

# Accélérer l'accès à la planification familiale du postpartum (PFPP) en Afrique sub-saharienne et en Asie

## Fiche de travail des stratégies de programmation pour la PFPP

Pays:

BURKINA FASO

Coordinateur du pays:

Dr Isabelle BICABA (DSF)

### III. Programmes existants de PFPP

Considérer les figures ci-dessus et revoir le chapitre 3 des Stratégies de programmation pour la planification familiale du postpartum pour déterminer quels programmes de PFPP existent déjà dans votre pays. Discutez d'autant de programmes que possible avec votre équipe pays, mais faites la liste de trois programmes les plus prometteurs dans le tableau ci-dessous et expliquer les activités spécifiques qui ont été réalisées pour leur mise en œuvre. Indiquez les principaux intervenants (les décideurs, les responsables de programmes, les prestataires, les organisations non gouvernementales, les bénéficiaires) qui ont pris en charge chaque activité et les organisations qui ont été impliquées dans la mise en œuvre. Identifiez les indicateurs utilisés pour évaluer si les objectifs du programme sont atteints.

#### Programme 1 de PFPP 1 existant:

#### Projet d'amélioration de l'accès des populations à la PFPP au Burkina Faso

<b>Activité 1</b>	Formation des prestataires sur le counseling en PFPP, la technologie contraceptive et la technique d'insertion du DIU en postpartum
Période de mise en oeuvre	Mars 2013 à nos jours
Preuve de succès	155 prestataires formés dans 26 sites sur (CHU, CHR, CMA et CSPS) répartis dans 6 régions sanitaires assurent actuellement le counseling pour la PFPP aux femmes en CPN, en phase de latence et en suite de couches. Entre Mars 2013 et Février 2015, 11333 femmes ont reçu le counseling pour la PFPP dans l'ensemble des 26 sites
Coût total pour la durée de la période	xxxxx CFA
Est-ce que cette activité est passée à l'échelle? Pourquoi ou pourquoi pas?	Cette activité connaît un début de passage à l'échelle avec l'extension progressive qui a concerné 21 autres sites à ce jour. La PFPP a aussi été intégrée aux modules de formation continue des prestataires sur la PF par le Ministère de la Santé
Principaux intervenants	Jhpiego, UNFPA, Ministère de la Santé,
Agence(s) d'exécution	Jhpiego
<b>Activité 2</b>	Formation des formateurs sur les techniques d'insertion du DIU en postpartum
Période de mise en oeuvre	Mars 2013 à Février 2015
Preuve de succès	15 formateurs nationaux formés sur la PFPP et la technique d'insertion du DIU (identifiés par les prestataires des 26 sites PFPP). Parmi les 11333 femmes conseillées pour la PFPP au cours de la période de Mars 2013 à Février 2015, 1629 ont choisi et obtenu une insertion du DIU
Coût total pour la durée de la période	xxxxx CFA
Est-ce que cette activité est passée à l'échelle? Pourquoi ou pourquoi pas?	Concerne seulement un nombre limité de sites. Cette activité a débuté dans 5 sites puis une extension progressive a été faite à 21 autres sites. L'activité n'est pas encore passée à l'échelle. Le Ministère de la Santé a procédé au cours de l'année 2015 à une révision des modules de formation PF pour y intégrer la PFPP. Une mise à jour de l'ensemble des formateurs nationaux de PF est prévue pour jeter les bases d'un passage à l'échelle
Principaux intervenants	Jhpiego, UNFPA, Ministère de la Santé,
Agence(s) d'exécution	Jhpiego
<b>Activité 3</b>	Équipement des sites en matériel médico-technique et de prévention des infections pour la PFPP
Période de mise en oeuvre	Mars 2013 à maintenant
Preuve de succès	Au total 26 sites équipés en matériel nécessaire pour l'offre de services de PFPP y compris la technique d'insertion du DIU en post partum. L'intégration aux curricula de formation de base est également en cours
Coût total pour la durée de la période	xxxxx CFA

Est-ce que cette activité est passée à l'échelle? Pourquoi ou pourquoi pas?	Activite non passe a l'echelle. Approche pilote avec une approche de mobilisation de ressources pour une extension progressive et a termes un passage a l'echelle
Principaux intervenants	Jhpiego, UNFPA, Ministere de la sante,
Agence(s) d'exécution	Jhpiego
Indicateur(s) [source de données (s)]	
<b>Programme de PFPP 2 existant:</b>	
<b>Activité 1</b>	
Période de mise en oeuvre	
Preuve de succès	
Coût total pour la durée de la période	
Est-ce que cette activité est passée à l'échelle? Pourquoi ou pourquoi pas?	
Principaux intervenants	
Agence(s) d'exécution	
<b>Activité 2</b>	
Période de mise en oeuvre	
Preuve de succès	
Coût total pour la durée de la période	
Est-ce que cette activité est passée à l'échelle? Pourquoi ou pourquoi pas?	
Principaux intervenants	
Agence(s) d'exécution	
<b>Activité 3</b>	
Calendrier	
Preuve de succès	
Coût total pour la durée du calendrier	
Est-ce que cette activité est passée à l'échelle? Pourquoi ou pourquoi pas?	
Principaux intervenants	
Agence(s) d'exécution	

