

Plan National d'Accélération de Planification Familiale du Burkina Faso 2017-2020

Septembre 2017

Ce document a été conçu sous l'égide du Ministère de la Santé à travers la Direction de la Santé de la Famille avec l'appui technique de Health Policy Plus (HP+) financé par l'USAID en collaboration avec le Fonds des Nations-Unies pour la Population (UNFPA), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'Unité de Coordination du Partenariat de Ouagadougou, AgirPF, Jhpiego, Pathfinder International.

TABLE DES MATIERES

Remerciements	3
Préface	4
Résumé Exécutif.....	6
Abréviations	8
Processus et Formulation du PNAPF 2017-2020	11
I. L'ANALYSE SITUATIONNELLE.....	13
1. Introduction	13
2. Justification et utilisation du PNAPF.....	14
3. Contexte.....	16
4. Problèmes et Défis Clés	24
II. PLAN NATIONAL D'ACCELERATION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE	42
1. Objectifs Opérationnels du PNAPF 2017-2020	42
2. Axes Stratégiques.....	44
3. Objectifs Stratégiques.....	45
4. Détails des Axes Stratégiques	46
5. Suppositions de la Combinaison des Méthodes.....	59
III. Budgétisation	67
Hypothèses de budgétisation	67
IV. Arrangements Institutionnels	68
1. Structure de Gestion, Coordination et la Responsabilité	68
2. Rôles et Responsabilités des Acteurs Clés	71
3. Suivi de la performance et responsabilités.....	74
Références	75
Annexe A. Matrice détaillée des activités.....	77
Annexe B. Estimation des taux de prévalence contraceptive entre 2017-2020	95
Annexe C. Estimation des effectifs de femmes en union utilisatrices de la contraception moderne à cibler par région entre 2017-2020	96
Annexe D. Estimation des effectifs de femmes en union utilisatrices additionnelles de contraception moderne par région entre 2017-2020	97
Annexe E. Estimation des effectifs de femmes en union utilisatrices additionnelles de contraception moderne par région entre 2017-2020	98
Annexe F. Table des coûts, en FCFA	104

TABLE DES GRAPHIQUES, CARTES ET TABLES

Graphique 1 : Population totale, en millions d’habitants, projections pour 2017.	16
Graphique 2 : Population par âge en millions d’habitants, projections pour 2017.....	17
Graphique 3 : Proportion de la population par lieu de résidence.	17
Graphique 4 : Indice synthétique de fécondité, femmes en union 15-49 ans.	18
Graphique 5 : ISF par quintile de richesse en 2010.	19
Graphique 6 : Proportions des besoins non satisfaits par âges 2015.....	21
Graphique 7 : Proportions des besoins non satisfaits, par région, 2015.....	22
Carte 1 : Tendances de la prévalence contraceptive des femmes en union, pourcentages (%), méthodes modernes par région en 2015.....	23
Graphique 8 : Combinaison des méthodes des femmes en unions 15-49 ans, 2010-2015.	24
Graphique 9 : Exposition aux messages de PF dans les médias en 2010.	26
Graphique 10 : Sources d’approvisionnement en produits contraceptifs par secteur en 2010.	30
Graphique 11 : Prix des contraceptifs par secteur 2013.....	31
Table 1. Effectifs de personnel médical au Burkina Faso.....	32
Carte 2 : Effectif des PPS, par région, 2016.	33
Graphique 12 : Choix informé de la méthode, 2010.	34
Graphique 13 : Répartition des sources de financement pour la santé, 2011-2015.....	38
Graphique 14 : Fonds alloués à l'achat de produits contraceptifs par l'Etat entre 2007 et 2012.	39
Graphique 15 : Objectifs de TPC pour les femmes en union par région entre 2016 et 2020.....	43
Graphique 16 : Objectifs de TPCm par méthode contraceptive pour les femmes en union au Burkina Faso.	43
Graphique 17 : Coûts par axe stratégique et coûts des contraceptifs en FCFA.	45
Graphique 18 : Coûts de la création de la demande, en milliards de FCFA.....	51
Graphique 19 : Coûts de l’offre et accès aux services de PF en milliards de FCFA.....	56
Graphique 20 : Coût du programme de sécurisation des contraceptifs, en milliards de FCFA.	58
Graphique 21 : Coût des contraceptifs et des consommables directs de PF, en milliards de FCFA.....	58
Graphique 22 : Base 2015 et projection de la combinaison des méthodes, 2017-2020, femmes en union pour atteindre la cible de TPCm de 32 %.	59
Table 2 : Estimation des effectifs de femmes en union utilisatrices de la contraception moderne à cibler par région de 2017 à 2020.	60
Graphique 23 : Coûts de la politique, l’environnement habilitant et financement, en milliards de FCFA.....	64
Graphique 24 : Coûts de la coordination, suivi et évaluation en milliards de FCFA.	66

REMERCIEMENTS

L'élaboration du Plan National d'Accélération de la Planification Familiale 2017-2020 (PNAPF 2017-2020), initiée par le Ministère de la Santé, a été un processus inclusif et participatif qui a effectivement impliqué toutes les parties prenantes des secteurs publics, privés, des ONG et Associations, des organisations d'adolescents et jeunes ainsi que les partenaires techniques et financiers.

L'engagement des uns et des autres tout au long du processus d'élaboration du plan, s'est traduit par un esprit de franche collaboration et de concertation mutuelle ayant permis la production du présent plan répondant à toutes les exigences d'un plan d'action national budgétisé de planification familiale (PANB) de deuxième génération. Ce document constitue ainsi un outil qui s'inscrit dans la vision stratégique du Burkina Faso pour l'amélioration de la prévalence contraceptive moderne avec l'ultime but de réduire la mortalité maternelle, infantile, la fécondité et contribuer à la capture du dividende démographique.

Le Ministère de la Santé au terme de ce processus très participatif, remercie toutes les organisations, institutions et personnes ressources qui ont contribué à sa production.

Les remerciements vont en particulier aux Ministères et Institutions étatiques (MINEFID, MENA, MJFIP, MFSNF, de la Communication, etc.), aux partenaires techniques et financiers (USAID, UNFPA, OMS, Banque Mondiale, AFD, etc.), aux institutions de recherche (ISSP, INSD), à l'Unité de Coordination du Partenariat de Ouagadougou (UCPO), aux ONG et associations particulièrement aux membres du Groupe Technique Santé de la reproduction, aux organisations de jeunesse (Jeunes Ambassadeurs, SOS/JD, RAJS, etc.), à l'URCB, aux représentants du sous-secteur privé sanitaire ainsi qu'aux équipes d'appui technique de Health Policy Plus/Palladium et Avenir Health.

PRÉFACE

La planification familiale est reconnue comme un moyen essentiel pour maintenir la santé et le bien-être des femmes et de leur famille. Au Caire en 1994, la Conférence Internationale sur la Population et le Développement a mis en exergue son rôle combien important dans la réduction des cas de morbidités et de mortalités des mères et des enfants de moins d'un an. Au Burkina Faso, les impératifs démographiques et sanitaires imposent le renforcement de la planification familiale. En effet, le taux de croissance démographique du pays est de 3,1%. Environ 67% de la population a moins de 25 ans dont plus de la moitié est âgée de moins de 15 ans. La prévalence contraceptive moderne est basse, 22.5% avec des besoins non satisfaits en matière de la planification familiale élevés, 19.4%. Le ratio de mortalité maternelle est de 330 décès pour 100 000 naissances vivantes et le taux de mortalité néonatale à 23 pour 1000 naissances vivantes.

Cette situation s'explique entre autres par les pratiques néfastes à la santé de la mère et de l'enfant que sont les grossesses rapprochées, les grossesses précoces, les avortements clandestins, la recherche tardive de soins, les difficultés d'accès et l'insuffisance de soins obstétricaux et néonataux adéquats.

C'est pourquoi, le Plan national de développement économique et social (PNDES) 2016-2020 du gouvernement vise, à travers son deuxième axe stratégique, à agir rapidement sur la quantité et la qualité du capital humain, ainsi que sur les possibilités et les conditions de la pleine valorisation dudit capital.

Le présent document qui a connu un processus très participatif et inclusif, vise à l'opérationnaliser. Il comprend cinq axes stratégiques: (i) création de la demande, (ii) offre et accès aux services, (iii) sécurisation des produits, (iv) politique, environnement habilitant et financement, (vi) coordination et suivi-évaluation.

Ce plan stratégique de la planification familiale est conçu pour la période de 2017 à 2020 et va promouvoir l'accès et l'utilisation de la planification familiale surtout chez les femmes du milieu rural et les jeunes. Il va contribuer sans doute à la capture du dividende démographique et à l'atteinte des objectifs de développement durable (ODD).

Sur le plan politique, mon gouvernement privilégie la planification familiale comme une des actions prioritaires qui va contribuer à réduire l'indice synthétique de fécondité de 5,4 enfants par femme à 4,7 enfants par femme d'ici à 2020.

J'invite toutes les parties prenantes dans l'opérationnalisation de ce plan, particulièrement les jeunes, à s'approprier cette stratégie et à accompagner les acteurs de mise en œuvre afin de garantir un succès au profit de nos populations.

Aux professionnels de santé, la mise en œuvre de ce plan connaîtra un succès par votre dévouement et votre ardeur au travail et la qualité des services de la planification familiale que vous allez offrir. C'est pourquoi, je vous exhorte à vous l'approprier et à en faire un outil de référence pour la planification opérationnelle des activités dans le domaine de la planification familiale afin de garantir le plein succès dans sa mise en œuvre au grand bonheur de nos populations.

Le Ministre de la Santé



Professeur Nicolas MEDA
Officier de l'Ordre National

RESUME EXECUTIF

Le Plan National d'Accélération de la Planification Familiale (PNAPF) 2017-2020 du Burkina Faso est un plan stratégique et opérationnel. C'est également un outil pour la mobilisation des ressources et le suivi et l'évaluation des activités proposées dans ce plan, permettant au gouvernement burkinabè d'établir une vision claire, des objectifs stratégiques, et de prévoir le budget nécessaire à l'atteinte des objectifs nationaux de PF. Le Ministère de la Santé, avec le soutien des partenaires techniques et financiers, a développé ce PNAPF en vue de disposer d'une feuille de route spécifique pour accélérer les efforts entrepris autour de la PF et augmenter le taux de prévalence contraceptive moderne (TPCm) à 32% d'ici 2020. Ce plan se veut une contribution à la baisse de la croissance démographique, à l'amélioration de la santé maternelle et infantile et au développement économique et social du pays.

Le PNAPF 2017-2020 s'aligne sur les priorités stratégiques au Burkina Faso, définies dans certains référentiels, comme le Plan National de Développement Économique et Social (PNDES) 2016-2020, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) élaboré pour la période 2011-2020, ainsi que le Plan de Sécurisation des Produits Contraceptifs 2006-2015. Ces plans stratégiques servent de cadres de référence pour garantir la disponibilité constante des produits et l'offre de services de qualité en matière de SR/PF.

Le PNAPF 2017-2020 révèle que pour arriver à un TPCm de 32% en 2020 pour les femmes en union, il faudrait un taux de progression annuelle de 2%. Pour ce faire, en tenant compte des résultats des évaluations de politiques et des stratégies en PF, le Burkina Faso a défini cinq axes stratégiques pour son nouveau Plan PF : (i) création de la demande, (ii) offre et accès aux services, (iii) sécurisation des produits, (iv) politique, environnement habilitant et financement, (vi) coordination et suivi-évaluation. Et chaque axe, du PNAPF 2017-2020 inclut une liste d'activités clés détaillées à mettre en œuvre avec leurs budgets détaillés et chronogramme correspondants.

Le coût total de mise en œuvre du PNAPF 2017-2020 s'élève à 28,58 milliards de FCFA (49 millions d'USD), dont 30,5% (8,71 milliards de FCFA) pour les produits, incluant les contraceptifs et les consommables ; 22,5% (6,43 milliards de FCFA) pour la création de la demande ; 34,28% (9,80 milliards de FCFA) pour l'offre de services ; 2,35% (0,6 milliard de FCFA) pour la sécurisation des produits ; 5,53% (1,60 milliard de FCFA) pour la politique et l'environnement habilitant et le financement et 4,83% (1,4 milliard de FCFA) pour la coordination et le suivi/évaluation.

Le succès de la mise en œuvre du PNAPF 2017-2020 dépendra de l'engagement de chaque entité à tous les niveaux à travers des arrangements institutionnels clairs. Il s'agit d'un document dynamique qui requerra une forte coordination des différentes parties prenantes multisectorielles. La mise en œuvre sera conduite par le Ministère de la Santé à travers la

Direction de la Santé de la Famille (DSF). Les autres secteurs tels que les ministères connexes contribueront à favoriser l'environnement juridique et politique de la PF pour garantir l'accès de tous, notamment des jeunes aux services de PF. Les organisations de la société civile (OSC) et les PTF apporteront leur contribution à la mise en œuvre du plan, au renforcement des capacités des acteurs en PF, au plaidoyer et à la mobilisation des ressources pour la pérennité du programme.

ABREVIATIONS

ABBEF	: Association Burkinabè pour le Bien-Etre Familial
ABSFM	: Association Burkinabè des Sages-Femmes et Maïeuticiens
AFD	: Agence Française de Développement
ASBC	: Agent de Santé à Base Communautaire
BM	: Banque Mondiale
BURCASO	: Conseil Burkinabé des Organisations de Développement Communautaire
C	: Coordination, Suivi et Evaluation
CARMMA	: Campagne d'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique
CAMEG	: Centrale d'Achats de Médicaments Essentiels Génériques et de Consommables Médicaux
CD	: Création de la Demande
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CIPD	: Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CMA	: Centre Médical avec Antenne chirurgicale
Coges	: Comité de Gestion
CP	: Comité de Pilotage
CSPS	: Centre de Santé et de Promotion Sociale
CSU	: Couverture Santé Universelle
CT	: Comité Technique
CTRS	: Comité Technique Régional de Santé
DBC	: Distribution à base Communautaire
DMEG	: Dépôts de Médicaments Essentiels et Génériques
DIU	: Dispositif Intra-Utérin
DRD	: Dépôts Répartiteurs de Districts
DRS	: Direction Régionale de la Santé
DS	: District Sanitaire
DSF	: Direction de la Santé de la Famille
ECD	: Equipe Cadre de District
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
EMDS	: Enquête Multisectoriel Continue, module démographie et santé
EO	: Equipe Opérationnelle
ESC	: Education Sexuelle Complète
FCFA	: Franc de la Communauté Franco-Africaine
FESPACO	: Festival Pan Africain du Cinéma de Ouagadougou
FP2020	: Family Planning 2020
FS	: Formation Sanitaire
HP+	: Heath Policy Plus
IDH	: Indice de Développement Humain

IEC/CCC	: Information Education et Communication/-Communication pour le Changement de Comportement
INSD	: Institut National de la Statistique et de la Démographie
IPC	: Initiative Privée Communautaire
ISF	: Indice Synthétique de Fécondité
ISSP	: Institut Supérieur des Sciences de la Population
IST	: Infections sexuellement transmissibles
KfW	: Kreditanstalt für Wiederaufbau (Banque Allemande pour le Développement)
LDA	: Longue Durée d'Action
MAMA	: Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
MAT	: Ministère de l'Administration Territoriale
MENA	: Ministère de l'Education Nationale et de l'Alphabétisation
MERSI	: Ministère des Enseignements de la recherche scientifique et de l'innovation
MINEFID	: Ministère de l'Economie, des Finances et du Développement
MLDA	: Méthode à Longue Durée d'Action
MS-BF	: Marie Stopes Burkina Faso
OA	: Offre et Accès aux Services
ODD	: Objectifs de Développement Durable
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
OSC	: Organisation de la Société Civile
P	: Politique, Environnement Habitant, Financement
PANB	: Plan d'Action National Budgétisé
PF	: Planification Familiale
PFPP	: Planification Familiale Post-Partum
PIB	: Produit Intérieur Brut
PNAPF	: Plan National d'Accélération de la Planification Familiale
PNDES	: Plan National de Développement Economique et Social
PNDS	: Plan de National de Développement Sanitaire
PNS	: Politique Nationale de Santé
PO	: Partenariat de Ouagadougou
PPN	: Politique Pharmaceutique Nationale
PPS	: Points de Prestation de Services
PROMACO	: Programme de Marketing Social et de Communication pour la Santé
PSC	: Plan de Sécurisation Contraceptive
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
RAMU	: Régime d'Assurance Maladie Universelle
SCADD	: Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable
SIAO	: Salon international de l'artisanat de Ouagadougou
SIGL	: Système d'information et de Gestion Logistique
SMI/NUT	: Santé Maternelle et Infantile/Nutrition

SNC	: Semaine Nationale de la Culture
SNPF	: Semaine Nationale de PF
SP	: Sécurisation des Produits
SR	: Santé de la Reproduction
SRMNIA	: Santé de la reproduction, Maternelle, Néonatale, Infantile et des Adolescents
SSR	: Santé Sexuelle et reproductive
SSU	: Santé Scolaire et Universitaire
TAC	: Tableaux d'Acquisition des Contraceptifs
TIC	: Technologie de L'information et de la Communication
TPC	: Taux de Prévalence Contraceptive
TPCm	: Taux de Prévalence Contraceptive Moderne
TVA :	Taxe sur la Valeur Ajoutée
UCPO	: Unité de Coordination du Partenariat de Ouagadougou
UNFPA	: United Nations Fund (Fond des Nations Unies pour la Population, FUNAP)
URCB	: Union des religieux et coutumiers du Burkina
USAID	: United States Agency for International Development (Agence Américaine pour le Développement International)
USD	: United States Dollars
USSUBF	: Union des Sports Scolaire et Universitaire du Burkina Faso
VIH/sida	: Virus de l'Immunodéficience Humaine / syndrome immunodéficience acquise

PROCESSUS ET FORMULATION DU PNAPF 2017-2020

Le Burkina Faso a développé son Plan National d'Accélération de la Planification Familiale 2017-2020 (PNAPF), avec l'appui technique de Palladium à travers le projet Health Policy Plus (HP+) financé par l'USAID. Et pour ce faire, il a été mis en place un comité de pilotage, un comité technique et une équipe opérationnelle. Sous le leadership de la DSF, HP+ a mis en place une équipe de soutien technique, qui a apporté son appui à l'équipe opérationnelle. Cette équipe était composée des experts dont la mission était d'accompagner l'équipe opérationnelle à développer le PNAPF.

