

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

I. Introduction au plan d'action du pays à la planification familiale du postpartum

[La fiche de travail des stratégies des pays pour la programmation de la PFPP est un complément, axé sur l'action, du document intitulé Stratégies de programmation pour la planification familiale du postpartum](#)

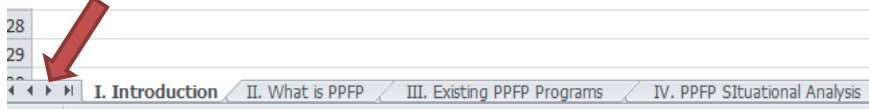
L'outil vise à guider les équipes de décideurs et responsables de programmes en santé maternelle, infantile et santé reproductive et champions de la PF des pays dans la planification systématique de "Stratégies de programmation pour la PFPP" fondées sur des données factuelles spécifiques à chaque pays, portant sur les intervalles entre grossesses trop brefs et sur les besoins non satisfaits en planification familiale dans la période du postpartum, et à accroître l'accès des femmes aux services de PFPP. Lors de la réunion, les équipes de pays vont travailler ensemble, avec un facilitateur, sur les activités suivantes:

- (1) Identifier tous les programmes de PFPP existants qui sont déjà mis en œuvre.
- (2) Évaluer si il y a d'autres possibilités / points d'entrée pour l'offre de services de planification familiale pour les femmes au cours de leur période de postpartum.
- (3) Évaluer ces programmes à la lumière d'une analyse de la situation de la PFPP au niveau des pays et d'une analyse SWOT (forces, faiblesses, opportunités et menaces - FFOM) du système de santé pour déterminer si les mêmes programmes ou des programmes nouveaux ou modifiés, devraient être adoptés comme futurs programmes de PFPP dans le pays.
- (4) Pour chacun des futurs programmes de PFPP, compléter un plan détaillé de mise en œuvre et examiner comment mieux mettre à l'échelle chaque programme pour atteindre les objectifs de planification familiale nationaux et globaux.
- (5) Créer un plan d'action de la PFPP pour documenter les tâches requises et les membres de l'équipe responsables de l'adoption de la mise en œuvre des plans de PFPP par les décideurs concernés. Le plan d'action de la PFPP sera revu et modifié au cours de chaque réunion future de l'équipe de pays jusqu'à que le plan de mise en oeuvre soit adopté.

Instructions:

1. Veuillez seulement remplir les cellules colorées en jaune

2. Il y a 9 onglets distincts pour vous assister à remplir vos stratégies de PFPP. Pour faire défiler la feuille prochaine, cliquer sur la flèche tel qu'indiqué ici.



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

II. Définition de la PFPP

La PFPP est "la prévention des grossesses non désirées ou très rapprochées durant les 12 premiers mois qui suivent l'accouchement," mais elle peut aussi s'appliquer à une période "étendue" du postpartum jusqu'à deux ans après l'accouchement. La PFPP augmente l'utilisation de la planification familiale en s'adressant aux couples avec des méthodes et des messages de planification familiale autour et au moment de l'accouchement et sauve des vies en favorisant l'espacement idéal des grossesses pour la santé (EIGS), qui est associée à une diminution de la mortalité maternelle, néonatale et infantile. Parce que les femmes sont généralement moins mobiles au moins dans la première partie de l'année suivant un accouchement, les programmes de PFPP peuvent grandement bénéficier de l'intégration des services au niveau communautaire et dans les établissements de santé. Ces programmes doivent, cependant, être soigneusement adaptés au continuum de soins pour la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) qui existe dans le système de santé d'un pays donné pour favoriser l'adoption, la mise en œuvre et le passage à l'échelle

Figure 1: points de contact pour la PFPP au cours de la période élargie du postpartum (OMS 2013)

Family Planning: Every Woman, Every Time

| | Antenatal | Birth | Postnatal | | | Childhood (at least 2 years) | |
|-----------------------------|--|---|---|---------|---------|---|---------|
| | 0 hours | 48 hours | 3 weeks | 4 weeks | 6 weeks | 6 months | 2 years |
| Contact Point | ANC Visits | At birth and discharge | Postnatal care visit (scheduled per WHO or national guidelines) | | | Well child, immunization and nutrition visits | |
| Family Planning Integration | Exclusive breast-feeding (EBF) and lactational amenorrhea method (LAM): Healthy timing and spacing of pregnancy (HTSP); counseling on PPIUD or, if interested in limiting, postpartum tubal ligation | Initiate immediate and exclusive breastfeeding, LAM, confirm PPIUD or sterilization after timely counseling and informed choice, plus provision of method | Counseling and informed and voluntary choice of method, plus provision of method as appropriate based on breastfeeding status and timing of PP method initiation, EBF/LAM | | | counseling and informed and voluntary choice, plus provision of method | |
| Provider | Skilled birth attendant (SBA), ANC provider, and/or dedicated counselor | SBA, linked provider, or referral | SBA, linked provider, or referral | | | EPI or MCH worker, or linked or dedicated provider | |
| Community | Pregnancy identification by OHWs and referral for ANC, danger signs Birth preparedness/complication readiness, introduce postpartum family planning Enrollment in breastfeeding/LAM support groups | Notification of births First home visit for PNC, referral for danger signs Support for EBF/LAM, including support groups | Additional PNC home visits, referral for danger signs EBF support, LAM advice Provision of condoms | | | EBF support, LAM advice up to 6 months, emphasize fertility will return prior to menses return as baby starts complementary food, mother still needs to breastfeed, but to prevent another pregnancy should start FP Community-based distribution of condoms and hormonal methods as appropriate given infant age/lactation (i.e., no combined hormonal contraception before 6 months) | |

Figure 2: possibilités d'intégration de la PFP (MCHIP 2013)

A Path To PLANNED PREGNANCIES

Opportunities to Talk About Birth Spacing and Family Planning Along the Reproductive Health Journey

By integrating postpartum family planning (PPFP) into maternal, newborn, and child health services, health providers can increase the likelihood that every new mother will leave the clinic having made an informed choice about family planning. From health checks during pregnancy to her young child's checkups and immunization visits more than a year after birth, there are many contact points that serve as opportunities for family planning education.

