer des produits contraceptifs, *source : Enquête auprès des ménages, ISSU*).
- Le nombre de points d'accès à la PF reste très bas selon les régions et il existe de fortes disparités dans l'offre de services dans le pays notamment pour les méthodes longues durées
- Dans le secteur privé c'est surtout la difficulté d'acquérir les produits contraceptifs et le cadre réglementaire qui posent problème. En effet une prescription est obligatoire pour acheter un contraceptif dans le secteur privé, les pharmaciens ne sont pas habilités à délivrer certaines méthodes ni même à en prescrire et les cliniques privées ne peuvent pas stocker de contraceptifs
- La stigmatisation des femmes utilisant les services de la PF reste tenace, surtout chez les jeunes (seulement 2 % de jeunes femmes entre 15-19 ans ont reçu la visite d'un agent de terrain qui lui a parlé de la PF. On relève ainsi un TPC de 5 % pour les jeunes femmes en union âgées de 15 à 19 ans vs. 8.4 % pour celles entre 20 et 24 ans en 2010)

2 défis sur l'engagement politique et financier

- Le statut de la PF qui est devenu un simple « bureau » au sein de la DSR, résultant en une insuffisance de ressources, d'expertise et de pouvoir de décision. De plus, les moyens de la DSR sont très limités (peu de ressources humaines et un budget total de CFA 1,5 milliard ce qui représente seulement 2,5 % du budget total alloué à la



santé) ; cela résulte au final en un manque de ressources pour l'exécution et le suivi évaluation des activités de la PF.

- Cadre réglementaire non favorable à l'élargissement du système d'offre de la PF (certaines personnes non habilitées à délivrer les méthodes, exigence des pharmacies d'une ordonnance pour les pilules et les injectables, impossibilité de stocker pour les cliniques privées...)

Un défi lié à la coordination

- De nombreux acteurs de terrain et bailleurs de fonds sont présents dans le domaine de la PF et contribuent tous de manière significative aux efforts réalisés. Cependant, il existe un certain manque de coordination du à l'absence de mécanismes permettant d'aligner les acteurs de la PF autour d'un plan d'action unique.

Plan d'action national

A. Objectifs du plan d'action

Le plan d'action national PF a pour objectif d'augmenter la prévalence contraceptive au Sénégal. Ainsi, les activités du plan s'adressent à l'ensemble des femmes sans distinction du statut conjugal.

Le Sénégal s'est fixé l'objectif ambitieux de passer d'un TPC de 12 % à 27 % (pour les femmes en union) en 2015 et 45 % en 2020, ce qui représente une augmentation de 15 points, soit l'effort réalisé entre 1992 et 2010.

Atteindre ce TPC fixé signifie qu'il faut faire adopter la contraception à environ 350 000 femmes en union en plus.

Avec l'engagement des MCR, des objectifs de taux de prévalence différenciés par région (figure 3) ont été définis pour mieux voir la charge de chaque région dans l'objectif fixé. Les objectifs ont été fixés en fonction du potentiel et des caractéristiques de chaque région (par exemple : niveau d'urbanisation, présence de zones périurbaines très peuplées, nombre de femmes en âge de procréer, présence d'acteurs de terrain). Le potentiel des régions a été déterminé en se basant sur leur poids démographique et leur taux de besoin non satisfait.

Toutes les régions ont des objectifs d'augmentation considérables en 3 ans variant de 60 % à 270 % et qui requièrent un plan d'action efficace et équitable. Cela représente un effort colossal qui devra être fait dans toutes les régions du Sénégal y compris celles ayant un faible TPC actuellement.

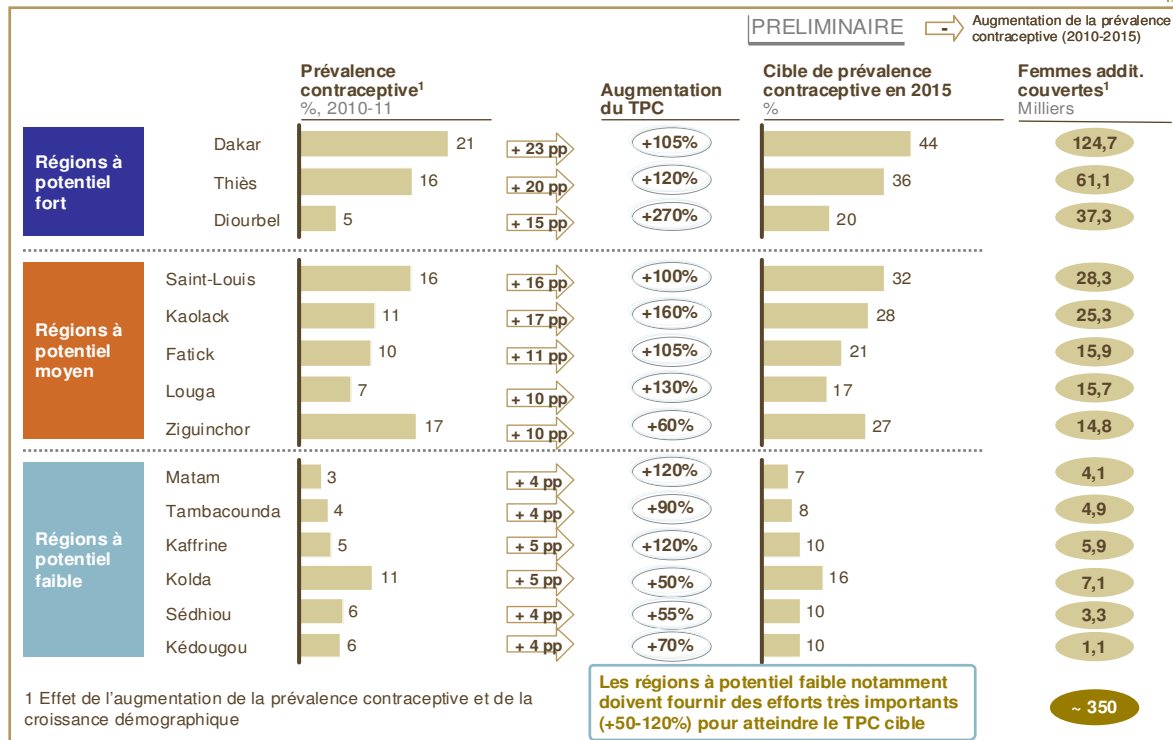


Figure 3 : Objectifs régionaux définis avec les Médecins Chef de région

Les objectifs sont certes ambitieux mais réalisables au regard d'autre pays tels que le Rwanda ou l'Ethiopie (dont le TPC a presque doublé depuis 2005).

B. Synthèse

Le plan d'action élaboré à partir de l'analyse des défis s'articule autour de 51 actions stratégiques regroupées autour de 6 domaines stratégiques (en plus des mécanismes de coordination et de suivi) définis par toutes les parties prenantes :

2 domaines stratégiques concernant la demande :

- Plan de communication national à large échelle :
 - Conduite de recherches qualitatives sur les cibles
 - Campagne de masse visant les femmes
 - Communication interpersonnelle et activités communautaires
 - Activités spécifiques au milieu rural
 - Campagne visant les hommes
 - Campagne visant les jeunes

- Programme de plaidoyer ciblé :
 - Conception d'un comité national de plaidoyer
 - Plaidoyer pour redéfinir la position de la DSR
 - Plaidoyer pour un aménagement du cadre réglementaire
 - Plaidoyer pour un financement plus important de l'état
 - Renforcement du soutien des partenaires
 - Plaidoyer pour faire de la PF une priorité nationale
 - Plaidoyer pour obtenir l'appui des leaders du secteur de la santé
 - Plaidoyer pour obtenir le soutien financier et humain dans le secteur privé



- Plaidoyer pour obtenir le soutien des médias : soutien effectif dans la médiatisation des activités de PF et appui financier
- Activation et redynamisation du réseau des champions politiques
- Activation et redynamisation du réseau des champions communautaires
- Activation et redynamisation du réseau des champions religieux
- Activation et redynamisation du réseau des champions nationaux

1 domaine stratégique concernant la disponibilité des produits :

- Assurer la disponibilité des produits contraceptifs notamment en mettant à l'échelle le système du push model informé :
 - Instauration d'un canal unique de commande de produits
 - Garantie de la disponibilité/ fonctionnalité des équipements nécessaires aux MLD
 - Extension progressive du push model
 - Amélioration des capacités logistiques du personnel
 - Amélioration des capacités de gestion de données du personnel
 - Réalisation des commandes des structures basées sur les consommations réelles et suivi mensuel des stocks en utilisant Reality Check et Chanel.

3 domaines concernant l'accès aux services de la PF :

- Améliorer l'offre du secteur public en particulier pour les méthodes à longue durée :
 - Assurance de la disponibilité des équipements dans les PPS (y compris le renforcement du système des fichiers PF avec des formations et suivi)
 - Formation aux MLD (y compris supervision formative et tutorat)
 - Recrutement d'agents de santé
 - Mise en place dans les écoles de formation des curricula révisés
 - Passage à l'échelle de la délégation et du transfert de compétences
 - Renforcement des compétences à l'aide d'un système de formation en ligne
 - Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité des services et son suivi
- Renforcer l'offre dans le secteur privé :
 - Mise en place d'une structure multisectorielle dédiée aux PPP
 - Elargissement de la gamme de produits marketing social
 - Mise en place effective de la livraison des produits par la PNA
 - Intégration systématique des données du privé
 - Mise en place des unités mobiles
 - Mise en place de franchises sociales
 - Elargissement du nombre de point de prestations dans le privé
 - Amélioration du cadre réglementaire
 - Diligence dans la délivrance des Autorisations de Mise sur le Marché
 - Formation directe des acteurs du privé, surtout sur le MLD
 - Assurance de la prise en charge des services de PF par les mutuelles et la sécurité sociale
- Généraliser la distribution à base communautaire :
 - Approfondissement de la délégation des tâches
 - Elargissement de l'accès à la distribution pour les cases avec des ASC lettrés
 - Revitalisation du programme Bajenu Gox
 - Utilisation accrue des relais pour la lutte contre les abandons
 - Accroissement de la couverture en ASBC
 - Elargissement de l'accès à la distribution aux autres catégories de TCS (relais, BG)



- Elargissement de l'accès à la distribution pour les cases avec des ASC analphabètes

La coordination et le suivi-évaluation du plan d'action a aussi été retenu comme un axe prioritaire pour assurer sa réussite. Celui-ci prévoit en premier lieu la mise en place d'une organisation forte dotée de ressources suffisantes qui a pour but de mettre en œuvre le plan d'action et de renforcer les mécanismes de suivi des activités permettant ainsi un réajustement immédiat et un suivi rapproché des principaux indicateurs. Cet axe prioritaire met aussi l'accent sur la coordination des acteurs et de leurs actions autour du plan unique d'action national de Planification Familiale.

Avec la mise en œuvre de ces actions prioritaires définies avec toutes les parties prenantes y compris les Médecins Chefs de région, il est attendu en 2015 d'atteindre les 350 000 femmes additionnelles en union. Une estimation préliminaire basée sur l'expérience de pilotes et d'information des partenaires nous a permis d'évaluer l'impact des différents domaines de la manière suivante :

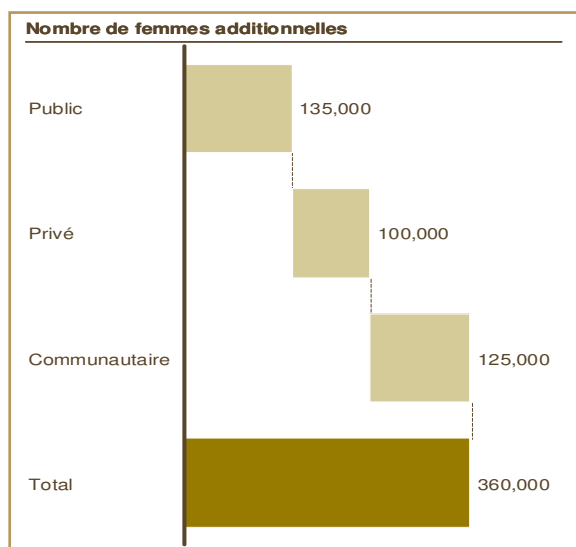


Figure 4 : Impact en nombre de femmes additionnelles en union pour les grands axes d'action

Ces calculs d'impact ne font pas foi d'obligations de résultats pour les acteurs mais permettent de justifier l'atteinte du TPC cible de 27%.

Le coût total de ce plan sur 3 ans et demi et de 16,3 milliards de CFA (soit 31,4 millions de dollars US) en coût opérationnel (représentant les coûts des activités, hors frais généraux, ressources humaines et infrastructure des agences, etc.) réparti selon le schéma suivant :

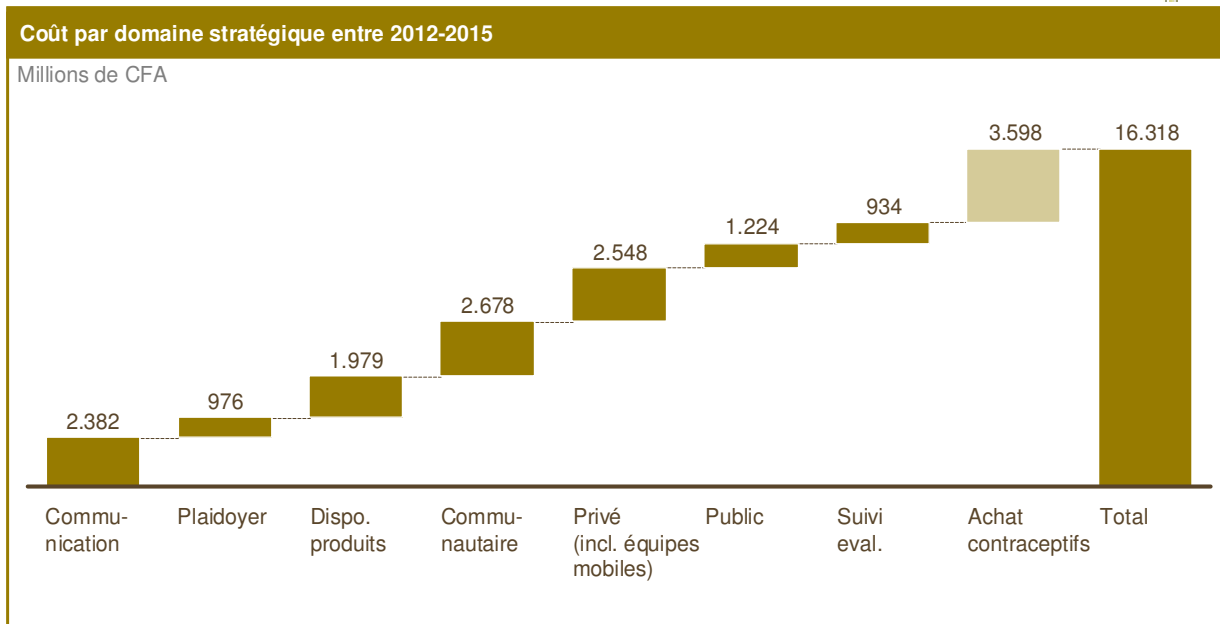


Figure 5: Coûts par domaine stratégique pour 2012-15

C. Détails du plan d’action

1. Communication

1.1. Définition des actions prioritaires :

Mise en place d’un plan de communication de masse à grande échelle avec des messages spécifiques et variés selon les populations cibles. L’accent sera mis sur l’information et la mobilisation des communautés ainsi que sur la communication pluri-média de grande qualité pour un changement de comportement de masse. Plus de 90 % des hommes et femmes connaissent au moins une méthode contraceptive, pourtant le TPC reste bas et des approches innovantes de communication (campagnes SMS, activités de communication en milieu rural, enquêtes comportementales...) sont nécessaires pour catalyser la discussion sur la Planification Familiale au sein du couple (approche genre) et de la famille et casser l’a priori négatif et les fausses perceptions afin de rendre la Planification Familiale une norme socialement acceptable, soutenue de manière transparente et largement utilisée.

En ce sens des recherches comportementales vont être conduites pour mieux comprendre les causes y compris sociales de non adoption ou d’abandon et adapter les messages et canaux de communication. Ces études sont aussi nécessaires pour mieux définir les profils et messages adaptés aux hommes et aux jeunes.

Au terme de ces recherches, différentes campagnes de masse pluri-média ciblées seront lancées visant de façon spécifique les femmes, les hommes et les jeunes. Cependant, ces activités de masse doivent être renforcées et complétées par des activités de communication interpersonnelle qui sont elles aussi planifiées notamment dans les zones d’accès difficiles afin de toucher au mieux les femmes. La société civile aura un rôle particulièrement important à jouer dans les activités de communication interpersonnelle.

La santé des jeunes constitue une priorité pour le Sénégal. Ainsi, de nombreuses activités sont spécifiques aux jeunes afin de les sensibiliser à la PF et améliorer leur bien-être. Le plan d’action a notamment pour objectif d’adresser les problèmes de stigmatisation dont souffrent encore trop souvent les jeunes. La revitalisation de la ligne verte, le plan de



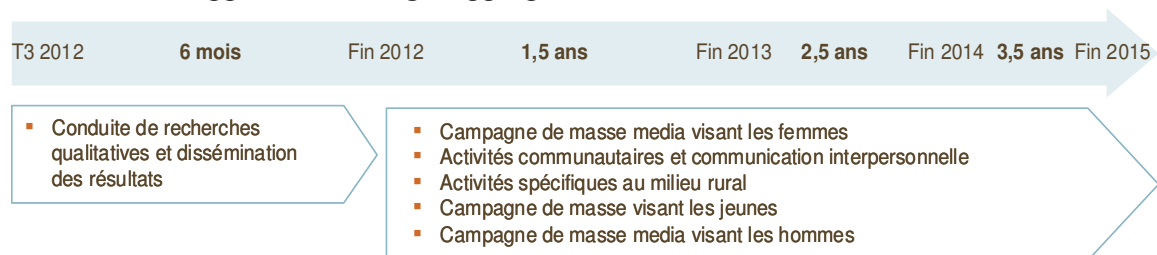
communication ciblée et la multiplication d'activités de communication interpersonnelle sont autant d'activités qui permettront d'y arriver.

Les hommes bénéficieront d'une campagne de masse les ciblant spécifiquement ainsi que de nombreuses activités de proximité (e.g ONCAV, groupes de discussions, utilisation des relais religieux) afin de les sensibiliser sur les avantages liés à la PF et élargir la dimension de la PF vers celle de la santé du couple.

1.2. Déclinaison dans le temps et dans l'espace :

Les campagnes de communication de masse seront menées dans toutes les régions du Sénégal.

Les campagnes visant les hommes et les jeunes seront entreprises quelques mois plus tard étant donné qu'il s'avère nécessaire d'avoir davantage de temps pour comprendre ces cibles et développer des messages appropriés.



1.3. Coût par actions prioritaires 2012-15

Actions prioritaires	2012	2013	2014	2015	Total CFA
Conduite des recherches	32 442 280	–	5 949 840	–	38 392 640
Campagne de masse visant les femmes	130 000	217449960	361 449 920	361 449 920	940 480 320
Activités communautaires et CIP	130 000	215843160	175 029 920	178 629 880	569 632 960
Activités spécifiques en milieu rural	–	38955280	38 955 280	39 448 760	117 359 840
Campagne visant les hommes	–	33429760	210 099 760	354 099 720	597 629 760
Campagne visant les jeunes	–	39340080	39 340 080	39 340 080	118 020 240
Total	32 702 280	545018760	830 825 320	972 968 880	2 381 515 240

2. Plaidoyer

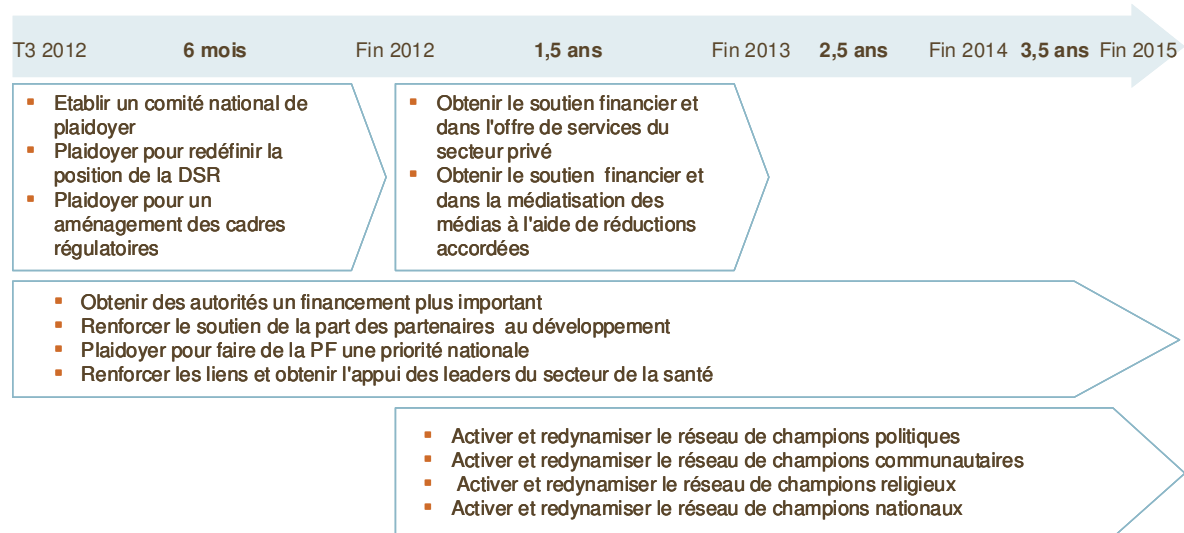
2.1. Définition des actions prioritaires

Il sera mis en œuvre un programme de plaidoyer ciblé visant les leaders d'opinion politiques, les bailleurs de fonds et la société civile pour supporter la PF par leur financement et leur engagement en utilisant des outils adaptés et existants (par exemple ENGAGE et RAPID). Il sera mis à profit de manière plus significative tous les efforts concernant la formation et l'orientation des religieux et des champions nationaux et locaux pour parler de la Planification Familiale et faire la promotion de familles en bonne santé. Les organisations issues de la société civile notamment auront un rôle privilégié à jouer puisqu'elles pourront à la fois mener un nombre important d'activités de plaidoyer mais aussi être les cibles de certaines activités de plaidoyer.