De février à juillet 2017, l'équipe a travaillé sous la responsabilité de la Direction de la Santé de la Famille (DSF) pour :

- Effectuer une analyse complète du contexte de la PF au Burkina Faso, y compris une revue documentaire et des consultations ;
- Identifier les objectifs stratégiques ; solliciter une forte participation des parties prenantes (par des consultations de groupe, des réunions en personne et des communications électroniques) ;
- Développer et affiner les activités et actions prioritaires ; et estimer les coûts.

L'équipe a été guidée tout au long du processus par l'équipe opérationnelle, un groupe d'experts de haut niveau issus du gouvernement, des partenaires au développement, des partenaires d'exécution, de la société civile et du sous-secteur sanitaire privé.

L'équipe opérationnelle, en consultation avec les groupes d'experts, a développé la stratégie technique dans le cadre d'un processus inclusif axé sur les pays, qui comprenait l'analyse de la situation, la mise en exergue des défis clés, l'établissement des objectifs, la formulation des résultats et la planification des activités. La stratégie technique du PNAPF a été construite sur une compréhension globale des problèmes, des défis et des opportunités de la planification familiale, des programmes et des politiques au Burkina Faso et suit les éléments fondamentaux de la conception d'un programme de PF solide. L'équipe a effectué une analyse de la situation pour recueillir des informations et des données* - comprenant un examen de la littérature disponible, une analyse secondaire des données statistiques et des consultations avec les parties prenantes - pour recueillir des informations. L'équipe a pris en compte les contributions de l'ensemble des acteurs sur les activités en cours et les activités potentielles pour faire face aux obstacles aux niveaux national, régional et communautaire.

La stratégie technique a été orientée par le but du pays d'augmenter le taux de prévalence contraceptive moderne (TPCm). La cible de TPCm pour les femmes mariées a été examinée

* Les données statistiques les plus actuelles sont issues en majorité de l'EDS 2010, et de l'EMDS 2015.

et sélectionnée dans le cadre d'une réunion consultative basée sur la réalité de la situation de la PF au Burkina Faso, ainsi qu'en utilisant l'outil FP Goals en collaboration avec Track 20. Le plan et la matrice d'activités ont été présentés sous diverses formes aux groupes d'experts tout au long du processus. Le plan a été affiné en fonction de leurs commentaires lors des réunions et par communications électroniques.

Une liste des défis clés et des facteurs de cause associés a été élaborée à partir de l'analyse détaillée du contexte et du travail de consultation des parties prenantes. L'équipe opérationnelle a ensuite mené une analyse de l'origine de ces défis pour identifier le contexte et l'interrelation des problèmes et élaborer une liste complète des facteurs de causalité pour chaque défi clé et des questions qui pourraient être abordées par diverses interventions. Cette information a ensuite été organisée, classée et intégrée à une matrice des défis-objectifs. Les objectifs stratégiques ont été élaborés à partir des données recueillies au cours de ce processus de consultation et de l'examen documentaire et ont été encore soumis aux parties prenantes pour la vérification, l'affinement et l'approbation.

L'équipe a ensuite transformé les défis en objectifs stratégiques, a élaboré une matrice de mise en œuvre détaillant les objectifs spécifiques, les actions prioritaires, les activités, les intrants et produits nécessaires à la réalisation des activités, et le calendrier. Cette matrice a ensuite été mise à la disposition des parties prenantes pour des commentaires et des modifications supplémentaires. La matrice a été détaillée et améliorée par le biais de réunions avec les parties prenantes. Également, les parties prenantes ont fourni des commentaires supplémentaires à travers diverses itérations de la matrice par des consultations individuelles, des petits groupes et des communications électroniques.

En outre, l'équipe a identifié et retenu les meilleures pratiques mondiales et celles à haut impact. Elle a ensuite procédé à leur analyse pour leur applicabilité au Burkina Faso et a inclus des activités pertinentes dans le PNAPF selon le contexte du pays et selon les avis des experts.

La budgétisation du plan a été élaborée en fonction des meilleures pratiques internationales et personnalisées dans le contexte du Burkina Faso pour inclure les coûts locaux. Au cours de l'exécution, un perfectionnement de la stratégie technique deviendra nécessaire au fur et à mesure que l'information sera générée par le suivi des performances du PNAPF. Après l'examen à mi-parcours, mais avant que l'évaluation finale ne soit terminée, le processus d'élaboration d'un nouveau PNAPF devrait commencer. Le processus d'élaboration d'un plan révisé devrait être éclairé par l'examen à mi-parcours.

I. L'ANALYSE SITUATIONNELLE

1. Introduction

Le PNAPF 2017-2020 du Burkina Faso détaille les interventions du pays pour atteindre sa vision et ses objectifs en vue d'améliorer la santé et le bien-être de sa population en fournissant une PF axée sur les droits, ainsi que des informations et des services de haute qualité. Il s'inscrit dans la continuité des efforts mis en place par le gouvernement burkinabè pour la PF au cours de son premier plan, le Plan National de Relance de la Planification Familiale 2013-2015 (20), dont l'évaluation a permis de mettre en évidence des défis et des opportunités pour le futur (21).

De plus, ce document sert de guide au Burkina Faso pour atteindre la cible de TPCm de 32% d'ici à 2020.

Les engagements du Burkina Faso à l'égard de la PF s'alignent sur les cadres de politique de développement les plus récents : le Plan National de Développement Economique et Social (PNDES) 2016-2020 et le Plan National de Développement Sanitaire du Burkina Faso (PNDS, 2011-2020). Ainsi, le PNAPF contribue aux objectifs de développement du Burkina Faso, entre autres le développement humain, et le développement économique.

Sur le plan mondial, le Sommet de Londres sur la PF de juillet 2012 a renouvelé l'enthousiasme et l'engagement envers la PF. C'est également le cas en Afrique de l'Ouest francophone où a été créé en 2011 le Partenariat de Ouagadougou avec pour but d'accélérer les progrès dans l'utilisation des services de PF et a conduit un certain nombre de pays à développer un plan spécifique de PF en vue d'assurer son repositionnement et ainsi obtenir de réels progrès durables dans ce domaine.

Le PNAPF 2017-2020 qui a été développé s'aligne sur les politiques et stratégies clés en matière de PF au Burkina Faso. L'élaboration des politiques de santé au Burkina respecte aussi certains engagements internationaux tels que ceux de FP2020.

L'accès à la PF et à la contraception est une dimension fondamentale de la santé sexuelle et reproductive et des droits reproductifs, comme l'indique clairement le Programme d'action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD), tenue au Caire, en Égypte, en 1994. Le cadre de consensus de la CIPD visait directement un objectif de santé et de droits généraux en matière de sexualité et de procréation, fondé sur un cadre de défense des droits de l'Homme et incluant la PF, la santé maternelle, la prévention des IST et la santé reproductive chez les adolescents.

Conformément à ces objectifs, la Politique et les normes nationales de santé et de services en matière de santé du Burkina Faso définissent une approche fondée sur les droits de la santé reproductive et des droits sexuels. Ainsi, les hommes et les femmes doivent être informés et avoir accès à des méthodes sûres, efficaces, abordables et acceptables de PF de leur choix.

Cependant, en dépit des instruments politiques nationaux et internationaux appuyant les services et les droits de santé sexuelle et reproductive, de nombreux burkinabè, en particulier les jeunes filles, adolescentes et les femmes, ne peuvent pas accéder à ces services en raison de certaines barrières, telles que le mariage précoce, le faible statut socioéconomique, le faible niveau d'éducation et d'alphabétisation, ainsi que le faible accès aux soins de santé. Ces facteurs influent sur la vie des femmes et des filles qui, à leur tour, ne peuvent pas remplir leurs droits à l'éducation, à la santé et au travail en raison du manque d'informations et de services qui leur permettent de planifier la taille de leur famille.

2. Justification et utilisation du PNAPF

Le PNAPF 2017-2020 est le guide pour le programme de PF du gouvernement dans tous les secteurs, les partenaires de développement et les partenaires d'exécution. Le PNAPF détaille les activités du programme et les coûts associés à la réalisation des objectifs nationaux. Il fournit des informations claires au niveau du programme sur les ressources que le pays doit mobiliser à l'échelle nationale et auprès des partenaires. Le plan donne une orientation critique à la PF au Burkina Faso, en veillant à ce que toutes les composantes d'un programme réussi soient traitées et budgétisées par le gouvernement, les bailleurs de fonds, les partenaires d'exécution et tous les acteurs.

Plus précisément, le PNAPF sera utilisé pour réaliser les actions importantes suivantes :

- Veiller à ce qu'une stratégie nationale unifiée pour la PF soit suivie par le gouvernement, les partenaires de développement et les partenaires d'exécution : le PNAPF énonce les priorités axées sur le consensus du Burkina Faso en matière de PF - par voie consultative - et devient ainsi un contrat social pour les donateurs et les partenaires d'exécution. Le plan aidera à s'assurer que toutes les activités de PF sont alignées sur les besoins du pays, évitant la fragmentation des efforts et guidant les partenaires actuels et nouveaux dans leurs investissements et programme de PF. Toutes les parties prenantes doivent aligner leur programmation PF sur la stratégie détaillée dans ce document. En outre, le Ministère de la Santé doit amener les partenaires au développement et de mise en œuvre à tenir compte des activités prévues dans le plan et réorienter le financement vers les besoins du pays identifiés comme prioritaires. Dans le même temps, le PNAPF détaille les cibles, les actions et les indicateurs afin de rendre le ministère responsable de sa réussite. Tous les autres

ministères devraient travailler en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé pour mettre en œuvre le plan et coordonner les efforts.

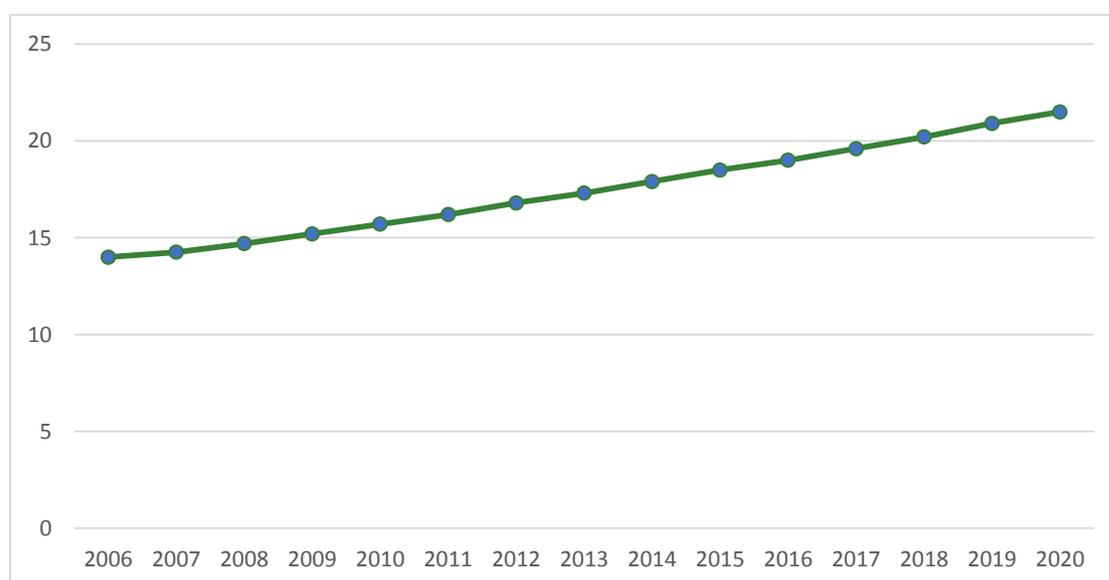
- Définir les activités clés et une feuille de route de la mise en œuvre : Le PNAPF comprend toutes les activités nécessaires avec des objectifs définis de manière appropriée pour obtenir les résultats qui vont contribuer à atteindre les objectifs de PF du pays d'ici 2020.
- Définir un budget national : le plan détermine les coûts détaillés des produits contraceptifs et les coûts liés aux activités des composantes associées de PF. Il fournit des informations concrètes sur l'activité et le budget pour informer les demandes budgétaires du Ministère de la Santé du programme de PF, alignées sur les objectifs nationaux entre 2017 et 2020. Il fournit également des conseils au Ministère de la Santé et aux partenaires pour donner la priorité au financement et à la mise en œuvre des objectifs stratégiques.
- Mobiliser les ressources : le PNAPF devrait également être utilisé par le ministère et ses partenaires pour mobiliser les ressources nécessaires. Le plan détaille les activités et le budget nécessaires à la mise en œuvre d'un programme complet de PF. Grâce à cela, le ministère de la santé et les partenaires peuvent systématiquement suivre les ressources actuellement disponibles par rapport à celles requises comme stipulé dans le plan et mener des activités de plaidoyer pour mobiliser des fonds auprès de partenaires de développement pour supporter tout écart de financement restant.
- Suivre les progrès : les mécanismes de gestion des performances du PNAPF mesurent l'étendue de la mise en œuvre des activités et aident à déterminer si le programme de PF du pays atteint ses objectifs, assure la coordination et guide les changements nécessaires.
- Fournir un cadre pour une participation inclusive : le plan et son système de suivi constituent un point de départ pour aborder et améliorer la participation des parties prenantes internes et externes au gouvernement. En outre, lorsque cela est approprié et réalisable, les activités visent à inclure les groupes pertinents et les représentants des populations clés dans la mise en œuvre et le suivi du plan.

3. Contexte

La Population

Selon l'Institut national de la statistique et de la démographie (INSD), la population totale du Burkina Faso s'élevait à 8 millions d'habitants en 1985. Comme le montre le graphique 1, cette population a doublé en moins de trente ans et est passée à 16,2 millions en 2011. En 2017, la population du Burkina Faso est estimée à 19,6 millions d'habitants et il est projeté qu'elle atteindra les 21,5 millions en 2020 (2). Le taux de croissance de la population était de 2,6% en 1985 et a progressé jusqu'en 2008 pour atteindre 3,1%. En 2015, ce taux était encore élevé et est autour de 2,9% (1).

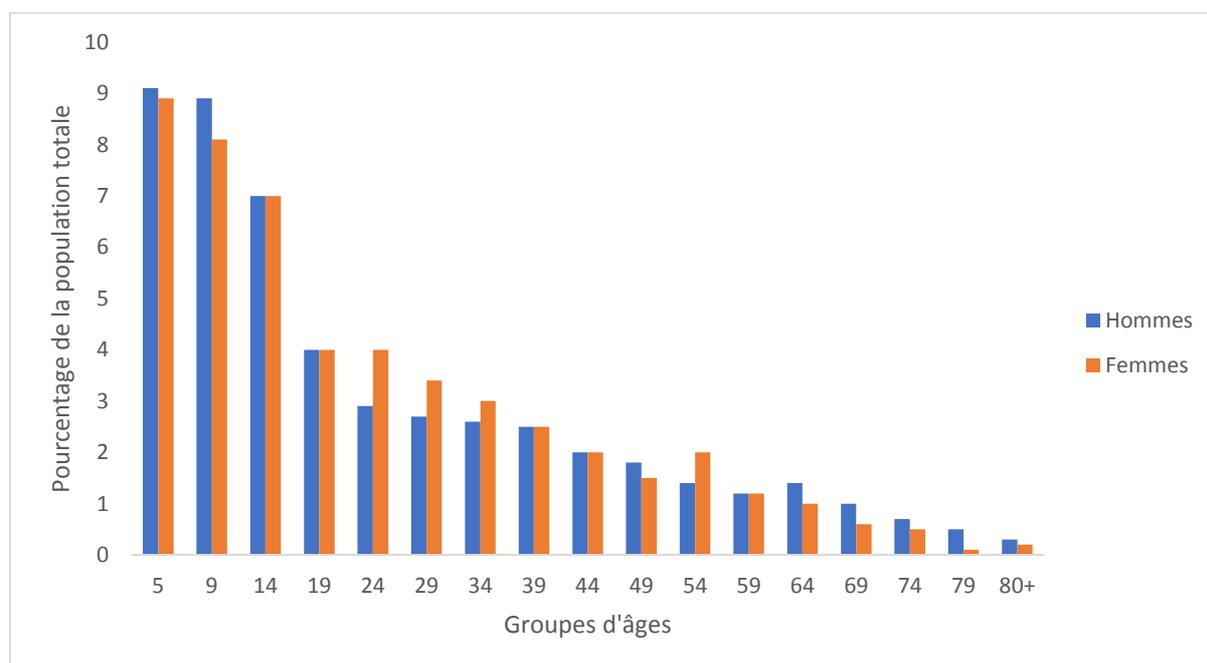
Graphique 1 : Population totale, en millions d'habitants, projections pour 2017.