<b>Indicateur(s) [source de données (s)]</b>	
<b>Programme de PFPP 3 existant:</b>	
<b>Activité 1</b>	
<b>Période de mise en oeuvre</b>	
<b>Preuve de succès</b>	
<b>Coût total pour la durée de la période</b>	
<b>Est-ce que cette activité est passée à l'échelle? Pourquoi ou pourquoi pas?</b>	
<b>Principaux intervenants</b>	
<b>Agence(s) d'exécution</b>	
<b>Activité 2</b>	
<b>Période de mise en oeuvre</b>	
<b>Preuve de succès</b>	
<b>Coût total pour la durée de la période</b>	
<b>Est-ce que cette activité est passée à l'échelle? Pourquoi ou pourquoi pas?</b>	
<b>Principaux intervenants</b>	
<b>Agence(s) d'exécution</b>	
<b>Activité 3</b>	
<b>Période de mise en oeuvre</b>	
<b>Preuve de succès</b>	
<b>Coût total pour la durée de la période</b>	
<b>Est-ce que cette activité est passée à l'échelle? Pourquoi ou pourquoi pas?</b>	
<b>Principaux intervenants</b>	
<b>Agence(s) d'exécution</b>	
<b>Indicateur(s) [source de données (s)]</b>	

# Accélérer l'accès à la planification familiale du postpartum (PFPP) en Afrique sub-saharienne et en Asie

## Fiche de travail des stratégies de programmation pour la PFPP

Pays:

**BURKINA FASO**

Coordinateur du pays:

**Dr Isabelle BICABA (DSF)**

### IV. Analyse Situationnelle de la PFPP

Les programmes de PFPP réussis s'alignent avec les caractéristiques démographiques de la population en postpartum dans un pays et sont adaptés au contexte de la gouvernance du pays. Le tableau suivant extrait les données démographiques et de gouvernance en planification familiale qui devraient influencer les plans des programmes. Remplir les réponses selon les données, convenues par votre équipe de pays, et fournir la source utilisée si elle est différente ou plus spécifique que celle indiquée. Voir Onglet IX pour certaines réponses sortant des sources de données suggérées.

Point de données	Sources/formule potentielles	Réponse des données	Implications pour la PFPP	
<b>DONNEES DEMOGRAPHIQUES</b>				
1	Population totale (depuis mi-2014)	Population Reference Bureau (voir Onglet IX)	17,886,000	Population qui bénéficierait de l'atteinte de la taille souhaitée de leur famille
2	Croissance annuelle de la population (en %)	Population Reference Bureau " Taux d'accroissement naturel" (voir Onglet IX)	3.10%	Rythme de croissance de la population qui pourrait être ralenti avec la PFPP
3	Taux brut de natalité	Population Reference Bureau (voir Onglet IX)	43	Nombre de naissances enregistrées
4	Nombre de femmes en âge de procréation (FAP)	Population Reference Bureau (see Onglet IX)	3900000	Population avec un besoin futur potentiel de PFPP pour atteindre la taille désirée de leur famille et réduire les risques pour la santé maternelle et infantile
5	Nombre de FAP enceintes	Calculé à partir du Population Reference Bureau (voir Onglet IX)	769098	Population avec un besoin immédiat potentiel pour la PFPP pour atteindre la taille désirée de leur famille et réduire les risques pour la santé maternelle et infantile
6	Indice Synthétique de la Fécondité	Enquête Démographique et de Santé (voir Onglet IX)	6	Nombre de naissances par femme avec possibilité de PFPP - comparer avec n ° 7 sur la taille idéale de la famille
7	Taille de la famille idéale	Enquête Démographique et de Santé (voir Onglet IX)	6	Comparer avec le n ° 6 - indice synthétique de la fécondité
8	Taux de fécondité des adolescentes	Population Reference Bureau (voir Onglet IX)	67 (Nous suggérons de remplacer ce indicateur par le taux de natalité chez les adolescentes qui est le nombre de naissances vivantes pour 1000 femmes de 15 à 19 ans )	Nombre de naissances par femme de 15-19 ans, avec opportunité pour la PFPP  (Voir également la proportion des naissances par des femmes de <18 ans avec celles qui courent le plus grand risque de mortalité maternelle.)

Point de données		Sources/formule potentielles	Réponse des données	Implications pour la PFPP
<b>DONNEES DEMOGRAPHIQUES</b>				
9	<p>Pourcentage de grossesses avec intervalle intergénérisique de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; 7-17 mois</li> <li>&gt; 18-23 mois</li> <li>&gt; 24-35 mois</li> <li>&gt; 36-47 mois</li> </ul>	Enquête Démographique et de Santé (voir Onglet IX)	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; 3</li> <li>&gt; 9</li> <li>&gt; 38</li> <li>&gt; 28</li> </ul>	<p>les intervalles intergénérisique optimaux sont de 24 mois ou plus, de sorte que les grossesses a moins de 23 mois d'intervalle sont trop rapprochées et plus risqués pour la mère et l'enfant</p> <p>(Envisager le manque de sensibilisation de ce risque ou de l'accès à la PF parmi les FAP en postpartum.)</p>
10	<p>Pourcentage de premières naissances chez les femmes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; de 15-19 ans</li> <li>&gt; de 20-23 ans</li> <li>&gt; de 24-29 ans</li> <li>&gt; de 30-34 ans</li> </ul>	Enquête Démographique et de Santé (voir Onglet IX)	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; 1</li> <li>&gt; 20</li> <li>&gt; 19.4</li> <li>&gt; 19</li> </ul>	Population de nouveaux parents qui peut recevoir des services de PFPP sans délai et fréquents au fur et à mesure qu'ils atteignent la taille désirée de leur famille
11	Pourcentage des besoins non satisfaits parmi les FAP	Enquête Démographique et de Santé (voir Onglet IX)	24.5	Les femmes qui ne veulent pas tomber enceintes et qui n'utilisent pas de méthode de planification familiale- des niveaux supérieurs à 10% suggèrent une faible efficacité des efforts de planification familiale
12	<p>Pourcentage des besoins non satisfaits:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; espacement</li> <li>&gt; limitation</li> </ul>	Enquête Démographique et de Santé (voir Onglet IX)	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; 7</li> <li>&gt; 17.8</li> </ul>	S'adresse aux femmes qui veulent avoir d'autres enfants (espacement des grossesses) et à celles qui ont désormais le nombre d'enfants souhaité et veulent limiter les futures grossesses (limitation). Les niveaux devraient être comparés avec la gamme des méthodes du # 16 pour déterminer si les femmes sont sensibilisées avec un choix de méthode adapté à leur désir de contrôle de la fécondité
13	Pourcentage prospectifs de besoins en PFPP non satisfaits	<a href="#">Z. Moore et al., Contraception 2015</a>	81	Population de femmes qui ont <i>actuellement</i> besoin de PFPP pour atteindre la taille désirée de leur famille et réduire les risques pour la santé maternelle et infantile
14	Taux de prévalence contraceptive	Enquête Démographique et de Santé (voir Onglet IX)	15.00	Population de femmes qui utilisent actuellement la planification familiale
15	Taux de prévalence contraception ciblé par votre pays	Site Web du gouvernement ou toute autre référence accessible au public	25% en 2015	Population de femmes qui devraient utiliser la PF (postpartum ou autre) à une date voulue- considérer l'écart au # 14