ANTENATAL CARE

Given that closely spaced pregnancies are associated with adverse pregnancy outcomes, **antenatal care visits with a skilled health provider** are a good time to discuss options for preventing a pregnancy too soon, including those that can be initiated on the day of birth.

PREVENTION OF MOTHER-TO-CHILD TRANSMISSION

While women living with HIV have the right to have the number of children they want, family planning is one of the four pillars for **preventing the transmission of HIV** from a mother to her child. PPFP ensures that the mother's health and that of her children is maximally protected.

LABOR & DELIVERY

Family planning counseling for all women who give birth in a facility before they are released ensures a critical group of women are educated about birth spacing. It is recommended couples wait **24 months** before becoming pregnant again to ensure optimal health for the woman and her baby.

POSTNATAL CARE

The immediate postpartum period is when couples generally have multiple encounters with the health care system. Providing contraception during this time is **cost-effective and efficient** because it doesn't require significant increases in staff, supervision or infrastructure.

IMMUNIZATION

Immunization services are wide reaching, and the majority of women in Africa and Asia seek immunization services for their children, providing an **ideal opportunity** to reach many mothers with FP counseling. However, integrating PPFP should not overburden vaccinators or distract them from their life-saving work. Although integration is ideal, monitoring its effects on both family planning uptake and immunization coverage is essential.

POLICY MAKERS

Policymakers are critical to ensure that family planning services are effectively integrated into maternal, newborn, child health and nutrition services.

COMMUNITY

50% of births occur outside of a health facility, meaning these women are less likely to have access to information about postpartum family planning. Community health workers can bring information and services to women and men in the communities where they live.

WHAT IS PPFP?

Postpartum family planning (PPFP) is the prevention of unintended and closely spaced pregnancies through the first 12 months following child-birth. PPFP reduces both child and maternal mortality because it improves healthy timing and spacing of future pregnancies and limits unwanted pregnancies for those who have completed their families.

NUTRITION

The Lactational Amenorrhea Method (LAM) is a modern method of postpartum family planning which encourages **exclusive breastfeeding** and offers optimal infant nutrition. At 6 months, when complementary foods are introduced, the mother should transition to another form of contraception.

CHILD HEALTH

In areas where child health visits are standard, these checkups give health providers the opportunity to ask mothers of **children under age 2** if they are protected against unintended pregnancy and to make referrals.

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE MCHIP

Accélérer l'accès à la planification familiale du postpartum (PFPP) en Afrique subsaharienne et en Asie

Fiche de travail des stratégies de programmation pour la PFPP

Pays:

Madagascar

Coordinateur du pays:

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 I de PFPP I existant: | Création de la demande |
|---|---|
| Activité 1 | Campagne national sur le PF |
| Période de mise en oeuvre | Annuelle |
| Preuve de succès | Sensibilisation dans 7 Communes chef lieu de District en 2013 Recrutement de x nouveaux utilisateurs . En 2014, activité intégrée avec la Campagne pour la l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique (CARMMA) |
| Coût total pour la durée de la période | 74 286 USD pour 7 Communes chef lieu de District |
| Est-ce que cette activité est passée à l'échelle? Pourquoi ou pourquoi pas? | Oui: Organisation de la campagne chaque année avec perspective d' extension des zones d'intervention Intégration de la sensibilisation en PFPP (sites fixe et stratégies mobile) et mobilisation sociale Augmentation de recrutement de nouveaux clients |
| Principaux intervenants | Ministere de la Sante Publique (MSANP); en collaboration avec PTF (OMS, UNFPA, USAID) et comite des partenaires (ONGs, ...) |
| Agence(s) d'exécution | MSANP au niveau central, regional et district |
| Activité 2 | Integration du counseling de PF et de l'offre de MLDPP dans les soins maternels et neonatals au niveau des formations sanitaires publiques de 15 regions de Madagascar |
| Période de mise en oeuvre | 2015 |
| Preuve de succès | Pertinence et efficacite du counseling PF aux alentours de la naissance suivi d'insertion de DIUPP ou Implanon reconnu par les prestataires |
| Coût total pour la durée de la période | 290,645 USD |
| Est-ce que cette activité est passée à l'échelle? Pourquoi ou pourquoi pas? | Oui, mais les activites de renforcement de capacite vont commencer dans 4 regions (activite a la phase du debut) |
| Principaux intervenants | Ministere de la Sante Publique (MSANP); en collaboration avec USAID/MCSP et comite des partenaires |
| Agence(s) d'exécution | Jhpiego corporation |
| Activité 3 | Utilisation de voucher |