Source : INSD, 2009.

Le profil démographique du Burkina Faso est celui d'une population très jeune. Selon les projections de la population faites par l'INSD, en 2017, 58,25% de la population sera âgée de moins de 19 ans et 67% de moins de 24 ans (2). Alors que la part des personnes âgées de plus de 65 ans représentera seulement 4,38% en 2017 (graphique 2).

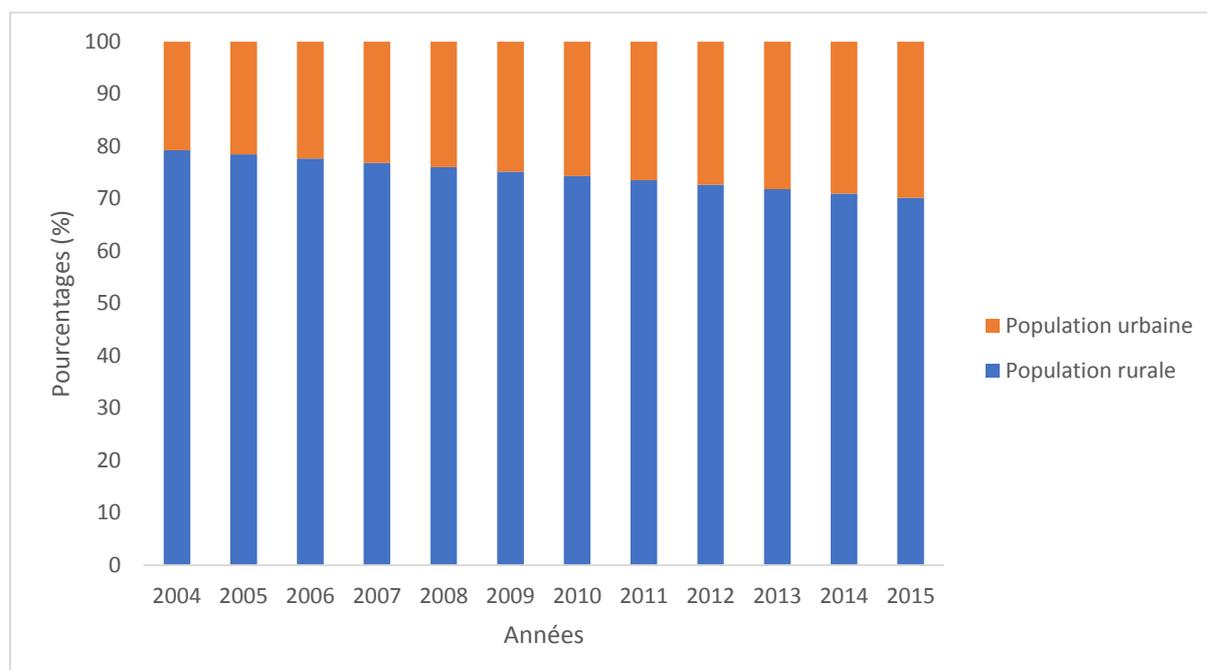
Graphique 2 : Population par âge en millions d'habitants, projections pour 2017.



Source : INSD, 2009.

De plus, une large proportion de la population demeure rurale. En effet, en 2015, la part de la population rurale demeurait autour de 70%. Néanmoins, la part de la population urbaine ne cesse de s'accroître. Elle est passée de 20% en 2004 à 30% en 2015 (graphique 3) (1).

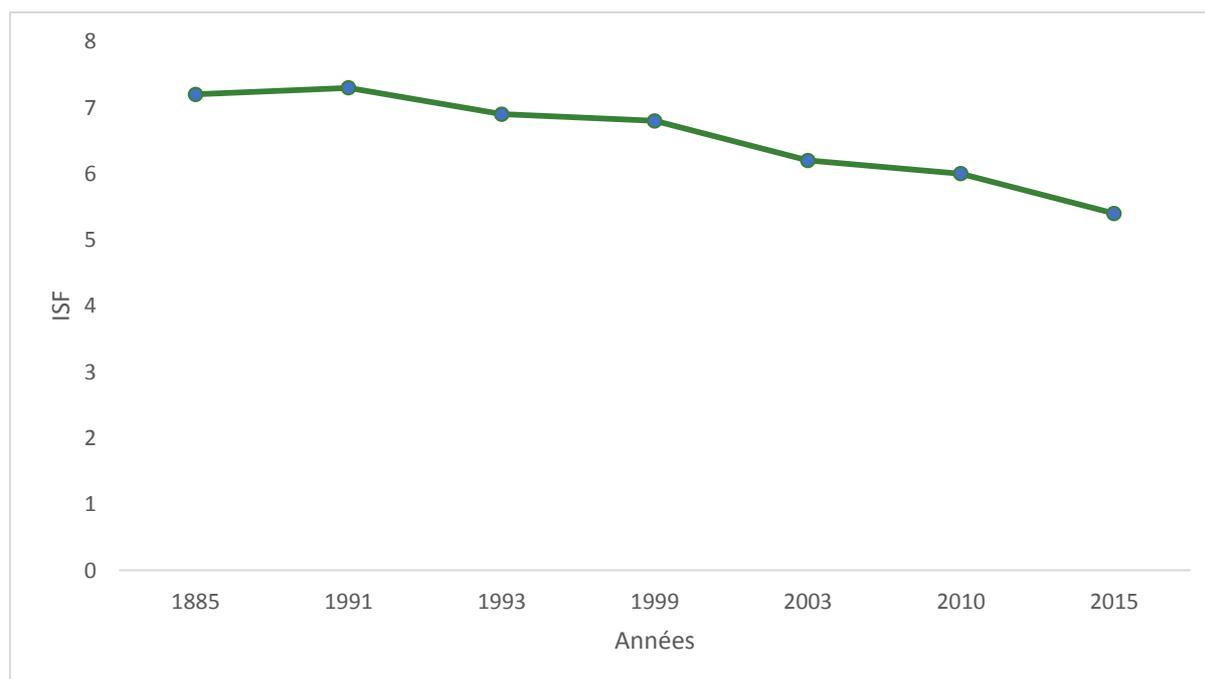
Graphique 3 : Proportion de la population par lieu de résidence.



Source : Banque Mondiale, 2017.

L'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) du Burkina Faso a décliné au cours des trente dernières années. Comme le montre le graphique 4, l'ISF en 1985 rapporte qu'en moyenne, le nombre d'enfants par femme était de 7,2 enfants (4). Cet indice a continué de décliner pour atteindre une moyenne de 5,4 enfants par femme en 2015. Cet indice bien que décroissant, reste bien au-delà du seuil de renouvellement des populations qui se situe à 2,1 enfants par femmes dans les pays développés et autour de 3,4 enfants par femme dans les pays en développement (3).

Graphique 4 : Indice synthétique de fécondité, femmes en union 15-49 ans.

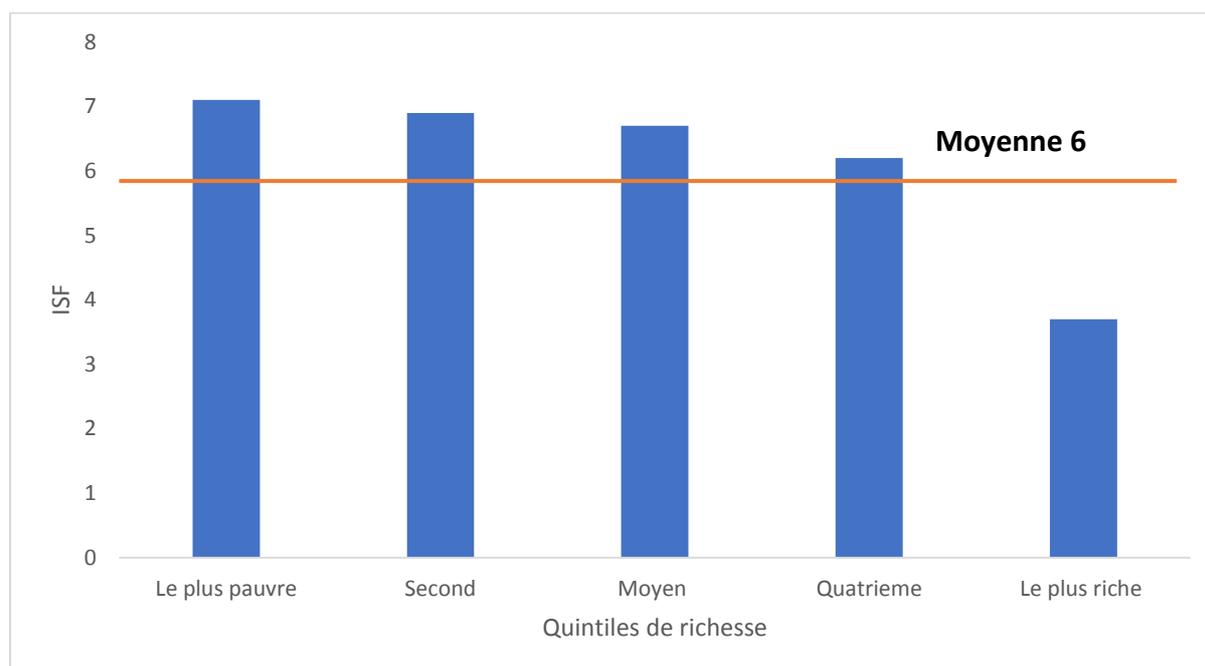


Sources : EDS 2003, EDS 2010, EMDS 2015.

L'ISF varie fortement en fonction du lieu de résidence des femmes. La différence de fécondité est plus prononcée entre les femmes du milieu urbain et celles du milieu rural. En 2015, l'ISF des femmes vivant en milieu urbain était de 3,7 enfants par femme, contre 5,8 en milieu rural (6).

Celui-ci varie également fortement en fonction du niveau d'instruction. En 2010, les femmes n'ayant reçu aucune instruction avaient en moyenne 6,6 enfants, contre respectivement 4,9 et 3,1 enfants pour les femmes ayant complété le niveau primaire ou secondaire et un niveau plus élevé d'éducation (5). Enfin, l'ISF varie aussi en fonction du quintile de richesse des femmes (graphique 5). Les femmes les plus pauvres ont en moyenne 7,1 enfants, alors que les femmes du quintile des plus riches ont en moyenne 3,7 enfants par femmes (5).

Graphique 5 : ISF par quintile de richesse en 2010.



Source : EDS, 2010.

Le mariage et la taille des familles Burkinabè jouent aussi un rôle important dans le contexte de la PF au Burkina Faso. En 2010, parmi les femmes en union, la proportion des femmes qui vivent en union polygame est de 42%, et environ 22% des hommes sont polygames (5). L'âge médian de la première union et du premier rapport sexuel des femmes est à 17,8 ans. Il est respectivement à 25,5 ans et 20,9 ans pour le premier rapport sexuel, pour les hommes.

Il existe des écarts importants entre les régions sur le nombre moyen d'enfants par femme. Ce nombre variant d'un minimum de 3,5 enfants en moyenne au Centre à un maximum de 7 enfants par femme dans la région de l'Est.

Et le risque de précocité des rapports sexuels est grand avec une maternité précoce dont les conséquences sont les enfants multiples. Dans ces régions les informations et les services de la PF ne sont parfois, ni disponibles ni accessibles. Par exemple dans les régions à forte natalité, comme dans les régions du Sahel et l'Est, l'âge médian des femmes à leur première union est de 16,1 ans, contre 19,4 ans dans la région du Centre. Le premier rapport sexuel à l'âge médian chez les femmes n'ayant reçu aucune instruction est de 17,5, contre 19,7 pour les femmes ayant un niveau secondaire de scolarisation ou plus (5).

La persistance d'une forte natalité et les tendances démographiques actuelles sont insoutenables à moyen et long terme. Elles condamneraient le Burkina Faso à consacrer une part de plus en plus importante de ses ressources pour satisfaire les investissements démographiques, c'est-à-dire pour maintenir uniquement le statu quo. En rappel, le dividende démographique est l'accélération de la croissance économique résultant des changements dans la structure par âge de la population dus à la baisse consécutive de la

fécondité et de la mortalité. Ces changements démographiques créent des conditions propices à l'épargne, à l'investissement productif et à l'amélioration du capital humain. Ainsi, les impératifs démographiques et sanitaires imposent le renforcement de la PF (8).

L'incidence de la pauvreté est passée de 46,4% à 40,1% entre 2003 et 2014. Entre 2014 et 2015, le pays a connu des troubles politiques avec un impact sur les indicateurs de performance économique. C'est ainsi que le taux de croissance économique est tombé à 4% en 2015, pour connaître une augmentation légère en 2016 soit 5,4%. Ainsi les effets de la croissance économique sont annihilés entre autres par la forte croissance démographique, empêchant tout investissement. En 2014 l'indice de développement humain (IDH) du Burkina était de 0,4 le classant au 181^{ème} rang sur 186 pays. (8).

Pour améliorer sa croissance économique, le Burkina Faso a mis en place trois plans de développement. La SCADD (Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable) entre 2011-2015, et qui avait pour but d'accroître l'efficacité économique, la viabilité environnementale et l'équité sociale (9). À la suite de ce plan, le gouvernement burkinabè a mis en place le PNDES (Plan National de Développement Economique et Social) 2016-2020, dans le but d'analyser les insuffisances structurelles et conjoncturelles du système économique et social et constituer un référentiel national des interventions du gouvernement qui ont pour but d'accroître le revenu par habitant, de réduire la pauvreté, de renforcer les capacités humaines et de satisfaire les besoins fondamentaux, dans un cadre social équitable et durable (7). Enfin, le PNDS (Plan National de Développement Sanitaire) 2011-2020 est l'instrument de mise en œuvre de la PNS (Politique Nationale de Santé) 2010, qui donne les différentes orientations en matière de santé au Burkina Faso (10).

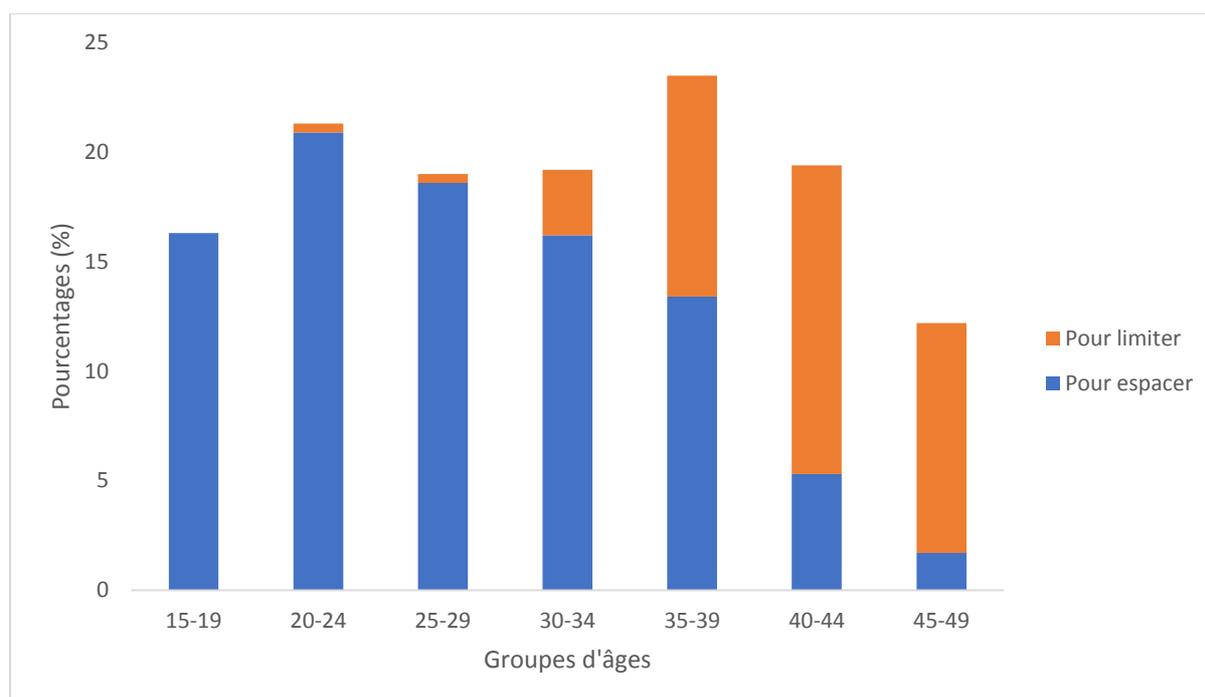
Actuellement, le Burkina Faso présente des taux de mortalité maternelle (330 pour 100 000 naissances vivantes en 2015) et néonatale (28 pour 1 000 naissances vivantes) très élevés. Toutefois, selon l'OMS, 40 % des cas de mortalité maternelle pourraient être évités grâce à un renforcement de la planification familiale (8). Aussi pour contribuer à maîtriser la croissance démographique galopante, des investissements dans des programmes de PF et SR sont nécessaires. Ces investissements dans les programmes de PF et SR auraient une répercussion sur la réduction des morbidités et des mortalités maternelle et infantile. La PF va permettre aux femmes de réaliser leur choix aux périodes les plus favorables à leur santé comme à celle de leurs enfants. Elle permettra aux familles de protéger leur santé et de décider du nombre d'enfants voulus au moment voulu en mettant à leur disposition les informations et les services nécessaires pour effectuer un choix libre. Enfin ces investissements dans le domaine de la PF vont avoir une répercussion bénéfique considérable sur la qualité de vie de la femme ainsi que de la population et sur la croissance économique tout entière.