Point de données	Sources/formule potentielles	Réponse des données	Implications pour la PFPP	
<b>DONNEES DEMOGRAPHIQUES</b>				
16	<p>Taux de prévalence contraceptive pour:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ les contraceptifs à courte durée d'action</li> <li>➤ les contraceptifs réversibles à longue durée d'action</li> <li>➤ La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)</li> <li>➤ la contraception permanente</li> </ul>	<p>Enquête Démographique et de Santé (voir Onglet IX)</p>	<p>&gt; 11.1 &gt; 3.7 &gt; xx &gt; 0.2</p>	<p>La gamme des méthodes actuelles; faire la comparaison de l'utilisation des méthodes permanentes contre le n ° 12, besoins non satisfaits pour la limitation des grossesses, et les MLDA, plus efficaces; et les possibilités de transition de la MAMA à d'autres méthodes telles que les MLDA pour atteindre la taille désirée de la famille et réduire la mortalité maternelle et les risques pour la santé de l'enfant (tenir compte de l'ensemble de la gamme des méthodes, par exemple, le nombre de méthodes qui sont utilisées par &gt; 20% des utilisateurs de la planification familiale.)</p>
17	<p>Pourcentage de femmes ayant reçu au moins une visite prénatale</p>	<p>Enquête Démographique et de Santé (voir Onglet IX)</p>	<p>95% (ESD-BF 2010)</p>	<p>Population pouvant être sensibilisée par des messages de PFPP tôt dans le continuum des soins de SMNI, pour recevoir des services à l'accouchement par l'entremise de une mise en œuvre systématique</p>
18	<p>Pourcentage de femmes pratiquant l'allaitement maternel exclusif à:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 2 mois</li> <li>➤ 5-6 mois</li> </ul>	<p>Enquête Démographique et de Santé (voir Onglet IX)</p>	<p>&gt; 41% &gt; 13% (4-5 mois)</p>	<p>Etudiez les moyens de promouvoir la MAMA (soit 6 mois d'allaitement maternel exclusif avant le retour des menstruations) qui pourraient potentiellement augmenter la durée de l'allaitement ce qui aurait des effets bénéfiques pour la santé maternelle et infantile au-delà de l'espacement des naissances.</p>
19	<p>Pourcentage d'accouchements dans les établissements de santé</p>	<p>Enquête Démographique et de Santé (voir Onglet IX)</p>	<p>86.2% (Annuaire statistique 2014)</p>	<p>La population sensibilisée aux méthodes de PFPP du "jour de naissance", y compris les MLDA-peut être ventilée par âge, lieu de résidence et quintiles de revenus pour mettre en évidence les groupes mal desservis</p>
20	<p>Pourcentage d'accouchements à domicile</p>	<p>Enquête Démographique et de Santé (voir Onglet IX)</p>		<p>La population qui pourrait être sensibilisée à la PFPP au niveau communautaire, peut être ventilé par âge, lieu de résidence et quintiles de revenus pour mettre en évidence les groupes mal desservis</p>
21	<p>Pourcentage de femmes qui reçoivent au moins une visite de soins postnatals</p>	<p>Possibly Demographic and Health Survey; if not, use other available data or estimations</p>	<p>38.6% (Annuaire statistique 2014)</p>	<p>La population sensibilisée après l'accouchement en counseling en PFPP et sur des services autres que la vaccination systématique</p>
22	<p>Pourcentage de femmes qui reçoivent une visite postnatale à:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 0-23 heures</li> <li>➤ 1-2 jours</li> <li>➤ 3-6 jours</li> <li>➤ 7-41 jours</li> <li>➤ 42 jours (6 semaines)</li> </ul>	<p>Probablement Enquête Démographique et de Santé; sinon, utiliser d'autres données ou estimations disponibles</p>		<p>Population pouvant être sensibilisée sur certaines méthodes de PFPP qui sont disponibles dans la période du postpartum immédiat (soit avant la sortie de l'hôpital) ou qui peuvent être adoptées lors de contacts plus tard</p>