2.2. Déclinaison dans le temps et dans l'espace

Le programme de plaidoyer sera déployé dans toutes les régions du Sénégal avec une attention particulière donnée aux zones sociologiquement moins ouverts aux messages de la PF.



2.3. Coût par actions prioritaires 2012-15

Actions prioritaires	2012	2013	2014	2015	Total CFA
Établir un comité national de plaidoyer	3085160	2 990 000	739 960	739 960	7 555 080
Plaidoyer pour redéfinir la position de la DSR	260000	–	0	0	260 000
Plaidoyer pour un aménagement des cadres réglementaires	5888480	11 029 720	0	0	16 919 760
Plaidoyer pour un financement plus important	5519800	95 190 160	93 689 960	93 689 960	288 089 880
Renforcement du soutien des partenaires	6400160	7 920 120	6 540 040	6 540 040	27 399 840
Plaidoyer pour faire de la PF une priorité nationale	49184720	48 924 720	48 924 720	48 924 720	195 959 920
Obtenir l'appui des leaders du secteur de la santé	–	5 890 040	5 999 760	5 999 760	17 890 080
Obtenir le soutien financier et humain dans le secteur privé	–	18 354 960	3 299 920	3 299 920	24 954 800
Obtenir le soutien financier dans la médiatisation	–	5 410 080	6 769 880	6 769 880	18 949 840
Activer et redynamiser le réseau des champions politiques	–	45 952 400	28 292 680	28 292 680	127 072 400
Activer et redynamiser le réseau des champions communautaires	24535160	48 987 640	28 292 680	28 292 680	105 572 480
Activer et redynamiser le réseau des champions religieux	–	52 172 640	28 292 680	28 292 680	108 757 480
Activer et redynamiser le réseau des champions nationaux	–	7 794 800	28 292 680	28 292 680	36 087 480
Total	94875040	350 617 280	250 842 280	250 842 280	975 470 080

3. Disponibilité des produits

3.1. Définition des actions prioritaires

Les ruptures de stocks sont un problème récurrent qui touche directement l'utilisatrice. Le programme a toujours reconnu dans le passé combien cela représente une barrière évidente à l'accès aux services et produits et par la même un obstacle majeur à l'atteinte de l'objectif de taux de prévalence contraceptive. Par exemple, le taux de rupture de stocks pour les injectables varie entre 25 et 45 % dans les villes clés ; il en est de même pour les implants, où les ruptures de stocks peuvent atteindre 80 % dans le secteur public. Les

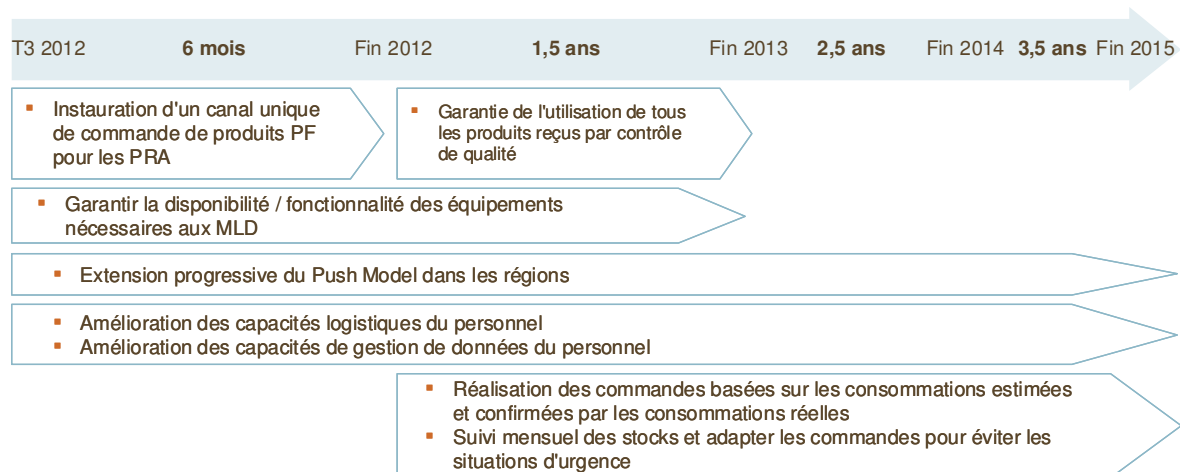


raisons sont multiples : mauvaise estimation de la consommation basée sur des données historiques et incomplètes, quelques insuffisances passées dans la quantification des besoins, inadéquation entre les commandes des structures et les besoins et parfois une distribution inefficace. Les causes profondes du problème du système d'approvisionnement au niveau national et local sont étudiées et des solutions utilisant des approches innovantes seront mises en œuvre.

Le système de prévision de consommation et d'achats de contraceptifs a été clarifié et l'efficacité améliorée avec le Reality Check. Au niveau local, il sera aussi mis en œuvre dans des régions pilotes le système de push modèle informé qui intègre l'outil Chanel de suivi des stocks. L'objectif est de mettre à l'échelle ce système pour couvrir l'ensemble du pays. Le Push model réfère à un système d'approvisionnement qui rationalise les procédures de commande et de rapport en laissant le distributeur gérer l'inventaire dans les structures de santé et décharge les prestataires de leurs obligations logistiques. L'équipe d'approvisionnement compte et enregistre les stocks et remplit les niveaux d'inventaire. Ce procédé a permis de réduire à zéro les ruptures de stocks dans les régions pilotes.

3.2. Déclinaison dans le temps et dans l'espace

Le push model sera étendu progressivement dans toutes les régions du Sénégal.



3.3. Coût par actions prioritaires 2012-15

Actions prioritaires	2012	2013	2014	2015	Total CFA
Instauration d'un canal unique de commande de produits	4 237 480	36 410 920	8 474 960	8 474 960	57 598 320
Garantir la disponibilité / fonctionnalité des équipements	41 499 640	193 847 680	361 449 920	361 449 920	235 347 320
Extension progressive du push model	96 150 080	347 999 600	494 000 000	473 999 760	1 412 149 960
Amélioration des capacités logistiques du personnel	1 500 200	103 725 960	34 300 240	34 300 240	173 826 120
Amélioration capacités gestion de données du personnel	21 100 040	47 997 040	10 972 000	354 099 720	95 994 080
Réalisation des commandes et suivi mensuel des stocks		1 300 000	1 300 000	1 300 000	3 900 000
Total	164 487 440	731 281 200	549 047 200	533 999 960	1 978 815 800

4. Extension de l'offre à base communautaire

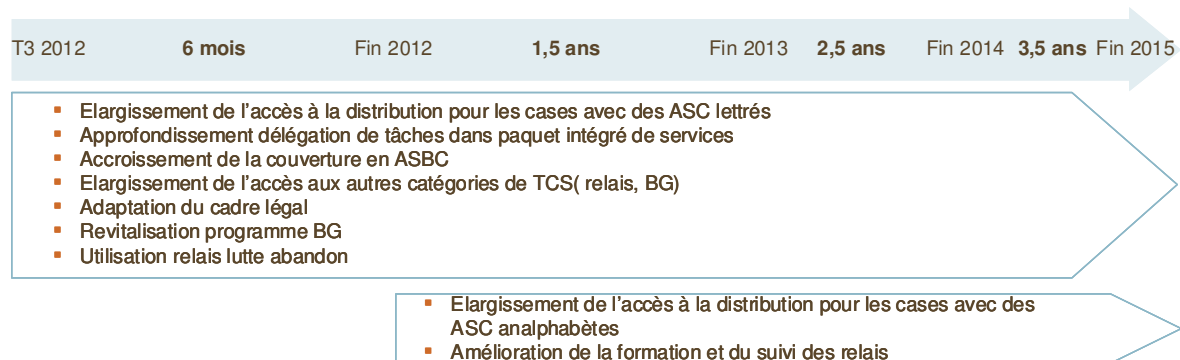
4.1. Définition des actions prioritaires

Généralisation de la distribution à base communautaire des méthodes à courte durée, y compris des injectables en cas de résultats positifs de l'étude de faisabilité et du



Depo-subQ en seringue Uniject en cas de résultats positifs des tests d’acceptabilité. Le système communautaire n’est pas encore assez exploité et doit être étendu à toutes les régions, y compris les régions rurales les plus reculées. Le plan va se focaliser sur une augmentation de la délégation des tâches et l’élargissement de l’offre communautaire avec l’offre initiale de pilule et potentiellement d’injectable par les agents communautaires pour améliorer l’accès à la PF. La revitalisation du programme Bajenu Gox et des relais religieux constituera également un soutien à l’offre communautaire et aux activités de communication et de sensibilisation.

4.2. Déclinaison dans le temps et dans l’espace



4.3. Coût par actions prioritaires 2012-15

Actions prioritaires	2012	2013	2014	2015	Total CFA
Approfondissement de la délégation des tâches	62 250 240	173 249 960	–	–	235 500 200
Élargissement de l’accès les cases avec des ASC lettrés	25 000 040	106 175 160	128 499 800	32 125 080	291 800 080
Revitalisation programme BG	54 125 240	62 999 560	61 249 760	61 249 760	239 624 840
Amélioration de la formation et du suivi des relais	–	65 000 000	119 999 880	124 999 680	310 000 080
Accroissement de la couverture de ASBC	60 499 920	226 999 760	52 000 000	52 000 000	391 500 200
Élargissement accès aux autres catégories TCS (relais, BG)	–	–	8 799 960	765 000 080	773 800 040
Élargissement accès pour les cases avec ASC analphabètes	–	153 174 840	153 174 840	96 249 920	402 600 120
Utilisation des relais	–	12 300 080	2 399 800	19 880 120	34 580 000
Total	164 486 920	799 899 880	526 125 080	1 151 505 160	2 679 405 040

5. Renforcement de l’offre privé

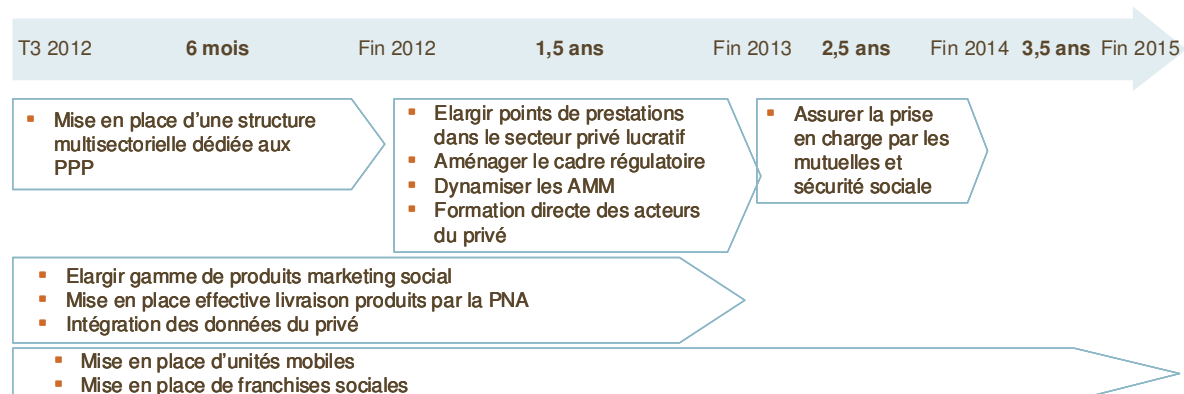
5.1. Définition des actions prioritaires

Renforcement de l’offre privée avec la mise en place des unités mobiles et des franchises sociales, en aménageant le cadre réglementaire pour encourager la distribution des contraceptifs par les acteurs privés et en élargissant le nombre de prestataires privés. Le secteur privé n’en est qu’à ses premiers pas dans la Planification Familiale. Le plan devra concentrer les efforts sur le rôle et l’impact des acteurs du secteur privé pour élargir l’offre et l’utilisation des contraceptifs, notamment à travers le marketing social, la mise en place d’un réseau de franchises sociales et de cliniques mobiles. Cette priorité n’est pas un vœu pieux, l’action a déjà débuté. Les cliniques mobiles sont déjà en place et donnent des résultats encourageants, surtout dans les méthodes longue durée, cette expérience va servir de référence pour accéder à des zones où l’accès aux services est plus difficile.



5.2. Déclinaison dans le temps et dans l'espace

Les unités mobiles seront en premier lieu déployées dans les régions de Dakar, Thiès, Diourbel, Kaolack, Fatick et éventuellement Tambacounda.



5.3. Coût par actions prioritaires 2012-15

Actions prioritaires	2012	2013	2014	2015	Total CFA
Mise en place d'une structure multisectorielle dédiée aux PPP	2 380 040	-	-	-	2 380 040
Élargir la gamme de produits marketing social	12 160 200	24 579 880	-	-	36 740 080
Mise en place effective de livraison produits par la PNA	3 259 880	2 640 040	520 000	520 000	6 939 920
Intégration des données du privé	2 999 880	8 465 080	-	325 000	11 789 960
Mise en place d'unités mobiles	209 640 080	345 852 000	424 970 000	425 750 000	1 406 212 080
Mise en place de franchises sociales	150 000 240	163 190 040	225 129 840	275 129 920	813 450 040
Élargir les points de prestations	-	40 900 080	520 000	520 000	41 940 080
Aménager le cadre réglementaire	-	10 040 160	520 000	520 000	11 080 160
Dynamiser les AMM	-	9 750 000	520 000	520 000	10 790 000
Formation directe des acteurs du privé	-	127 326 160	72 100 080	-	199 426 240
Assurer la prise en charge par les mutuelles et la sécu	-	-	6 029 920	520 000	6 549 920
Total	380 440 320	732 743 440	730 309 840	703 804 920	2 547 298 000

6. Amélioration de l'offre publique

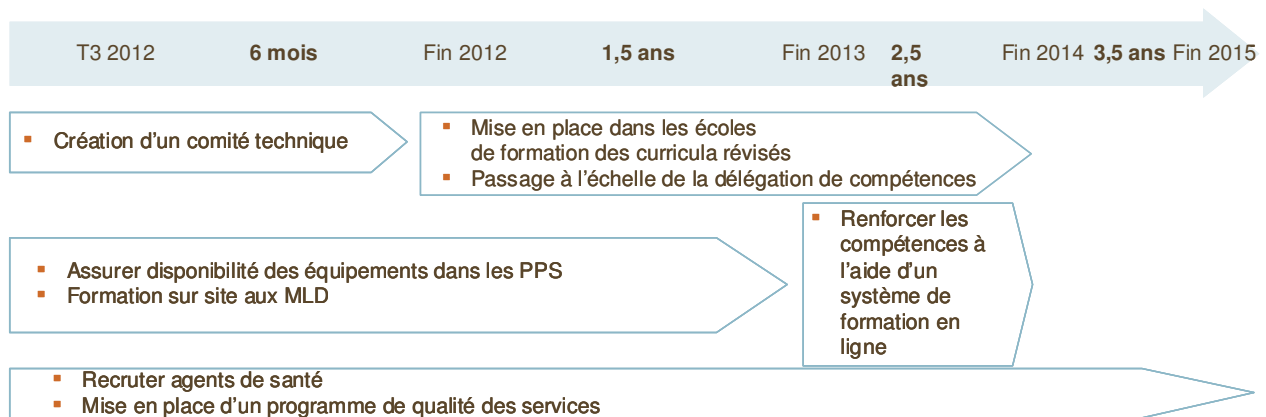
6.1. Définition des actions prioritaires

Amélioration de l'offre, en particulier des méthodes de longue durée et la qualité de service dans le système public en recrutant du personnel qualifié, en assurant la formation en technologie contraceptive et le suivi post formation des prestataires dans tous les points de prestation de services.

L'accent sera mis sur la qualité du service et du counseling tout en assurant la disponibilité du matériel et des consommables. Un focus particulier sera mis sur l'amélioration de l'accès aux services de Planification Familiale pour les jeunes en leur assurant la discrétion, la confidentialité et un service adapté.



6.2. Déclinaison dans le temps et dans l'espace



6.3. Coût par actions prioritaires 2012-15

Actions prioritaires	2012	2013	2014	2015	Total CFA
Assurer la disponibilité des équipements dans les PPS	36 019 880	455 063 960	520 000	520 000	492 123 840
Formation aux MLD	14 890 200	160 759 040	182 702 000	182 702 000	1 75 649 240
Recruter agents de santé	6 129 760	124 010 120	124 270 120	124 270 120	378 680 120
Mise en place d'un programme de qualité des services	14 198 600	60 324 680	13 720 200	13 720 200	101 963 160
Mise en place dans les écoles des curricula révisés	–	3 259 880	520 000	520 000	4 299 880
Passage à l'échelle de la délégation de compétence	–	17 999 800	–	–	17 999 800
Renforcer les compétences à l'aide d'un système de formation en ligne	–	–	16 355 040	–	16 355 040
Total	71 238 440	821 417 480	173 655 200	157 300 200	1 223 611 400

D. Organisation institutionnelle de mise en œuvre

Dans la conception de la structure de mise en œuvre du plan d'action national, les principes fondamentaux suivants ont été mis en avant :

- La structure de mise en œuvre doit être souple, flexible au niveau financier et opérationnel et s'intégrer dans les structures existantes; de plus elle doit prendre en compte l'aspect multisectoriel de la PF. Le plan d'action doit être suivi au plus haut niveau par Madame la Ministre ; la Planification Familiale étant une priorité nationale affirmée.
- Les MCR sont comptables de l'atteinte des objectifs régionaux de TPC à travers des contrats de performance clairs.
- Les MCR sont chargés de constituer au niveau régional les structures en charge du suivi évaluation des activités PF, celles-ci peuvent s'intégrer aux structures existantes.
- Des groupes de travail nationaux soutiennent de manière continue chaque pilier de la Planification Familiale (disponibilité des produits, accès aux services et création de demande).
- Le programme doit être visible, de haute qualité et réalisable avec des ressources uniquement dédiées à la Planification Familiale.
- Toute les parties prenantes sont coordonnées et alignées autour d'un seul plan d'action national évalué périodiquement et de manière systématique.

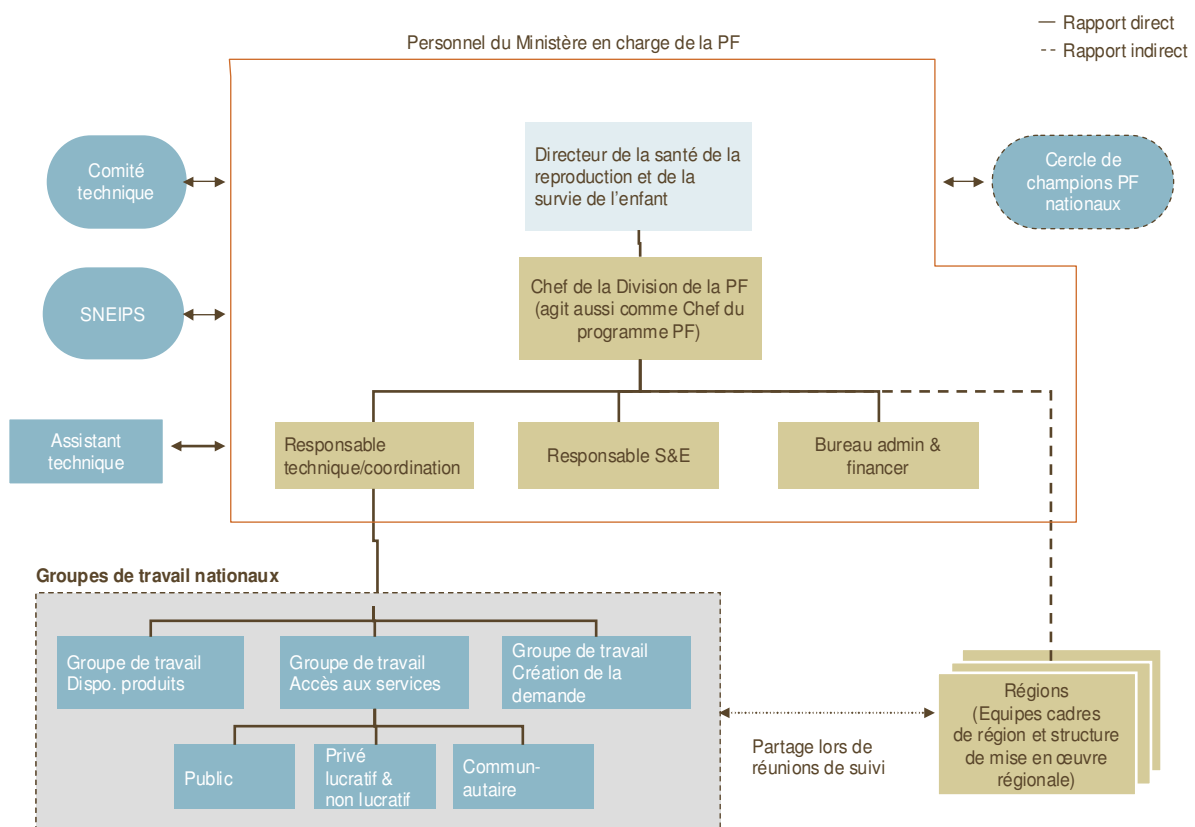


- Les investissements en terme de suivi évaluation sont plus importants et focalisés au début du programme pour assurer le lancement effectif et efficace du plan.