Les besoins non satisfaits

Les besoins non satisfaits en PF représentent le pourcentage de femmes qui désirent espacer leurs naissances ou qui ne souhaitent pas tomber enceintes, et qui actuellement n'utilisent pas de méthode de contraception (6). Selon l'EMDS de 2015, le taux de besoins non satisfaits pour l'ensemble des femmes en union de 15-49 ans est de 19,4% (6). Plus précisément, 14,3% des femmes ont des besoins non satisfaits pour espacer les naissances contre 5,1% pour limiter les naissances.

Les variations des besoins non satisfaits sont visibles en fonction du niveau d'éducation, du lieu de résidence, de l'âge ou encore du quintile de richesse. Comme les graphiques 6 et 7 le montrent, les besoins non satisfaits pour espacer les naissances sont les plus élevés pour les femmes en union entre 20-24 ans, avec un taux de 21%. Alors que les besoins non satisfaits pour les limiter sont plus importants chez les femmes de 40-44 ans, avec un taux de 14,3% (6).

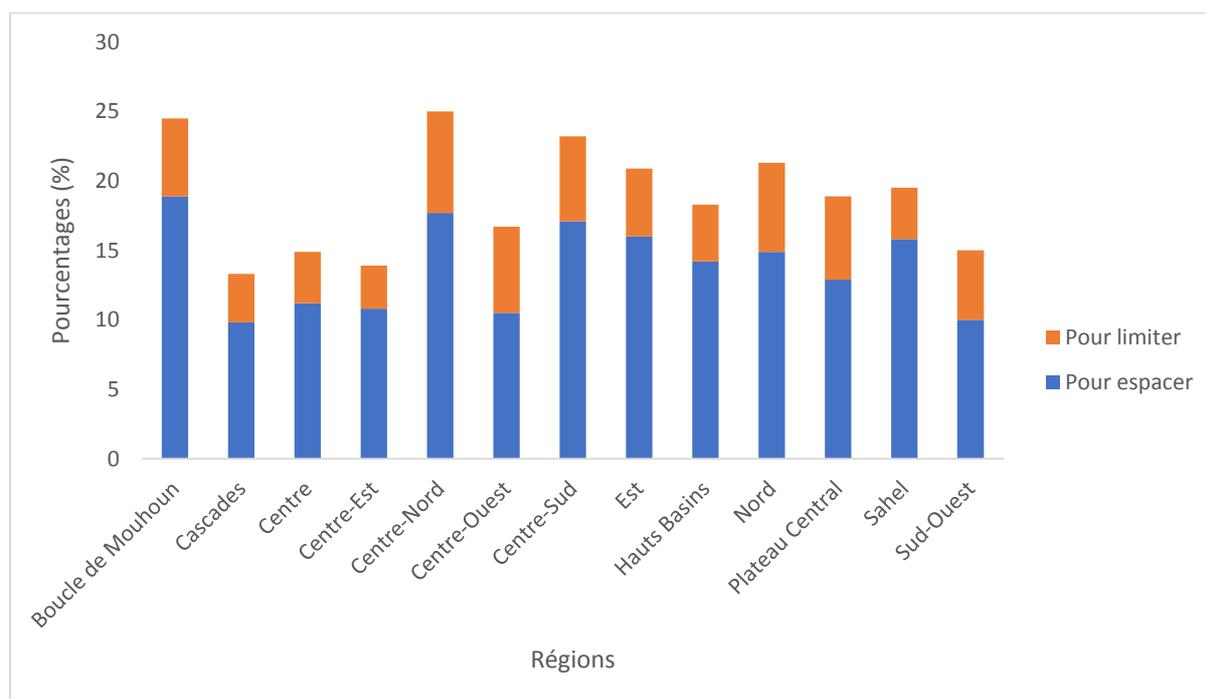
Graphique 6 : Proportions des besoins non satisfaits par âges 2015.



Source : EMDS, 2015.

De la même manière, c'est dans le Centre-Nord que les femmes en union ont le plus de besoins non satisfaits (pour espacer et pour limiter) avec un taux de 25%, contre un taux d'environ 13% dans la région des Cascades.

Graphique 7 : Proportions des besoins non satisfaits, par région, 2015.



Source : EMDS, 2015.

La demande totale en PF pour les femmes en union est de 43,3%. Plusieurs facteurs peuvent expliquer les besoins non satisfaits, avec des variations visibles entre les régions et le milieu de résidence (13,9% pour les femmes qui vivent en milieu urbain, contre 20,5% pour les femmes qui vivent en milieu rural), l'âge des femmes, le niveau d'instruction ou les quintiles de richesses (22,8% pour le quintile le plus pauvre, contre 19,4 pour le quintile le plus riche). Il s'agit entre autres du manque d'information, de l'accès et du coût des contraceptifs qui constituent des barrières (6).

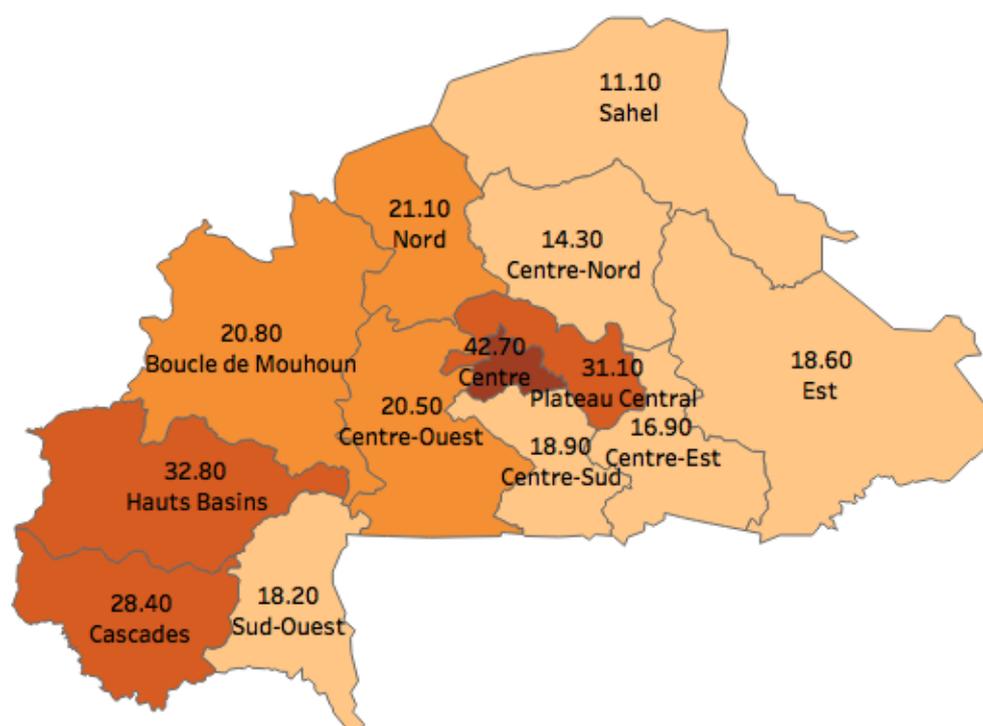
Prévalence de la contraception

Selon l'EMDS de 2015, le taux de prévalence contraceptive moderne (TPCm) des femmes en union est de 24% pour toutes méthodes confondues (naturelles et modernes), et de 22,5% pour les méthodes modernes. Parmi les méthodes modernes, les trois méthodes préférées sont : les implants (10,4%), les injectables (7,3%) et la pilule (3%). Les jeunes femmes en union de 15-19 ans sont celles qui ont le TPCm le plus faible avec 12,6%, contre 27,7% pour les 30-34 ans (6).

La prévalence contraceptive varie aussi en fonction du niveau d'éducation, du quintile de richesse économique, du lieu de résidence et de la région des femmes en union. De manière générale, le TPCm est plus élevé pour les femmes qui vivent en milieu urbain et ont un niveau d'éducation plus élevé (6). Pareillement, l'EMDS 2015 montre que le TPCm pour les femmes en union est deux fois plus élevé pour les femmes résidant en milieu urbain que

pour celles qui résident en milieu rural (38,5% contre 19,3%). Comme le montre la carte 1, les femmes en union qui vivent dans la région du Centre ont le TPCm le plus élevé, avec 42,7%, suivit par les femmes des régions des Hauts-bassin et du Plateau Central avec respectivement, 32,8% et 31,1%. Les taux d'utilisation des produits contraceptifs les moins élevés se trouvent chez les femmes en union des régions du Centre-Nord et du Sahel, avec respectivement 14,3% et 11,1%.

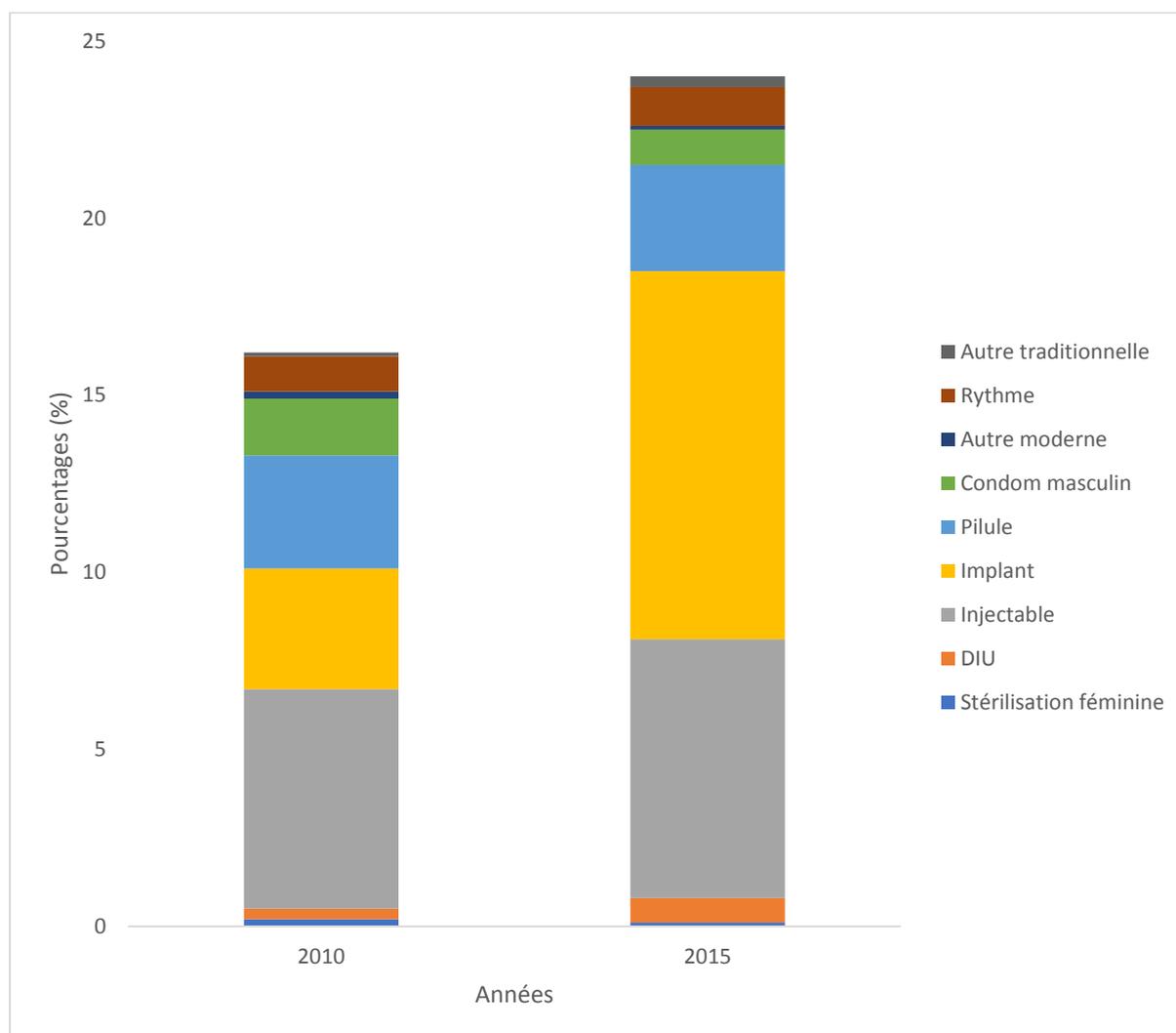
Carte 1 : Tendence de la prévalence contraceptive des femmes en union, pourcentages (%), méthodes modernes par région en 2015.



Source : EMDS, 2015.

Malgré ces disparités, il faut reconnaître que l'acceptation et l'utilisation de la PF au Burkina Faso a accru progressivement. Les données issues de l'EDS 2010 et de l'EMDS 2015 montrent que la prévalence contraceptive des femmes en union a augmenté de 50% entre 2010 et 2015 (graphique 8). Il y a eu une augmentation importante de l'utilisation des implants, avec une augmentation de 7 points de pourcentage. Les injectables ont augmenté de 1 point et la pilule a subi une légère baisse de 0,2 point.

Graphique 8 : Combinaison des méthodes des femmes en unions 15-49 ans, 2010-2015.



Sources : EDS, 2010. EMDS, 2015.

4. Problèmes et Défis Clés

Au cours des dernières années, de gros progrès ont été réalisés pour accroître l'accès à la contraception au Burkina Faso. Ils ont eu comme résultat l'accroissement de la prévalence contraceptive. Néanmoins, il y a des défis et insuffisances qui persistent et qui doivent être pris en compte pour atteindre les objectifs ambitieux de PF et améliorer l'environnement sanitaire et économique du pays.

Création de la Demande (CD)

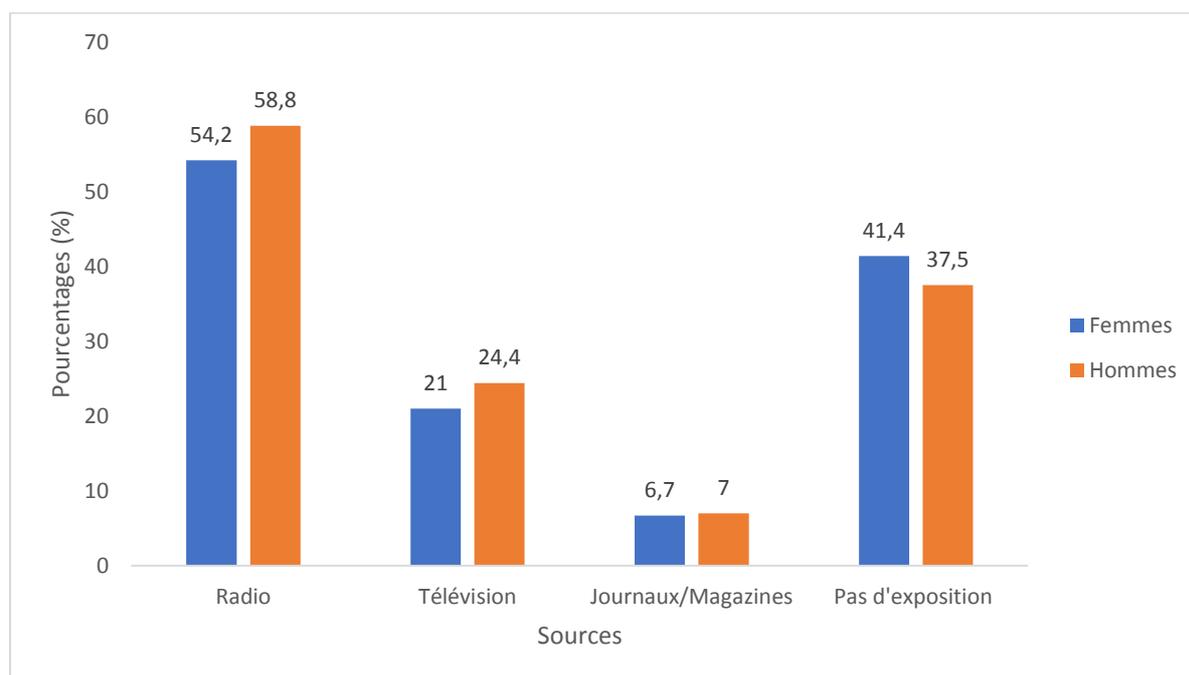
Les connaissances sur les méthodes et services de planification familiale au Burkina Faso se sont considérablement améliorées au cours des dernières années. En 2010, environ 98% des femmes en union et 99,5% des hommes en union ont déclaré connaître au moins une

méthode contraceptive (5). Il s'agit d'une augmentation des connaissances à partir de 2003, lorsque 91,7% des femmes en union et 95,6% des hommes en union ont déclaré connaître au moins une méthode de planification familiale (4). Actuellement, les méthodes les plus connues chez les femmes et les hommes en union sont les pilules, les condoms masculins et les injectables.