| | |
|---|---|
| Période de mise en oeuvre | 2014 (introduction en 2011) |
| Preuve de succès | 6202 prestations de services faites en 2014 dont 4390 insertions et 1812 retrait (DIU et implanon) pour les pauvres |
| Coût total pour la durée de la période | 353046\$ |
| Est-ce que cette activité est passée à l'échelle? Pourquoi ou pourquoi pas? | au niveau de Blue star en phase d'adaptation et d'ajustement , pas encore mis en echelle |
| Principaux intervenants | médecins libres, les agents communautaires pour la création des demandes, Marie Stopes Madagascar et partenaires financiers (USAID) |
| Agence(s) d'exécution | Marie Stopes Madagascar |
| Indicateur(s) [source de données (s)] | rapports annuel de Marie Stopes Madagascar |
| Programme de PFPP 2 existant: | Amélioration de l'Offre |
| Activité 1 | Offre de service implanon dans les formations sanitaires publiques |
| Période de mise en oeuvre | 2014 (Introduction depuis 2006) |
| Preuve de succès | Augmentation du nombre de sites implanon (75 en 2006 à 1244 en 2014): représentent 50% des sites PF du secteur public Augmentation du nombre des agents de santé formés en implanon (75 en 2006 à 1773 en 2014) Augmentation de l'utilisation de l'implanon par rapport aux autres Méthodes de Longue Durée |
| Coût total pour la durée de la période | 1000 000 Ar pour la formation de 1 agent de santé (cout du produit non inclus) |
| Est-ce que cette activité est passée à l'échelle? Pourquoi ou pourquoi pas? | Oui: Perspectives pour l'extenxion (100% des sites PF offriront de l'implanon), Perspectives déjà inclus dans le document " Feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2015-2019 " |
| Principaux intervenants | MSANP (à différents niveaux du système) avec les principaux donateurs (PTF) et la Centrale d'Achat SALAMA |
| Agence(s) d'exécution | Ministère de la Santé, Organisations Non Gouvernementales , Secteur Privé, Communauté |
| Activité 2 | Franchise sociale |
| Période de mise en oeuvre | 1 an (2014) |
| Preuve de succès | Blue star pour MSM , 150 membres 154398 clients servis en planning familial |
| Coût total pour la durée de la période | 181386\$ |
| Est-ce que cette activité est passée à l'échelle? Pourquoi ou pourquoi pas? | nous nous efforcons à garder le nombre de membres à 150 |

| | |
|---|--|
| Principaux intervenants | Médecins d'exercice libéral, Marie Stopes Madagascar financé par USAID |
| Agence(s) d'exécution | Marie Stopes Madagascar |
| Activité 3 | Offre de service au niveau de la communauté |
| Calendrier | 1 an (2014) |
| Preuve de succès | Engagement des décideurs au niveau du Ministère de la Santé: Disponibilité de politique Nationale de Santé communautaire Intégration des rapports d'activités communautaires dans le système d'information sanitaire existant Elargissement de la gamme de produits offerts au niveau communautaire (Introduction du dépoprovéra au niveau communautaire depuis 2006) Amélioration de l'accessibilité (65% de la population habitent à plus de 5km de la formation sanitaire) |
| Coût total pour la durée du calendrier | |
| Est-ce que cette activité est passée à l'échelle? Pourquoi ou pourquoi pas? | Oui : amélioration de l'accessibilité (offre de service selon le niveau d'instruction, ou référence communautaire), appropriation du programme ou contribution à la prise en charge de sa santé par la communauté. La communauté se trouve à la base de la pyramide sanitaire |
| Principaux intervenants | Ministère de la Santé (à différents niveaux du système) avec les principaux donateurs (PTF) et la Centrale d'Achat SALAMA |
| Agence(s) d'exécution | Ministère de la Santé, Organisations Non Gouvernementales , Secteur Privé, Agents communautaires |
| Indicateur(s) [source de données (s)] | |
| Programme de PFPP 3 existant: | Création de l'environnement Favorable |
| Activité I | Acquisition et approvisionnement des produits contraceptifs |
| Période de mise en oeuvre | Situation 2014 mais effectivité de l'intégration avec MEG depuis 2004 |
| Preuve de succès | 1-Estimation annuelle des besoins en produits -2fois par an à partir de la consommation annuelle du pays (compilation de la consommation des districts) 2-Circuit d'approvisionnement bien défini au niveau national (public et ONG), 3-Disponibilité des produits contraceptifs à tous les niveaux du système de santé; 4-Collaboration du Ministère de la Santé Publique avec la Centrale d'Achat SALAMA pour le transport des produits, 5-Transport intégré avec les médicaments essentiels génériques 6-Mise en place d'un comité de gestion des intrants de santé au niveau central 7-Sondage logistique annuel |
| Coût total pour la durée de la période | 4 596 367,79 USD |
| Est-ce que cette activité est passée à l'échelle? Pourquoi ou pourquoi pas? | Oui , la mise à l'échelle a été déjà effective depuis 2004 car la sécurisation des produits figure parmi les priorités du Ministère de la Santé en collaboration avec ses partenaires |
| Principaux intervenants | Ministère de la Santé (à différents niveaux du système) avec les principaux donateurs (PTF) et la Centrale d'Achat SALAMA |

| | |
|---|--|
| Agence(s) d'exécution | Ministère de la Santé, Organisations Non Gouvernementales , Secteur Privé, Communauté |
| Activité 2 | Appui au centre de sante de base publique par le MSM (CSB Star) dans le cadre du partenariat publique prive |
| Période de mise en oeuvre | 1 an 2014 (24 CSB star) |
| Preuve de succès | les CSB offrent des services de planning familial en méthode de longue durée qu'ils n'ont pas fait avant. |
| Coût total pour la durée de la période | |
| Est-ce que cette activité est passée à l'échelle? Pourquoi ou pourquoi pas? | oui car cette année le nombre de sites publiques qui sont en partenariat avec Marie Stopes Madagascar est passé a 50. |
| Principaux intervenants | CSB publiques, les Agents communautaires, les prestataires publiques, Marie Stopes Madagascar et le partenaire financier (UNFPA ET UE) |
| Agence(s) d'exécution | Marie Stopes Madagascar |
| Activité 3 | Plaidoyer pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale |
| Période de mise en oeuvre | 1 an (2014) |
| Preuve de succès | Engagement des décideurs (Première Dame, Gouvernement , Décideurs de la Santé et Décideurs Politiques au niveau décentralisé: Régions et Districts) |
| Coût total pour la durée de la période | 328,000 USD |
| Est-ce que cette activité est passée à l'échelle? Pourquoi ou pourquoi pas? | Oui: avec élaboration d'un document de mise en œuvre pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale comme document de référence pour tous les partenaires de mise en œuvre de la SMN/PF |
| Principaux intervenants | Ministère de la Santé en collaboration avec ses PTF |
| Agence(s) d'exécution | Ministère de la Santé, Organisations Non Gouvernementales , Secteur Privé, Communauté |
| Indicateur(s) [source de données (s)] | |