Le plan d'action national de la Planification Familiale sera mis en œuvre sous la direction et la gestion d'une structure faisant partie de la Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l'Enfant (DSRSE).

Suite à l'analyse de diverses options, les parties prenantes sont arrivées à la décision d'ancrer la structure à la DSRSE pour venir en soutien au système de santé et surtout à la santé maternelle et infantile et pour permettre de donner plus de pouvoir à la future Division en charge de la PF. Elle aura pour principales prérogatives les éléments suivants :

- Organiser le lancement du plan d'action national avec tous les acteurs clés (donneurs, acteurs terrain, gouvernement, société civile) ;
- Coordonner l'exécution du plan d'action ;
- Ajuster de manière dynamique le plan d'action ;
- Assurer le suivi évaluation du plan d'action, le respect des échéanciers et l'atteinte des objectifs fixés ;
- Gérer les financements du plan d'action national ;
- Organiser et coordonner la communication avec les autorités et le public.





Cette structure sera complètement dédiée à la mise en œuvre du programme et responsabilisée sur les objectifs de résultat et de processus développés ci-dessous. Elle sera composée de personnels hautement qualifiés et dédiés à la mise en œuvre du plan d'action national.

Elle sera dirigée par un chef de programme qui travaillera en étroite collaboration avec un comité technique rassemblant toutes les parties prenantes concernées et construisant sur ce que le comité technique a mis en place pour l'élaboration de ce plan d'action. Le chef de programme coordonnera la mise en œuvre du plan, assurera l'information continue et la communication avec les ministères et les médias et devra prendre des décisions fondamentales comme les décaissements de fonds et les mesures correctrices du plan.

Il sera accompagné par trois responsables dédiés à plein temps au programme PF :

- Responsable du suivi et évaluation qui aura pour rôle de définir et revoir les indicateurs et assurer la coordination avec les régions pour remonter les données.
- Responsable technique/coordination qui aura pour rôle d'assurer l'exécution opérationnelle du plan d'action et assurer la coordination avec les agences d'exécution et les groupes de travail.
- Bureau administratif et financier qui aura pour rôle de soutenir le chef de programme et autres responsables dans leurs activités administratives.

La mise en œuvre opérationnelle sera pilotée par les régions et les MCR qui seront fortement responsabilisés autour des objectifs régionaux de TPC.

De plus, il y aura trois structures qui soutiendront et guideront les efforts de la structure de mise en œuvre :

- Comité technique constitué d'experts parmi les partenaires (bailleurs de fonds, organisations internationales, ONG, agences d'exécution, société civile et Ministère). Ce comité a pour responsabilité d'assister techniquement le chef de programme, de faciliter le dialogue avec et entre les partenaires, de prendre des décisions pour des arbitrages techniques, de revoir l'avancée du plan d'action et de valider les changements majeurs du plan d'action.
- Comité national de plaidoyer (cercle de champions PF) composé de personnalités ayant un poids vis-à-vis des décideurs (par exemple parlementaires, élus locaux, leaders religieux, communautaires...). Son rôle est d'agir comme champion de la PF, d'être le comité de référence en charge du plaidoyer pour la PF au plus haut niveau, d'assister le groupe de travail en charge de la création de la demande dans ses activités de plaidoyer et d'assurer la multi-sectorialité et le lien avec d'autres Ministères et programmes.
- Groupe de travail pour chaque domaine stratégique : chaque groupe de travail comprend des membres du Ministère et certains partenaires techniques et financiers ayant vocation à travailler et participer à la mise en œuvre du plan d'action. Ces groupes de travail supporteront le suivi de l'implémentation du plan d'action pour leur domaine (soutien de la collection des données et analyses des indicateurs de processus, suivi de l'exécution dans les délais des activités) et ils assisteront techniquement le responsable technique / coordination et les agences d'exécution dans l'implémentation du plan.

Cette structure représente un coût total de 934 millions de CFA.

Coût par catégories de dépenses

Millions de CFA

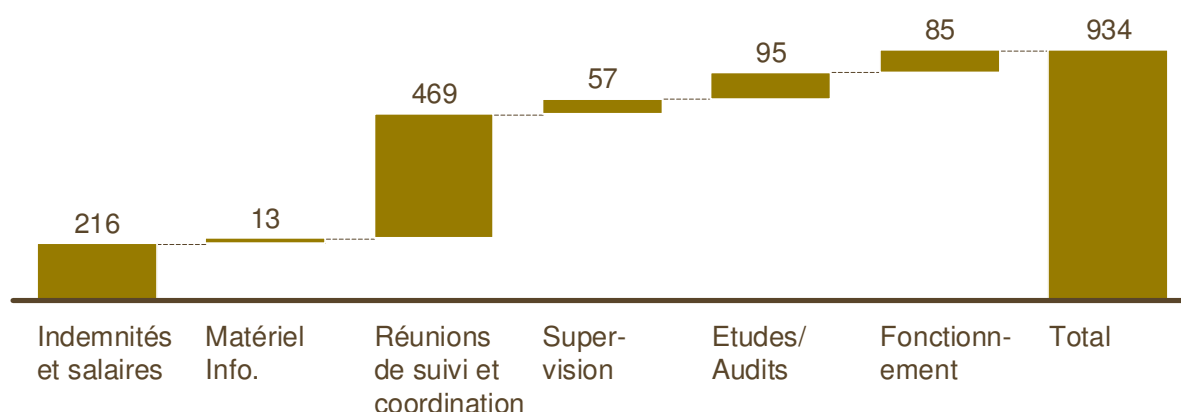
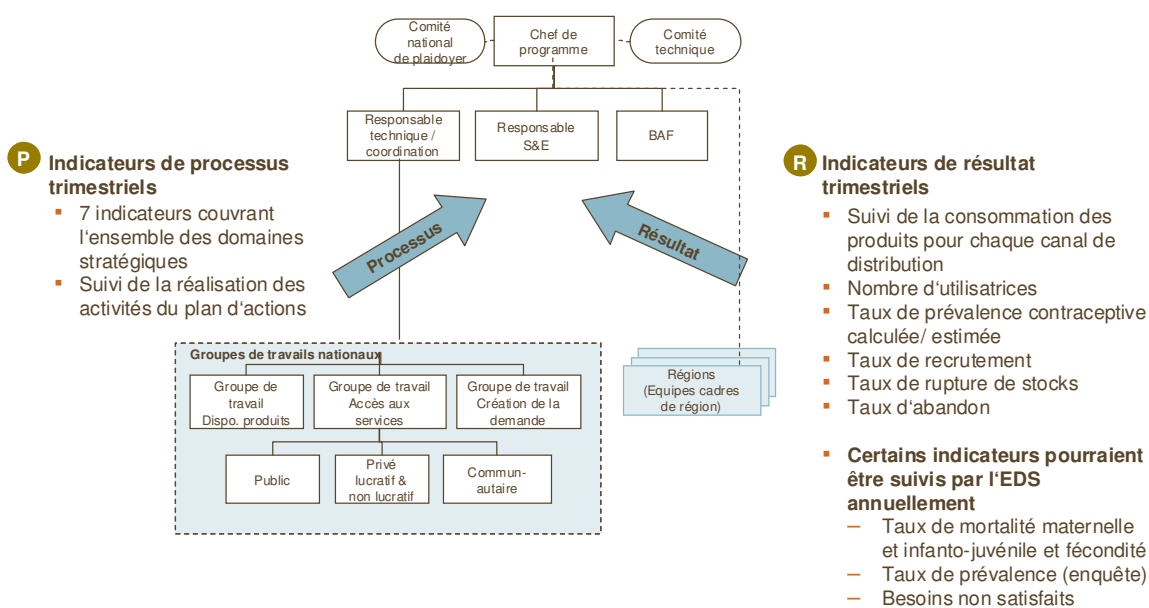


Figure 6 : Coûts du suivi évaluation pour 2012-2015

E. Mécanismes de suivi et évaluation

Afin d'assurer l'implémentation efficace du plan d'action, les éléments suivants ont été mis en place :

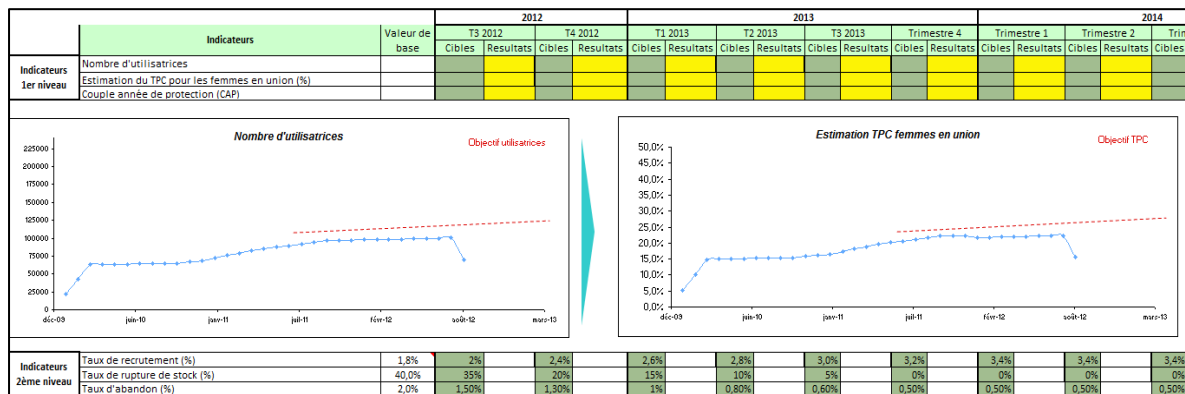
1. Définition d'indicateurs de processus et de résultat au niveau régional et national





Les indicateurs de résultats suivant seront suivis en priorité par les Médecins Chefs de Région, notamment :

- Des indicateurs de premier niveau seront suivis trimestriellement tels que le nombre d'utilisatrices, l'estimation calculée du TPC pour les femmes en union et les couples-années de protection. Ces indicateurs seront basés sur la consommation des produits, information importante permettant de jauger de l'efficacité du plan d'action et qui sera suivi pour chaque canal de distribution (public, privé lucratif et non lucratif, communautaire). La fiabilité des données sera testée lors de supervisions trimestrielles dans chaque région.



- Des indicateurs de résultats de second niveau tels que le taux de recrutement, le taux de ruptures de stocks et le taux d'abandon en utilisant les maquettes déjà disponibles et en place. Ces indicateurs secondaires permettent de comprendre de manière plus détaillée les résultats et évolution de la consommation et d'assurer un système de contrôle.
- Certains indicateurs tels que les besoins non satisfaits, le taux de prévalence contraceptive ou le taux de mortalité maternelle et infantile pourront être suivis annuellement à l'aide de l'EDS continu dont le projet est en cours.

2. Institution de réunions de suivi périodiques à chaque niveau pour la remontée des données

Les indicateurs de résultats devront être discutés lors des réunions de coordination au niveau district (mensuellement), régional (trimestriellement) et au niveau central (bi-annuellement). Cette revue sera inscrite dans les réunions de revue/coordination déjà existantes afin de ne pas alourdir le système.

Des outils et des tableaux de bord standardisés permettront de discuter de l'évolution de la consommation des produits et des autres indicateurs dans les différentes régions et au niveau central.

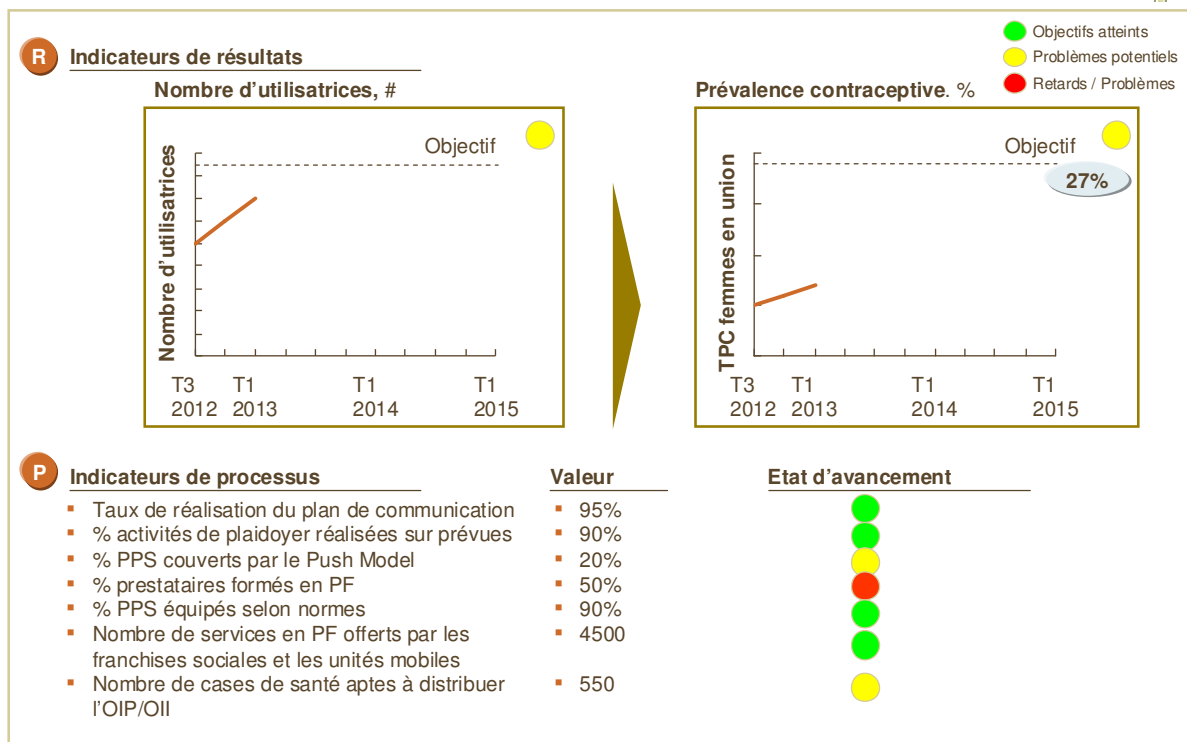
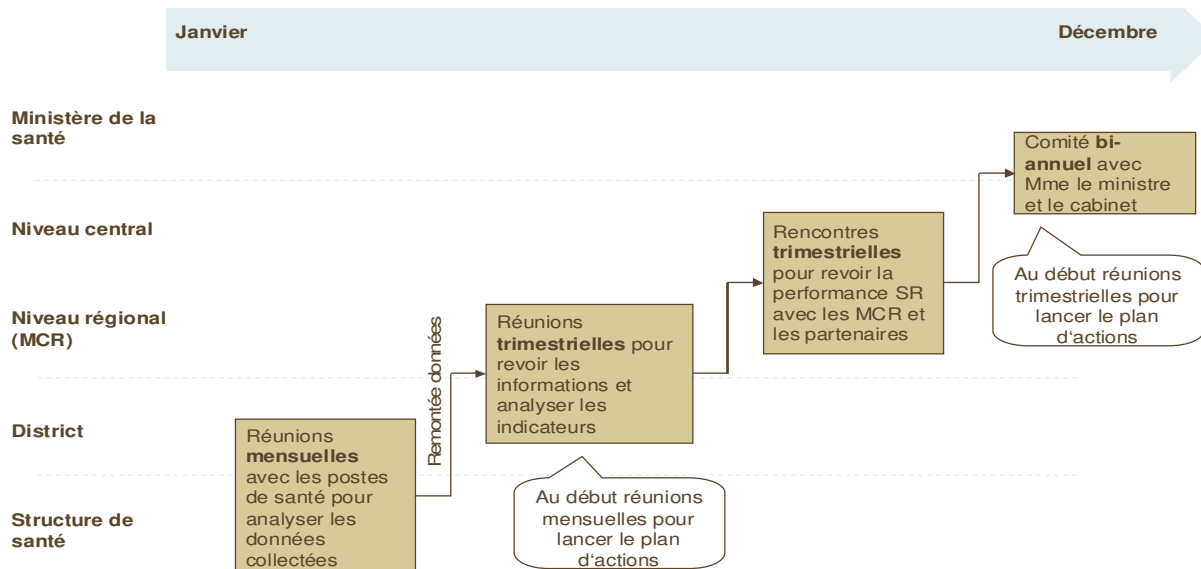


Figure 7: Exemple de tableau de bord pour les réunions centrales

Afin d’appuyer le lancement du plan d’action, il a été décidé en concertation avec les Médecins Chefs de Région d’effectuer au début des réunions mensuelles au niveau district et régional afin d’assurer le lancement du plan d’action. Il a aussi été décidé d’organiser des réunions trimestrielles au niveau central avec tous les MCR partenaires afin de démarrer et d’appuyer la mise en place du plan d’action. Cette cadence sera ralentie après le lancement effectif et couronné de succès du plan.



Ces mécanismes permettront de mettre en exergue le suivi des activités du programme (inputs) et le suivi des résultats du programme (outputs) et pourront ainsi faciliter la prise de décisions correctrices.



Engagement de l'Etat et des partenaires

- **Engagement de l'Etat**

L'Etat s'est engagé lors du Sommet international de la PF du 11 juillet 2012 à Londres à augmenter la ligne budgétaire pour l'achat de contraceptifs d'au moins 200 % et à doubler le budget pour la gestion du programme et plan d'action. L'Etat a aussi entériné la création d'une Direction en charge de la santé de la reproduction et de la survie de l'enfant et d'une division en charge de la PF. De plus, le gouvernement s'est engagé à apporter son soutien dans le renforcement organisationnel de la structure en charge de la mise en œuvre de ce plan et à assurer la multi-sectorialité et l'intégration avec d'autres programmes (VIH, paludisme, malnutrition). L'avancée du plan sera revue trimestriellement au sommet du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale par Mme La Ministre ou le Directeur de la Santé. Enfin, l'état est prêt à accompagner les changements règlementaires nécessaires afin de faciliter les activités de PF.

- **Engagements des partenaires**

Les partenaires se sont engagés lors du Forum de lancement du plan d'action à financer les activités du plan d'action national.

Afin de préparer ces engagements les partenaires ont suivi un processus clair et structuré qui a permis l'implication de toutes les parties prenantes.

Premièrement, les partenaires ont rencontré de manière individuelle le Chef de la Division de la Santé de la Reproduction, Dr. Daff, lors de la semaine du 27 août et du 3 septembre 2012 afin de revoir ensemble le plan d'action national, les actions stratégiques à financer, leurs coûts et les besoins de financement non couverts. Les partenaires ont eu l'occasion de témoigner leurs intérêts pour des activités spécifiques en ligne avec leur vision et plan de travail pour les prochaines années et de communiquer leur intention de financement. Les représentants du Ministère de la santé et de l'Action Sociale ont eu l'occasion de mieux comprendre la procédure de financement et les prochaines étapes nécessaires à la concrétisation des financements.

Lors du forum de lancement, tous les partenaires potentiels se sont rencontrés à Dakar afin de s'engager officiellement devant Madame Le Ministre de la Santé et de l'Action Sociale et le Cabinet dans les financements décrits ci-dessous et s'accorder sur des principes clairs de coordination.

ANNEXES

A. Annexe pour les défis

1. Défis pesant sur la création de la demande

Les Besoins non satisfaits sont de l’ordre de 29,4 % en 2010. Ils sont très élevés quelque soit le niveau socio-économique, l’âge, le niveau d’instruction et quelque soit la région.

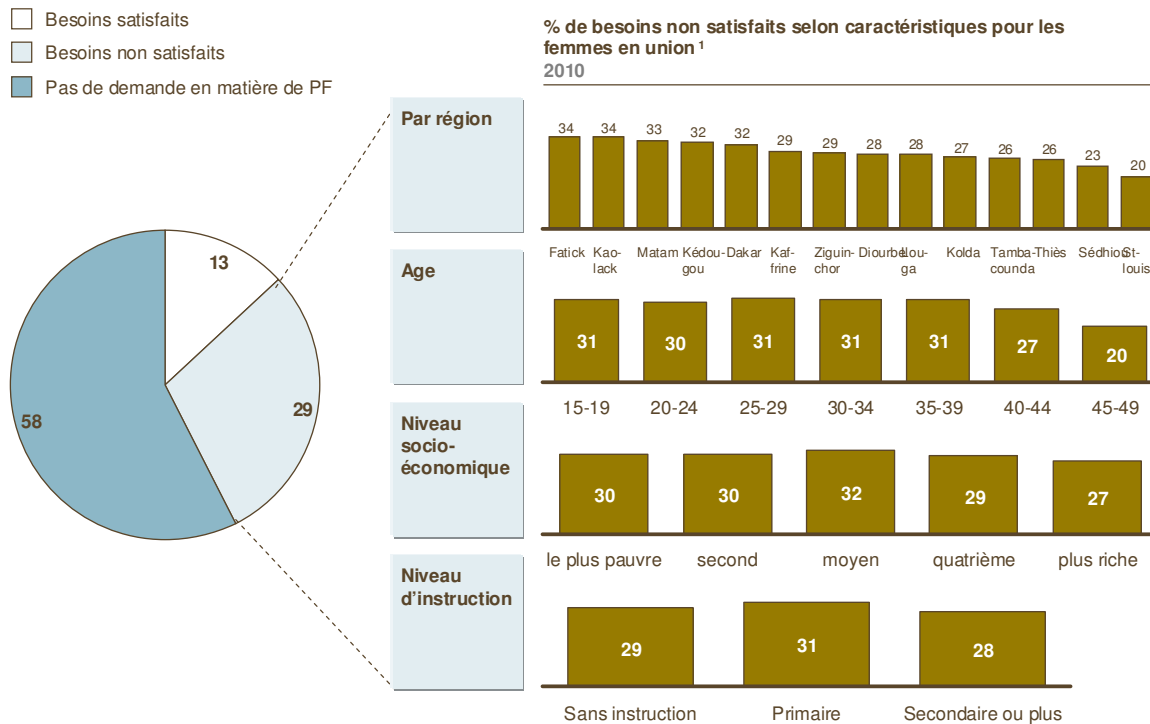


Figure 8 : Besoins non satisfaits des femmes selon le milieu socio-économique, source : DHS 2010-11

On note une baisse de la communication de la PF au Sénégal depuis 2010. Cela se traduit dans la baisse du coût de la communication et surtout dans le nombre de femmes touchées durant les 5 dernières années (baisse de 48 % en 2005 à 39 % en 2011 de femmes exposées aux messages sur la PF dans les médias).