En dépit de la connaissance des méthodes de planification familiale, la demande de services de PF demeure relativement faible, ce qui contribue au taux élevé de fécondité du pays. La demande de PF chez les femmes actuellement en union est de 43,3%. Cependant, seuls 22,5% des femmes en union utilisent des contraceptifs, ce qui signifie que 19,4% des femmes actuellement en union ont un besoin non satisfait en PF (6).

Les messages de PF sont un moyen essentiel pour informer la population sur les services de PF au sein de leurs communautés. Outre les formes de communication interpersonnelle, trois formes principales de médias permettent d'exprimer des messages sur la PF : la radio, la télévision et les journaux ou les magazines. La radio est la principale source d'information pour les hommes (58,8%) et les femmes (54,2%), tandis que les journaux ou magazines sont les sources de communication les moins répandues chez les hommes (7%) et les femmes (6,7%) (Graphique 9) (5). La mise en place des radios communautaires et la distribution de matériel d'information, d'éducation et de communication (IEC) contribuent également à l'échange d'informations sur les méthodes et services de PF. Le gouvernement burkinabè a mis en place les semaines nationales de PF qui constituent une période durant laquelle, la sensibilisation sur la PF est accrue. Parallèlement plusieurs ONG qui accompagnent la mise en œuvre des activités de PF organisent aussi des journées spéciales de PF gratuites dans leurs zones d'interventions. Malheureusement, l'organisation de ces journées spéciales d'offre de PF n'est pas harmonisée, complète et durables pour la PF. Et cela ne contribue pas à renforcer les actions de la semaine nationale.

Graphique 9 : Exposition aux messages de PF dans les médias en 2010.



Source : EDS, 2010.

Alors que l'information sur la PF est importante, la demande de services de PF demeure faible. Les connaissances presque universelles ne traduisent pas clairement une forte demande de services de PF. Les raisons qui ont été mises en évidence par l'évaluation du premier plan de relance de la PF au Burkina Faso et par les différentes parties prenantes sont nombreuses.

Par exemple, la faible implication des hommes et des maris dans la PF. Leur rôle de premier plan en tant que décideurs devrait être mis à profit pour en faire des partenaires véritables pour la promotion de la PF. En effet, une fois marié, l'attente à ce que le couple ait des enfants le plus tôt est forte (contraintes des normes sociales). Certaines jeunes femmes et jeunes filles sont « agressées » physiquement et moralement lorsqu'elles abordent la question de la contraception avec leurs partenaires (8). La majorité des hommes est faiblement engagée en faveur de la PF et démontre peu de soutien à leurs femmes. Cette situation est exacerbée par le faible pouvoir décisionnel de la femme. Les hommes qui sont insuffisamment informés sur la PF, pensent qu'elle a des effets pervers et craignent les effets secondaires des produits contraceptifs.

Mais aussi, le faible engagement de certains leaders religieux et coutumiers dans la promotion de la PF, les perceptions erronées de certains (politiques, religieux et traditionnels) et certaines attitudes pro-natalistes, la peur des effets secondaires, les fausses idées reçues par beaucoup de personnes sur la PF (cela fait grossir, rend stérile, etc.) et l'opinion que beaucoup d'hommes/maris et parents ont sur la PF comme étant un encouragement à la promiscuité, constituent des barrières à l'utilisation de la PF.

De manière générale, les hommes et les femmes connaissent les méthodes de PF, mais ont peu de connaissances associées (utilisation, bénéfiques, etc.).

Ainsi, le manque d'information fiable et de sensibilisation des hommes et femmes sur les mythes et idées reçues de la population sur la PF, impacte négativement l'environnement favorable à la création de la PF.

Par ailleurs, les données de l'INSD (6) montrent que la population du Burkina Faso est caractérisée par sa jeunesse : 58,3% de la population est âgée de moins de 19 ans et 67% de moins de 24 ans. Et leur fécondité est assez élevée (117 enfants pour 1.000 femmes pour la frange de 15-19 ans). La maternité dans ce groupe est précoce. En effet en 2010, plus de 16% des jeunes femmes de 15-19 ans avaient déjà un enfant, 30% des jeunes de 20-24 ans en avait un et 13% en avaient déjà trois (5). Cette même année, les décès maternels représentaient 18% de tous les décès des femmes de 15-49 ans. Pour les femmes de 15-19 ans, ce taux était de 21,4% et pour celles de 20-24 ans, ce taux passe 30,5% (6). Toutefois, le TPC pour les méthodes modernes des femmes âgées de 15-19 ans est de 6,6% pour et 5% pour celles âgées de 20-24 ans (6).

La réduction du nombre de grossesses chez les adolescentes est une donc une préoccupation majeure pour le gouvernement et les partenaires au développement. Plusieurs facteurs ont été identifiés pour expliquer cette situation. Ceux-ci sont entre autres la pauvreté, le faible taux de scolarisation des jeunes filles, des conseils parentaux inadéquats et un manque de connaissances sur les questions de santé sexuelle et reproductive chez les jeunes(8).

Pour remédier à cela, il est primordial que des efforts soient faits pour renforcer l'accès des jeunes femmes et hommes à des informations fiables et à des services de PF compréhensifs et de qualité, adaptés à leurs besoins.

La création de la demande est critique pour les jeunes. Cela porte sur le manque d'informations sur la sexualité, les droits qui s'y rattachent et sur les services de PF et de SR, existants et qu'ils peuvent utiliser. Plusieurs raisons expliquent cet état de fait.

Premièrement pour les jeunes et adolescents qui sont en milieu scolaire, l'éducation sexuelle complète est insuffisante dans les curricula d'enseignements (formel et non formel). Pour ceux qui ne sont pas scolarisés, les parents sont souvent incapables d'informer et de discuter avec les enfants à propos de la sexualité et de la contraception. De plus, l'environnement communautaire ou familial n'est souvent pas favorable et le dialogue parent-enfant et intergénérationnel est bien souvent inexistant. La plupart des parents et des aînés considérant le dialogue sur la PF comme une « incitation » à la débauche (8).

Offre et Accès aux Services (OA)

L'organisation administrative du système de santé au Burkina Faso comprend trois niveaux. Le niveau central est le niveau de conception et d'élaboration des politiques, stratégies et plans nationaux de santé. Le niveau intermédiaire est le niveau de suivi de la mise en œuvre

de ces documents de politiques. Enfin, le niveau périphérique est le niveau opérationnel (15).

L'offre de soins de santé au Burkina Faso se fait à trois niveaux :

- Les districts sanitaires (DS). Le DS a deux échelons. Le premier échelon représenté par les Centres médicaux (CM) et les Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS), qui sont les structures sanitaires de base du système de santé. Les CSPS réfèrent au deuxième échelon. Le deuxième échelon est celui des Centres Médicaux avec une Antenne chirurgicale (CMA). Ils réfèrent aux CHR (niveau 2).
- Les centres hospitaliers régionaux (CHR) qui constituent le deuxième niveau. Le troisième niveau représenté par les centres hospitaliers universitaires (CHU), qui sont le plus haut niveau de référence et auxquels les CHR réfèrent.

Quatre-vingt-quinze pourcent (99.5%) des centres de santé publics offrent certains services de PF, mais sont parfois contraints par des problèmes d'approvisionnements (seulement 30,1% des points de prestations disposant de toute la gamme complète de contraceptifs) et d'autres problèmes logistiques tels que le stockage (15). Malgré la disponibilité des ressources humaines en santé dans la plupart des formations sanitaires publics du pays, force est de reconnaître que tous ne sont pas autorisés à offrir toutes les prestations de planification familiales (document de PNP), notamment les méthodes de longue durée d'action. Pour le renforcement des compétences, les ateliers de formation sont coûteux et peu rentables à moyen terme avec la mobilité des prestataires qualifiés. En plus le système de formation en place est tributaire du financement extérieur des plans d'action des structures opérationnelles.

Si les prestations s'adressent en général aux femmes, la question des adolescentes se pose en raison de leur spécificité. Il s'agit d'une catégorie de la population qui souffre de l'insuffisance d'offre et de l'organisation des services de santé qui ne sont pas conviviaux et ne s'adaptent pas à cette catégorie de population. Le personnel soignant des centres ne sait pas comment les recevoir. On peut citer en exemple le manque de confidentialité et même parfois des jugements sévères de la part du personnel des centres. De plus, quand l'offre de service de PF ne fait pas défaut c'est l'accès, que ce soit au niveau géographique ou financier, surtout pour les adolescents et jeunes en situation de vulnérabilité (8)

Dans le pays, plusieurs organisations non gouvernementales offrent des services de PF. Ce sont Marie Stopes Burkina (MS-Burkina), l'Association Burkinabè pour le Bien-Etre Familial (ABBEF), l'Association Burkinabè des Sages-Femmes et Maïeuticiens (ABSFM). Elles offrent aux femmes des services de PF subventionnés dans leurs cliniques. En termes de répartition, MS-BF a trois cliniques à Ouagadougou, Koudougou et à Bobo-Dioulasso (et 9 équipes mobiles : Ouagadougou 3, Fada 1, Dori 1, Koudougou 1 Dédougou 1 Kaya 1, Tenkodogo 1), l'ABBEF a quatre cliniques à Ouagadougou, Bobo-Dioulasso, Koudougou et Koupéla et ABSFM dispose de trois cliniques de PF à Ouagadougou, Bobo-Dioulasso et Pô (8).

Le secteur privé à but non lucratif et la société civile fournissent également des services de marketing social et de distribution à base communautaire des contraceptifs (DBC).

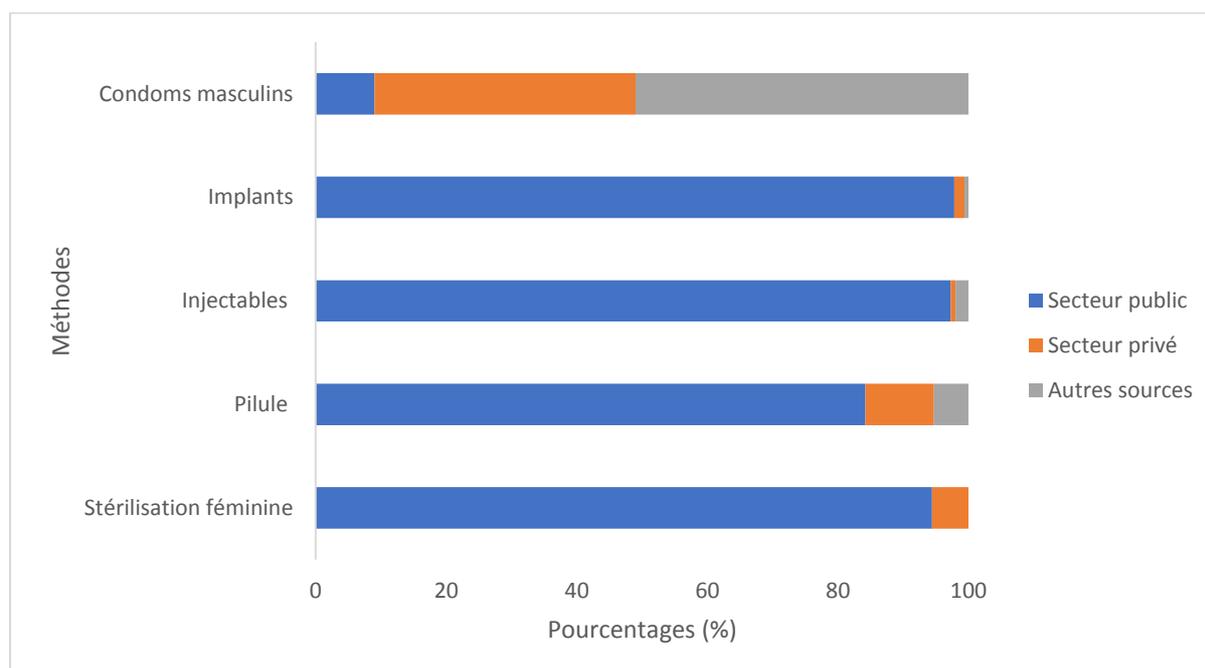
- Marketing social : Le projet PROMACO (Programme de Marketing Social et de Communication pour la Santé), de PSI/Burkina Faso a mené des activités de communication de proximité, et a également assuré l'approvisionnement du pays en produits contraceptifs (condoms masculins et féminins, pilule) dans le but d'améliorer l'utilisation des méthodes modernes de contraception dans ces zones d'intervention (15).

DBC : Depuis 2009, le Ministère de la Santé a démarré la contractualisation avec les ONG pour mettre en place la distribution à base communautaire des contraceptifs et ainsi rendre les produits contraceptifs et l'information sur la PF disponibles et accessibles partout dans le pays, surtout dans les zones les plus reculées où l'accès est difficile (15). Ce programme est aujourd'hui arrêté et la réflexion se poursuit sur la suite à lui donner. Une des grandes insuffisances a été l'absence de documentation des résultats liés à cette expérience. Mais en 2016 le gouvernement a adopté une politique de santé communautaire qui a permis de recruter deux (02) agents de santé à base communautaire (ASBC) par village pour de 8000 villages que compte le pays. Ces agents sont rémunérés par l'Etat et ses partenaires. Cette politique est donc une opportunité pour redynamiser cette stratégie et accroître l'accès à la PF aux populations les moins accessibles aux structures sanitaires.

Le secteur public joue un rôle important dans l'approvisionnement des femmes en méthodes de contraception (74% en 2010), principalement dans les centres de santé et de promotion sociale (CSPS), avec un taux d'approvisionnement de 58 % pour l'ensemble des méthodes. Comme le graphique 10 l'indique, le secteur public fournit 97,3% des injectables, 97,8% des implants, 84,2% des pilules et 94,4% des stérilisations féminines. Toutefois, il ne fournit que 9% des condoms masculins. Cela demande un restockage plus fréquent et entraîne plus facilement des ruptures de stock. Pour les condoms masculins, les sources alternatives d'approvisionnement constituent le taux le plus élevé avec 51%.

Par ailleurs, 11 % des femmes s'approvisionnent dans le secteur privé pour les méthodes modernes, majoritairement à travers les pharmacies (10%). Finalement, 13% des femmes s'approvisionnent à travers d'autres sources (agents communautaires, boutiques, centres de santé confessionnels, etc.) (5).

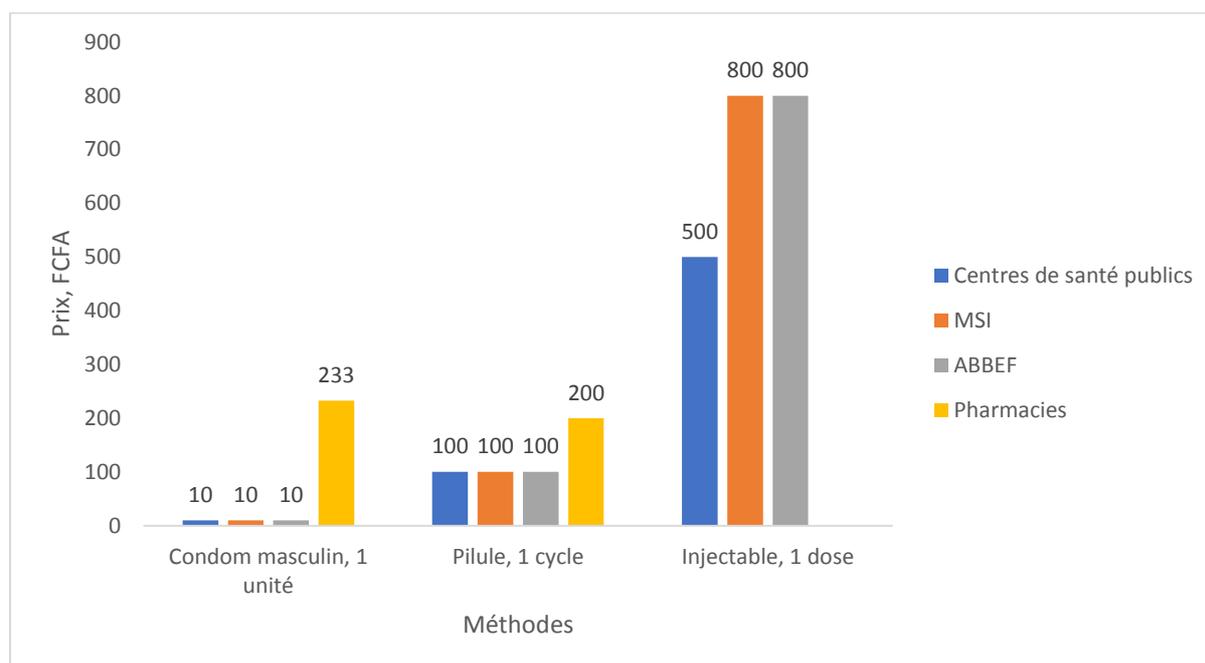
Graphique 10 : Sources d'approvisionnement en produits contraceptifs par secteur en 2010.