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:

Madagascar

Coordinateur du pays:

IV. Analyse Situationelle 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 |
|-------------------------------|--|---|---|
| DONNEES DEMOGRAPHIQUES | | | |
| 1 | Population totale (depuis mi-2014) | Population Reference Bureau (voir Onglet IX) 22,445,000 | 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) 2.70% | Rythme de croissance de la population qui pourrait être ralenti avec la PFPP |
| 3 | Taux brut de natalité | Population Reference Bureau (voir Onglet IX) 34 pour 1000 | Nombre de naissances enregistrées |
| 4 | Nombre de femmes en âge de procréation (FAP) | Population Reference Bureau (see Onglet IX) 5,500,000 | 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) 763,130 | 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) 4.8 | 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) 5 | Comparer avec le n ° 6 - indice synthétique de la fécondité |

| Point de données | | Sources/formule potentielles | Réponse des données | Implications pour la PFPP |
|------------------|---|--|---|--|
| 8 | Taux de fécondité des adolescentes | Population Reference Bureau (voir Onglet IX) | 163 | <p>Nombre de naissances par femme de 15-19 ans, avec opportunité pour la PFPP</p> <p>(Voir également la proportion des naissances par des femmes de <18 ans avec celles qui courent le plus grand risque de mortalité maternelle.)</p> |
| 9 | <p>Pourcentage de grossesses avec intervalle intergénérisique de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 7-17 mois ➤ 18-23 mois ➤ 24-35 mois ➤ 36-47 mois | Enquête Démographique et de Santé (voir Onglet IX) | | <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"> ➤ de 15-19 ans ➤ de 20-23 ans ➤ de 24-29 ans ➤ de 30-34 ans | Enquête Démographique et de Santé (voir Onglet IX) | <ul style="list-style-type: none"> ➤ 4 ➤ 19 ➤ 19.5 ➤ 20 | 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) | | 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"> ➤ espacement ➤ limitation | Enquête Démographique et de Santé (voir Onglet IX) | <ul style="list-style-type: none"> ➤ 9 ➤ 10.2 | <p>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</p> |

| Point de données | | Sources/formule potentielles | Réponse des données | Implications pour la PFPP |
|------------------|---|--|--|--|
| 13 | Pourcentage prospectifs de besoins en PFPP non satisfaits | Z. Moore et al., Contraception 2015 | 65 | 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) | 29.2 39.9 | 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 | | Population de femmes qui devraient utiliser la PF (postpartum ou autre) à une date voulue-considérer l'écart au # 14 |
| 16 | Taux de prévalence contraceptive pour: <ul style="list-style-type: none"> ➤ les contraceptifs à courte durée d'action ➤ les contraceptifs réversibles à longue durée d'action ➤ La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) ➤ la contraception permanente | Enquête Démographique et de Santé (voir Onglet IX) | <ul style="list-style-type: none"> ➤ 26 ➤ 1.90 ➤ 21 ➤ 1.20 | 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 > 20% des utilisateurs de la planification familiale.) |
| 17 | Pourcentage de femmes ayant reçu au moins une visite prénatale | Enquête Démographique et de Santé (voir Onglet IX) | 4 | 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 |
| 18 | Pourcentage de femmes pratiquant l'allaitement maternel exclusif à: <ul style="list-style-type: none"> ➤ 2 mois ➤ 5-6 mois | Enquête Démographique et de Santé (voir Onglet IX) | <ul style="list-style-type: none"> ➤ 63.10 ➤ 22.90 | 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. |

| Point de données | | Sources/formule potentielles | Réponse des données | Implications pour la PFPP |
|------------------|--|---|--|---|
| 19 | Pourcentage d'accouchements dans les établissements de santé | Enquête Démographique et de Santé (voir Onglet IX) | 2.2 | 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 |
| 20 | Pourcentage d'accouchements à domicile | Enquête Démographique et de Santé (voir Onglet IX) | 64.4 | 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 |
| 21 | Pourcentage de femmes qui reçoivent au moins une visite de soins postnatals | Possibly Demographic and Health Survey; if not, use other available data or estimations | | La population sensibilisée après l'accouchement en counseling en PFPP et sur des services autres que la vaccination systématique |
| 22 | Pourcentage de femmes qui reçoivent une visite postnatale à: <ul style="list-style-type: none"> ➤ 0-23 heures ➤ 1-2 jours ➤ 3-6 jours ➤ 7-41 jours ➤ 42 jours (6 semaines) | Probablement Enquête Démographique et de Santé; sinon, utiliser d'autres données ou estimations disponibles | | 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 |
| 23 | Taux de vaccination pour: <ul style="list-style-type: none"> ➤ BCG à la naissance ➤ DPT1 ➤ DPT3 ➤ taux d'abandon entre le DPT1 et le DPT3 | Enquête Démographique et de Santé (voir Onglet IX) | <ul style="list-style-type: none"> ➤ 83.10 ➤ 84.20 ➤ 72.80 ➤ 11.40 | 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 |

| Point de données | | Sources/formule potentielles | Réponse des données | Implications pour la PFPP |
|------------------------------|---|--|---------------------|---|
| 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 |
| DONNES DE GOUVERNANCE | | | | |
| 26 | Engagement PF2020 | http://www.familyplanning2020.org/reaching-the-goal/commitments | | Engagement financier public pour la PF au niveau national |
| 27 | Approbation dans le pays pour la déclaration pour l'action collective pour la PFPP | http://www.mchip.net/actionppfp/ | | 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" | http://www.optimize-mn.org/intervention.php | | |