Il apparaît également que malgré une très bonne connaissance des contraceptifs (90 % des femmes connaissent au moins une méthode PF) la perception de la PF reste très négative chez les femmes et l’une des causes majeures de non utilisation demeure la peur des effets secondaires et des problèmes de santé (environ 20 % des femmes n’utilisent pas de contraceptifs de peur que ce soit dangereux pour la santé).

Aussi, le tabou social lié à la PF reste très présent au Sénégal et constitue un défi important sur la création de la demande.

Une autre cause majeure de non utilisation reste le désir d’enfants lié à des éléments sociaux-culturels. Afin de nous développer vers une nation prospère et forte nous devons adresser ces aprioris et changer les comportements pour des attitudes favorables à la Planification Familiale. Cette stigmatisation est surtout tenace vis à vis des jeunes (seulement 2 % de jeunes femmes entre 15 et 19 ans ont reçu la visite d’un agent de terrain qui lui a parlé de la PF), alors que le Sénégal a une fécondité précoce élevée (93 ‰ à 15-19

ans), et un nombre élevé de jeunes filles qui se marient avant leurs 16 ans (24 % des jeunes filles entre 15 et 19 ans sont en union).

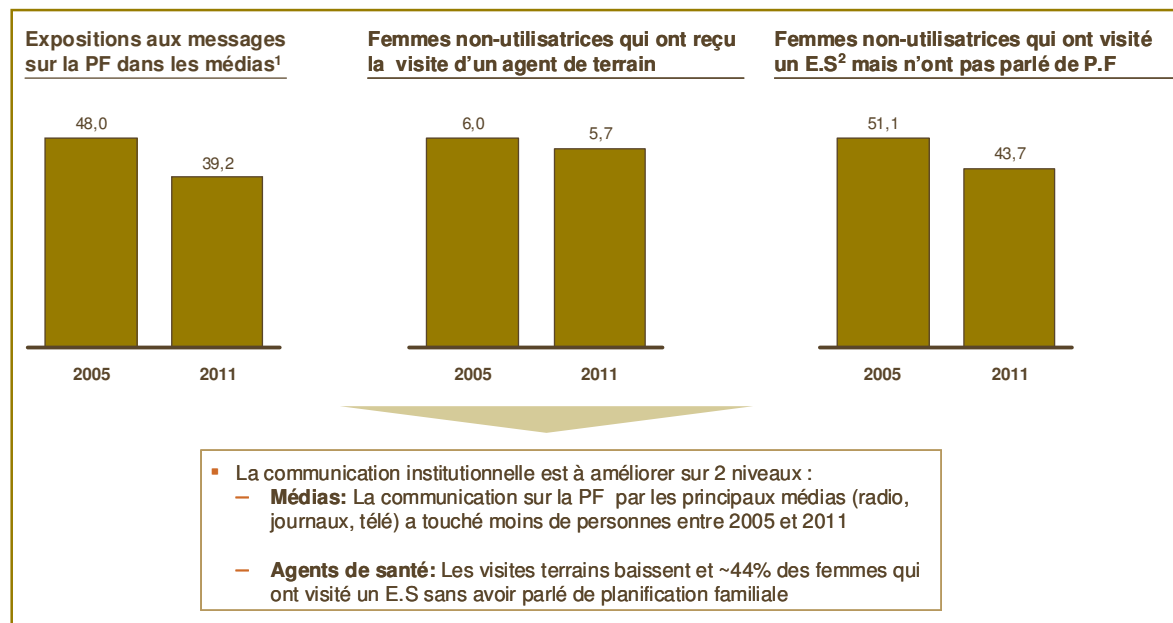


Figure 9 : Exposition des femmes aux messages sur la PF dans les médias et sur le terrain, source : DHS 2010-11

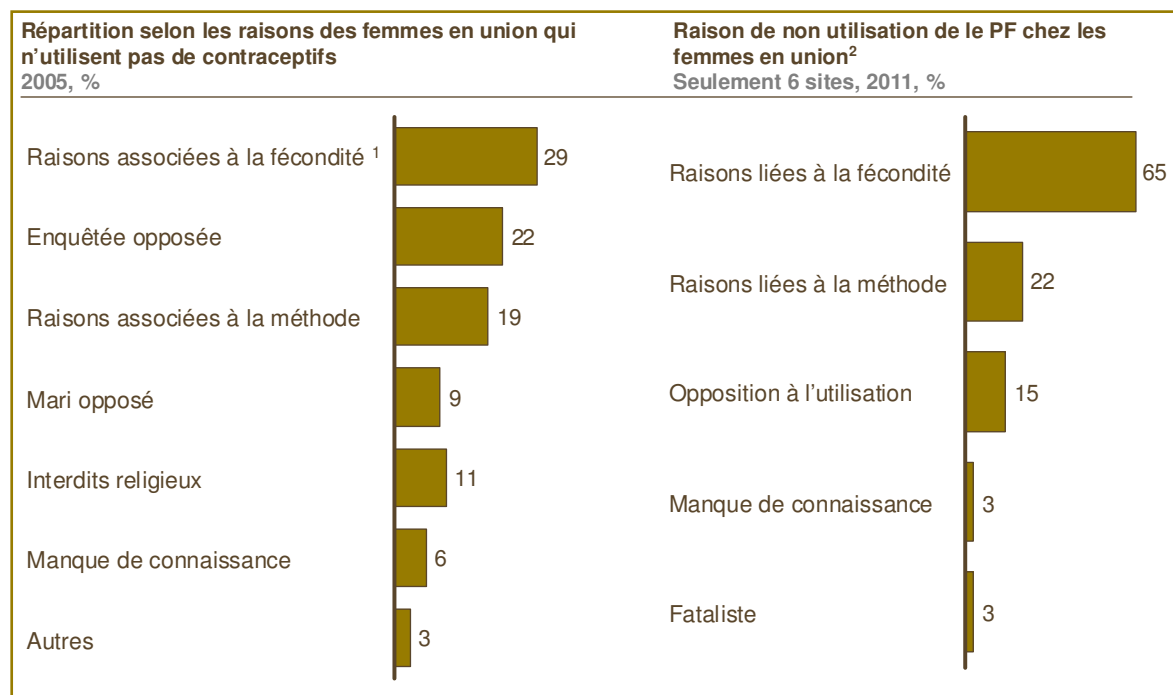


Figure 10 : Raisons de non-utilisation de la PF, Enquête auprès des ménages, ISSU, MLE

2. Défis pesant sur la disponibilité des produits

Le système d'approvisionnement au Sénégal rencontre certaines difficultés :

Rupture de stocks au niveau national (le taux de rupture de stocks pour les injectables varie entre 25 et 45 % dans les villes clés ; il en est de même pour les implants, où les ruptures de stocks peuvent atteindre 80 % dans le secteur public).

Problèmes de distribution qui causent une importante cause de non-satisfaction des clientes (40 % de rupture de stock pour le Depo-Provera à Pikine en 2010-11, 80 % pour le Jadelle malgré les stocks au niveau national).

Contrôle qualité produits qui reste variable et insuffisant.

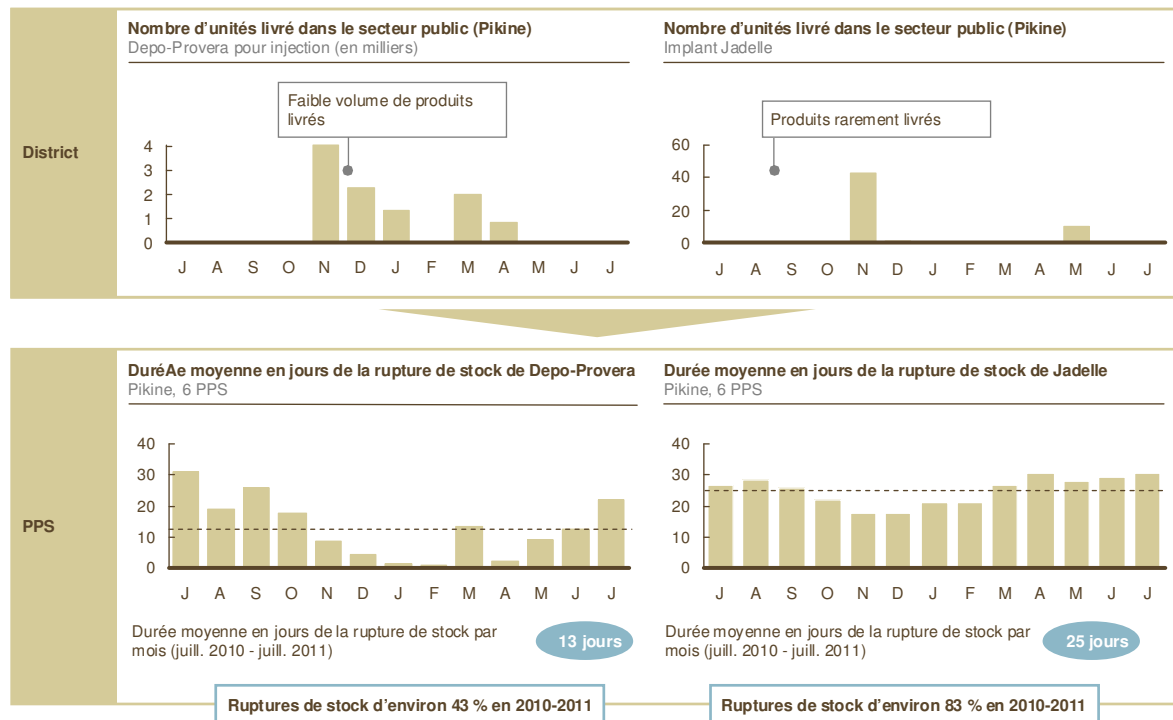


Figure 11 : Rupture de stocks au niveau des districts et PPS, source : PPS Pikine

3. Défis pesant sur l'accès aux services PF

La qualité de l'offre reste très insatisfaisante (52 % des clientes affirment ne pas être très satisfaites des services reçus) et ce malgré les efforts accomplis en terme de formation pour les prestataires de la PF ces dernières années. Les femmes se sentent mal accueillies, mal informées et stigmatisées (1 femme sur 3 environ affirment que les prestataires/vendeurs de produits PF la mette mal à l'aise lorsqu'elle vient se procurer des produits contraceptifs, source : Enquête auprès des ménages, ISSU, MLE).

Il y a en effet une forte stigmatisation des services PF notamment dans le secteur public où 44 % des clientes estiment ne pas être bien traitées par les prestataires.

Dans le secteur privé c'est surtout la difficulté d'acquérir les produits contraceptifs qui pose problème. En effet une prescription est obligatoire pour acheter un contraceptif dans le secteur privé, les pharmaciens eux ne sont pas habilités à délivrer les méthodes ni même à en prescrire et les cliniques privées ne peuvent pas stocker de contraceptifs.

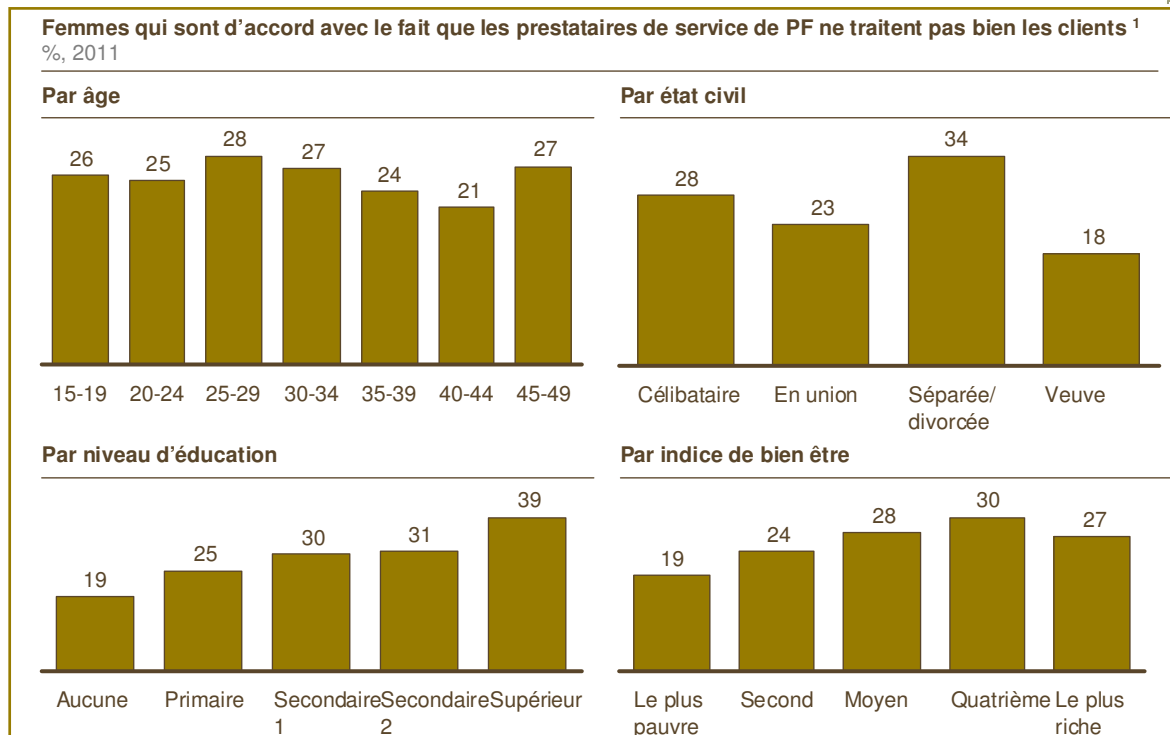


Figure 12 : % de femmes insatisfaites par le service PF selon critères sociodémographiques, source : Enquête auprès des ménages, ISSU, MLE



B. Annexe pour les coûts

Domaines stratégiques	2012	2013	2014	2015	Total CFA
Élargissement du système privé	380 439 800	732 742 920	730 309 840	703 804 920	2 547 298 000
Élargissement de l'offre à base communautaire	201 874 920	799 899 880	526 125 080	1 151 505 160	2 679 405 040
Élargissement du système d'offre public	71 238 440	821 417 480	173 655 200	157 300 200	1 223 611 400
Améliorer la disponibilité des produits	164 487 440	731 281 720	549 047 200	533 999 960	1 978 815 800
Programme de plaidoyer	94 875 040	350 617 280	279 134 960	250 842 280	975 470 080
Plan de communication national	32 702 280	545 018 760	830 825 320	972 968 880	2 381 515 240
Suivi et évaluation	64 175 040	274 258 160	287 238 160	308 558 160	934 229 520
Achat des contraceptifs		903 238 440	1 172 586 480	1 522 115 920	3 597 940 320
Total	1 009 793 560	5 158 474 440	4 548 922 060	5 601 095 380	16 318 285 440

Figure 13 : Détail des coûts par domaines stratégiques et par année



Détails des actions stratégiques pour les 6 domaines d'intervention stratégiques

A. Plan de communication :

1. Conduite de recherches qualitatives et dissémination des résultats :

L'objectif est de pouvoir mieux comprendre le niveau de connaissance et la perception de la PF (barrières et facteurs de motivation) à l'aide de focus groupes et de déterminer des profils cibles afin de pouvoir adapter les messages selon les cibles. Celles-ci devront être confiées à des instituts de recherche qualifiés pour assurer la qualité des résultats recueillis ainsi que leur analyse. Le plan prévoit ensuite des rencontres de partages et reproduction des livrets des profils cibles afin de disséminer les résultats à toutes les parties prenantes. Ces recherches vont aussi utiliser les outils et enquêtes déjà disponibles et se focaliseront sur les aspects encore inconnus ou mal maîtrisés.

2. Campagnes de masse ciblant les femmes :

La première étape consiste en la conception et le test des messages clés afin d'estimer son efficacité. Ensuite, des spots télé, radios et affiches seront conçus en collaboration avec une agence de communication. Après avoir noué des partenariats avec les médias nationaux et locaux, les campagnes de mass media à la télé et à la radio seront mises en place : diffusion d'un spot télé par jour pendant 3 mois tous les semestres sur 4 chaînes de télévision et diffusion de 2 spots radios un mois sur deux sur 4 stations de radios. De plus, ces activités seront renforcées par une campagne d'affichage de 300 affiches par année et la diffusion de 10 000 livrets relatant les expériences des utilisatrices par an, la revitalisation de la ligne verte et l'équipement de 100 centres de santé avec des écrans pour diffusion de spots publicitaires relatifs à la PF.

3. Activités communautaires et CIP :

L'objectif est d'avoir des actions de communication de proximité afin de mobiliser les communautés et de promouvoir les journées portes ouvertes dans les radios. La société civile est amenée à jouer un rôle important dans ces activités. De plus, le plan prévoit de mettre à l'échelle la tournée d'animateurs PF dans les principaux marchés dans tous les districts et des campagnes spécifiques pour les radios communautaires.

4. Activités spécifiques au milieu rural :

Le milieu rural doit être adressé de manière spécifique et différencié. Ainsi, l'action inclut la tournée d'une caravane dans les villages projetant des pièces de théâtre sur la PF. Il est prévu d'atteindre 6 régions par an. Organisation de concours sur les radios locales sur l'ensemble des districts où seront proposées des activités avec des lots à gagner.

5. Campagnes ciblant les hommes :

Les hommes seront touchés par l'intermédiaire d'une campagne de mass radio et télévision avec diffusion importante de spots jusqu'en 2015 (1 spot par jour tous les 3 mois sur 4 chaînes télé et 2 diffusions par jour 1 mois sur 2 sur 4 radios et des diffusions spécifiques sur les radios communautaires). Une campagne d'affichage sera aussi déployée à Dakar et dans les grandes villes du pays à leur attention. Enfin, le plan s'appuiera sur les ONCAV durant ses



événements, notamment les matchs de foot et sur les groupes de paroles et les associations religieuses pour promouvoir la PF.

6. Campagnes ciblant les jeunes :

Les jeunes font partie des priorités du gouvernement. Aussi, le PANPF prévoit une campagne dédiée aux jeunes et participative (organisation de concours de productions audiovisuelles sur la PF). Ces actions devraient permettre d'assurer des messages et canaux appropriés pour les jeunes et de les atteindre d'une manière innovante. L'action sera prise de renforcer les centres d'écoutes et d'informations et de diffuser des livrets d'informations dans les lycées et universités. Enfin, une campagne SMS et sur les réseaux sociaux sera mise en place afin de les toucher directement et au travers de canaux propres aux jeunes.

B. Programme de plaidoyer :

1. Etablir un comité national de plaidoyer (cercle de champions PF nationaux) :

Le comité national de plaidoyer sera en charge d'appuyer les groupes de travail dans la coordination et l'orientation des actions de plaidoyer. Composé de personnalités reconnues dans leur domaine et avec une expertise importante, ce comité assurera et la multi-sectorialité et pourra aussi porter à plus haut niveau les requêtes émanant du groupe de travail. Leur rôle primordial est d'être les champions de la PF et un point de contact potentiel dans leur domaine.

2. Plaidoyer pour redéfinir la position de la DSR :

Il s'agit de s'assurer avec le cabinet et le ministère de la Santé et de l'Action Sociale des moyens à disposition de la future division en charge de la PF et de sa place dans la réorganisation des directions au sein du ministère de la santé.

3. Plaidoyer pour une amélioration des cadres réglementaires :

La mise en œuvre du plan d'action implique le changement de cadres réglementaires pour dynamiser l'activité de Planification familiale (ex : ordonnance pour les pilules, autorisation d'injecter pour les pharmaciens, délégation de tâches pour le personnel communautaire, possibilité de stocker pour les cliniques privées, etc..). L'action implique la conception d'argumentaires et d'outils de plaidoyers spécifiques ainsi que la rencontre des principales organisations concernées (Etat, ordre des médecins, etc.).

4. Plaidoyer pour l'augmentation du financement public :

L'action implique l'identification des groupes cibles au sein des autorités publiques, l'élaboration d'outils de plaidoyers adaptés, l'organisation de rencontres et d'ateliers de partages avec les autorités compétentes, les partenaires au développement, le ministère de l'Economie et des Finances etc. Le focus sera mis sur les autorités nationales et régionales (élus locaux, comités de santés, collectivités locales etc..) afin de pouvoir obtenir un financement plus important des activités de PF.

5. Plaidoyer pour un renforcement du soutien des partenaires :

Après avoir réalisé une cartographie des donneurs intéressés par la PF, l'action comprend la réalisation d'argumentaires et d'outils de plaidoyer adaptés ainsi que l'organisation de



rencontres périodiques (semestriellement) individuelles avec les principaux partenaires au développement sur leur engagement dans l'élaboration et la réalisation du plan national d'actions PF.

6. Plaidoyer pour faire de la PF une priorité nationale :

L'action comprend comme activité majeure l'institutionnalisation, l'organisation et la promotion de la Journée Nationale de la Planification Familiale qui devra toucher le plus grand nombre de participants et de décideurs. L'action inclut aussi la rencontre de l'ensemble des ministères ayant un rôle à jouer dans la PF (Economie et Finances, Jeunesse, Famille...). La société civile, par son approche multisectorielle, sera à la fois une cible et un acteur privilégié de cette action stratégique.