Source : EDS, 2010.

Comme le montre le graphique 11, les prix des condoms masculins et de la pilule sont équivalents dans les secteurs public et privé (MSI, ABBEF) avec respectivement 10 et 50 FCFA. En revanche, le prix des injectables (Dépo Provera) est 300 FCFA plus cher dans le secteur privé que dans le secteur public (250 FCFA). Enfin, c'est avec les autres sources d'approvisionnement, telles que les officines que les femmes paient le plus cher pour obtenir leur méthode contraceptive. Par exemple, le condom masculin coûte 233 FCFA, soit plus de 23 fois le prix pratiqué dans le public et la pilule coûte deux fois plus cher (pilule Adepal, Mjnidril et Steridril) dans les pharmacies. Le Microgynon n'y est pas disponible.

Graphique 11 : Prix des contraceptifs par secteur 2013.



Source : Planification Familiale au Burkina Faso, 2017. *Données non applicables pour le prix des injectables dans les pharmacies.

Lors du 1^{er} Sommet de Londres en juillet 2012, le gouvernement a pris pour engagement de réduire de 50% les prix des contraceptifs. Cet engagement a été effectif. Mais en dépit de cet effort, les produits contraceptifs demeurent chers pour les adolescents et les jeunes ainsi que les femmes en milieu rural et péri-urbain (8). En effet, la forte et persistante pauvreté peut constituer une barrière à l'accès financier, car les coûts des produits contraceptifs aussi modestes soient-ils, restent peu abordables pour les femmes les plus pauvres. Les femmes démunies ou celles n'ayant pas le contrôle sur leurs revenus ne peuvent toujours pas se payer des contraceptifs à prix subventionnés. Le prix des contraceptifs empêche de nombreuses filles et femmes d'y avoir recours ou de les utiliser de façon régulière. Certaines sont obligées de négocier avec leurs partenaires afin d'obtenir de l'argent pour acheter les produits contraceptifs, dans la mesure où elles ne contrôlent pas leurs propres ressources financières. Pour celles qui peuvent se procurer les produits contraceptifs, elles utilisent la contraception en cachette selon la même source. Le coût, même subventionné, a un impact sur l'utilisation de la contraception pour les femmes à faible revenu en raison de la forte augmentation de la demande observée lors de la « Semaine de la contraception gratuite ». Selon l'UNFPA, 25 % des femmes qui ont reçu gratuitement les contraceptifs sont de nouvelles utilisatrices (8).

Lors du dernier Sommet sur la planification familiale à Londres, Royaume-Uni, le 11 juillet 2017, Le gouvernement du Burkina Faso a pris l'engagement d'assurer la gratuité de la planification familiale (23).

Il a été mis en évidence que l'offre de services de PF au Burkina Faso fait face à de nombreux défis. Un des problèmes principaux est le manque de personnel qualifié. Comme la table 1 le montre, les ratios d'habitants par personnel médical (médecins, sages-femmes, etc.), stagne depuis 2009. Selon l'enquête de disponibilité des produits contraceptifs de 2016, la majorité des PPS sensés offrir les services de stérilisation ne disposent pas de personnel formé pour l'offre de cette méthode (54, 5% des PPS ne disposent pas de personnel formé pour l'offre de la stérilisation masculine et 72,2% pour la stérilisation féminine). (11). De plus, la faible délégation des tâches et le manque d'intégration des services impactent considérablement l'offre de services de PF, notamment l'offre des méthodes modernes à longue durée (8). Ainsi, de nombreux CSPS, infirmeries, dispensaires, cabinets de soins infirmiers et maternités isolées sont autorisés à offrir des services de PF tels que les implants et les DIU, mais ne sont pas opérationnels (11). Il a également été mis en évidence le manque de formation du personnel médical notamment pour les méthodes telles que le DIU ou la PF post-partum (8).

Table 1. Effectifs de personnel médical au Burkina Faso.

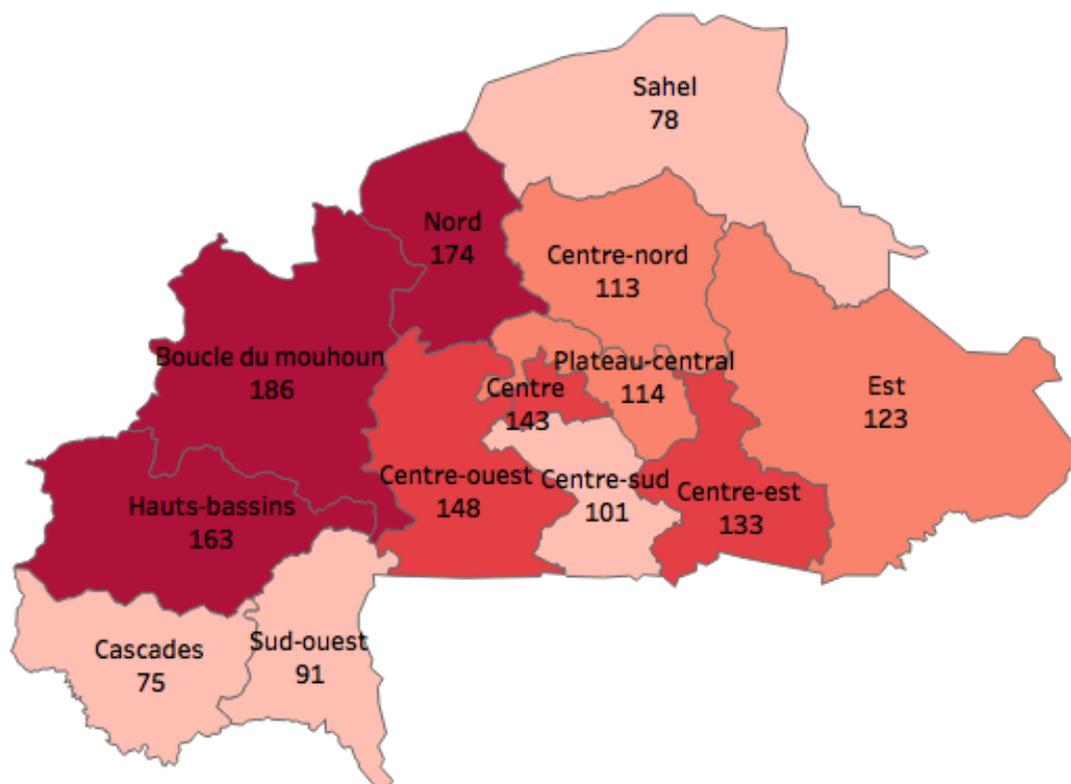
Evolution des effectifs du personnel pour quelques emplois de 2012 à 2016					
Type de personnel	2012	2013	2014	2015	2016
Médecins (y compris les spécialistes)	787	803	857	1 189	1059
Pharmaciens	203	207	217	258	176
Infirmiers diplômé d'Etat	3 178	3 489	3 718	4 348	4580
Infirmiers Brevetés (IB)	2 830	2 707	2 640	2 564	2470
Sages-Femmes/ Maïeuticiens d'Etat	1 321	1 591	1 744	2 383	2 571
Population	16 779 207	17 322 796	17 880 386	18 450 494	19 034 399
Ratio habitants/médecin	21 320	21 573	20 864	15 518	17 974
Ratio habitants/pharmacien	82 656	83 685	82 398	71 514	108 150
Ratio habitants/infirmier d'Etat	5 280	4 965	4 809	4 243	4 156
Ratio habitants/infirmier (IB+IDE)	2 793	2 796	2 812	2 669	2 700
Ratio habitant/SFE-ME	12 702	10 888	10 253	7 743	7 404

Source : IRSS, 2016.

Le deuxième problème majeur mis en évidence est celui du faible accès à la PF des femmes qui vivent en zones rurales. Selon le rapport de disponibilité des produits contraceptifs de 2016, la répartition de l'effectif des PPS est inégale entre les différentes régions. Comme le

montre la carte 2, l'écart du nombre de PPS peut varier du simple au double entre plusieurs régions, comme pour les régions des Cascades et du Sahel qui ont respectivement 75 et 78 PPS, et les régions Nord et Boucle du Mouhoun qui ont respectivement 174 et 186 PPS.

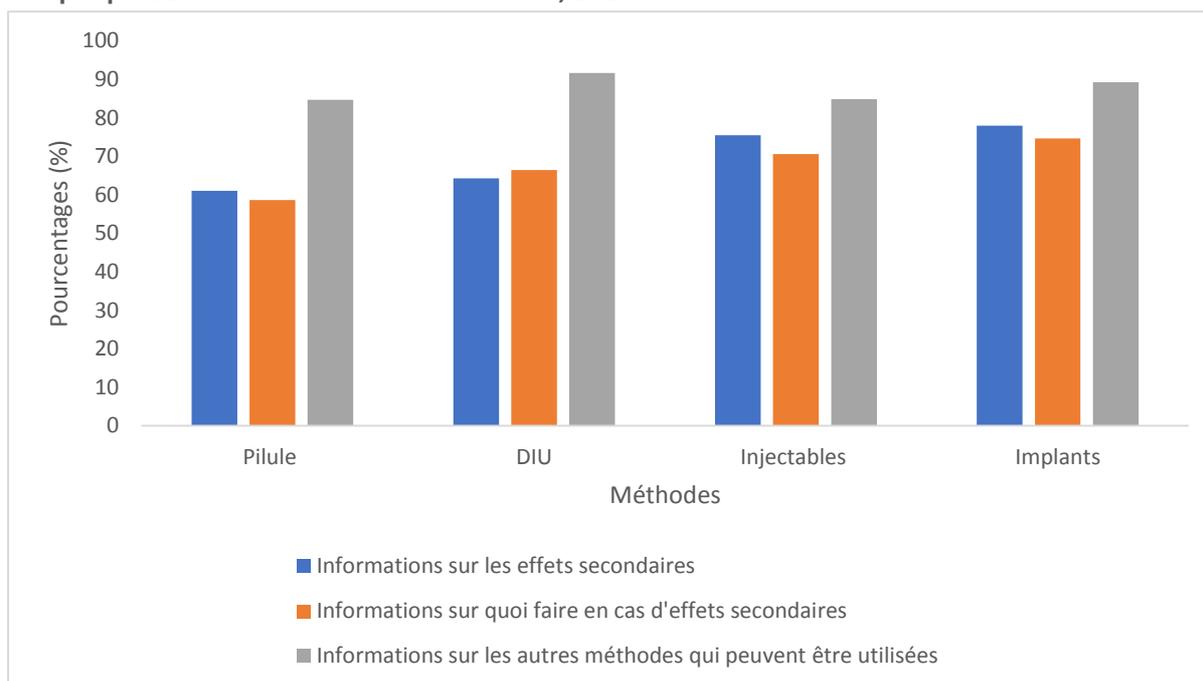
Carte 2 : Effectif des PPS, par région, 2016.



Source : Rapport annuel sur la disponibilité des méthodes contraceptives modernes et des médicaments vitaux de santé maternelle dans les points de prestations de services au Burkina Faso, 2016.

Enfin, la qualité des services de PF est peu satisfaisante, notamment pour les jeunes et adolescents ou pour les personnes en situation de handicap qui ont des besoins particuliers, souvent méconnus par le personnel des centres de santé. Cela s'explique à nouveau par le manque de formation des personnels médicaux, mais aussi par le manque de matériel adapté aux services et par la vétusté et le manque de mise aux normes de fonctionnement des centres (8).

Graphique 12 : Choix informé de la méthode, 2010.



Source : EDS, 2010.

Le manque de formation du personnel qui impacte la qualité des services se ressent par exemple sur la qualité du counseling en PF, notamment sur les différentes méthodes de contraception et sur les effets secondaires, les mythes et les idées reçues relatives sur la PF. Comme indiqué par le graphique 12, 64,3% des femmes en union qui utilisent le DIU sont informées sur les effets secondaires potentiels de cette méthode, près de sept sur dix (66,5%) ont été informées sur quoi faire au cas où ces effets secondaires se manifesteraient. Et enfin, 91,7% sont informées sur les autres méthodes de contraception disponibles (5). Bien que ces données montrent que la plupart des clientes sont généralement informées, un examen plus approfondi du choix informé par méthode démontre des zones d'amélioration potentielles. Comme le montre le graphique 12, toutes les clientes ne sont pas systématiquement conseillées sur les effets secondaires et que faire quand ils surviennent. Un counseling incomplet est observé pour toutes les méthodes de PF. C'est pour la pilule que les femmes sont les moins bien conseillées avec seulement 61,1% des femmes qui reçoivent des conseils sur les effets secondaires. Le counseling est plus élevé chez les utilisatrices d'injectables et d'implants avec des taux supérieurs à 70%. Cependant puisque plus de 30% de femmes qui ne reçoivent pas de counseling pour le DIU, il est probable que cela entraîne la discontinuité de l'utilisation de cette méthode à cause des mythes et idées reçues sur la contraception (5).

Sécurisation des Produits (SP)

Les intrants de santé au Burkina Faso sont régis par la Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) créée en 1996 et réactualisée en 2012, qui sert de référentiel pour le développement

du sous-secteur pharmaceutique. Cette politique est en phase avec la Politique Nationale de Santé (PNS) et permet ainsi de faciliter la coordination des secteurs publics et privés et des PTF (13).

En 2017, il y a 1815 dépôts de médicaments essentiels génériques (DMEG) dans les formations sanitaires du système de santé du Burkina Faso. Ceux-ci sont fournis par les 70 dépôts répartiteurs de districts (DRD), eux-mêmes approvisionnés par les six agences de la Centrale d'Achats de Médicaments Essentiels Génériques et de Consommables Médicaux (CAMEG). Le secteur privé quant à lui compte onze établissements de distribution pharmaceutique de grossistes, cent soixante-dix-neuf officines et quatre cent dix-huit dépôts (13).

La Direction de la Santé de la Famille (DSF) qui est la direction centrale du Ministère de la Santé chargée de la mise en œuvre des programmes et politiques de PF, elle réalise l'estimation des besoins en produits contraceptifs et la CAMEG est chargée de rendre disponibles les produits dans le pays jusqu'au Dépôt répartiteur des districts.

La question de la sécurisation des produits contraceptifs est depuis quelques années une des préoccupations majeures pour la PF au Burkina Faso. La demande de totale en PF en 2015 est de 43,3% et seulement 55,3% de la demande est satisfaite. Les besoins non satisfaits sont toujours élevés à 19% (6). Si ces besoins non satisfaits étaient comblés, cela permettrait d'accroître l'utilisation et le TPC, et ainsi réduire l'ISF et contribuer à la capture du dividende démographique. Le gouvernement fait de gros efforts pour améliorer la sécurisation des produits contraceptifs au Burkina Faso et ainsi réduire les ruptures de stocks et la discontinuité de l'utilisation de la PF chez les femmes et accroître la couverture contraceptive. C'est dans cette dynamique que le Gouvernement a mis en place son Plan Stratégique de Sécurisation des Produits de la Santé de la Reproduction, pour la période 2009-2015 avec pour but, entre autres domaines stratégiques, d'améliorer la gestion de la logistique contraceptive en améliorant notamment la collecte des données pour un meilleur suivi et évaluation et la formation de formateurs en logistique contraceptive. Par ailleurs, ce plan prévoyait de renforcer la coordination intra- et intersectorielle (14).

Le suivi et l'évaluation du plan ainsi que le renforcement des systèmes d'information et de gestion logistique (SIGL) et l'engagement des législateurs sur la sécurisation contraceptive sont faits par le comité de pilotage (CP) qui se réunit deux fois par an. Il a aussi un comité technique (CT) qui se réunit quatre fois par an. Ceux deux comités sont sous le leadership du Directeur Général de la Santé avec comme rapporteur la Directrice de la Santé de la Famille.

Une des grandes victoires du CP a été de convaincre le gouvernement d'inclure l'achat des produits contraceptifs dans le budget national avec l'appui de l'UNFPA et de PROMACO (15).