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:

Madagascar

Coordinateur du pays:

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:

Création de la demande

| Dimension du système de santé | Forces | Faiblesses | Opportunités | Menaces |
|--|--|---|---|---|
| Services de santé | | | | |
| a. Secteur Public | 100 p cent des formations sanitaires fonctionnelles sont des sites PF | insuffisance de financement pour l'acheminement des produits | Réunion du comité des partenaires PF 2 fois par an | us et coutumes |
| | quantification des besoins , logiciel channel pour l'approvisionnement | montant alloué à la ligne budgétaire pour le gouvernement sur l'achat contraceptifs est insuffisant | Réunion de coordination nationale en santé mère enfant annuelle | faible couverture médiatique: radio, TV |
| | implication des agents communautaires | affectation fréquente des agents formés | collaboration multisectorielle | contexte politique |
| b. Organisation basée sur la foi/non gouvernementale (ONG) | formation continue des prestataires | protocole pas toujours le même que celui du publique | le secteur est encore large | dépend de financement |
| | infrastructure disponible et en bon état | | les cibles nombreux | |
| | client focus | | collaboration multisectorielle | |
| c. Secteur Privé | les pauvres sont les principaux cibles | la prestataion est beaucoup inferieur à la prestation | le système d'évaluation est déjà en place | dépend de financement |
| | les prestataires sont motivés car remboursés pour leur prestation | le tracage des usagers est parfois difficile | les agents communautaires sont motivés | contexte politique instable |

| Dimension du système de santé | | Forces | Faiblesses | Opportunités | Menaces |
|-------------------------------|--|--|---|--|--|
| 1 | c. Secteur Privé | profil de pauvreté connu et disponible | le remboursement des prestataires quelques fois en retard | financement existe | |
| 2 | Système d'information pour la gestion sanitaire (SIGs) | Existence de rapport unique mensuel d'activités des CSB | faible taux de rapportage | Existence de logiciel pour l'informatisation des données | contexte politique (laxisme des agents périphériques); insécurité pendant le trajet pour l'envoi des données |
| 3 | Personnel de santé | le programme a toujours marché meme durant la crise | Mauvais accueil des agents de santé, agents de santé non formés | partenaires multiples | contexte politique: changement fréquent des responsables |
| 4 | Médicaments et technologies | | | | |
| 5 | Financement pour la santé | financement par rapport au contraceptifs a été toujours honoré malgré la crise | coordination, harmonisation des informations | Financement multiples PTF après 2014 | insuffisance de la ligne budgétaire pour la santé/PF |
| 6 | Leadership et gouvernance | Existence de responsable PF à tous les niveaux: DRSP, SDSP | difficultés de communication/information entre les différents niveaux | réunion de coordination CSB, districts et nationale | contexte politique: changement fréquent des responsables |
| Communauté et socioculturel | | | | | |
| 7 | a. A base communautaire | Offre et sensibilisation | manque de suivi et supervision | partenaires multiples oeuvrant dans le domaine communautaire | pérennisation: retrait des partenaires techniques et financiers |
| | | recherche des perdus de vues et référence | gestion des informations | | |
| | | inclus dans le système de santé | | | |
| 7 | b. Stratégies avancées | accessibilité des usagers augmentée | coute chere | le partenaire existe | si le partenaire décide de ne plus financer |
| | | proche de la communauté | travaille souvent dans un milieu non adequat | le personnel est motivé | |
| | | expérience acquise | | | |
| 7 | c. Marketing social | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Programme de PFPP existant 2: | | Amelioration de l'Offre de service | | | |
| Dimension du système de santé | | Forces | Faiblesses | Opportunités | Menaces |

| 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) | médecins libres dans le secteur de planning familial | les médecins qui adherent et qui demissionnent | supervisions externe de MSI | dépend de financement exterieur |
| | | | changement de comportement | Mauvaise performance des prestataires surtout en qualité | financement existe | insécurité pour les médecins dans le milieu rural |
| | formation continue des prestataires | supervision difficile dans le milieu rural enclavé pendant la saison de pluie | le nombre de médecins libres augmente chaque année | | | |
| | c. Secteur Privé | prestataires du secteur privés formés et motivés, assurances qualités, zones de couverture 18/22 regions de Mada, tous offrent les méthodes PF de courte durée et il y a des prestations de services optionnels pour MLD :DIU et Implant | nécessite de supervision continue, faible création de la demande effectuée par le prestataire lui-même | extension centre de santé et extension de service PF | Menace : pérennisation si sans bailleur | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | 2 | Système d'information pour la gestion sanitaire (SIGs) | | | | |
| | 3 | Personnel de santé | | | | |
| 4 | Médicaments et technologie | | | | | |
| 5 | Financement pour la santé | | | | | |
| 6 | Leadership et gouvernance | | | | | |

| Dimension du système de santé | Forces | Faiblesses | Opportunités | Menaces | |
|-------------------------------|--|--|--|---|---|
| Communauté et socioculturel | | | | | |
| 7 | a. A base communautaire | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | b. Stratégies avancées | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | c. Marketing social | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Programme de PFPP existant 3: | | Création de l'environnement Favorable | | | |
| 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) | partenariat public privé | éloignement pour la supervision | partenaire financier intéressé | dépend de financement extérieur |
| | | changement de comportement après formation | disponibilité des prestataires pour les réunions/formation | le gouvernement favorise le partenariat | instabilité politique si l'équipe change elle peut remettre en cause le contrat |
| | | supervision existe | | | insécurité pour les médecins dans le milieu rural |
| | c. Secteur Privé | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| Dimension du système de santé | | Forces | Faiblesses | Opportunités | Menaces |
|-------------------------------|--|--------|------------|--------------|---------|
| 2 | Système 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 | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