7. Plaidoyer pour obtenir l'appui des leaders du secteur de la santé :

Les leaders du secteur de la santé sont : les médecins, pharmaciens, sages-femmes, directeurs de la santé, médecins chefs de régions etc. Le plan prévoit la conception d'outils de plaidoyer axés sur la santé donnant informations et données sur le statut actuel de la PF et les besoins en changement. Aussi, des réunions pour diffuser l'information, les avancées et les demandes de soutien aux leaders de la santé seront organisées de manière trimestrielle.

8. Plaidoyer pour obtenir le soutien du secteur privé :

L'objectif ici est de pouvoir obtenir à la fois le soutien financier (sponsoring, financement direct ou réductions accordées dans le cadre de partenariats) et effectif du secteur privé. Le secteur privé ici comprend le secteur privé médical (pharmacies, médecins, cliniques etc..) mais aussi les entreprises. Le plan prévoit notamment de sensibiliser les services médicaux des entreprises afin que ceux-ci proposent de la PF, l'organisation de rencontres avec les organisations patronales et syndicales et une journée de levée de fonds.

9. Plaidoyer pour obtenir le soutien des médias :

L'action comprend la signature de partenariats avec les principaux médias au Sénégal afin que ceux-ci participent à la médiatisation des activités de PF et consentent à des réductions de coûts pour les passages de spots à la télévision ou la radio. Enfin, il est prévu d'organiser des rencontres trimestrielles avec les médias pour faire part des avancées des réalisations de la PF et faire d'eux des champions/ promoteurs de la PF.

10. Activer et redynamiser le réseau des champions politiques :

Après avoir identifié les champions à approcher au niveau national et local, le plan prévoit d'abord de former les personnes en charge d'approcher les champions. Par la suite, les champions seront ainsi orientés et formés de manière annuelle. Une session unique est prévue au niveau national tandis que des sessions locales seront tenues dans chaque région.

11. Activer et redynamiser le réseau des champions communautaires :

Après avoir identifié les champions à approcher au niveau national et local, le plan prévoit d'abord de former les personnes en charge d'approcher les champions. Par la suite, les champions seront ainsi orientés et formés de manière annuelle. Une session unique est prévue au niveau national tandis que des sessions locales seront tenues dans chaque région.



12. Activer et redynamiser le réseau des champions religieux :

Après avoir identifié les champions à approcher au niveau national et local, le plan prévoit d'abord de former les personnes en charge d'approcher les champions. Par la suite, les champions seront ainsi orientés et formés de manière annuelle. Une session unique est prévue au niveau national tandis que des sessions locales seront tenues dans chaque région.

13. Activer et redynamiser le réseau des champions nationaux :

Après avoir identifié les champions à approcher au niveau national (artistes, sportifs...), le plan prévoit d'abord de former les personnes en charge d'approcher les champions. Par la suite, les champions seront ainsi orientés et formés de manière annuelle.

C. Disponibilité des produits :

1. Instauration d'un système unique de commande de produits :

L'action insiste sur la finalisation de l'instauration d'un canal unique de commande de produits PF pour les PRA. Une communication devra être effectuée sur l'intégration et les nouveaux mécanismes de commande auprès des PRA. Enfin, le plan prévoit d'assurer des supervisions formatives en régions de l'intégration jusqu'à assimilation complète.

2. Garantie de la disponibilité des équipements :

Cette action contient les activités nécessaires afin de garantir la disponibilité / fonctionnalité des équipements de stérilisation, en particulier des autoclaves (40 au total). L'action comprend l'achat, l'installation et la formation à l'utilisation. D'autre part, l'action insiste sur l'installation de panneaux solaires (250 au total) afin de garantir l'électricité dans les PPS non électrifiés.

3. Extension progressive du push model :

L'action comprend la mise à l'échelle par 4 vagues du Push model sur l'ensemble des régions. Cette extension prendra comme base de départ les expériences réussies à Pikine, Kaolack et Saint-Louis. En 2012, le pilote sera étendu aux régions de Dakar et Saint-Louis et en 2013 à Thiès, Kaolack, Fatick et Diourbel. L'objectif ici est de pouvoir assurer une livraison fréquente des produits directement dans les PPS et confier cette tâche à un opérateur logistique spécialisé.

4. Amélioration des capacités logistiques du personnel :

En premier lieu, le plan prévoit l'élaboration d'une cartographie des personnels médicaux (ICP, pharmaciens chef et/ou dépositaires) non encore formés dans les régions non couvertes par le Push model et formation in situ à la gestion logistique. Dans les régions non encore couvertes par le Push Model, supervision des dépôts de districts trimestrielles par les pharmaciens chefs des PRA.

5. Amélioration des capacités de gestion de données du personnel (Chanel) :

L'action comprend, pour les régions non couvertes par le Push Model, l'utilisation de l'informatique pour la compilation des données et les commandes. Dans les régions couvertes par le Push Model l'accent sera mis sur l'intégration de Chanel à la gestion de données issues du Push Model pour la gestion des recouvrements et la mise en place du management de la performance



6. Réalisation des commandes basées sur les consommations réelles et suivi mensuel des stocks :

Cette action comprend la mise en œuvre prolongée de l'outil Reality Check et la confirmation des commandes par les données de consommation réelle. Aussi, cette action soutient la tenue mensuelle du comité de sécurisation des produits (SPSR).

D.Extension de l'offre à base communautaire :

1. Approfondissement de la délégation des tâches:

Cette action propose l'intégration de l'Offre Initiale de Pilule (OIP) dans le paquet intégré de services de toutes les cases fonctionnelles (600 cases). Nous nous focaliserons sur la formation des ASC et matrones alphabétisés à l'OIP, la dotation des nouvelles cases proposant l'OIP en stock initial de pilules, le suivi post-formation et la supervision par l'équipe cadre de district pendant 10 mois

2. Elargissement de l'accès à la distribution par les cases avec des ASC lettrés :

Cette action prévoit l'extension de l'offre initiale d'injectable aux matrones et ASC alphabétisés dans les cases fonctionnelles (500 cases) en cas de résultats positifs des tests de faisabilité. Celle-ci appuie entre autres la finalisation du pilote et évaluation (été 2012 - janvier 2013) de la faisabilité de l'offre initiale d'injectable. Elle assure surtout la formation des formateurs, la formation des ASC et matrones à l'Offre Initiale d'Injectables (OII) et le suivi post-formation ainsi que la supervision par l'équipe cadre de district. Enfin, l'action prévoit la dotation des cases proposant l'OII en stock initial d'injectables.

3. Revitalisation du programme de Bajenu Gox (BG) :

La revitalisation passe par une initiative d'évaluation d'impact du programme BG et de repositionnement du programme (critères des profils recrutés, durée et contenu de la formation...). Enfin, un renforcement et finalisation de la couverture des BG sera mise en œuvre, puisqu'un plan de recrutement de 6500 BG additionnelles est prévu ainsi que leur formation initiale.

4. Utilisation des relais :

L'utilisation des relais sera en priorité axée sur la lutte contre les abandons. Ainsi, la mise en place d'un suivi d'activité des utilisatrices dans les PPS et les cases de santé sera assurée. Aussi, les relais seront utilisés systématiquement pour les prises de contacts (visites à domicile, appel...) des utilisatrices en retard d'utilisation.

5. Accroissement de la couverture en ASBC :

L'objectif des activités est d'accroître la couverture en ASBC proposant l'OIP et l'OII (1300 au total). Il est prévu d'assurer la formation de ces ASBC à l'OIP et l'OII en cas de résultats positifs des tests, la supervision trimestrielle dans chaque région et la dotation initiale en pilules, injectables, documents de travail et vélos.



6. Elargissement de l'accès par la distribution avec les autres catégories de TCS (relais, BG) :

Le plan prévoit le lancement de pilotes et l'évaluation pour valider la pertinence de l'extension de l'OIP / OII aux autres TCS. Il est aussi prévu de passer à l'échelle avec la formation de la moitié des relais et des BG (part alphabétisée). L'action comprend aussi le suivi post-formation, la supervision par l'équipe cadre de district et la dotation des relais et BG en pilules et livrets.

7. Elargissement de l'accès par la distribution par les cases avec ASC analphabètes :

Cette action prévoit l'extension de l'offre initiale de pilules et d'injectable aux matrones et ASC analphabètes dans les cases fonctionnelles (500 cases). Celle-ci appuie entre autres la finalisation du pilote et évaluation de la faisabilité de l'offre initiale d'injectable. Elle assure surtout la formation des matrones, ASC et ASBC analphabètes à l'OIP et l'OII et le suivi post-formation ainsi que la supervision par l'équipe cadre de district. Enfin, l'action prévoit la dotation des cases proposant l'OPI et l'OII en stock de pilules et d'injectables.

8. Amélioration de la formation et du suivi des relais :

L'action a pour vocation d'améliorer la formation et de renforcer la connaissance de la PF et le suivi des relais de tous types (y compris religieux) dans la promotion de la PF. L'ensemble des relais (~10 000) seront mis à contribution afin de revoir et raffiner les contenus des messages sur la PF à circuler.

E. Extension de l'offre dans le secteur privé :

1. Mise en place d'une structure multisectorielle dédiée au PPP :

L'objectif est de mettre en place une cellule multisectorielle chargée de la gestion des partenariats publics-privés (PPP). Il faudra ici revoir et adapter les structures existantes (la cellule partenariat public/privé et de la division médecine privée et traditionnelle) afin de mettre en place une structure qui permette au secteur privé d'être complètement intégré au système de santé.

2. Elargir gamme de produits du marketing social :

Cette action prévoit l'élargissement des produits de marketing social (par exemple les implants) afin d'en baisser les coûts et permettre une plus grande distribution de ces derniers. Après avoir négocié avec les laboratoires pharmaceutiques une réduction de prix, sécurisé le financement et obtenu une Autorisation de Mise sur le Marché, il faudra finaliser l'intégration du produit avec les grossistes/distributeurs privés et sensibiliser les médecins et pharmaciens.

3. Mise en place d'un système de livraison des produits par la PNA :

L'action ici se concentrera sur l'intégration des contraceptifs dans la liste des médicaments livrés au secteur privé par la PNA (liste validée par la DPL). Il faudra ensuite assurer la promotion de l'intégration des contraceptifs à la liste des médicaments livrés au secteur privé au travers de réunions d'informations et de sensibilisation. Enfin, un protocole d'accord entre la DSRSE et la PNA devra être signé pour la transmission des informations de consommation du secteur privé.



4. Intégration des données du privé lucratif :

Des ateliers de travail seront organisés pour déterminer les données à collecter et les mécanismes de collecte en collaboration avec le SNIS. Ceci aboutira à la conception du système d'intégration des données. Elles nécessiteront la mise en place des ressources humaines et techniques permettant la collecte et le suivi des données du privé lucratif.

5. Développement d'unités mobiles :

6 unités mobiles seront opérationnelles dans les zones décidées avec la Division en charge de la PF (4 en 2013, 6 en 2014 et 6 en 2015). Auparavant, la Division devra identifier les zones cibles et finaliser le contrat-cadre régissant les relations entre l'état et le partenaire privé déployant les unités mobiles. Celles-ci devront se faire dans le cadre d'un PPP. Enfin, un suivi trimestriel de l'action des unités mobiles sera réalisé.

6. Renforcement des stratégies de franchises sociales :

200 franchises sociales seront mises en places d'ici 2015 (60 en 2012, 100 en 2013, 150 en 2014 et 200 en 2015). Il faudra au préalable déterminer le contrat-cadre régissant les relations entre l'état et le partenaire privé (ONG, OSC...) délivrant les franchises sociales dans le cadre d'un PPP. La revue des activités se fera de manière annuelle.

7. Elargissement des points de prestations de services :

Cette action a pour but d'augmenter le nombre de PPS privés délivrant des contraceptifs (secteur médical privé ou entreprises). Une cartographie des acteurs ne proposant pas de PF sera réalisée. Il sera ensuite décidé du mécanisme d'approvisionnement de ces acteurs privés.

8. Aménager le cadre réglementaire:

Un état des lieux des cadres réglementaires et des volontés de modification devra être réalisé au préalable. Il est ensuite prévu de rencontrer l'ensemble des parties prenantes (ordre des médecins, ministères de tutelles etc..) afin de faire valider les changements. A la suite de cela, l'action prévoit la dissémination des changements réglementaires aux associations professionnelles et le suivi de l'application des modifications. Cette action est en lien avec l'activité de plaidoyer relative.

9. Diligence dans la délivrance des Autorisations de Mise sur le Marché (AMM) :

Le plan prévoit un diagnostic des contraceptifs n'ayant pas d'AMM au Sénégal. L'objectif ici est d'inciter et accompagner les laboratoires privés dans leur démarche pour lancer la procédure d'AMM

10. Formation directe des acteurs du privé :

L'action comprend l'identification des besoins de formation et l'organisation de sessions de formations aux technologies de la contraception pour les acteurs du privé (pharmaciens, sages-femmes et infirmiers etc..). L'action prévoit aussi d'organiser des journées d'information et d'offre de prestation dans les entreprises privées. Enfin, des missions de supervisions trimestrielles sont prévues en régions.



11. Prise en charge des services PF par les mutuelles et la sécurité sociale :

Le plan prévoit de conduire une étude de faisabilité sur la prise en charge des services ou des produits de PF par les mutuelles et la caisse de sécurité sociale. L'activité clé sera de décider en concertation avec le comité technique et les ministères de tutelle de du mécanisme financier le plus adapté permettant la prise en charge des prestations et des produits relatifs à la PF.

F. Extension de l'offre dans le secteur public :

1. Assurer la disponibilité des équipements dans les PPS :

La première étape consiste en l'identification et la quantification des besoins en équipements au niveau district. L'étape suivante sera de coordonner la livraison des équipements dans les PPS identifiés, notamment les kits d'insertion-retrait en implants et DIU. Un budget important est aussi consacré à l'équipement en fichiers PF (Dossiers de consultation, outils de rangement, mobilier...).

2. Formation aux MLD :

La première étape consiste en l'identification et la quantification des besoins en formation au niveau des régions et des districts. Le plan prévoit aussi l'organisation des sessions de formation au niveau des PPS afin d'améliorer la qualité des services et mettre à niveau le personnel sur l'offre de MLD. Des sessions de suivi post-formation sont prévues au niveau de chaque région. L'action comprend aussi la mise en place formelle d'un partenariat entre le secteur privé et public pour mieux intégrer le secteur privé dans la formation et permettre l'échange des bonnes pratiques et des parrainages. Enfin, les mécanismes d'accréditation des personnels de santé ayant suivi la formation aux MLD sont à prendre en considération.

3. Recrutement des agents de santé :

Il est prévu de recruter 150 agents de santé pour soutenir les infirmiers chefs de poste dans les PPS en sous-effectifs. L'action insiste sur la définition du profil désiré et la mise en place d'un plan de recrutement qui prendra effet dès 2013. Le suivi du déploiement se fera de manière trimestrielle.

4. Mise en place d'un programme de qualité des services :

Il faudra ici tout d'abord définir un plan d'évaluation de la qualité de services dans les PPS (revue des programmes existants et évaluation de leur efficacité). Il faudra ensuite déployer le plan dans les régions pilotes avant le passage à l'échelle au T2 2013. Le programme sera accompagné d'un système d'accréditation pour bonne performance.

5. Mise en place dans les écoles de formation des curricula révisés :

Les curricula révisés existants déjà, l'action consistera surtout à suivre leur déploiement dans les écoles de formation par l'entremise de rencontres et d'ateliers de partage afin d'accélérer leur intégration. Ces curricula doivent reprendre l'ensemble des technologies contraceptives inclus les MLD et s'adresser à l'ensemble des personnels médicaux (infirmiers, sages-femmes, médecins etc...).



6. Passage à l'échelle de la délégation/transfert de compétences :

Il s'agit ici de passer à l'échelle la délégation/transfert de compétences dans le système public. Il s'agira ainsi de déterminer les compétences à déléguer (mise en place d'implants..) et les délégataires (assistant infirmiers chefs de postes, agents communautaires..). Il faudra ensuite faire valider les changements règlementaires (Politiques Normes et Protocoles) et diffuser les changements au sein du personnel médical.

7. Renforcement les compétences à l'aide d'un système de formation en ligne :

L'action consiste tout d'abord à déterminer avec les partenaires les outils informatiques nécessaires à la formation en ligne (utilisation de système existant ou nouveaux outils). Il faudra ensuite s'affairer à la construction de l'outil informatique et au test des fonctionnalités. Après validation avec le Ministère, il est prévu de présenter et disséminer l'outil dans les régions/districts.

G.Suivi évaluation :

1. Assurer les salaires du personnel de coordination :

Les salaires prennent en compte la prise en charge de 2 personnes supplémentaires du Ministère et de 2 assistants techniques pour soutenir l'action de la structure de mise en œuvre. Il a été ici pris en compte les salaires, charges sociales et indemnités du personnel d'Octobre 2012 à fin 2015.

2. Appuyer le programme en matériel informatique :

Il a été ici pris en compte l'équipement de la structure en matériel informatique et accessoires (ordinateurs, imprimantes etc.), la mise en place d'un système de sauvegarde des données et la conception d'une base de données nationale PF pour le suivi des indicateurs.

3. Appuyer les revues et réunions de partage des données :

L'action prévoit de soutenir financièrement les réunions de partage au niveau des districts de qui auront lieu mensuellement. Chacun des 76 districts sera pris en charge. De la même manière, un budget a été consacré aux réunions de coordinations au niveau des régions qui auront lieu tous les trimestres. Ce budget servira notamment à la collecte, consolidation et analyse des données. Il a été prévu pour chacune des 14 régions un budget pour la phase d'accompagnement des régions dans le lancement du plan d'actions avec les districts. Enfin, un budget pour permettre la tenue des groupes de travail a été prévu.

4. Mettre en place un mécanisme de suivi et de supervision:

L'action consiste ici à mener des missions de vérification de données sur site afin de s'assurer des mécanismes de remontées des données. Nous aurons ainsi une équipe de 3 personnes travaillant pendant 5 jours en charge de réaliser ce suivi dans chaque région trimestriellement.

5. Appuyer les études et recherches :

Il semble indispensable de pouvoir réaliser un audit technique à mi-parcours du plan afin de noter les points qui fonctionnent et les points à améliorer dans l'implémentation des activités. Cette action prend aussi en charge une étude de recherche opérationnelle qui sera conduite annuellement.



6. Appuyer le fonctionnement de la coordination :

Cette action se focalise sur les dépenses de fonctionnement, en particulier les véhicules utiles à la coordination et la supervision et la location de bureaux à Dakar afin de donner une visibilité à la nouvelle structure.



Détails des actions régionales

POTENTIEL FORT

4 Actions prioritaires spécifiques pour les régions (1/5)

REVU AVEC MCR

Nombre de femmes en union additionnelles

Régions	Spécificités	Actions prioritaires spécifiques	Public & Approvisionnement	Privé	Communautaire
Dakar	<ul style="list-style-type: none"> Population entièrement urbaine (98 %) Offre de soin disponible en quantité (8'606 habitants par sage-femme, - 53% vs moyenne) Large exposition aux messages PF¹ (62%) Besoins non satisfaits élevés (32%) Nombreux acteurs présents et accès facilité 	<ul style="list-style-type: none"> Introduire le Push Model informé Générer davantage de demande par un plan de communication massif (l'offre de service semblant permettre de satisfaire un nombre plus important de femmes en besoin) Compléter l'offre par des unités mobiles (particulièrement en zone périurbaine et rurale) Renforcer la qualité des services et les formations pour les MLD surtout pour les infirmiers Implication du secteur privé et entreprises (accréditations, franchises sociales et intégration du système de données); renforcer davantage la formation des prestataires privés à délivrer une meilleure offre de service Utiliser le système communautaire pour quelques zones rurales / péri urbaines Promouvoir et mettre en place l'intégration des services (VIH, santé de la mère...) 	50,180	68,500	8,000
Thiès	<ul style="list-style-type: none"> Split quasi équilibré entre rural (55 %) et urbain Offre de soin disponible assez bonne (inférieur à la moyenne pour les centres de santé, supérieur pour les infirmiers et sages-femmes) Forte utilisation des injectables (8.5%) Forte représentation du secteur privé 	<ul style="list-style-type: none"> Introduire le Push Model informé Renforcer le service communautaire pour mieux couvrir les populations éloignées des centres de santé Former les prestataires de services à délivrer un meilleur counseling et une offre de services complète Renforcer la qualité des services et les formations pour les méthodes longue durée Compléter l'offre par des unités mobiles Construire sur le secteur privé existant et développer davantage le marketing social 	21,475	10,000	31,000

1 Exposition à un média lors des derniers mois (journaux, télévision, radios)

POTENTIEL FORT ET MOYEN

4 Actions prioritaires spécifiques pour les régions (2/5)

REVU AVEC MCR

Nombre de femmes en union additionnelles

Régions	Spécificités	Actions prioritaires spécifiques	Public & Approvisionnement	Privé	Communautaire
Diourbel	<ul style="list-style-type: none"> Population considérée comme rurale (87 %) même si population concentrée autour de la grande ville de Touba (50% de la population avec très forte croissance démographique) Taux d'instruction très bas (20%) Offre de soin disponible très faible Prévalence contraceptive très faible (5.3%) Faible exposition aux messages PF¹ (30%) Forte représentation du secteur privé (dépôt-vente, cabinets...), cependant avec de nombreux services illégaux Facteur religieux fort (Touba) 	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer le service communautaire pour mieux couvrir les populations éloignées des PPS Impliquer davantage le secteur privé légal (franchises sociales, formations dédiées...) Compléter l'offre par des unités mobiles (autour de Touba) Former les prestataires de services à délivrer un meilleur counseling et une offre de services complète, surtout pour les MLD Assurer des activités de plaidoyer ciblés sur les religieux et les leaders communautaires Renforcer la communication pour pallier au manque d'information en insistant sur les avantages sanitaires (non économiques), et adapter les supports, notamment en wolof et transcrit en arabe Cibler les hommes avec des activités de communication adaptées 	6,860	9,000	23,000
Saint-Louis	<ul style="list-style-type: none"> Population en majorité rurale (72%) Offre de service faible (36'081 habitants par sage femme, +97% par rapport à la moyenne) Faible exposition aux messages PF (40%) Région vaste 	<ul style="list-style-type: none"> Impliquer davantage le secteur privé (accréditations, formations dédiées, données) Cibler davantage les grandes entreprises privées employeurs dans la région Renforcer le service communautaire pour mieux couvrir les populations éloignées des PPS Renforcer la qualité des services et les formations pour les méthodes longue durée (188 infirmiers et 30 sages-femmes à former) Communication ciblée sur les avantages sanitaires liée à la PF Prioriser le plaidoyer auprès des hommes Equiper les postes de santé en matériel pour le MLD Renforcer la gestion des fichiers PF 	12,190	2,000	15,300