Point de données		Sources/formule potentielles	Réponse des données	Implications pour la PFPP
<b>DONNEES DEMOGRAPHIQUES</b>				
23	Taux de vaccination pour: ➤ BCG à la naissance ➤ DPT1 ➤ DPT3 ➤ taux d'abandon entre le DPT1 et le DPT3	Enquête Démographique et de Santé (voir Onglet IX)	➤ 105.8 ➤ 108.7% ➤ 103.1%	Population sensibilisée sur des méthodes de PFPP lors des visites de vaccination de routine ou par le biais de la référence lors de ces visites
24	Facultatif: Pourcentage de femmes victimes de violence pendant la grossesse, l'accouchement ou pour l'utilisation de la planification familiale	Probablement Enquête Démographique et de Santé; sinon, utiliser d'autres données ou estimations disponibles		Importance de la sensibilisation des agents de santé servant cette population, y compris sur les possibilités de coercition reproductive, et leur préparation à la discussion sensible sur des stratégies d'atténuation ou de prévention de la violence à l'égard des femmes, intégrées à la CPN / PFPP. Rôle des méthodes discrètes / clandestines pour ces femmes
25	Pourcentage d'avortements à risques	OMS, l'avortement à risque, 2008 [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118_eng.pdf?ua=1 estimations régionales seulement]		Population à risque élevé de mortalité maternelle, qui est susceptible d'avoir besoin de soins après avortement, y compris services de PF
<b>DONNES DE GOUVERNANCE</b>				
26	Engagement PF2020	<a href="http://www.familyplanning2020.org/reaching-the-goal/commitments">http://www.familyplanning2020.org/reaching-the-goal/commitments</a>		Engagement financier public pour la PF au niveau national
27	Approbation dans le pays pour la déclaration pour l'action collective pour la PFPP	<a href="http://www.mchip.net/actionppfp/">http://www.mchip.net/actionppfp/</a>		Soutien public par champions de la PFPP au niveau national
28	Stratégie nationale pour la PF	Site Web du gouvernement ou toute autre référence accessible au public		Où on pourrait y inclure ou renforcer la PFPP pour influencer la politique nationale
29	Plan de mise en oeuvre budgétisés pour la PF	Site Web du gouvernement ou toute autre référence accessible au public		Où on pourrait inclure ou améliorer la budgétisation de programmes de PFPP pour influencer la politique nationale
30	Situation pour les "cadres de prestataires qui sont autorisés à fournir des services de PFPP"	<a href="http://www.optimize-mnh.org/intervention.php">http://www.optimize-mnh.org/intervention.php</a>		



# Accélérer l'accès à la planification familiale du postpartum (PFPP) en Afrique sub-saharienne et en Asie

## Fiche de travail des stratégies de programmation pour la PFPP

Pays: **BURKINA FASO** Coordinateur du pays: **Dr Isabelle BICABA**

### V. Systèmes de santé: Analyse SWOT

La structure du système de santé d'un pays affecte grandement la réussite des programmes de PFPP, en particulier lorsque la mise en œuvre passe à l'échelle. Utilisez le tableau ci-dessous pour effectuer une analyse des Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces (SWOT) de chacun des programmes de PFPP existants dans la feuille III. Programmes de PFPP existants. Dressez la liste des forces et faiblesses internes et les opportunités et les menaces externes de chaque programme à chaque dimension du système de santé. Pour des questions d'orientation, consulter la section 2.2 du chapitre 2 de Stratégies de programmation pour la planification familiale du postpartum.

Programme de PFPP existant I: **Projet d'amélioration de l'accès des populations à la PFPP au Burkina Faso**

Dimension du système de santé	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
Services de santé				
a. Secteur Public	Fort engagement de l'Etat et des PTF pour la PF. Existence d'un plan national de relance de la PF pour la période 2013-2015	Les PNP /SR ne prennent pas en compte la delegation des taches pour l'offre des methodes de longues duree au premier niveau de soins (DIU, implants)	Tres bonne couverture en CPN (95%) et en accouchement assistés (86%)	Situation socio-politique pas encore bien stable
	Existence d'une ligne budgetaire dans le budget de l'Etat pour l'achat des produits contraceptifs et une forte subvention des couts des produits contraceptifs est assuree par l'etat et ses partenaires; Un bon systeme d'approvisionnement existe; Existence d'un systeme de suivi national de la disponibilite des produits contraceptifs (Surveillance hebdomadaire et le RSPA)	Insuffisance de ressources financieres et materielles pour la MEO des activités (formation, suivi/supervision)	Les services de sante maternelle et infantiles et les services de PF sont coordonnes par la meme direction technique du MS et beneficie d'une attention particuliere des autorites politiques; Revisision des outils de PF qui prennent en compte la PFPP	Dependance du pays vis a vis des partenaires pour l'approvisionnement; Dimunition de l'appui financier des partenaires au cours des dernieres anees
	Un programme pilote de PFPP immediate est mis en oeuvre depuis 2013 dans 26 formations sanitaires du pays	Nombre tres limite de formations sanitaires offrant des services de PFPP	Les acquis et les lecons tirees du projet pilote pourraient servir de base pour la planification en vue d'un passage a l'echelle de la PFPP	
b. Organisation basée sur la foi/non	Existence de plusieurs ONG intervenant dans la PF		Existence d'une contractualisation des activites par le MS avec les ONG	
	Existence d'un groupe technique SR qui se concertent regulierement pour une	Insuffisance de ressources pour		



Dimension du système de santé		Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
1	c. Secteur Privé	Existence de plusieurs points de prestation privées intégrant la PF dans leur paquet de services	Produits contraceptifs non subventionnés au niveau du privé	Le secteur privé est bien organisé et une direction du MS est en charge de ce secteur	
			Non application des textes relatifs à la PF par le secteur privé		
2	Système d'information pour la gestion sanitaire (SIGS)	La PF en général est prise en compte dans le SNIS et une direction générale est chargée de la gestion des données du SNIS; Utilisation d'un système informatisé (CHANEL) de gestion des produits contraceptifs	Faiblesse de la qualité des données	Mise en place du système ENDOS (base de données en ligne du MS)	Cyber criminalité
3	Personnel de santé	Existence de personnel dans la plupart des formations sanitaires	Insuffisance de compétence du personnel dans le domaine de la PF et notamment la PFPP	Existence d'un plan de développement de ressources humaines 2011-2020 ; Harmonisation en cours des curricula de formation avec l'appui de l'OOAS;	
4	Médicaments et technologies	Plusieurs partenaires sont impliqués dans l'acquisition des produits contraceptifs (UNFPA, USAID...) Une ligne budgétaire a été créée dans le budget de l'état pour la PF et les produits contraceptifs sont très fortement subventionnés pour faciliter l'accès; Un mécanisme de surveillance hebdomadaire de la disponibilité des produits contraceptifs et le RSPA	Insuffisance dans l'estimation et la gestion de la chaîne d'approvisionnement surtout au niveau intermédiaire et opérationnel	Réduction progressive du coût des produits contraceptifs au niveau utilisateur; Nouvelles opportunités de financement (FP2020, TRAC20)	Situation socio-politique pas encore bien stable
5	Financement pour la santé	Existence de plusieurs partenaires financiers s'intéressant au financement des produits de PF Un plan national de sécurisation des produits de SR incluant la PF a été adopté; Ligne budgétaire pour l'achat des produits contraceptifs inscrite au budget de l'Etat	Financement de la santé fortement lié à l'appui extérieur;	Nouvelles opportunités de financement existantes; Engagement politique fort et prise en compte de la PF comme priorité dans les politiques	La poursuite et le renforcement des financements dépendra en grande partie de la réussite de la transition politique dans laquelle se trouve le Burkina Faso depuis Octobre 2014 et qui devrait s'achever en Novembre 2015 et aussi la place qui sera réservée à la PF avec le changement de régime
			Insuffisance de coordination des interventions de PF; Le PFPP		