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:

Madagascar

Coordinateur du pays:

VI. Plan de mise en oeuvre 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 révisiez 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:

CREATION DE LA DEMANDE DE PFPP

| | |
|---|---|
| Activité 1: | Campagne nationale sur le PF |
| Période | 2015-2019 |
| Preuve de succès | Sensibilisation dans 7 Communes chef lieu de District en 2013 Recrutement de nouveaux utilisateurs . En 2014, activité intégrée avec la Campagne pour la l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique (CARMMA) |
| Coût total pour la période du projet | |
| Considérations supplémentaires | Oui: Organisation de la campagne chaque année avec perspective d' extension des zones d'intervention Intégration de la sensibilisation en PFPP (sites fixe et stratégies mobile) et mobilisation sociale Augmentation de recrutement de nouveaux clients |
| Intervenants clés | Ministere de la Sante Publique (MSANP); en collaboration avec PTF (OMS, UNFPA, USAID) et comite des partenaires (ONGs, ...) |
| Organisation(s) d'exécution | MSANP au niveau central, regional et district |
| Activité 2: | Integration PFPP dans les soins maternels et neonatals |
| Période | 2015-2019 |
| Preuve de succès | meilleure acceptation de la strategie par les prestataires |
| Coût total pour la période du projet | |

| | |
|---|--|
| Considérations supplémentaires | Integration des counseling PFPP dans les soins maternels et neonataux et offre de service PF en post partum immediat |
| Intervenants clés | Ministere de la Sante Publique (MSANP); USAID |
| Organisation(s) d'exécution | MCSP/Jhpiego Madagascar |
| Activité 3: | Accroissement de la demande de PF |
| Période | |
| Preuve de succès | 6202 prestations de services faites en 2014 dont 4390 insertions et 1812 retrait (DIU et implanon) pour les pauvres |
| Coût total pour la période du projet | |
| Considérations supplémentaires | Strategie en phase d'ajustement et d'adaptation |
| Intervenants clés | Ministere de la Sante Publique (MSANP); USAID, |
| Organisation(s) d'exécution | MCSP/Jhpiego Madagascar - Marie Stopes Madagascar - PSI Madagascar- MSH/Mikolo-JSI/Mahefa |
| Indicateur(s) (source de données) | |
| Programme futur de PFPP 2 | |
| Amelioration de l'offre de service de PFPP | |
| Activité 1: | Mise a l'echelle des services IMPLANON dans les formations sanitaires publiques |
| Période | 2015-2019 |
| Preuve de succès | couverture a 50% des FS en 2014 |
| Coût total pour la période du projet | |
| Considérations supplémentaires | passage de implanon a implanon NXT |
| Intervenants clés | Ministere de la Sante Publique, Centrale d'achat Salama; comite des partenaires:USAID; UNFPA;... |
| Organisation(s) d'exécution | Ministère de la Santé, Organisations Non Gouvernementales , Secteur Privé, Communauté |
| Activité 2: | Franchise sociale |
| Période | |
| Preuve de succès | Reseau fonctionnel de 150 medecins d'exercice liberal |
| Coût total pour la période du projet | |
| Considérations supplémentaires | elargissement des membres |
| Intervenants clés | Médecins d'exercice liberal, Marie Stopes Madagascar financé par USAID |

| | |
|--|--|
| Organisation(s) d'exécution | Marie Stopes Madagascar - PSI Madagascar |
| Activité 3: | Offre de service PF au niveau de la communauté |
| Période | |
| Preuve de succès | Engagement des décideurs au niveau du Ministère de la Santé: Disponibilité de politique Nationale de Santé communautaire Intégration des rapports d'activités communautaires dans le système d'information sanitaire existant Elargissement de la gamme de produits offerts au niveau communautaire (Introduction du dépoprovéra au niveau communautaire depuis 2006) Amélioration de l'accessibilité (65% de la population habitent à plus de 5km de la formation sanitaire) |
| Coût total pour la période du projet | |
| Considérations supplémentaires | Renforcement de l'offre de la MAMA |
| Intervenants clés | Ministere de la Sante Publique, comite des partenaires:USAID; UNFPA;... |
| Organisation(s) d'exécution | ONGs; Agents communautaires; |
| Indicateur(s) (source de données) | |
| Programme futur de PFPP 3 | |
| Création de l'environnement Favorable | |
| Activité 1: | Acquisition et approvisionnement des produits contraceptifs |
| Période | |
| Preuve de succès | 1-Estimation annuelle des besoins en produits -2fois par an à partir de la consommation annuelle du pays (compilation de la consommation des districts) 2-Circuit d'approvisionnement bien défini au niveau national (public et ONG), 3-Disponibilité des produits contraceptifs à tous les niveaux du système de santé; 4-Collaboration du Ministère de la Santé Publique avec la Centrale d'Achat SALAMA pour le transport des produits, 5-Transport intégré avec les médicaments essentiels génériques 6-Mise en place d'un comité de gestion des intrants de santé au niveau central 7-Sondage logistique annuel |
| Coût total pour la période du projet | |
| Considérations supplémentaires | Oui , la mise à l'échelle a été déjà effective depuis 2004 car la sécurisation des produits figure parmi les priorités du Ministère de la Santé en collaboration avec ses partenaires |
| Intervenants clés | Ministère de la Santé (à différents niveaux du système) avec les principaux donateurs (PTF) et la Centrale d'Achat SALAMA |
| Organisation(s) d'exécution | Ministère de la Santé, Organisations Non Gouvernementales , Secteur Privé, Communauté |