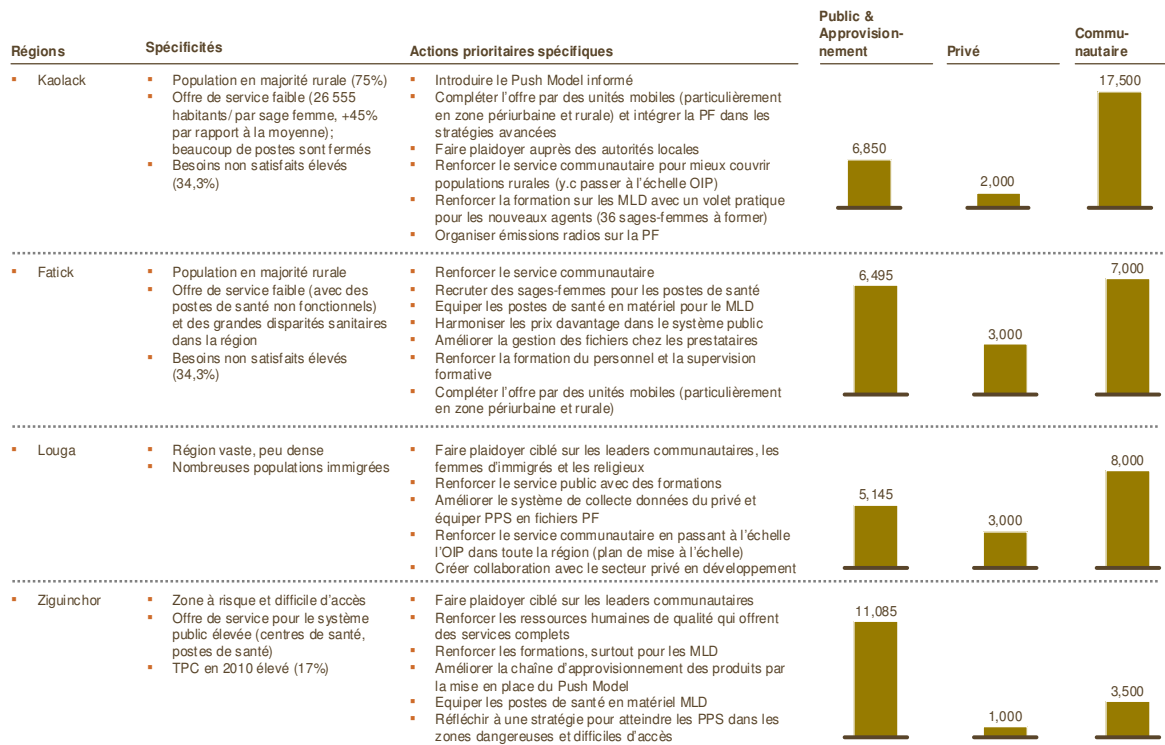


POTENTIEL MOYEN

4 Actions prioritaires spécifiques pour les régions (3/5)

REUV AVEC MCR

Nombre de femmes en union additionnelles

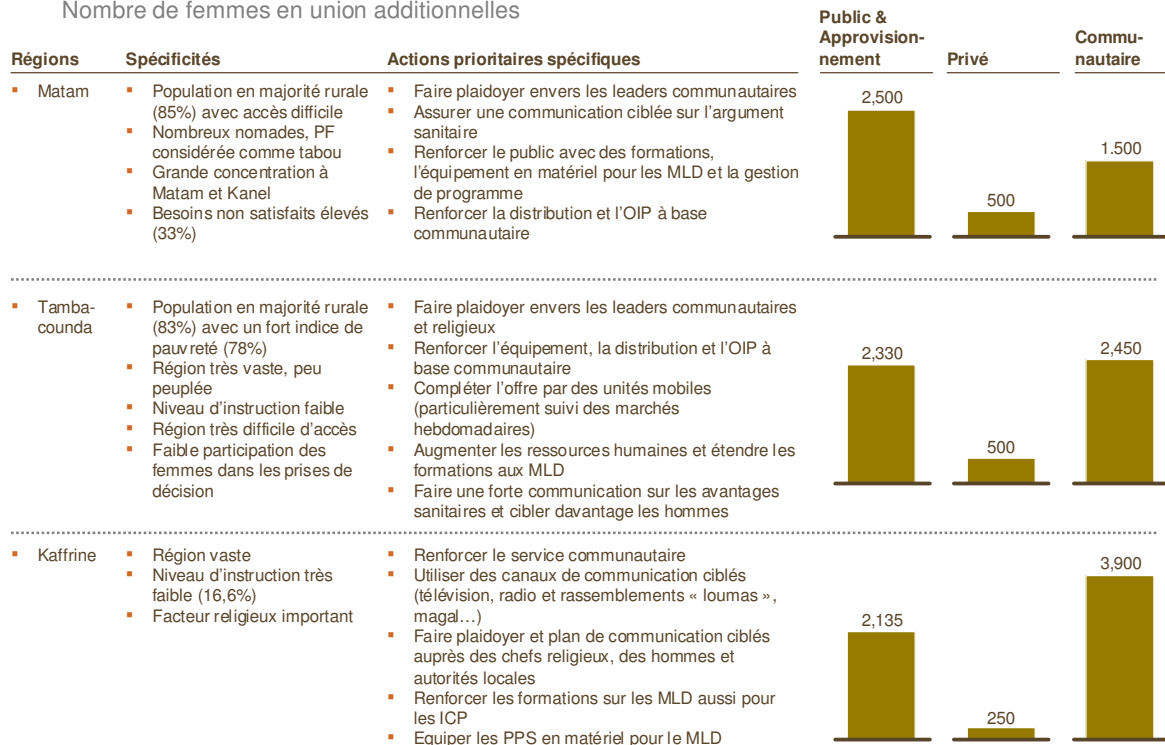


POTENTIEL FAIBLE

4 Actions prioritaires spécifiques pour les régions (4/5)

REUV AVEC MCR

Nombre de femmes en union additionnelles





POTENTIEL FAIBLE

4 Actions prioritaires spécifiques pour les régions (5/5)

REVU AVEC MCR

Nombre de femmes en union additionnelles

Régions	Spécificités	Actions prioritaires spécifiques	Public & Approvisionnement	Privé	Communaire
▪ Kolda	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Région vaste ▪ Forte proportion des injectables (75%) ▪ Population jeune très importante (57% de la population a moins de 20 ans) ▪ TPC relativement élevé comparé zones environnantes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcer le service communautaire pour mieux couvrir les populations éloignées des centres de santé ▪ Former les 18 infirmiers et 13 Sages femmes aux MLD ▪ Faire plaidoyer auprès des collectivités locales, journalistes et GIC ▪ Assurer une communication ciblée et un service approprié pour les jeunes 	5,000	250	2,500
▪ Sédhiou	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Besoins non satisfaits peu élevés (23%) ▪ Niveau d'instruction très faible 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Générer la demande à l'aide d'une communication ciblée, surtout sur les religieux ▪ Former les infirmiers pour les MLD (plus de 30 restent à former dû à l'arrivée de nouveau personnel) ▪ Compléter le besoin d'équipements 	2,510	250	700
▪ Kédougou	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible densité, zone reculée, difficile d'accès avec une population dispersée et mobile ▪ Voies de communication difficiles ▪ Niveau d'instruction très faible ▪ Besoins non satisfait élevés (32%) ▪ Stérilisation féminine élevée 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcer la qualité des services et les ressources humaines qualifiées avec des formations, surtout pour les MLD (restent 38 infirmiers et 3 sages-femmes à former et personnel de santé encore peu expérimenté) ▪ Renforcer la supervision formative ▪ Renforcer le service communautaire, notamment des ASC et matrones sur OIP ▪ Faire plaidoyer auprès leaders communautaires ▪ Pallier au manque d'information avec de la communication ciblée 	690	50	400



Détails des activités et sous-activités du plan d'action national

A. Plan de communication

Actions stratégiques	Activites	Sous-Activites
Conduite de recherches qualitatives et dissémination des résultats	Conduite de recherches qualitatives et participatives auprès des groupes cibles pour mieux comprendre le niveau de connaissance et la perception de la PF (barrières et facteurs de motivation)	Revoir les études qui ont été déjà faites
		Faire des focus group (selon milieu de résidence, niveau d'instructions)
		Approche expérimentale au sein d'une communauté pour instaurer un dialogue de diagnostic intragroupes des barrières à l'utilisation de la PF (dans chaque région)
		Identifier manques de connaissance et développer protocole pour boucher ces manques de connaissance
		Synthétiser les différents résultats dans des profils cibles
	Dissemination des résultats	Organiser des rencontres de partage sur les analyses des cibles - Rencontres au niveau national
		Organiser des rencontres de partage sur les analyses des cibles- - Rencontres au niveau régional
	Dissemination des livrets de profil des cibles	Produire des livrets de profil des cibles à distribuer au niveau central dans toutes les régions
		Distribuer/envoyer les livrets aux acteurs clés
	Elaborer les messages et les canaux pour chaque cible	Atelier central avec plusieurs experts
Faire étude de mi-parcours	Etude/ enquête pour voir efficacité des messages clés (est ce que les femmes le comprennent et sont motivées par ce message)	
Campagnes de mass media visant les femmes	Campagne de masse télé	Identifier les messages clés pour anciennes et nouvelles utilisatrices et rédiger le brief pour l'agence
		Recruter une agence de communication : Conception spot télé pour femmes et hommes + déclinaison spot radio+ affiches
		Créer des partenariats avec les chaînes nationales et locales
Campagne de mass media visant les hommes		Campagne pr utilisatrices: Diffuser les spots
Campagnes mass media visant les femmes	Campagne de masse : radio	Campagne pour les hommes : diffuser les spots
		Interview avec des championnes utilisatrices et diffusion à la radio (1 conception du spot)
Campagne pr utilisatrices: Diffusion à la radio des interviews+autre spots		
Campagne de mass media visant les hommes		Campagne pr homme: Diffusion des spots



Activités communautaires et communication interpersonnelle	Activités communautaires : radio communautaire	Contractualiser avec les districts et coordinatrice SR pour les émissions radios (appuyer les districts dans la contractualisation avec les radio)
		Campagne pr utilisatrices : Diffuser les émissions radios
		Campagne pr hommes : Diffuser les émissions radios
Activités communautaires et communication interpersonnelle	Livrets, book et dépliants	Elaborer un questionnaire et recueillir le témoignage des utilisatrices et le partager avec les partenaires
		Conception des livrets avec les expériences des utilisatrices
		Conceptualiser et tester les dépliants sur les effets secondaires
		Reproduction des livrets avec les expériences des utilisatrices
		Distribuer des dépliants sur les effets secondaires, sous forme de plaquettes/DIU dans les salles d'attente
		Campagne pour les nouvelles : Distribuer des dépliants dans les grandes entreprises
	Revitaliser la ligne verte	Evaluer les besoins logistiques et humains de la ligne verte
		Financer la restructuration de la ligne
		Promotion de la ligne (numero dans toutes les affiches et tous les spots publicitaires)
	Publicité dans les salles d'attente	Conceptualiser les spots publicitaires/informations sur les effets secondaires
		Equiper les salles d'attentes avec des écrans et diffuser spot publicitaires
	Activités communautaires et communication interpersonnelle	Activités de proximité de recrutement
Mettre à l'échelle les tournées d'animateurs PF dans les marchés dans toutes les régions		
Campagne de mass media visant les hommes	Campagne d'affichage	Campagne pour homme : Affichage sur les avantages de la PF
Campagne de mass media visant les femmes		Campagne pour les nouvelles : Campagne d'affichage avec par exemple des familles heureuses
Activités spécifiques au milieu rural	Campagne spécifique pour le milieu rural	Organiser caravane qui fait la tournée des villages et projettent une pièce de théâtre local sur la PF
		Coordonner le calendrier de passage de cette caravane avec les mobile outreach
		Radio crochet: Organiser des concours sur les radios locales avec les PPS (activités avec des lots à gagner)



Campagne de mass media visant les hommes	Utiliser ONCAV pour promouvoir la PF durant ses événements	Campagne pour homme : Etablir un partenariat avec oncav
		Campagne pour homme : Organiser des stands durant les matchs de foot
Campagne de mass media pour les jeunes	Bâtir une campagne participative pour les jeunes	Organiser un concours de la meilleure vidéos/slogan/affiche sur la PF
		Développer la campagne
	Renforcer les centres d'écoute pour les jeunes et centres d'informations	Renforcer les centres en ressources humaines et logistique
		Promotion de ces centres d'écoute/ numéro vert avec une campagne d'affichage dans les écoles, des spots radios et TV
	Utilisation des réseaux sociaux et nouvelles tech pr informer les jeunes sur la PF (facebook, sms, blogs)	Flyer et affichage dans les lycées et universités
		Campagne de SMS
	Blogs et facebook	



B. Programme de Plaidoyer

Actions stratégiques	Activités	Sous-Activités
Etablir un comité national de plaidoyer	Identifier tous les intervenants dans le plaidoyer et sélectionner les institutions et personnes	Cartographie des acteurs par un responsable de la DSR
		Tenir réunion de sélection des acteurs et pré-définir le rôle des acteurs
		Confirmer/Valider avec les acteurs leur participation et leur rôle dans le comité (réunion de lancement)
	Définition des TDR et du mode de fonctionnement (fréquence des rencontres, répartition des rôles, attentes...)	Rédaction des TDR et mode de fonctionnement
		Validation par le comité des TDR et mode de fonctionnement (réunion de validation)
	Formalisation et légitimisation du comité par une note	Envoi de la note explicative et de service de la création du comité au ministère
	Définition des objectifs, des résultats attendus et d'un plan d'évaluation (cadre général d'évaluation)	Réunion groupe de travail du comité pour définir les objectifs, résultats attendus et les grandes lignes du plan d'évaluation (cadre général d'évaluation)
		Rédaction des objectifs, résultats et plan d'évaluation
		Validation par le comité (réunion de validation)
	Suivi de la réalisation des plaidoyers et de l'impact	Elaboration des outils pour suivre les indicateurs
		Mise en place d'un tableau de bord pour la revue des réalisations
		Réunions trimestrielles pour suivre les réalisations/indicateurs



Obtenir des autorités publiques et gouvernementales un financement plus important des activités de PF	Identification des groupes cibles au sein des autorités gouvernementales	Sélection du responsable et réalisation de la cartographie des groupes cibles et de l'environnement politique
		Catégorisation entre groupes "pro" et "contre" la PF et de leurs centres d'intérêts afin de faciliter l'élaboration des outils de plaidoyer
		Validation par le groupe de travail
	Elaborer un outil de plaidoyer adapté aux groupes cibles pour l'allocation de la ligne budgétaire	Revue des outils existants par un expert responsable
		Création des outils de plaidoyer (contenu et format adaptés aux différents cibles)
		Validation de l'outil par le comité lors d'une réunion
		Reproduction de l'outil de plaidoyer (support adapté aux différents cibles)
	Organiser une rencontre de partage avec les partenaires au développement pour obtenir leur appui auprès du gouvernement	Préparer l'argumentaire et la demande officielle de soutien des partenaires au développement lors d'une réunion
	Organiser des rencontre de plaidoyer avec le Ministre de l'Economie et des Finances et de la Santé	Réunion avec le cabinet et le ministre de l'Economie et des Finances
	Organiser une rencontre de plaidoyer avec le Ministre de la Santé (Direction de l'administration et de la gestion) pour obtenir une allocation plus importante pour la SR et la PF (prioritaire, arbitrage se fait à ce niveau)	Réunion avec le cabinet et le ministre de la Santé
Organiser des rencontres avec les principales organisations, les parlementaires et les autorités des collectivités territoriales	Rencontre avec le CES	
	Organiser rencontres avec les parlementaires à Dakar afin de les convaincre de eux mêmes faire le plaidoyer	
	Organiser des réunions en région avec l'ensemble des élus (conseil régional, maires...)	
	Organiser des rencontres avec les autres groupes cibles	
Renforcer le soutien (financier et humain) de la part des partenaires au développement y compris ONG et des donneurs en faveur de la PF	Cartographie des donneurs/partenaires intéressés par la PF	Sélection de l'organisation en charge de la cartographie ainsi que du format et des délais à respecter (réunion du comité)
		Réalisation de la cartographie (préciser leur participation effective dans le passé)
		Valider la cartographie par le comité
	Développer des argumentaires dédiés aux partenaires au développement	Revue des outils existants
		Création de l'outil de plaidoyer (contenu et format adaptés aux différents PAD)
		Validation de l'outil par le comité lors d'une réunion
		Reproduction de l'outil de plaidoyer (support adapté aux différentes cibles)
	Organiser des rencontres périodiques individuelles avec les principales parties prenantes sur leur engagement dans l'élaboration et la réalisation du plan national PF	Déterminer et confirmer planning de rencontres (avec participants)
		Réunions périodiques avec les PAD



Obtenir le soutien financier et dans l'offre de services du secteur privé	Elaborer un outil de plaidoyer (messages clés et supports adaptés) pour les entreprises	Revue des outils existants
		Création de l'outil de plaidoyer (contenu et format adaptés aux entreprises)
		Validation de l'outil par le comité lors d'une réunion
		Reproduction de l'outil de plaidoyer (support adapté aux différentes cibles)
	Organiser des séances de plaidoyer avec les organisation patronales, les syndicats et les entreprises cibles (pour le financement des activités PF)	Identifier les organisations patronales, syndicats, entreprises cibles (réunion autour de la DSR)
		Organiser rencontres avec organisations patronales
		Organiser rencontres avec syndicats
		Organiser rencontres avec les entreprises cibles
	Identifier au sein des entreprises cibles les entreprises qui ont des services médicaux (afin de proposer la PF), celles offrant des services de PF (afin de les rendre gratuit) afin d'adapter le plaidoyer	Réaliser une réunion de plaidoyer pour les entreprises qui n'ont pas de services médicaux
		Réaliser une réunion de plaidoyer adapté aux entreprises qui ont des services médicaux mais qui ne proposent pas de PF
		Réaliser une réunion de plaidoyer adapté aux entreprises qui ont des services médicaux, qui proposent des services de PF pour les rendre gratuit
	Mise en place de partenariats de sponsoring avec le secteur privé (sponsoring direct ou réduction)	Identifier les entreprises cibles (e.g laboratoires pharmaceutiques, opérateur téléphonique..)
		Rédiger conventions de partenariat adaptés aux secteurs d'activité (téléphonie, banque...)
		Rencontrer les entreprises cibles puis valider conventions de partenariat
	Organiser des journées de levée de fonds pour la PF dans les entreprises	Définition des conditions d'organisation des journées de levée de fonds par un responsable
Rencontrer les entreprises pour qu'elles participent à l'opération (réunions individuelles)		
Sélectionner et valider la participation des entreprises partenaires de l'opération		
Réaliser la journée de levée de fonds pour la PF		
Obtenir le soutien financier et dans la médiatisation des médias à l'aide de réductions accordées	Elaborer un outil de plaidoyer (messages clés et supports) pour les médias	Revue des outils existants
		Création de l'outil de plaidoyer (contenu et format adaptés aux entreprises)
		Validation de l'outil par le comité lors d'une réunion
		Reproduction de l'outil de plaidoyer (support adapté aux différentes cibles)
	Identifier puis rédiger des conventions de partenariat avec les médias cibles (journaux, radios...) afin d'obtenir leur soutien financier et des réductions et dans la médiatisation des activités	Identifier les médias cibles (national, régional/communautaire)
		Rédiger conventions de partenariat
		Rencontrer les médias cibles puis valider conventions de partenariat
	Organiser des rencontres périodiques avec les médias pour faire part des avancées des réalisations de la PF	Définition du format et contenu des présentations à faire aux médias
Réunion trimestrielle pour diffuser l'information		