Dimension du système de santé		Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
7	a. A base communautaire	Existence de services de sante a base communautaire ('ASBC intervenant dans la sensibilisation et le suivi des clientes en PFPP et la DBC de produits contraceptifs de courte duree	Non operationalisation du profil de l'ASBC tel que defin dans le document " Profil de l'ASBC au BF"	Un projet de delegation des taches en cours de mise en oeuvre; Un mecanisme de contractualisation entre l'Etat et des structures associatives et communautaire existe pour renforcer l'offre de services au niveau communautaire	
	b. Stratégies avancées	Existence de strategie avancee au niveau des districts sanitaires et d'equipes mobiles a travers les franchises sociales offrant des services de PF (MSI, ABBEF...)	Faible couverture geographique de ces interventions	Une experience des franchises sociales existe et peut constituer une base pour l'implication du prive	Reduction des financements
	c. Marketing social	Des structures de marketing social dynamique et experimentees existent et collaborent etroitement avec le MS (PROMACO)	Le marketing social ne prend pas en compte toutes les methodes de PF	D'autres structutres existent dans le pays pouvant contribuer a fair la promotion des produits contraceptifs	

**Programme de PFPP existant 2:**

Dimension du système de santé		Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
1	Services de santé				
	a. Secteur Public				
	b. Organisation basée sur la foi/non gouvernementale (ONG)				

Dimension du système de santé		Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
2	Systeme d'information pour la gestion sanitaire (SIGS)				
3	Personnel de santé				
4	Médicaments et technologie				
5	Financement pour la santé				
6	Leadership et gouvernance				
Communauté et socioculturel					
7	a. A base communautaire				
	b. Stratégies avancées				
	c. Marketing social				

Programme de PFPP existant 3:

Dimension du système de santé		Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
Services de santé					
1	a. Secteur Public				
	b. Organisation basée sur la foi/non gouvernementale (ONG)				
	c. Secteur Privé				

Dimension du système de santé		Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
4	Médicaments et technologie				
5	Financement pour la santé				
6	Leadership et gouvernance				
7	Communauté et socioculturel				
	a. A base communautaire				
	b. Stratégies avancées				
	c. Marketing social				

# Accélérer l'accès à la planification familiale du postpartum (PFPP) en Afrique sub-saharienne et en Asie

## Fiche de travail des stratégies de programmation pour la PFPP

Pays:

**BURKINA FASO**

Coordinateur du pays:

**Dr Isabelle BICABA**

### VI. Plan de mise en œuvre de la PFPP

Réfléchir à la fois sur l'analyse situationnelle PFPP sur la feuille III et sur l'analyse SWOT sur la feuille V, pour évaluer si les programmes existants de PFPP de votre pays peuvent être améliorés, ou si de nouveaux programmes devraient être proposés. Par exemple, selon le contexte de votre pays:

1. Est-ce que les programmes existants devraient mieux cibler les populations difficilement accessibles ou mal desservies?
2. Y a-t-il de meilleurs points de contact pour l'intégration PFPP que ceux utilisés dans les programmes existants?
3. Quelles sont les méthodes contraceptives susceptibles d'être plus acceptables et disponibles dans les milieux où les femmes accouchent dans votre pays?
4. Quels activités supplémentaires pour le renforcement des services de santé sont nécessaires pour institutionnaliser chaque stratégie?
5. Quelles ressources supplémentaires et les sources de financement peuvent être requises dans les processus annuels de budgétisation?
6. Y a-t-il de nouveaux acteurs clés qui pourraient être engagés?
7. Y a-t-il d'autres organismes d'exécution qui pourraient être intéressés par les activités de PFPP?

Réviser vos programmes existants dans cette feuille, à partir de la feuille IV ou remplacer par des programmes alternatifs pour vos programmes futurs de PFPP dans votre pays. Rapporter toutes les activités qui ont atteint un objectif de programme, mais ayez une vision prospective sur leur mise en œuvre lorsque vous révisez les détails restants. Ajoutez autant de nouvelles activités que nécessaire. Pour aider à déterminer "le coût total pour la durée de la période du projet», visitez le site: <http://www.fhi360.org/resource/costed-implementation-plans-guidance-and-lessons-learned>. Ce table constituera le début du plan de mise en œuvre de la PFPP de votre pays.