La mise en œuvre du plan stratégique de sécurisation des produits de la santé de la reproduction a permis une meilleure organisation du système de collecte des données. Néanmoins, la disponibilité d'informations fiables à temps pose un problème pour la gestion logistique (14). Puisque, le manque de données fiables entraîne des problèmes de ruptures de stock, ou de péremption des produits pharmaceutiques, y compris des contraceptifs. Il faut capitaliser l'évolution des indicateurs sur la disponibilité des produits contraceptifs à partir des enquêtes annuelles. Par ailleurs, les capacités des acteurs sur le SIGL doivent également être renforcées et le système doit être harmonisé dans le but d'améliorer sa gestion.(8). Enfin dans le but de prévenir au maximum les ruptures de stock, les centres doivent être mis aux normes nationales et internationales pour garantir un stockage optimal des produits contraceptifs.

Politique, Environnement Habilitant, Financement (P)

Depuis le début des années 80, le Gouvernement du Burkina Faso a reconnu l'importance de la protection de la santé des mères et des enfants. C'est dans les années 80 que la PF a commencé à entrer dans le discours politique national. En 1984, le gouvernement a mis en place son premier programme de santé maternelle et infantile, le Service de Santé Maternelle et Infantile/Nutrition (SMI/NUT). Par la suite, l'Etat a élaboré un plan d'action pour la PF et adopté la politique de PF en 1985. Celui-ci avait pour but de contrôler la fécondité, la croissance démographique et d'accélérer la croissance économique. Cet élan a été perpétué à travers la politique nationale de la population (1995, 2000), le plan d'action pour la population (1995), et le PNDS (2001-2010). Par la suite, les efforts du gouvernement se sont fortement accentués après que le pays ait abrité la première conférence régionale sur "Population, planification familiale et développement : l'urgence d'agir" en 2011 et mis en œuvre les engagements qui en ont découlé. Le gouvernement Burkinabè prend donc de nouveaux engagements pour la PF et le Ministère de la santé élabore le plan de relance de la PF sur la période 2013-2015 (15).

L'évaluation du premier plan de relance de la PF a mis en évidence certaines limites lors de son exécution et de nombreux efforts restent à faire aussi bien sur le plan politique et environnement habilitant que sur le plan financier.

En outre, la collaboration interministérielle et le soutien des institutions en faveur de la PF est faible, ce qui nuit à la promotion de la PF, notamment auprès des jeunes, ainsi qu'à l'accès universel et volontaire des femmes aux services et produits de PF. En effet, le sujet de la PF est souvent absent de la vie politique et doit être remis en avant pour que davantage de plaidoyer puisse être fait auprès des décideurs politiques et des ministères connexes, notamment ceux qui ont un lien direct avec la PF (ex. le Ministère de la Jeunesse ou Ministère de la Femme) (8).

Le rapport de Amnesty International sur les Contraintes et Privées de Droits –Mariages forcés et barrières à la contraception au Burkina Faso a permis de documenter certains constats, dont celui de la méconnaissance des droits en matière de SR/PF par les femmes en dépit de l'existence d'une loi sur la santé de la reproduction votée par l'Assemblée Nationale en 2005. Les femmes sont sujettes aux violences basées sur le genre comme le mariage forcé, car la plupart de ces femmes méconnaissent leur droit. Selon ce rapport, entre 2009 et 2013, 6 325 filles ont été soumises aux mariages forcés et précoces au Burkina Faso. De nombreuses femmes et filles n'ont entendu parler de la PF qu'après la naissance d'au moins leur premier enfant (8). Elles sont nombreuses, à dire qu'elles n'ont pas été sensibilisées à la santé sexuelle et reproductive dans le cadre des programmes d'information et d'éducation communautaires. Aussi, elles ne sont pas informées du contenu des lois qui précisent leur droit à l'information et aux services de SR/PF.

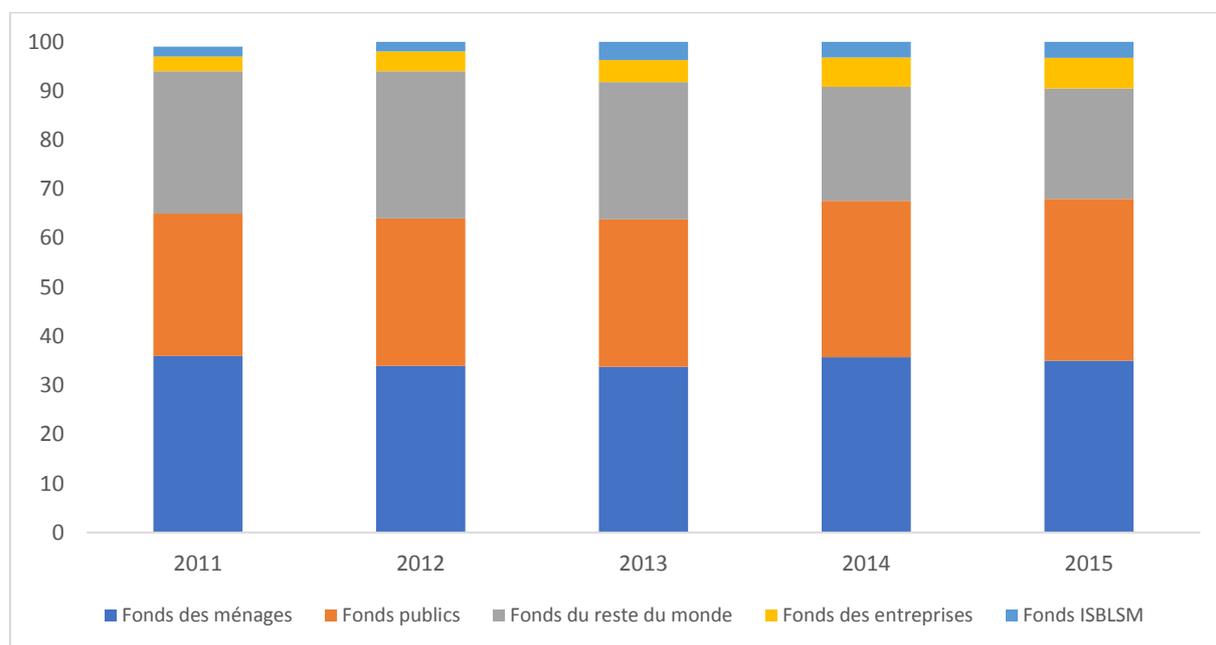
Plus largement, le constat qui est fait au Burkina Faso est qu'une fois développés et adoptés, les politiques, lois et plans stratégiques de PF/SR sont souvent mal communiqués et appliqués (8). En plus, les jeunes sont souvent très peu impliqués dans l'élaboration des politiques, normes et protocoles, y compris ceux qui les concernent directement. Cela aboutit à une prise en compte insuffisante des problèmes des jeunes dans les politiques et ainsi à des efforts moindres en leur direction. Par ailleurs, les orientations et interventions stratégiques à destination des jeunes sont souvent peu adaptées et ont donc un impact réduit (8). Les jeunes sont l'avenir du Burkina Faso et doivent donc être prioritaires pour leur bien-être et leur santé, car les efforts consentis actuellement dans la jeunesse auront une répercussion sur les générations futures.

Avec l'adoption des objectifs de développement durable (ODD), la question de l'accès universel à la santé est une question majeure. Le Burkina Faso ne dispose pas encore de couverture santé universelle (CSU), mais c'est dans cet objectif que le gouvernement a fait un premier pas en votant la loi portant sur le régime d'assurance maladie universelle (RAMU) en 2015 (16). Cette loi prévoit un système de prévoyance sociale de base pour tous les citoyens en matière de couverture du risque maladie, et est basée sur un panier de soin unique constitué de l'ensemble des actes, biens et services médicaux pris en charge par le RAMU (16). Elle met en avant le principe d'équité, car chaque personne cotise en fonction de ses moyens financiers et reçoit des soins en fonction de ses besoins.

À long terme, l'objectif est que le système de financement de la CSU par les contributions des individus fonctionne pleinement. Néanmoins, le calcul des capacités de cotisation de chaque personne reste un exercice délicat dans un pays où la pauvreté persiste. Comme le graphique 13 l'indique, le financement actuel de la santé provient essentiellement des

paiements directs des ménages, ainsi que du financement des partenaires au développement, c'est à dire des bailleurs.

Graphique 13 : Répartition des sources de financement pour la santé, 2011-2015.

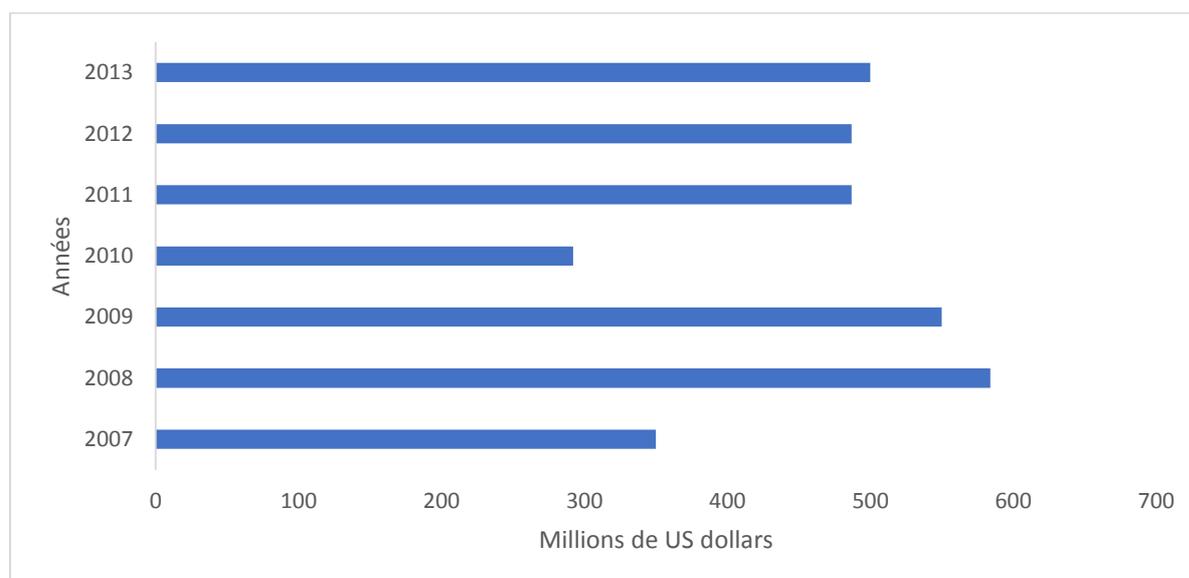


Source : Projet de rapport CNS 2015.

Entre 1995 et 2014, les dépenses totales de santé représentent en moyenne 5,8% du Produit Intérieur Brut (PIB), avec une légère tendance à la baisse depuis quelques années. Depuis 2008, la part du budget de l'État consacrée à la santé est passée de 8,4% à 9,5% du budget total de l'état en 2009, et a augmenté pour atteindre 12,5% en 2012. Ce qui est donc toujours bien en dessous de la barre des 15% décidée par les chefs d'État à Abuja (6). Le graphique 13 montre que globalement la répartition du financement reste relativement constante à travers les ans. La plus grosse partie du financement vient des ménages avec environ 35% entre 2011-2015, suivie par les fonds publics autour de 30% et le financement extérieur autour de 25 à 30% (17).

C'est en 2008, à travers son Plan de Sécurisation des Produits Contraceptifs de 2006-2015, que le Burkina Faso crée une nouvelle ligne budgétaire pour les produits contraceptifs. Cette ligne est approvisionnée chaque année d'un montant de 500 millions de CFA comme le montre le graphique 14, (15). Avec la crise socio-politique qui a affecté le pays, cette ligne budgétaire est retombée autour de 150 millions de CFA. En cette année 2017 le montant des 500 millions de FCFA a été rétabli comme par le passé.

Graphique 14 : Fonds alloués à l'achat de produits contraceptifs par l'Etat entre 2007 et 2012.



Source : Planification Familiale au Burkina Faso, 2017.

Toutefois, le plus gros problème quant au financement de la PF au Burkina Faso demeure son insuffisance. En effet, malgré l'existence d'une ligne budgétaire pour le financement de la PF dans le budget de l'État, celle-ci n'est pas suffisamment approvisionnée. Par ailleurs, à plus long terme, l'objectif du gouvernement est de pouvoir financer entièrement l'achat des contraceptifs, sans aide extérieure. Ainsi, le Ministère de la Santé va devoir conduire des activités de plaidoyer renforcées pour augmenter et diversifier les sources de financement domestiques (8).

Plusieurs bailleurs de fonds participent au financement des produits contraceptifs avec le gouvernement. Les principaux bailleurs sont L'UNFPA, l'USAID, la KfW. L'UNFPA est le principal bailleur et partenaire technique du gouvernement pour la PF au Burkina Faso. Entre 1994 et 2010, il a investi plus de 30 millions de US dollars pour la PF dans le pays, notamment pour l'achat de produits contraceptifs et le soutien aux associations locales, ainsi que pour l'équipement et le renforcement des compétences des prestataires en PF (15).

Le Burkina Faso aspire être un pays émergent à moyen et long terme et devenir compétitif sur les marchés internationaux. Pour cela, le pays doit maîtriser la croissance rapide de sa population qui constitue un frein à la croissance économique. C'est dans ce cadre qu'il poursuit ses efforts pour le repositionnement effectif de la PF, avec le développement de ce plan national d'accélération de la PF pour la période 2017-2020.

Coordination, Suivi et Evaluation (C)

La mise en place d'une coordination effective et d'un système de suivi et d'évaluation pour l'adoption de ce nouveau plan national de PF est un élément clé, car il permet de tirer les leçons de l'expérience et de s'en servir pour améliorer les activités en cours et celles à venir. Le suivi régulier des activités peut contribuer à l'évaluation des programmes et à l'amélioration de la qualité des services et une meilleure utilisation des ressources financières, matérielles et humaines.

Deux organes seront chargés du plan national d'accélération de la PF (PNAPF) au Burkina Faso. Le premier est le comité technique (CT). Il a pour but de renforcer la collaboration entre les différents acteurs nationaux et internationaux qui interviennent dans le domaine de la PF, la santé de la reproduction (SR) et les réponses au VIH (15). À travers cela, le comité technique est chargé de veiller à la disponibilité des prestations des services de SR/PF pour la population. Le deuxième est le comité de pilotage (CP). Originellement créé pour assurer le suivi de la mise en œuvre du Plan de Sécurisation des Produits Contraceptifs (PSC) et renforcer les systèmes et l'engagement des législateurs sur la sécurisation contraceptive, le CP a maintenant un plus grand rôle et finalise les plans techniques et prend les décisions finales de validation, en collaboration avec le CT. Une des grandes réussites du CP est la mise en place de la ligne budgétaire produite de PF (15).

L'évaluation de la mise en œuvre du premier plan de relance de PF a mis en évidence des progrès mais aussi des insuffisances dans la coordination, le suivi et l'évaluation pour les activités de PF. Cela est dû à plusieurs facteurs notamment le manque de coordination entre les comités et le manque de supervisions et de suivi du plan. En effet, les outils de collecte de données ne sont pas harmonisés et les missions de suivi/supervision ne sont pas régulières. Ainsi, les données collectées sont souvent incomplètes ou de mauvaise qualité. Les efforts doivent donc être concentrés sur l'amélioration du cadre de coordination et de suivi et évaluation de la PF pour s'assurer que le PNAPF est mis en œuvre dans les meilleures conditions pour garantir des résultats optimaux.

Jeunesse

La population du Burkina Faso est caractérisée par sa jeunesse. En effet 58,3% de la population est âgée de moins de 19 ans et 67% de moins de 24 ans. Par ailleurs le taux de fécondité est très élevé dans cette catégorie de la population, avec 117 enfants pour 1.000 femmes pour la frange de 15-19 ans (6). En 2010, plus de 16% des jeunes femmes de 15-19 ans avaient déjà un enfant. De même, plus de 30% des jeunes femmes de 20-24 ans avaient déjà un enfant et 13% en avaient déjà trois (5). Cette même année, les décès maternels représentaient 18% de tous les décès des femmes de 15-49 ans. Pour les femmes de 15-19 ans, ce taux était de 21,4% et pour celles de 20-24 ans, ce taux est de 30,5% (6). Toutefois, le TPC pour les méthodes modernes des femmes âgées de 15-19 ans est de 6,6% pour et 5% pour celles âgées de 20-24 ans (6).

La réduction du nombre de grossesses chez les adolescentes est une donc une préoccupation majeure pour le gouvernement et les partenaires au développement. Plusieurs facteurs ont été identifiés pour expliquer cette situation du nombre élevé de grossesses chez cette tranche d'âge. Ceux-ci sont entre autres :

Premièrement la pauvreté, le faible taux de scolarisation des jeunes filles, des conseils parentaux inadéquats et un manque de connaissances sur les questions de santé sexuelle et reproductive chez les jeunes (8).

Deuxièmement, l'offre de services de PF est inadaptée aux jeunes. Le personnel soignant des centres ne sait pas comment les recevoir. On peut citer en exemple le manque de confidentialité et même parfois des jugements sévères de la part du personnel de santé. De plus, quand l'offre de service de PF ne fait pas défaut c'est l'inaccessibilité soit au géographique soit financier, surtout pour les adolescents et jeunes en situation de vulnérabilité (8).