Activer et redynamiser le réseau de champions politiques (national, élus locaux...) pour faire la promotion de la PF	Identifier les champions à approcher en collaboration avec les organisations compétentes	Cartographie des champions (national et régional) Tenir reunion pour définir nombre de champions requis et sélectionner les champions au niveau national			
	Former les personnes en charge d'approcher les champions	Sélection des personnes en charge d'approcher les champions par le comité de plaidoyer Session de formation pour les personnes en charge d'approcher les champions			
	Aider, soutenir les districts/régions à identifier, sélectionner, recruter les champions politiques	Rédiger un guide d'approche pour recruter les champions politiques au niveau local Diffuser le guide auprès des personnes en charge d'approcher les champions Tenir reunion de sélection des champions au niveau régional			
	Orienter/Former les champions recrutés (surtout cibler sur l'engagement et le financement des activités PF)	Planning de formation des champions recrutés au niveau national et régional	Elaboration d'un plan d'actions en collaboration avec les champions par les personnes en charge de les approcher Diffusion du plan d'actions auprès des champions sélectionnés (lors des sessions d'orientations) Session annuelle d'orientation des champions (national) Session annuelle d'orientation des champions (régional)		
		Organiser un atelier de partage pour s'assurer des moyens et de la position de la DSR et de la PF dans la nouvelle organisation	Préparer l'argumentaire et les propositions à présenter au cabinet pour s'assurer des moyens à disposition de la DSR et de la PF	Tenir une réunion de plaidoyer avec le cabinet pour revoir la réorganisation de la DSR et de la PF ainsi que des moyens alloués	
			Institutionnaliser la journée de la PF	Revue des modalités d'organisation des journées de la PF précédente Rencontrer le Ministère de la Santé afin qu'il porte le projet auprès de la primature Organiser la journée de la PF	
				Organiser rencontre transversale avec les ministères (Economie, Social, Jeunesse, Famille, Forces armées, etc) ayant un rôle important à jouer dans la promotion de la PF pour qu'ils appuient la PF	Réunion de partage transversal avec la Primature pour faire de la PF une priorité (financement, ressources...) Réunion de discussion et partage avec le ministère de la Jeunesse, des Forces armées et de la Famille
				Organiser une conférence avec les grands décideurs (privés, syndicats, ministères, primature et présidence) sur la place de la PF dans les priorités nationales	Identifier les grands décideurs Organiser une conférence avec les grands décideurs (privés, syndicats, ministères, primature et présidence) sur la place de la PF dans les priorités nationales (avant ou après la journée PF)
	Plaidoyer pour un aménagement des cadres régulateurs	Identifier les services ou institutions concernées par des changements règlementaires	Réunions avec les groupes de travail dédiés aux 5 différents domaines stratégiques (disponibilité produits, offre privé, offre public pour les MLD, offre communautaire, communication) pour identifier les institution concernées		
		Elaborer les outils de plaidoyer pour accompagner le plan d'actions national adaptés à ces institutions	Revue des outils existants Création des outils de plaidoyer (contenu et format adaptés aux cibles) Validation de l'outil par le comité lors d'une réunion Reproduction de l'outil de plaidoyer (support adapté aux différentes cibles)		
Rencontrer les institutions concernées			Organiser des rencontres de partage avec les institutions / groupes cibles		



Activer et redynamiser le réseau de champions communautaires (leaders communautaires) pour faire la promotion de la PF	Identifier les champions communautaires à approcher en collaboration avec les organisations compétentes	Cartographie des champions (national et régional)
		Tenir reunion de sélection des champions au niveau national
	Former les personnes en charge d'approcher les champions	Sélection des personnes en charge d'approcher les champions par le comité de plaidoyer
		Session de formation pour les personnes en charge d'approcher les champions
	Aider, soutenir les districts/régions à identifier, sélectionner, recruter les champions communautaires	Rédiger un guide d'approche pour recruter les champions au niveau local
		Diffuser le guide auprès des personnes en charge d'approcher les champions
		Tenir reunion de sélection des champions au niveau régional
	Orienter/Former les champions recrutés	Planning de formation des champions recrutés au niveau national et régional
		Elaboration d'un plan d'actions en collaboration avec les champions par les personnes en charge de les approcher
		Diffusion du plan d'actions auprès des champions sélectionnés (lors des sessions d'orientations)
Session annuelle d'orientation des champions (national)		
Session annuelle d'orientation des champions (régional)		
Activer et redynamiser le réseau de champions religieux (leaders religieux) pour faire la promotion de la PF	Identifier les champions à approcher en collaboration avec les organisations compétentes	Cartographie des champions (national et régional)
		Tenir reunion de sélection des champions au niveau national
	Former les personnes en charge d'approcher les champions	Sélection des personnes en charge d'approcher les champions par le comité de plaidoyer
		Session de formation pour les personnes en charge d'approcher les champions
	Aider, soutenir les districts/régions à identifier, sélectionner, recruter les champions religieux	Rédiger un guide d'approche pour recruter les champions au niveau local
		Diffuser le guide auprès des personnes en charge d'approcher les champions
		Tenir reunion de sélection des champions au niveau régional
	Orienter/Former les champions recrutés	Planning de formation des champions recrutés au niveau national et régional
		Elaboration d'un plan d'actions en collaboration avec les champions par les personnes en charge de les approcher
		Diffusion du plan d'actions auprès des champions sélectionnés (lors des sessions d'orientations)
Session annuelle d'orientation des champions (national)		
Session annuelle d'orientation des champions (régional)		



Activer et redynamiser le réseau de champions nationaux (artistes, sportif...) pour faire la promotion de la PF	Identifier les champions (artistes, sportifs, ..) à approcher en collaboration avec les organisations compétentes	Cartographie des champions (national) construit sur travail d'Intrahealth par exemple
		Tenir réunion de sélection des champions au niveau national
	Former les personnes en charge d'approcher les champions	Sélection des personnes en charge d'approcher les champions
		Session de formation pour les personnes en charge
	Orienter/Former les champions recrutés (artiste, sportif...) pour faire la promotion de la PF	Planning de formation des champions recrutés au niveau national et régional
		Elaboration d'un plan d'actions en collaboration avec les champions par les personnes en charge de les approcher
Diffusion du plan d'actions auprès des champions sélectionnés (lors des sessions d'orientations)		
Session annuelle d'orientation des champions (national)		
Renforcer les liens et obtenir l'appui des leaders du secteur de la santé	Elaborer un outil de plaidoyer axé sur la santé donnant informations et données sur le statut actuel de la PF et les besoins en changement	Revue des outils existants
		Création de l'outil de plaidoyer (contenu et format adaptés aux professionnels de la santé)
		Validation de l'outil par le comité lors d'une réunion
		Reproduction de l'outil de plaidoyer (support adapté aux différentes cibles)
	Organiser des rencontres périodiques avec les leaders de la santé pour faire part des avancées des réalisations de la PF	Définition du format et contenu des présentations à faire aux leaders de la santé
		Réunion trimestrielle pour diffuser l'information, les avancées et les demandes de soutien aux leaders de la santé



C. Disponibilité des produits

Actions stratégiques	Activites	Sous-Activites	
Réalisation des commandes basées sur les consommations réelles et suivi des stocks	Mise en oeuvre de l'outils Reality Check et réalisation d'un plan d'approvisionnement de base pour les trois prochaines années réactualisés chaque semestre	Creation de l'outil de prévision des consommations Reality Check	
		Réalisation de prévisions pour les trois prochaines années à l'aide de Reality Check	
		Actualisation du plan d'approvisionnement sur une base semi-annuelle	
	Confirmation des commandes par les données de consommation réelle		Consolidation mensuelle des données de consommation transmises par les 14 opérateurs du Push Model
			Vérification croisées des données consolidées et des commandes
	Tenue mensuelle du comité de sécurisation (SPSR)		Détermination des stocks nationaux de sécurité (stocks minimal et maximal) au niveau central
			Collecte mensuelle des niveaux de stock des produits PF au niveau central et soustraire les pertes (produits périmés, produits détériorés...)
			Revue mensuelle des niveaux de stocks au niveau central par rapport à ces seuils en réunion du comité de sécurisation (SPSR)
			Ajustement mensuel des commandes si besoin avec déclenchement immédiats de nouvelles commandes si les seuils sont atteints
	Contrôle de qualité effectifs et réguliers (annuel) sur tous les produits de la gamme PF à tous les niveaux du réseau de distribution		Realisation de prélèvement de produits dans une selection de points du réseaux de distribution à tous niveaux
			Réalisation des analyses (nécessite un achat d'intrant pour les analyses chimiques)
			Diffusion des résultat du contrôle et retrait des produits non conformes
Instauration d'un canal unique de commande	Finalisation de l'intégration des stocks de la PNA et de la DSR	Finalisation du transport des produits depuis le stock de la DSR jusqu'au stock de la PNA et intégration comptable finale	
	Communication sur l'intégration et les nouveau mécanismes de commande auprès des PRA	Rédaction d'une note de rappel sur le canal unique de commande des produits PF via la PNA et envoi à toutes les PRA	
	Supervisions formatives de l'intégration jusqu'à assimilation complète	Sup ervisions conjointes semestrielles PNA/DSR auprès de toutes les PRA	
	Mise en oeuvre de l'outils Reality Check et réalisation d'un plan d'approvisionnement de la PRA réactualisé chaque semestre et éventuellement suivi par la Région Médicale		Fixation d'un objectif de consommation et de contribution à la consommation nationale (= TPC cible par région)
			Installation des capacités informatiques et maintenance dans chacune des PRA
			Formation de l'équipe cadre de région (incluant le logisticien de la PRA) à RealityCheck
			Réalisation de prévisions de consommation et d'un plan d'approvisionnement régional annuel à l'aide de Reality Check et du TPC cible fixé (similaire au principe du plan d'approvisionnement national)
	Confirmation des commandes par les données de consommation réelle		Actualisation du plan d'approvisionnement sur une base trimestrielle
			Récupération mensuelle (via email) du fichier Excel de données de consommation réelles fournies par l'opérateur du Push Model de la région qui les a collectées lors de sa livraison
			Vérification croisées des données consolidées de l'opérateur et des prévisions effectuées avec Reality Check



Amélioration des capacités logistiques du personnel	Dans les régions non encore couvertes par le Push Model, cartographie des personnels non encore formés à la gestion logistique	Cartographie des anciens personnels non encore formés
		Cartographie des nouveaux personnels nommés
	Dans les régions non encore couvertes par le Push Model, finalisation de la formation in situ des personnels médicaux (ICP, pharmaciens chef et/ou dépositaires) à la gestion logistique	Dans les régions non encore couvertes par le Push Model, finalisation de la formation des personnels médicaux existants (ICP, sages-femmes, pharmaciens chef et/ou dépositaires) à la gestion logistique par formations in situ (préférables à des ateliers)
	Dans les régions non encore couvertes par le Push Model, supervision des dépôts de districts trimestriels par les pharmaciens chefs des PRA	Dans les régions non encore couvertes par le Push Model, supervision des dépôts de districts trimestriels par les pharmaciens chefs des PRA
Amélioration des capacités de gestion des données du personnel	Dans les régions non couvertes par le Push Model, utilisation de l'informatique pour la compilation des données et les commandes	Creation de l'outil de compilation des besoins Channel
		Equiper de toutes les PRA et les districts en matériel informatique (y.c. Dakar et nouveaux districts)
		Formation de tous les nouveaux dépositaires régionaux et district à l'usage de Channel
		Orientation des personnels cadres des districts et des régions à Channel
		Supervision continue des personnels et re-formation pour maintenir les capacités d'utilisation
	Dans les zones couvertes par le Push Model, intégration de Channel à la gestion de données issues du Push Model pour la gestion des recouvrements et la mise en place du management de la performance	Mise en place d'une formation au recouvrement sur la base des données du Push Model gérées par le système Channel
		Mise au point d'un calendrier de formation, au fur et à mesure du déroulement du Push model sur le territoire
		Formation de tous les personnels médicaux des districts et des régions au recouvrement sur la base des données du Push Model gérées par le système Channel
		Mise en place d'une formation à la gestion au management de la performance sur la base des données du Push Model gérées par le système Channel
		Mise au point d'un calendrier de formation, au fur et à mesure du déroulement du Push model sur le territoire
		Formation de tous les personnels médicaux des districts et des régions au management de la performance sur la base des données du Push Model gérées par le système Channel
Garantir la disponibilité des équipements	Garantir la disponibilité / fonctionnalité des équipements de stérilisation	Cartographie des équipements disponibles et fonctionnels dans tout le pays et des gaps
		Commandes des matériel de stérilisation (autoclave)
		Mise en place dans les PPS où nécessaires
	Garantie de la disponibilité de l'électricité	Formation à l'usage de l'autoclave là où nouvellement mise en place
		Cartographie des PPS connecté et non connectés à l'électricité
		Commande et installation de panneaux solaires ou raccordement au réseau local d'électricité



Extension progressive du Push Model dans les régions	Finalisation du design et de l'évaluation du Push Model	Finalisation de l'architecture générale du modèle avec la PNA et le Ministère de la Santé pour chacune des régions
		Lancement d'un pilote grande échelle à Dakar
		Evaluation des pilotes de Dakar, St Louis et Kaolack jusqu'à décembre 2012
		Mise en place du fonds logistique de financement de l'opérateur (aspect légal et comité de gouvernance, approvisionnement d'un fonds logistique par l'Etat et les bailleurs)
	Mise en place progressive du Push Model vague 1 à Dakar et Saint-Louis	Visite d'information de la PRA par la DSR et la PNA pour détailler le fonctionnement du modèle
		Appel d'offre et sélection des opérateurs
		Rencontres d'information des MCD, ICP et sages-femmes
		Mise en place de la dotation initiale dans tous les PPS et lancement du modèle
	Mise en place progressive du Push Model vague 2 dans les régions de Thiès, Kaolack Diourbel et Fatick	Visite d'information de la PRA par la DSR et la PNA pour détailler le fonctionnement du modèle
		Appel d'offre et sélection des opérateurs
		Rencontres d'information des MCD, ICP et sages-femmes
		Mise en place de la dotation initiale dans tous les PPS et lancement du modèle
	Mise en place progressive du Push Model vague 3 dans les régions de Ziguinchor, Louga, Kaffrine, Sédhiou	Visite d'information de la PRA par la DSR et la PNA pour détailler le fonctionnement du modèle
		Appel d'offre et sélection des opérateurs
		Rencontres d'information des MCD, ICP et sages-femmes
		Mise en place de la dotation initiale dans tous les PPS et lancement du modèle
Mise en place progressive du Push Model vague 4 dans les régions de Matam, Kedougou, Tambacounda, Kolda	Visite d'information de la PRA par la DSR et la PNA pour détailler le fonctionnement du modèle	
	Appel d'offre et sélection des opérateurs	
	Rencontres d'information des MCD, ICP et sages-femmes	
	Mise en place de la dotation initiale dans tous les PPS et lancement du modèle	



D. Extension de l'offre à base communautaire

Actions stratégiques	Activites	Sous-Activites
Approfondissement de la délégation de tâches	Intégration de l'OIP dans le paquet intégré de services de toutes les cases fonctionnelles	Cartographie des cases non encore passées à l'OIP et des cases "éligibles" (matrones ou ASC alphabétisés)
		Traduction des outils en langues locales
		Formations des ASC et matrones alphabétisés à l'OIP
		Dotation des nouvelles cases proposant l'OIP en stock initial de pilules
		Suivi post formation
		Supervision par l'équipe cadre de district pendant 10 mois
Accroissement de l'accès à la distribution aux ASC alphabétisés	Extension de l'offre initiale d'injectable aux matrones et ASC alphabétisés dans les cases fonctionnelles	Finalisation du pilote et évaluation (été 2012 - janvier 2013) de la faisabilité de l'offre initiale d'injectable
		Réalisation et impression des supports de formation à l'offre initiale d'injectables
		Formation des formateurs
		Formation des ASC et matrones à l'offre initiale d'injectable (IM ou Uninject)
		Suivi post formation
		Supervision par l'équipe cadre de district
		Dotation des cases proposant l'offre initiale d'injectables en stock initial d'injectable



Elargissement de l'accès à la distribution avec ASC analphabètes	Extension de l'OIP aux matrones et ASC analphabètes dans les cases fonctionnelles	Poursuite du pilotes et évaluation pour valider la pertinence de l'extention de l'OIP aux matrones, ASC et ASBC analphabètes
		Passage à l'échelle avec formation des matrones, ASC et ASBC analphabètes pour l'OIP
		Suivi post formation
		Supervision par l'equipe cadre de district
		Dotation des nouvelles cases et nouveaux ASBC proposant l'OIP en stock de pilules
Elargissement de l'accès à la distribution avec ASC analphabètes	Extension de l'offre initiale d'injectable aux matrones et ASC analphabètes dans les cases fonctionnelles	Lancement de pilotes et évaluation pour valider la pertinence de l'extention de l'OIP /offre initiale d'injectable aux autres TCS
		Passage à l'échelle avec formation des matrones, ASC et ASBC analphabètes pour l'OII
		Suivi post formation
		Supervision par l'equipe cadre de district
		Dotation des nouvelles cases et nouveaux ASBC proposant l'OIP en stock de pilules
Elargissement de l'accès à la distribution aux autres catégories de TCS	Extension de l'OIP et offre initale d'injectables aux autres catégories de TCS (relais, BG)	Lancement de pilotes et évaluation pour valider la pertinence de l'extention de l'OIP /offre initiale d'injectable aux autres TCS
		Passage à l'échelle avec formation de la moitié des relais et des BG (part alphabétisée)
		Suivi post formation
		Supervision par l'equipe cadre de district
		Dotation des relais et BG en pilules et livret



Accroissement de la couverture en ASBC	Accroissement de la couverture en ASBC proposant l'OIP et l'OII (2 binômes mixtes par PPS rural)	Cartographie des besoins en ASBC proposant l'OIP (e.g. dans les zones ne disposant pas d'assez de cases pour couvrir toute la population)
		Formation des ASBC à l'OIP et l'OII
		Supervision des ASBC
		Dotations initiales en pilules, injectables, documents de travail et vélo
Adaptation du cadre légal	Légalisation de l'OIP et de l'offre initiale d'injectables pour les personnels alphabétisés	Publication du décret ou document PNP légalisant les transferts de compétences aux matrones/ASC/ASBC alphabétisés en OIP
		Publication du décret ou document PNP légalisant les transferts de compétences aux matrones/ASC/ASBC alphabétisés en distribution d'injectables
		Publication du décret ou document PNP définissant la liste des médicaments par niveau
	Légalisation de l'OIP et de l'offre initiale d'injectables pour les personnels analphabètes si les pilotes sont concluants	Publication du décret ou document PNP légalisant les transferts de compétences aux matrones/ASC/ASBC analphabètes en OIP
		Publication du décret ou document PNP légalisant les transferts de compétences aux matrones/ASC/ASBC analphabètes en distribution d'injectables
	Fixation et harmonisation des prix/marges des produits payants au niveau communautaire	Législation sur les prix des produits pour les TCS auprès des PPS (prix coûtant)
		Législation sur les prix des produits pour les patientes auprès des TCS (identiques aux prix en PPS)
	Légalisation de l'OIP et de l'offre initiale d'injectables pour les personnels analphabètes si les pilotes sont concluants	Publication du décret ou document PNP légalisant les transferts de compétences aux matrones/ASC/ASBC analphabètes en distribution d'injectables



Revitalisation programme BG	Redimensionnement du programme BG	Evaluation d'impact du programme
		Redimensionnement de la couverture cible selon les géographies (zones urbaines, semi-rurales, rurales)
		Cartographies des BG actives et inactives
	Repositionnement du programme	Redéfinition du rôle de la BG, avec focus sur la santé maternelle, la santé infantile et la PF
		Redéfinition de la proposition de valeur de la BG: information, mais également suivi et accompagnement en coordination avec les personnels de PPS et de cases de santé et surtout lutte contre les abandons de PF et l'information sur les effets
		Redéfinition des critères de profils recrutés (niveau académique, anciens relais...)
		Allongement de la formation et renforcement (compétences sur la communication, connaissances des sujets traités) avec mise en place d'outils de formation et de matériel de suivi
		Création d'outils de rappel (e.g. cahier de la BG)
		Instauration de formation annuelles de rappel pour toutes les BG
	Renforcement et finalisation de la couverture en BG	Formation immédiate de rappel pour les BG inactives
		Cartographie précise de la couverture et des besoins par districts
		Mise au point d'un plan de recrutement et de formation pour une couverture maximale
		Formation initiale des BG supplémentaires pour atteindre la couverture cible dans un délai restreint



Amélioration de la formation et du suivi des relais	Renforcement de la connaissance de la PF par les relais de tout type	Révision du programme de formation standard sur la PF pour tous les relais
		Formation de rappel continue de tous les relais à la PF (contenu du message standardisé)
Suivi et utilisation des relais pour la lutte contre l'abandon	Renforcement du suivi des relais dans la promotion de la PF	Mise en place d'un suivi de tous les relais dans les messages transmis sur la PF à échéance régulière
	Renforcement de l'action des relais religieux	Evaluation de la couverture en relais religieux et recrutement / formation potentiel pour densifier leur présence où requis
		Formation continue de relais religieux à l'argumentaire PF-religion
	Suivi des utilisatrices en retard par les relais	Mise en place d'un suivi d'activité des utilisatrices dans les PPS et les cases de santé
		Utilisation systématiques des relais pour les prises de contacts (visites à domicile, appel...) des utilisatrices en retard d'utilisation



E. Extension de l'offre dans le secteur privé

Actions stratégiques	Activites	Sous-Activites
Mise en place d'une structure multi-sectorielle (PF, VIH, malaria..) dédiée à la gestion des partenariats public-privé	Revoir et adapter les structures existantes (la cellule partenariat public/privé et de la division médecine privée et traditionnelle) afin de mettre sur place une structure qui permette au secteur privé d'être complètement intégré au système de santé	Revue des structures existantes
		Définir le cadre formel et les responsables de cette structure
	Définition des TDR, objectifs, mandats et du mode de fonctionnement (fréquence des rencontres, répartition des rôles, attentes...)	Rédaction des TDR, objectifs, mandats et mode de fonctionnement de la structure
		Réunion de validation par le comité technique et le ministère des TDR et mode de fonctionnement
Elargir gamme de produits de marketing social	Identifier les produits pouvant être intégrés dans la liste de marketing social (Depo-Provera en flacon, implants...)	Cartographie des produits de marketing social au Sénégal et dans le monde (identifier les produits qui ne sont pas marketing social au Sénégal)
		Validation par le comité technique
	Préparer l'argumentaire et la stratégie de négociation avec les fabricants	Revue des argumentaires existants
		Elaborer argumentaires adaptés (estimations chiffrées...) (expert)
	Identifier les laboratoires pharmaceutiques fabricants les produits identifiés pouvant faire partie de la liste de produits marketing social	Lister les laboratoires pharmaceutiques fabricants (y.c Valdafrique) les contraceptifs identifiés (expert)
	Rencontrer les laboratoires pharmaceutiques pour obtenir des réductions de prix	Tenir réunions avec les principaux laboratoires (avec l'appui de Reproductive health supplies coalition)
		Valider et formaliser l'accord des laboratoires pour faire le plaidoyer auprès des sièges afin d'obtenir des réductions de prix (réunion)
	Organiser réunion avec bailleurs et préparer argumentaire pour recevoir subventions	Déterminer les besoins en financement et aide logistique
		Lister les bailleurs/Partenaires au développement susceptibles d'apporter leur aide (expert)
		Elaborer argumentaires adaptés (estimations chiffrées...) (expert): expression de besoins
		Tenir réunions pour valider le soutien des bailleurs/PAD
	Finaliser l'intégration du produit marketing social dans le système de distribution aux grossistes / officines privées	Faire la demande d'AMM et la présenter au comité
		Tenir réunion avec la DPL pour discuter des mécanismes d'intégration du produits dans les officines
		Tenir réunions avec grossistes-répartiteurs et agences de marketing pour assurer la promotion des produits auprès des officines
		Sensibiliser les pharmaciens privés, médecins, sages-femmes et infirmiers via les organisations professionnelles
		Valider avec l'ensemble des parties prenantes (la liste et les prix des produits)