### Programme futur de PFPP I:

**Programme d'extension durable des services de PFPP au Burkina Faso através son integration a l'enseignement de base et aux directives nationales d'offre de services de PF et de sante maternelle et infantile**

<b>Activité 1:</b>	<b>Elaborer et mettre en œuvre un plan de plaidoyer pour l'engagement des décideurs et leaders en faveurs de la PFPP à tous les niveaux</b>
<b>Période</b>	<b>Aout-Octobre 2015</b>
<b>Preuve de succès</b>	<b>Engagement manifeste des acteurs clés a soutenir la PFPP; Soutien par les acteurs nationaux de l'integration de la PFPP dans l'enseignement de base et dans l'offre des services de PF et de sante maternelle et infantile</b>
<b>Coût total pour la période du projet</b>	
<b>Considérations supplémentaires</b>	
<b>Intervenants clés</b>	<b>Directeurs centraux concernes du Ministère de la sante, Directeurs regionaux de la sante, Partenaires techniques et financiers; Medecins chefs des districts, Jhpiego, autres ONG et associations, Société savantes, autres Ministeres (promotion de la femme, action sociale...);</b>
<b>Organisation(s) d'exécution</b>	<b>Jhpiego, DSF</b>
<b>Activité 2:</b>	<b>Intégrer la PFPP dans les curricula d'enseignement de base et dans les directives nationales d'offre de services PF et sante maternelle et infantile</b>
<b>Période</b>	<b>Novembre 2015-Mars 2016</b>
<b>Preuve de succès</b>	<b>Prise en compte réelle de la PFPP dans les curricula de formation de base; Documents de directives (politique normes et protocoles et SR) révisés et prenant en compte le PFPP</b>
<b>Coût total pour la période du projet</b>	
<b>Considérations supplémentaires</b>	

Coût total pour la période du projet	
Considérations supplémentaires	Actions prealables: Formations des prestataires en counseling et technologie contraceptive, renforcement des équipements et approvisionnement en produits contraceptifs et consommables
Intervenants clés	DSF, DPS, Jhpiego, SOGOB, ABSF, Associations et agents de sante a base communautaire
Organisation(s) d'exécution	Jhpiego, DSF, DRS, districts sanitaires
Indicateur(s) (source de données)	

**Programme futur de PFPP 2**

<b>Activité 1:</b>	
Période	
Preuve de succès	
Coût total pour la période du projet	
Considérations supplémentaires	
Intervenants clés	
Organisation(s) d'exécution	

<b>Activité 2:</b>	
Période	
Preuve de succès	
Coût total pour la période du projet	
Considérations supplémentaires	
Intervenants clés	
Organisation(s) d'exécution	

<b>Activité 3:</b>	
Période	
Preuve de succès	
Coût total pour la période du projet	
Considérations supplémentaires	
Intervenants clés	
Organisation(s) d'exécution	
Indicateur(s) (source de données)	

**Programme futur de PFPP 3**

<b>Activité 1:</b>	
Période	
Preuve de succès	
Coût total pour la période du projet	
Considérations supplémentaires	

<b>Considérations supplémentaires</b>	
<b>Intervenants clés</b>	
<b>Organisation(s) d'exécution</b>	
<b>Activité 3:</b>	
<b>Période</b>	
<b>Preuve de succès</b>	
<b>Coût total pour la période du projet</b>	
<b>Considérations supplémentaires</b>	
<b>Intervenants clés</b>	
<b>Organisation(s) d'exécution</b>	
<b>Indicateur(s) (source de données)</b>	





# Accélérer l'accès à la planification familiale du postpartum (PFPP) en Afrique sub-saharienne et en Asie

## Fiche de travail des stratégies de programmation pour la PFPP

Pays :

**BURKINA FASO**

Coordinateur du pays:

**Dr Isabelle BICABA**

### VII. Considérations concernant le passage à l'échelle

Consulter: Avoir le but à l'esprit dès le début (ou "les neuf étapes pour élaborer une stratégie de passage à grande échelle" pour comprendre les facteurs qui pourraient affecter le passage à l'échelle de chacun de vos futurs programmes de PFPP.

Prendre en compte le cadre conceptuel et les éléments du passage à l'échelle décrits

Considérations pour le passage à l'échelle		Oui	Non	Des informations/actions supplémentaires sont nécessaires
<b>Programme futur PFPP I</b>		<b>Programme d'extension durable des services de PFPP au Burkina Faso através son integration a l'enseignement de base et aux directives nationales d'offre de services de PF et de sante maternelle et infantile</b>		
1	Est-ce que l'avis des diverses parties prenantes sur le programme est sollicité?	X		Un atelier national d'orientation et de plaidoyer est prévu avec l'ensemble de parties prenantes
2	Est-ce que des personnes d'organisations d'exécution interviennent dans la conception et la mise en oeuvre du programme?	X		Le Ministère de la sante, l'UNFPA, OMS, les ecoles de formation de base et d'autres partenaires sont associes a la conception de ce programme et participeront a sa mise en oeuvre.
3	Est-ce que le le programme dispose de mécanismes pour renforcer l'appropriation par les organisations d'exécution?	X		L'integration dans les curricula de formation de base pourrait contribuer a l'appropriation par les acteurs nationaux de la sante
4	Le programme répond-il à un problème persistant de santé ou de prestation de services?	X		Ce programme contribuera grandement a combler les besoins non satisfait en matiere de PF qui reste tres eleve au Burkina
5	Est-ce que le programme est fondé sur des données probantes et préférable à des approches alternatives?	X		
6	Compte tenu des besoins de financement et de ressources humaines, est-ce que le programme est réalisable dans les contextes locaux où il doit être mis en oeuvre?	X		
7	Est-ce que le programme est compatible avec les politiques nationales de santé, les plans et les priorités existants?	X		Le plan de relance de la PF au BF met l'accent sur l'amélioration de la qualite et l'accès aux services de PF. L'objectif general du plan est de passer d'une prevalence contraceptive de 10% en 2010 a 25% en 2015. Ce programme pourrait contribuer a l'atteinte de ce objectif en reduisant les occasions manquées
8	Est-ce que le programme est conçu à la lumière des attentes convenues avec les parties prenantes pour savoir où et dans quelle mesure les activités seront mises à l'échelle?	X		
	Est-ce que le programme identifie et prend en considération les facteurs communautaires, culturels et			Dans le plan de communication qui sera elabore dans le cadre de ce programme, les specificites culturelles et de sexe seront