| | |
|--------------------------------------|--|
| Activité 2: | Appui au centre de sante de base publique par le MSM (CSB Star) dans le cadre du partenariat publique prive |
| Période | |
| Preuve de succès | les CSB offrent des services de planning familial en méthode de longue durée qu'ils n'ont pas fait avant. |
| Coût total pour la période du projet | |
| Considérations supplémentaires | oui car cette année le nombre de sites publiques qui sont en partenariat avec Marie Stopes Madagascar est passé a 50. |
| Intervenants clés | CSB publiques, les Agents communautaires, les prestataires publiques, Marie Stopes Madagascar et le partenaire financier (UNFPA ET UE) |
| Organisation(s) d'exécution | Marie Stopes Madagascar |
| Activité 3: | Mise en oeuvre de la feuille de route pour 2015-2019 |
| Période | Sans |
| Preuve de succès | Engagement des décideurs (Première Dame, Gouvernement , Décideurs de la Santé et Décideurs Politiques au niveau décentralisé: Régions et Districts) |
| Coût total pour la période du projet | |
| Considérations supplémentaires | Oui: avec élaboration d'un document de mise en œuvre pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale comme document de référence pour tous les partenaires de mise en œuvre de la SMN/PF |
| Intervenants clés | Ministère de la Santé en collaboration avec les PTF |
| Organisation(s) d'exécution | Ministère de la Santé, Organisations Non Gouvernementales: MCSP/Jhpiego Madagascar,... Secteur Privé, Communauté |
| Indicateur(s) (source de données) | |

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 :

Madagascar

Coordinateur du pays:

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 |
|--|---|---------------------------------------|-----|---|
| Programme futur PFPP I | | CREATION DE LA DEMANDE DE PFPP | | |
| 1 | Est-ce que l'avis des diverses parties prenantes sur le programme est sollicité? | | X | l'équipe pays en Thaïlande représente les diverses parties prenantes sauf l'OMS qui n'a pas pu venir. Elle sera impliquée dans les activités à venir. |
| 2 | Est-ce que des personnes d'organisations d'exécution interviennent dans la conception et la mise en œuvre du programme? | X | | les personnes d'organisation d'exécution interviennent dans la mise en œuvre seulement. Mais ils peuvent aussi intervenir si la planification est ascendante venant des régions/districts (nécessitant de ressources et de temps supplémentaires) |
| 3 | Est-ce que le programme dispose de mécanismes pour renforcer l'appropriation par les organisations d'exécution? | X | | car les régions et districts sont sous tutelle du SG MSANP |
| 4 | Le programme répond-il à un problème persistant de santé ou de prestation de services? | X | | la stagnation du taux de mortalité maternelle |
| 5 | Est-ce que le programme est fondé sur des données probantes et préférable à des approches alternatives? | X | | Les interventions reposent sur des évaluations initiales et les résultats des EDS. |
| 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 œuvre? | X | | |
| 7 | Est-ce que le programme est compatible avec les politiques nationales de santé, les plans et les priorités existants? | X | | Le PFPP est inscrit dans la feuille de route pour la réduction de la mortalité pour la période 2015-2019 |
| 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 | | |

| Considérations pour le passage à l'échelle | | Oui | Non | Des informations/actions supplémentaires sont nécessaires |
|--|---|-----|-----|---|
| 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? | X | | |
| 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 | | |
| 12 | Est ce que les activités de mise en oeuvre du programme sont conçues aussi simplement que possible sans compromettre les résultats? | X | | |
| 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? | X | | mise en œuvre dans 9/22 régions |
| 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? | X | | |
| 15 | Est-ce que le programme exige des ressources humaines et financières qui peuvent raisonnablement être disponibles lors du passage à l'échelle? | X | | |
| 16 | Est-ce que le financement du programme sera stable? | X | | |
| 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? | X | | |
| 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? | X | | |
| 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 | | |

| Considérations pour le passage à l'échelle | | Oui | Non | Des informations/actions supplémentaires sont nécessaires |
|--|--|---|-----|---|
| 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 d'apprentissage dans son processus de mise en oeuvre? | X | | |
| 22 | Y a-t-il un plan en place pour le partage des résultats et des perspectives du programme pendant la mise en oeuvre? | X | | |
| 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 |
| Programme futur PFPP 2 | | Amélioration de l'offre de service de PFPP | | |
| 1 | Est-ce que l'avis des diverses parties prenantes sur le programme est sollicité? | X | | |
| 2 | Est-ce que des personnes d'organisations d'exécution interviennent dans la conception et la mise en oeuvre du programme? | X | | |
| 3 | Est-ce que le programme dispose de mécanismes pour renforcer l'appropriation par les organisations d'exécution? | X | | |
| 4 | Le programme répond-il à un problème persistant de santé ou de prestation de services? | X | | |
| 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 | | |