Mise en place d'unités mobiles dans le cadre d'un partenariat public-privé (PPP)	Mise en place d'un cadre formel au sein de la DSR chargée de l'animation et la gestion du partenariat public-privé (réseau d'unités mobiles et franchises sociales)	Déterminer le responsable, la mission et les moyens alloués à la gestion et à l'animation du réseau	
		Validation avec le comité technique	
	Identifier les zones où installer des unités mobiles	Déterminer méthodologie pour identifier les zones où installer les unités mobiles	
		Lister/catégoriser les zones où installer les unités mobiles (prioritaires)	
		Cartographie et planning des interventions des unités mobiles en collaboration avec le secteur privé	
		Réunion de lancement avec le comité technique	
	Déterminer le contrat-cadre régissant les relations entre l'état et le partenaire privé déployant les unités mobiles	Rédiger le contrat-cadre déterminant les droits et devoirs de chacun des parties (notamment devoir des partenaires de transmettre informations sur ses activités)	
		Réunions avec les autorités compétentes au sein du ministère de la santé pour valider le contrat liant l'état et les partenaires	
	Mise en place de partenariats entre l'état et les partenaires déployant les unités mobiles	Réunions avec les bailleurs pour assurer le financement	
		Réunions avec les partenaires désirant déployer des unités mobiles	
		Sélection/validation des partenaires retenus	
		Signature/officialisation des partenariats	
	Déploiement des unités mobiles dans les zones identifiées	Protocole d'accord avec les districts	
Déploiement des unités mobiles			
Suivi de l'action des unités mobiles (collecte des données etc.)	Mise en place d'un système de suivi des activités (indicateurs à suivre et collecte des données des partenaires)		
	Revue trimestrielle des activités		
Assurer la prise en charge des produits et services contraceptifs par les mutuelles et la sécurité sociale	Conduire une étude de faisabilité sur la prise en charge des services ou des produits de PF par les mutuelles et la caisse de sécurité sociale	Elaborer les TDR et sélectionner le prestataires	
		Revue des études existantes	
		Faire la synthèse et rédiger la note conceptuelle	
		Réstitutions des résultats de l'étude avec le comité technique	
	Décider du mécanisme financier le plus adapté	Réunion du comité technique pour la sélection du mécanisme financier permettant la prise en charge des prestations	
		Rédiger un rapport expliquant (chiffres à l'appui) le mécanisme sélectionné en vue de le partager avec les autorités gouvernementales et les mutuelles	
	Organiser des rencontres de partage avec les autorités gouvernementales (ministère des finances, MSP...)	Réunion avec les autorités gouvernementales pour leur faire part des propositions	
		Valider et formaliser la prise en charge	
	Organiser des rencontres de partage avec les assurances et mutuelles (organisations patronales et entreprises)	Réunions avec les assurances et mutuelles pour leur faire part des propositions	
		Valider et formaliser la prise en charge	
	Suivi de la prise en charge des prestations PF	Rencontres de suivi avec les cadres de concertation des mutuelles concernées	



Elargir points de prestations dans le secteur privé	Identifier les acteurs privés ne proposant pas de services PF (secteur médical privé ou entreprises) ou de produits PF (pharmacies, entreprises et commerces ..)	Sélection de l'organisation en charge de la cartographie ainsi que du format et des délais à respecter (réunion du comité)
		Réalisation de la cartographie des acteurs privés ne proposant pas de PF et aptes à le faire
	Déterminer mécanisme d'approvisionnement de produits par ces acteurs	Rédaction des différentes possibilités et modalités d'approvisionnement en produits par ces acteurs (gratuit/payant, fréquence, lieux...)
		Sélection des options retenues pour les différents acteurs (livraison sur site...)
	Déterminer les commerces éligibles pouvant distribuer des préservatifs (salons de coiffure, hôtels...) qui ne sont pas encore des points de vente	Sélectionner type de commerce lors d'une réunion du Comité technique
		Mettre en place la distribution de flyers/brochures dans ces commerces afin de créer la demande
		Valider par le comité technique
	Déterminer mécanisme d'approvisionnement de produits par les commerces	Rédaction des différentes possibilités et modalités d'approvisionnement en produits par les commerces (gratuit/payant, fréquence, lieux...)
		Sélection des options retenues pour les différents acteurs (livraison sur site, distribution au niveau central...)
	Réaliser le suivi des activités de ces acteurs	Mise en place d'un système de suivi des activités (indicateurs à suivre et collecte des données des partenaires)
Revue trimestrielle des activités		
Mise en place effective de la livraison des produits contraceptifs achetés par la PNA au secteur privé	Intégrer les contraceptifs dans la liste des médicaments livrés au secteur privé par la PNA (liste validée par la DPL)	Elaborer la liste des contraceptifs à intégrer à la liste
		Valider par le comité technique
		Elaborer l'argumentaire pour la DPL et les autorités compétentes (ministère, PNA)
		Réunion de partage et de validation de l'intégration des contraceptifs à la liste des médicaments livrés au secteur privé
	Mise en place de la promotion de l'intégration des contraceptifs à la liste des médicaments livrés au secteur privé	Réunions d'informations avec les grossistes privés
		Réunions d'information et de sensibilisation avec les prestataires privés (médecins, pharmaciens, sages-femmes...)
	Suivi de l'intégration	Mise en place des outils de suivi des activités (indicateurs de consommation à suivre et collecte des données) entre la PNA et la DSR
		Protocole entre la DSR et la PNA pour la transmission des informations de consommation du secteur privé
		Revue trimestrielle des activités



Aménager le cadre réglementaire relatif à l'offre de services de PF pour une meilleure implication du secteur privé	Rencontrer les principales organisations professionnelles (médecins, pharmaciens...)	Etat des lieux des cadres réglementaires concernant l'offre de services par catégorie
		Elaborer propositions de changements réglementaires (amendements aux codes et PNP) ciblés
		Réunions de partage individuelles avec les parties prenantes (infirmiers, pharmaciens, médecins...) pour revoir les propositions de changements réglementaires
	Obtenir l'accord des organisations professionnelles et leur soutien officiel pour aménager les cadres réglementaires	Rédaction d'un memorandum d'entente commun reprenant les aménagements accordés à chacun mais aussi ses devoirs et limites
		Validation du memorandum d'entente commun lors d'une rencontre de partage collective donnant l'accord officiel des changements réglementaires
	Obtenir l'accord des autorités de tutelles (ministère de la santé...)	Elaborer une présentation reprenant l'ensemble des propositions
		Réunion de partage avec le ministère de la santé et l'ensemble des parties pour validation des aménagements réglementaires
	Diffuser/Informer de la mise à jour des réglementations, PNP à l'ensemble des acteurs	Rédiger une note explicative différenciée expliquant les changements
		Envoi de la note aux organisations professionnelles
	Assurer le suivi de l'application des textes modifiés	Définir un plan de suivi pour s'assurer la mise en place des textes (checklist, visites à effectuer..)
Réaliser le suivi auprès des acteurs concernés		
Dynamiser les Autorisations de Mise sur le Marché (AMM) pour les contraceptifs (ex: Jadelle)	Etat des lieux des contraceptifs n'ayant pas d'AMM	Identification des contraceptifs et de ses fabricants qui n'ont pas d'AMM au Sénégal (e.g Sino-Plant)
	Inciter et accompagner les laboratoires privés dans leur démarche pour lancer la procédure d'AMM	Réaliser et soumettre les dossiers d'AMM
		Réunion de partage avec les laboratoires concernés
	Réaliser le suivi de l'AMM	Réunion de partage avec le ministère de la santé si nécessaire pour accélérer le processus d'autorisation
Etablir un réseau de franchises sociales dans le cadre d'un PPP	Déterminer le contrat-cadre régissant les relations entre l'état et le partenaire privé (ONG, OSC...) délivrant les franchises sociales	Rédiger le contrat-cadre déterminant les droits et devoirs de chacun des parties (notamment devoir des partenaires de transmettre informations sur ses activités)
		Réunions avec les autorités compétentes au sein du ministère de la santé pour valider le contrat liant l'état et partenaires
	Identifier les zones où installer les franchises sociales	Déterminer méthodologie pour identifier les zones où installer les franchises sociales
		Lister/catégoriser les zones où installer les franchises sociales
	Mise en place de partenariats entre l'état et les partenaires délivrant les franchises sociales	Réunions avec les partenaires désirant déployer des franchises sociales
		Sélectionner les partenaires à retenir
		Accréditer les partenaires retenus
	Déploiement des franchises sociales dans les zones identifiées	Déploiement des franchises sociales dans les zones identifiées (formaliser le contrat entre franchiseur et franchisé)
Suivi de l'action des franchises sociales (contrôle de la qualité de l'offre, collecte des données etc..)	Mise en place d'un système de suivi des activités (indicateurs à suivre et collecte des données des partenaires) en collaboration avec les partenaires	
	Revue annuelle des activités	



Formation directe des acteurs du privé	Identification des besoins de formation	Elaborer le protocole d'enquête permettant d'identifier les besoins en formation (par type d'acteurs, par catégorie de prestations.): check list
		Réaliser l'enquête afin d'identifier les besoins en formation par catégorie professionnelle
		Listing des zones/régions présentant les plus grands besoins en formation
	Organiser des formations pour les pharmaciens et autres agents du secteur privé aux technologies de la contraception	Elaborer support de formation (curriculum)
		Organiser et exécuter sessions de formation par type d'acteurs dans les régions cibles
		Organiser et exécuter sessions de formation par type d'acteurs dans les régions cibles
	Organiser des journées d'information et d'offre de prestation dans les entreprises privées	Elaborer support de formation
		Organiser et exécuter des sessions de formation des formateurs
		Organiser et exécuter sessions d'information et de formation dans les régions
		Définir critères d'évaluation et outils du suivi post-formation
	Assurer le suivi et la supervision post-formation	Définir planning de suivi
		Missions de supervision trimestrielles
Intégration des données du secteur privé	Déterminer les données à collecter et les mécanismes de collecte en collaboration avec le SNIS	Identification des données à collecter en collaboration avec le SNIS et élaborer les outils de suivi (réunion, ateliers)
		Déterminer les mécanismes de collecte et de motivation avec le SNIS
		Validation par le comité de plaidoyer
	Conception du système d'intégration des données	Séminaire de réflexion pour la mise en place d'un système d'intégration des données du secteur privé qui regroupe le MSP (directeurs et responsables de services, SNIS...) et les représentants des acteurs du privé (pharmaciens, médecins, entreprises privée)
		Test des outils de collecte des données
	Mise en place des ressources humaines et techniques permettant la collecte et le suivi des données	Déterminer le besoin en ressources humaines et techniques au niveau des districts
		Identifier les responsables de collecte et de remontée d'informations
		Mise en place effective du mécanisme de suivi



F. Extension de l'offre dans le secteur public

Actions stratégiques	Activités	Sous-Activités
Assurer la disponibilité de l'équipement dans l'ensemble des PPS	Identifier et quantifier les besoins en sous-équipement des PPS (district) (fait partie d'une étude globale afin de déterminer: besoins en équipements, ressources humaines, formation)	Revue des études existantes et analyse des districts non couverts par les partenaires (par ex Intrahealth) et définir un seul outil pour tous pour identifier les besoins en équipements nécessaires à l'administration des MLD (checklist des équipements à avo)
		Collecte des données manquantes (districts non couverts par partenaires) et analyse des données
		Lister/catégoriser les PPS sous-équipés
	Organiser rencontres avec le ministère et les bailleurs de fonds pour obtenir des lignes budgétaires supplémentaires	Elaborer expression des besoins et argumentaires adaptés (estimations chiffrées)
		Rencontrer les bailleurs de fonds pour obtenir leur soutien financier
		Rencontrer le ministère pour obtenir son soutien financier
	Equiper tous les PPS	Déterminer process optimal pour équiper les PPS (responsables, circuits de distribution...) et planning de la mise en place des équipements (lieux, échéances...)
		Réaliser la livraison des équipements de kits d'insertion/retrait aux PPS sous-équipés
		Equiper fichiers PF (Dossiers de consultation, outils de rangement, mobilier...)
	Assurer une bonne maintenance des équipements	Mise en place de guides de maintenance pour chaque équipement
		Former les techniciens de maintenance au niveau des districts et régionales à la maintenance des équipement (si utilise équipements nécessitant par ex pouspinelle)
		Définir plan de supervision et de maintenance
Mettre en place les mécanismes de suivi	Elaboration des outils de suivi	
	Revue trimestrielle des avancées sur les équipements et la maintenance	
Recruter des agents de santé diplômés pour soutenir les Infirmiers chefs de poste	Identifier les PPS en manque de ressources humaines (districts) (fait partie d'une étude globale afin de déterminer: besoins en équipements, ressources humaines, formation)	Revue des analyses existantes et des Districts non couverts par les partenaires (par exemple Intrahealth, RSS) pour identifier les PPS en manque de RH
		Lister/catégoriser les PPS en manque de RH
		Développer mécanismes de pérennisation des activités entreprise en RH par les partenaires; définir plan de retention du personnel mis à disposition par les partenaires
	Organiser rencontres avec le ministère et les bailleurs de fonds pour obtenir des lignes budgétaires supplémentaires	Elaborer expression des besoins et argumentaires adaptés (estimations chiffrées)
		Rencontrer les bailleurs de fonds pour obtenir leur soutien financier
		Rencontrer le ministère pour obtenir son soutien financier
	Définir profil désiré et mise en place d'un plan de recrutement	Définition d'un plan de recrutement ciblé inclus le profile, appel d'offre et description du travail et plan de travail
		Mise en place d'un programme de formation continue (pour qu'au même niveau que les agents formés)
	Suivi du déploiement des RH supplémentaires	Définir les outils de suivi du déploiement (indicateurs, process...)
		Déploiement des RH supplémentaires
		Revue trimestrielle du déploiement des RH



Mise en place dans les écoles de formation les modules et curricula révisés incluant la PF et les MLD	Organiser une rencontre de partage avec le Ministère de l'enseignement supérieur et les responsables des écoles de formation pour accélérer la mise en place des modules révisés	Elaborer argumentaires adaptés
	Suivi du déploiement des modules	Rencontrer le ministère de l'enseignement supérieur et les responsables des écoles de formation pour partage
		Déterminer responsable au sein du ministère de l'enseignement de la mise en place de nouveaux modules
Formation sur site aux MLD par le secteur public et privé	Définir les besoins et les cibles de la formation théorique et pratique sur les MLD (fait partie d'une étude globale afin de déterminer: besoins en équipements, ressources humaines, formation)	Enquête auprès des infirmiers, sages-femmes, formateurs, médecins pour déterminer les besoins de formation théorique et pratique - dans districts non couverts par enquête faite par partenaires (ex Intrahealth)
		Rédaction/formalisation des besoins de formation
		Validation par le comité technique
	Identifier les PPS qui ont besoin de formation	Définir méthodologie pour identifier les PPS en manque de formation dans les MLD (revue des rapports existants: Intrahealth, Ceforep et DSR)
	Sélectionner parmi les agents de santé les tuteurs qui feront les formation en MLD, en partenariat avec le CEFOPREP (Tutorat)	Définition d'un processus de sélection
		Mise en place d'un programme de formation pour les formateurs
		Rédaction et diffusion d'un appel à candidature pour devenir formateur en MLD
		Sélectionner les agents de santé formateurs
	Définir le format de formation	Définir les modalités de formation
	Déterminer les mécanismes et formes d'accréditation des agents ayant suivi la formation	Revue des accréditations existantes (rapport MSH, Intrahealth..) dans d'autres domaines de la santé
		Déterminer le mécanisme d'accréditation pour les MLD (nombre de formations suivis, passage d'un examen...)
		Validation par le comité technique
	Définir et formaliser le partenariat entre le secteur privé et public pour mieux intégrer le secteur privé dans la formation et permettre l'échange des bonnes pratiques et des parrainages	Rédiger le contrat-cadre déterminant les mécanismes de collaboration (droits et devoirs de chacun des parties, notamment devoir des partenaires de transmettre informations sur ses activités)
		Mise en place d'un protocole de coordination des données collectées et des supervisions de formation entre secteur public et privé
		Réunions avec les autorités compétentes au sein du ministère de la santé pour valider le contrat liant l'état et les partenaires
		Rédaction et diffusion d'un appel à candidatures pour la mise en place de sessions de formations par le secteur privé
		Réunions avec les partenaires désirant participer à la formation dans les MLD
		Sélection/validation des partenaires retenus
		Signature/officialisation des partenariats
		Organiser des formations en direct ciblées pour renforcer compétence et confiance en savoir-faire
Organiser les sessions de formation dans les PPS identifiées suivant le planning (supervision + remplissage des registres pour indicateurs)		
Organiser le suivi post-formation dans les PPS identifiés		



Passer à l'échelle la délégation/ le transfert de compétences	Déterminer les compétences à déléguer (mise en place d'implants...) et les délégataires (assistant-infirmier, agents communautaires...)	Etat des lieux (revue documentaire)	
		Définir le niveau de délégation (structure et communautaire) et à qui déléguer	
		Déterminer les prestations à déléguer (implants, DIU...)	
	Légalisation (décret) et communication des transferts de compétences	Plan de mise en oeuvre de la délégation (passage à l'échelle) et plaidoyer envers les bailleurs pour assurer le financement pour passage à l'échelle	Publication du décret ou document PNP légalisant le transferts de compétences aux différents délégataires
			Diffuser le décret au sein du personnel médical
			Organiser une réunion de partage avec les bailleurs pour assurer le financement
		Revue des points positifs et points à améliorer dans les régions pilotes	
		Déploiement dans le reste du pays	
Renforcer les compétences des agents de santé à l'aide d'un système de formation à distance (en ligne)	Déterminer avec les partenaires les outils informatique nécessaires à la formation en ligne (utilisation de système existant ou nouveaux outils)	Réunion avec les institutions compétentes pour revoir les outils existants	
		Déterminer le cahier des charges de l'outil de formation en ligne (objectifs, fonctionnalités, domaine de formation, format...)	
		Validation par le comité technique	
	Construction de l'outil informatique et test des fonctionnalités	Elaboration de l'outil informatique	
		Test des fonctionnalités avec focus groupe	
	Validation avec le Ministère de la santé	Validation par le comité technique	
	Présenter et disséminer l'outil dans les régions/districts	Rencontre de validation avec le ministère de la santé	
		Déterminer planning de présentation de l'outil	
Sessions de présentation dans les régions/districts			
Mise en place d'un programme de qualité des services avec son suivi	Déterminer un plan d'évaluation de la qualité des PPS	Revue des programmes qualité existants (Intrahealth...) et évaluation de leur efficacité	
		Définition/ raffinement d'un programme (contenu) qualité englobant l'ensemble des aspects liés à la qualité de services (administration, counseling..) et adapté à la PF intégrant les expériences des tests	
		Revoir le plan avec le Ministère de la santé	
		Harmoniser la démarche	
	Définir une grille d'évaluation définissant une bonne qualité de services	Revoir grilles de supervision et améliorer	
		Mise en place d'un tableau de bord	
	Exécution du plan de programme de qualité des services	Déploiement du plan dans les régions pilotes	
		Rapport d'activités et revue des points à améliorer dans les régions pilotes	
		Passage à l'échelle	
		Suivi de la mise en œuvre	
	Mise en place d'un système d'accréditation pour bonne performance	Mise en place d'un système d'accréditation au niveau régional pour bonne performance	



Lettres d'intention des bailleurs

[AJOUTER lettres d'intention des bailleurs]

Composition du comité technique

- Dr Daff, Chef de la Division de la Santé de la Reproduction (DSR)
- Aissatou Coly, DSR
- Fatouma Ndiaye, DSR
- Dr Ousseynou Faye, DSR
- Fatim Tall Thiam, OMS
- Dr Mbow, USAID
- Rama Dioume, USAID
- Dr Ndoye, UNFPA
- Cheikh Mbacke, Fondation Hewlett
- Dr Clouzeau, Coopération Française
- Dr Bellefleur, Ambassade de France (MAEE)
- Barbara Sow, FHI 360
- Siga Diop, FHI 360
- Maaïke Van Min, MSI
- Alison Malmqvist, ADEMÁS
- Dr Sarr, ADEMÁS
- Dr Diedhiou, ASBEF
- Dr Athié, ACDEV
- Réseau Siggil Jiggen
- Hawa Talla, IntraHealth International
- Dr Gueye, IntraHealth International
- Thierno Deng, CEFORÉP
- Nafissatou Diop, Population Council
- Sebastiana Diatta, Childfund
- Pr Moreau, Association des Gynécologues – Obstétriciens
- Abdou Gueye, ANIIDES
- Demba Dione, GMS