Considérations pour le passage à l'échelle		Oui	Non	Des informations/actions supplémentaires sont nécessaires
10	Est-ce que les normes, les valeurs et la culture opérationnelle des agences d'exécution ont été prises en compte dans la conception du programme?	X		
11	Est-ce que les possibilités et les limitations de la politique, pratique et du secteur sanitaire et d'autres facteurs institutionnels ont été pris en compte lors de la conception du programme?	X		Ce programme tient compte des politiques, normes et protocoles en matière de santé de la reproduction dont il propose la relecture pour une meilleure prise en compte de la PFPP et des critères de recevabilité revue par l'OMS
12	Est-ce que les activités de mise en œuvre du programme sont conçues aussi simplement que possible sans compromettre les résultats?	X		
13	Est-ce que le programme est mis en œuvre dans les divers contextes socio-culturels et géographiques où il sera mis à l'échelle?	X		Les prestataires qui seront formés sur la PFPP à travers l'enseignement de base seront déployés sur toute l'étendue du territoire. Les équipes d'encadrement seront renforcées au niveau national et régional pour accompagner les prestataires dans la mise en œuvre
14	Est-ce que le programme est mis en œuvre dans les types de structures sanitaires et cadres institutionnels dans lesquels il sera mis à l'échelle?	X		Les formations sanitaires de tous les niveaux sont concernées: CHU, Hôpitaux de région et de districts, centre de santé de 1er niveau.
15	Est-ce que le programme exige des ressources humaines et financières qui peuvent raisonnablement être disponibles lors du passage à l'échelle?	X		Le programme concerne surtout les Sage-femmes/maieuticiens qui sont déployés dans les centres de référence mais aussi dans les centres de santé périphériques chef lieu de commune. Il concerne aussi les gynéco-obstétriciens qui sont essentiellement déployés dans les centres de référence.
16	Est-ce que le financement du programme sera stable?	X		Jhpiego bénéficie d'un appui financier de partenaires américains pour accompagner le Ministère de la santé. L'UNFPA et d'autres partenaires manifestent également leur volonté à contribuer à l'extension de la PFPP
17	Est-ce que le système de santé a actuellement la capacité de mettre en œuvre le programme? Si ce n'est pas le cas, existe-il des plans pour évaluer comment accroître la capacité des systèmes de santé?	X		A travers la mise en œuvre du plan de relance de la PF, le système de santé a été renforcé sur plusieurs aspects: Sécurisation et suivi de la chaîne d'approvisionnement en produits contraceptifs (système d'information et de gestion de la logistique contraceptive), amélioration de l'accès financier, amélioration des compétences des formateurs et prestataires...
18	Est-ce que des mesures appropriées sont prises pour évaluer et documenter les résultats pour la santé et pour le processus de mise en œuvre?	X		Un plan de suivi de la performance sera mis en œuvre et les bonnes pratiques seront documentées et partagées
19	Y a-t-il des dispositions pour une adhésion rapide et continue avec les bailleurs et les partenaires techniques pour une base solide de soutien financier pour le passage à l'échelle?	X		Un plan de plaidoyer sera mis en œuvre sous l'égide de la DSF pour susciter un engagement fort et durable de partenaires techniques et des bailleurs
20	Est-ce que des plans sont en place pour favoriser des changements de politiques, règlements et autres composantes des systèmes de santé nécessaires pour l'institutionnalisation du programme?	X		
21	Est-ce que le programme inclut des mécanismes pour évaluer les progrès et intégrer des nouvelles techniques	X		

Considérations pour le passage à l'échelle		Oui	Non	Des informations/actions supplémentaires sont nécessaires
23	Y a-t-il un entendement commun parmi les principaux intervenants au sujet de l'importance d'avoir des preuves suffisantes liées à la faisabilité et aux résultats du programme avant le passage à l'échelle?	X		
Considérations pour le passage à l'échelle		Oui	Non	Des informations/actions supplémentaires sont nécessaires
<b>Programme futur PFPP 2</b>				
1	Est-ce que l'avis des diverses parties prenantes sur le programme est sollicité?			
2	Est-ce que des personnes d'organisations d'exécution interviennent dans la conception et la mise en oeuvre du programme?			
3	Est-ce que le programme dispose de mécanismes pour renforcer l'appropriation par les organisations d'exécution?			
4	Le programme répond-il à un problème persistant de santé ou de prestation de services?			
5	Est-ce que le programme est fondé sur des données probantes et préférable à des approches alternatives?			
6	Compte tenu des besoins de financement et de ressources humaines, est-ce que le programme est réalisable dans les contextes locaux où il doit être mis en oeuvre?			
7	Est-ce que le programme est compatible avec les politiques nationales de santé, les plans et les priorités existants?			
8	Est-ce que le programme est conçu à la lumière des attentes convenues avec les parties prenantes pour savoir où et dans quelle mesure les activités seront mises à l'échelle?			
9	Est-ce que le programme identifie et prend en considération les facteurs communautaires, culturels et de sexe qui pourraient limiter ou soutenir sa mise en oeuvre?			
10	Est-ce que les normes, les valeurs et la culture opérationnelle des agences d'exécution ont été prises en compte dans la conception du programme?			
11	Est-ce que les possibilités et les limitations de la politique, pratique et du secteur sanitaire et d'autres facteurs institutionnels ont été pris en compte lors de la conception du programme?			
12	Est-ce que les activités de mise en oeuvre du programme sont conçues aussi simplement que possible sans compromettre les résultats?			
	Est-ce que le programme est mis en oeuvre dans les			