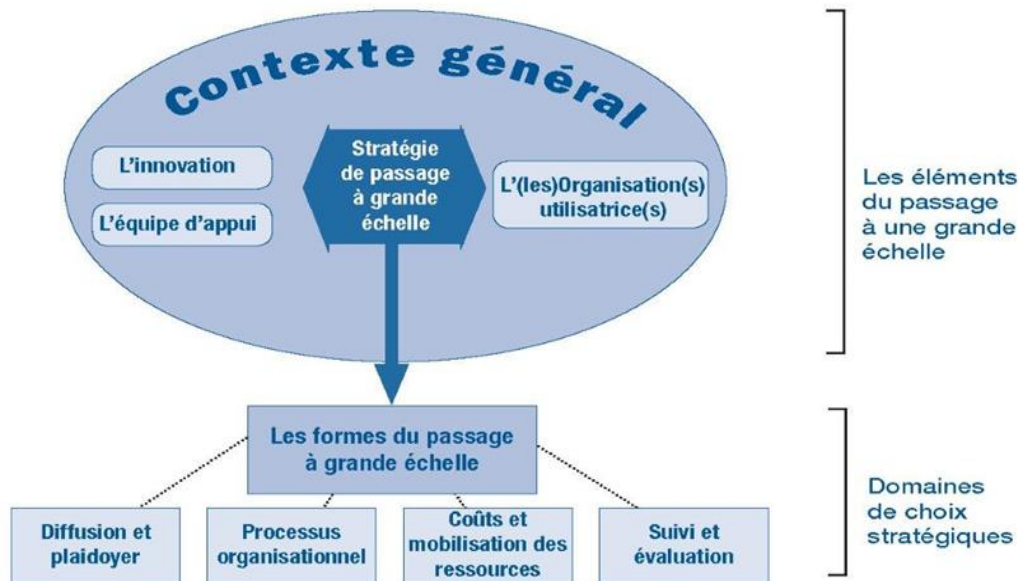
| Considérations pour le passage à l'échelle | | Oui | Non | Des informations/actions supplémentaires sont nécessaires |
|--|---|-----|-----|---|
| 8 | Est-ce que le programme est conçu à la lumière des attentes convenues avec les parties prenantes pour savoir où et dans quelle mesure les activités seront mises à l'échelle? | X | | |
| 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? | X | | |
| 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 | | |
| 12 | Est ce que les activités de mise en oeuvre du programme sont conçues aussi simplement que possible sans compromettre les résultats? | X | | |
| 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? | X | | |
| 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? | X | | |
| 15 | Est-ce que le programme exige des ressources humaines et financières qui peuvent raisonnablement être disponibles lors du passage à l'échelle? | X | | |
| 16 | Est-ce que le financement du programme sera stable? | X | | |
| 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? | X | | |
| 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? | X | | |

| Considérations pour le passage à l'échelle | | Oui | Non | Des informations/actions supplémentaires sont nécessaires |
|--|--|--|-----|---|
| 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 | | |
| 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 d'apprentissage dans son processus de mise en oeuvre? | X | | |
| 22 | Y a-t-il un plan en place pour le partage des résultats et des perspectives du programme pendant la mise en oeuvre? | X | | |
| 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 |
| Programme futur PFPP 3 | | Création de l'environnement Favorable | | |
| 1 | Est-ce que l'avis des diverses parties prenantes sur le programme est sollicité? | X | | |
| 2 | Est-ce que des personnes d'organisations d'exécution interviennent dans la conception et la mise en oeuvre du programme? | X | | |
| 3 | Est-ce que le programme dispose de mécanismes pour renforcer l'appropriation par les organisations d'exécution? | X | | |
| 4 | Le programme répond-il à un problème persistant de santé ou de prestation de services? | X | | |
| 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 | | |

| Considérations pour le passage à l'échelle | | Oui | Non | Des informations/actions supplémentaires sont nécessaires |
|--|---|-----|-----|---|
| 7 | Est-ce que le programme est compatible avec les politiques nationales de santé, les plans et les priorités existants? | X | | |
| 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 | | |
| 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? | X | | |
| 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 | | |
| 12 | Est ce que les activités de mise en oeuvre du programme sont conçues aussi simplement que possible sans compromettre les résultats? | X | | |
| 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? | X | | |
| 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? | X | | |
| 15 | Est-ce que le programme exige des ressources humaines et financières qui peuvent raisonnablement être disponibles lors du passage à l'échelle? | X | | |
| 16 | Est-ce que le financement du programme sera stable? | X | | |
| 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? | X | | |
| 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? | X | | |
| 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 | | |

| Considérations pour le passage à l'échelle | | Oui | Non | Des informations/actions supplémentaires sont nécessaires |
|--|--|-----|-----|---|
| 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 d'apprentissage dans son processus de mise en oeuvre? | X | | |
| 22 | Y a-t-il un plan en place pour le partage des résultats et des perspectives du programme pendant la mise en oeuvre? | X | | |
| 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 | | |

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



Le Tableau A définit chacun des éléments représentés à l'intérieur de l'ovale en fournissant des exemples à l'appui.

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;

Madagascar

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 | Restituer le plan de mise en oeuvre de la PFPP developpé a Chaing mai aupres de la DSFa | Coordinateur du pays: | Country team | juin 2015 | |
| 2 | Plaider aupres des personnes influentes proposee par l'equipe pays pour etre les portes paroles de la PFPP | Coordinateur du pays: | Country team | en cours | |
| 3 | Effectuer le plaidoyer aupres du Ministere de la Sante Publique pour la signature de l'engagement du pays sur la PF 2020 | Coordinateur du pays: | personnes influentes | Aout 2015 | |
| 4 | Atelier de partage des strategies au comite de partenaires PF en vue de la mise a l'echelle des activites | Coordinateur du pays: | Country team | Aout 2015 | |
| 5 | Organiser la ceremonie de signature de l'engagement de Madagascar au PF 2020 dans le cadre du lancement de la campagne nationale sur la PF | Coordinateur du pays: | Country team | 22 septembre 2015 | |
| 6 | Organiser et tenir la conference technique sur la planification familiale du post partum dans le cadre de la campagne nationale sur la PF | Coordinateur du pays: | Country team | 22 septembre 2015 | |
| 7 | Remettre a niveau les agents de sante sur l'integration de la PFPP dans les soins maternels et neonatals et les MLDPP. | Coordinateur du pays: | Country team | octobre- Novembre - decembre 2015 | |
| 8 | Elaborer le plan operationnel de l'engagement de Madagascar au FP 2020 | Coordinateur du pays: | Country team | Novembre 2015 | |
| 9 | Integrer dans les documents nationaux de formation en PFI les techniques de MLDPP et elaborer les job'aids . | Coordinateur du pays: | Country team | Novembre 2015 | |

| | 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 | | | | | |