Considérations pour le passage à l'échelle		Oui	Non	Des informations/actions supplémentaires sont nécessaires
15	Est-ce que le programme exige des ressources humaines et financières qui peuvent raisonnablement être disponibles lors du passage à l'échelle?			
16	Est-ce que le financement du programme sera stable? <input type="checkbox"/>			
17	Est-ce que le système de santé a actuellement la capacité de mettre en oeuvre le programme? Si ce n'est pas le cas, existe-il des plans pour évaluer comment accroître la capacité des systèmes de santé?			
18	Est-ce que des mesures appropriées sont prises pour évaluer et documenter les résultats pour la santé et pour le processus de mise en oeuvre?			
19	Y a-t-il des dispositions pour une adhésion rapide et continue avec les bailleurs et les partenaires techniques pour une base solide de soutien financier pour le passage à l'échelle?			
20	Est-ce que des plans sont en place pour favoriser des changements de politiques, règlements et autres composantes des systèmes de santé nécessaires pour l'institutionnalisation du programme?			
21	Est-ce que le programme inclut des mécanismes pour évaluer les progrès et intégrer des nouvelles techniques d'apprentissage dans son processus de mise en oeuvre?			
22	Y a-t-il un plan en place pour le partage des résultats et des perspectives du programme pendant la mise en oeuvre?			
23	Y a-t-il un entendement commun parmi les principaux intervenants au sujet de l'importance d'avoir des preuves suffisantes liées à la faisabilité et aux résultats du programme avant le passage à l'échelle?			
Considérations pour le passage à l'échelle		Oui	Non	Des informations/actions supplémentaires sont nécessaires
<b>Programme futur PFPP 3</b>				
1	Est-ce que l'avis des diverses parties prenantes sur le programme est sollicité?			
2	Est-ce que des personnes d'organisations d'exécution interviennent dans la conception et la mise en oeuvre du programme?			
3	Est-ce que le le programme dispose de mécanismes pour renforcer l'appropriation par les organisations d'exécution?			

Considérations pour le passage à l'échelle		Oui	Non	Des informations/actions supplémentaires sont nécessaires
5	Est-ce que le programme est fondé sur des données probantes et préférable à des approches alternatives?			
6	Compte tenu des besoins de financement et de ressources humaines, est-ce que le programme est réalisable dans les contextes locaux où il doit être mis en oeuvre?			
7	Est-ce que le programme est compatible avec les politiques nationales de santé, les plans et les priorités existants?			
8	Est-ce que le programme est conçu à la lumière des attentes convenues avec les parties prenantes pour savoir où et dans quelle mesure les activités seront mises à l'échelle?			
9	Est-ce que le programme identifie et prend en considération les facteurs communautaires, culturels et de sexe qui pourraient limiter ou soutenir sa mise en oeuvre?			
10	Est-ce que les normes, les valeurs et la culture opérationnelle des agences d'exécution ont été prises en compte dans la conception du programme?			
11	Est-ce que les possibilités et les limitations de la politique, pratique et du secteur sanitaire et d'autres facteurs institutionnels ont été pris en compte lors de la conception du programme?			
12	Est ce que les activités de mise en oeuvre du programme sont conçues aussi simplement que possible sans compromettre les résultats?			
13	Est-ce que le programme est mis en oeuvre dans les divers contextes socio-culturels et géographiques où il sera mis à l'échelle?			
14	Est-ce que le programme est mis en oeuvre dans les types de structures sanitaires et cadres institutionnels dans lesquels il sera mis à l'échelle?			
15	Est-ce que le programme exige des ressources humaines et financières qui peuvent raisonnablement être disponibles lors du passage à l'échelle?			
16	Est-ce que le financement du programme sera stable? <input type="checkbox"/>			
	Est-ce que le système de santé a actuellement la			

Considérations pour le passage à l'échelle		Oui	Non	Des informations/actions supplémentaires sont nécessaires
18	Est-ce que des mesures appropriées sont prises pour évaluer et documenter les résultats pour la santé et pour le processus de mise en oeuvre?			
19	Y a-t-il des dispositions pour une adhésion rapide et continue avec les bailleurs et les partenaires techniques pour une base solide de soutien financier pour le passage à l'échelle?			
20	Est-ce que des plans sont en place pour favoriser des changements de politiques, règlements et autres composantes des systèmes de santé nécessaires pour l'institutionnalisation du programme?			
21	Est-ce que le programme inclut des mécanismes pour évaluer les progrès et intégrer des nouvelles techniques d'apprentissage dans son processus de mise en oeuvre?			
22	Y a-t-il un plan en place pour le partage des résultats et des perspectives du programme pendant la mise en oeuvre?			
23	Y a-t-il un entendement commun parmi les principaux intervenants au sujet de l'importance d'avoir des preuves suffisantes liées à la faisabilité et aux résultats du programme avant le passage à l'échelle?			

Figure 3 : Le cadre ExpandNet/OMS pour le passage à grande échelle



# Accélérer l'accès à la planification familiale du postpartum (PFPP) en Afrique sub-saharienne et en Asie

## Fiche de travail des stratégies de programmation pour la PFPP

Pays;

Coordinateur du pays:

### VIII. Plan d'action pour la PFPP

Le plan de mise en œuvre de la PFPP commencé dans la fiche VI aura des informations manquantes ou temporaires que votre équipe de pays devra compléter, et le plan final devra également être adopté par tous les intervenants et les organismes d'exécution impliqués. Dans le tableau ci-dessous, identifier toutes les tâches restantes et affecter un membre primaire et secondaire de l'équipe responsable de sa réalisation dans un délai donné.

	Tâche	Responsable primaire	Responsable secondaire	Délai	Quels problèmes anticipez-vous? Que ferez-vous lorsque vous aurez ces problèmes?
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					



	Tâche	Responsable primaire	Responsable secondaire	Délai	Quels problèmes anticipez-vous? Que ferez-vous lorsque vous aurez ces problèmes?
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