Enfin, les jeunes sont souvent très peu impliqués dans l'élaboration des politiques, normes et protocoles de PF, y compris ceux qui les concernent directement. Cela aboutit à une prise en compte insuffisante des problèmes des jeunes dans les politiques et ainsi à des efforts moindres en leur direction. Par ailleurs, les orientations et interventions stratégiques à destination des jeunes sont souvent peu adaptées et ont donc un impact réduit (8). Les jeunes sont l'avenir du Burkina Faso et doivent donc être prioritaires pour leur bien-être et leur santé, car les efforts consentis actuellement dans la jeunesse auront une répercussion sur les générations futures.

II. PLAN NATIONAL D'ACCELERATION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

Le gouvernement du Burkina Faso a développé le PNAPF dans le but de définir clairement la vision du pays, les objectifs, les interventions, les intrants et présenter les estimations des coûts pour les atteindre. Ce plan détaille les objectifs stratégiques qui vont conduire les secteurs gouvernementaux (public), privé et de la société civile à accroître l'accès à la PF pour atteindre les objectifs nationaux, accroître le TPC et réduire les besoins non-satisfaits d'ici à fin 2020. Et de manière générale, accroître la connaissance et l'accès à la PF basé sur les droits.

Le PNAPF s'aligne sur des objectifs sanitaires plus larges et des axes stratégiques visant à améliorer l'accès aux informations, aux services et a une gamme variée et complète de méthodes contraceptives pour l'ensemble de la population, avec un accent mis sur les jeunes, fraction prédominante de la population au Burkina Faso. L'amélioration de la sécurisation des produits, le développement d'un système de suivi et d'évaluation performant, l'augmentation de l'offre et de la demande, et enfin l'environnement politique favorable et le financement adéquat soutenus par un excellent mécanisme de coordination sont indispensables pour une mise en œuvre effective de ce plan.

Le PNAPF spécifie les interventions et activités qui vont être mises en place. En outre, il détaille les besoins en ressources humaines et financières pour atteindre les objectifs nationaux de PF, et ce dans l'optique d'aider les femmes à réaliser leur droit à la santé, à l'éducation, à l'autonomisation, à l'émancipation et à la prise de décision personnelle quant au nombre et à l'espacement de leurs grossesses, et soutenir l'égalité des genres. Une PF plus large et volontaire réduit la mortalité et morbidité maternelles, réduit les grossesses involontaires chez les jeunes, améliore la santé infantile, facilite les avancées éducatives, réduit la pauvreté. Elle constitue un élément fondamental pour le développement économique de la nation.

1. Objectifs Opérationnels du PNAPF 2017-2020

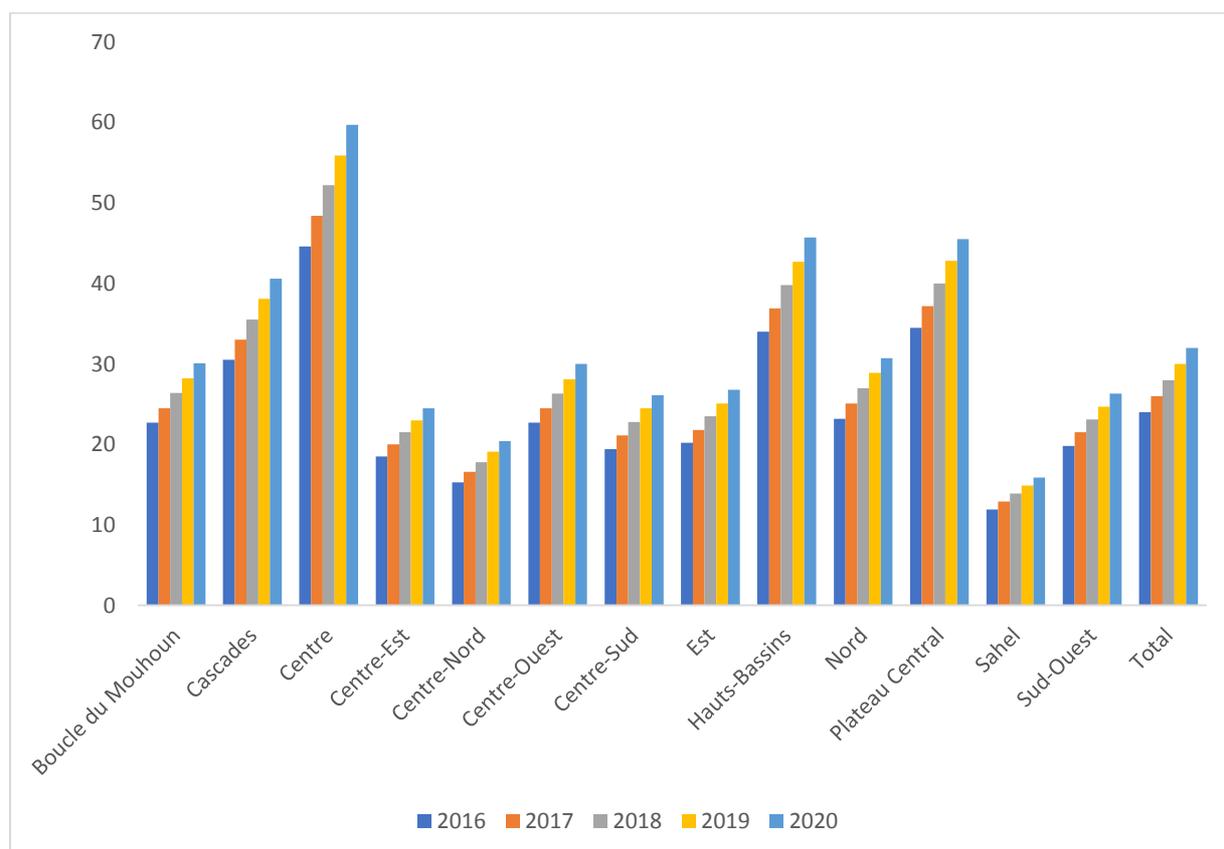
Objectif de Développement

- Promouvoir la santé des populations et accélérer la transition démographique.

Objectif du PNAPF 2017-2020

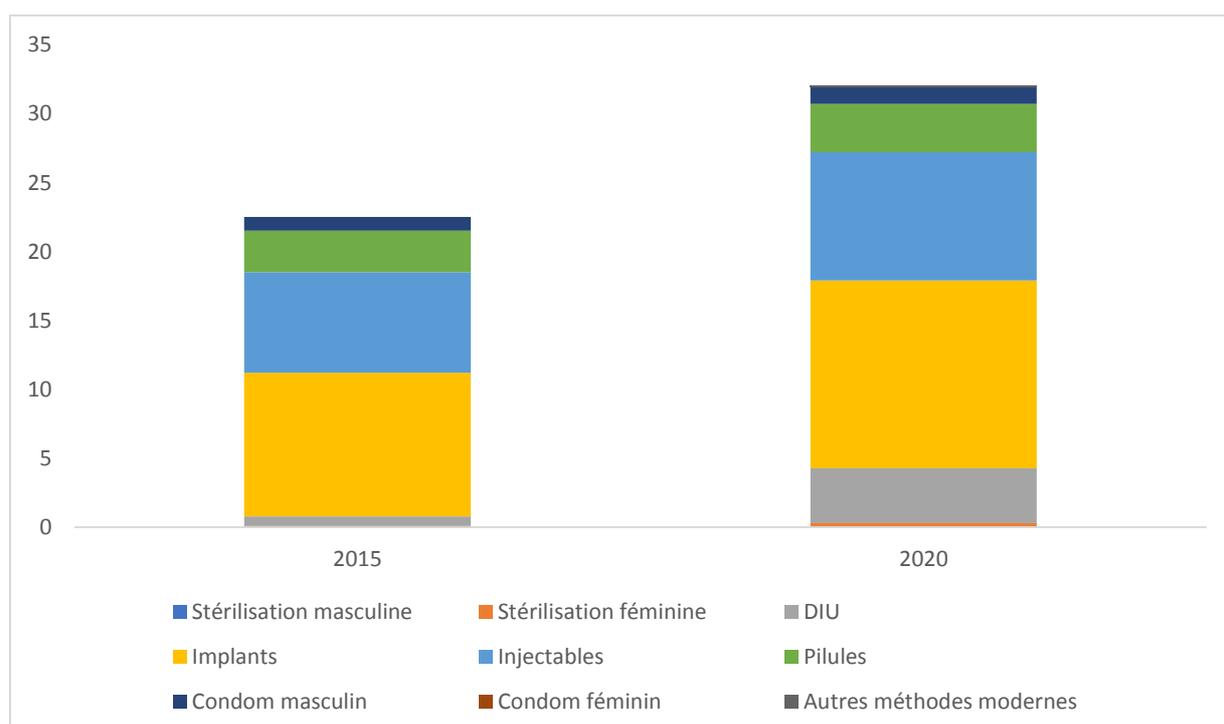
- Contribuer à l'amélioration de la santé des populations par l'accroissement du taux de la prévalence contraceptive moderne chez les femmes en union de 22,5% en 2015 à 32% en 2020.

Graphique 15 : Objectifs de TPC pour les femmes en union par région entre 2016 et 2020.



Source : Equipe opérationnelle, 2017.

Graphique 16 : Objectifs de TPCm par méthode contraceptive pour les femmes en union au Burkina Faso.



Source : EMDS, 2015, projections 2020.

Pour atteindre le scénario de TPC désiré, le nombre d'utilisatrices de PF au Burkina Faso doit augmenter de 959.488 en 2017 à 1.307.651 d'ici à 2020. Pour atteindre ce rythme de croissance, le taux de progression du TPC des méthodes modernes doit être de 2% par an entre 2017 et 2020 (8).

2. Axes Stratégiques

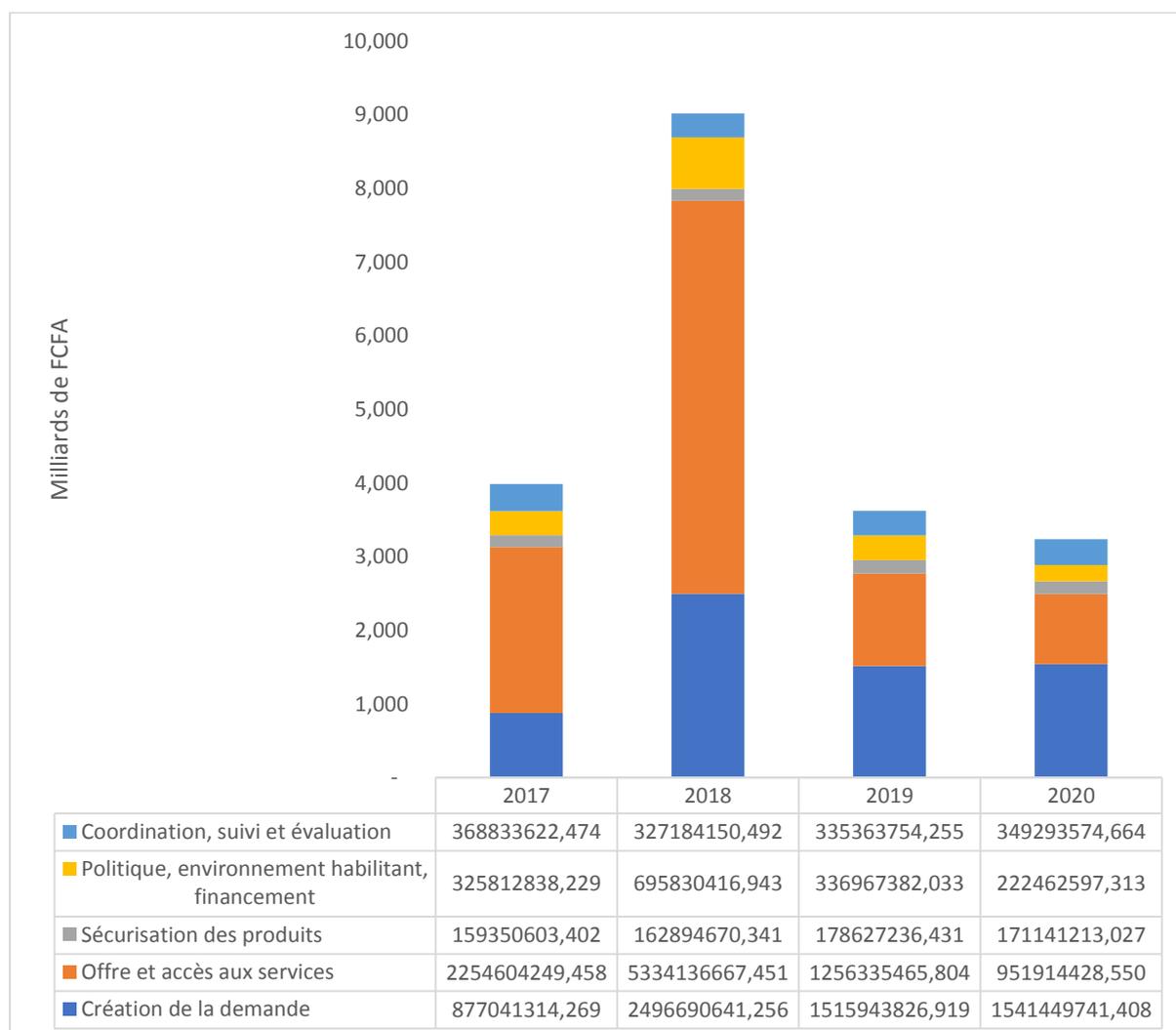
Le Burkina Faso a organisé ses stratégies à travers cinq axes. Chaque axe est détaillé en actions prioritaires, activités, indicateurs de résultat et un calendrier (se référer à l'annexe A. Le Canevas des Activités). Une majorité des résultats stratégiques listés dans le canevas présente les priorités stratégiques.

Le coût total pour la mise en place du PNAPF est de 28,58 milliards de FCFA. Ce coût est reparti de la façon suivante :

- 8,71 milliards de FCFA, ou 30,50% du coût total est en commodités, incluant l'achat des contraceptifs et consommables ;
- 22,51% du coût total est en création de la demande ;
- 34,28% en offre de services ;
- 2,35% en sécurisation des produits ;
- 5,53% en politique et environnement habilitant et financement ;
- Et enfin 4,83% en coordination, suivi et évaluation (graphique 17).

Par ailleurs, 28,4% soit 8.116.720.000 de francs CFA du budget du plan est consacré aux jeunes et adolescents.

Graphique 17 : Coûts par axe stratégique et coûts des contraceptifs en FCFA.



3. Objectifs Stratégiques

Les objectifs stratégiques du PNAPF 2017-2020 s’appliquent aux domaines d’interventions clés pour lesquels l’allocation des ressources financières et le suivi de la performance vont être mis en place à travers les axes stratégiques. Les objectifs orientent les interventions qui doivent être faites pour atteindre les cibles du pays. Ils assurent que les ressources qui sont limitées sont allouées aux domaines qui ont le potentiel le plus élevé pour accroître le TPC au Burkina Faso. Dans le cas d’un écart de financement entre les ressources nécessaires et disponibles, les activités qui suivent les objectifs prioritaires doivent pouvoir garantir l’impact et le progrès le plus important. Les objectifs prioritaires permettent au gouvernement de focaliser les ressources et les investissements en temps sur la coordination et le leadership pour l’exécution du PNAPF 2017-2020. Néanmoins, toutes les composantes nécessaires pour un programme de PF complet ont été détaillées avec leurs activités et coûts.

Objectifs stratégiques

- **Objectifs 1** : Accroître la demande d'informations et de services de PF auprès des femmes et surtout des jeunes, en améliorant l'environnement favorable à la PF grâce à un engagement fort de l'ensemble des acteurs sociaux du Burkina Faso.
- **Objectif 2** : Garantir la couverture en offre de services de PF et l'accès aux services de qualité en renforçant la capacité des prestataires publics, privés et communautaires et en ciblant les jeunes ruraux et les zones enclavées avec l'élargissement de la gamme des méthodes y compris la mise à l'échelle des MLDA et PFPP, l'amélioration de la prestation aux jeunes.
- **Objectifs 3** : Assurer la sécurisation des produits contraceptifs en tout temps à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et leur disponibilité par le renforcement des capacités en quantification, en planification, gestion de la chaîne d'approvisionnement et de la logistique de PF à tous les niveaux.
- **Objectif 4** : Garantir un environnement favorable pour la PF à travers
 - Le renforcement des activités de plaidoyer auprès des décideurs (Président du Faso, Premier Ministre, Institutions nationales, ministère de la santé et ministères connexes), et des leaders administratifs, traditionnels, religieux et les élus.
 - La dissémination et la mise en œuvre des documents politiques, normes et protocoles de PF.
 - Et enfin le renforcement et la pérennisation du financement de la PF au Burkina Faso.
- **Objectif 5** : Renforcer le cadre de coordination des acteurs de la PF à tous les niveaux et améliorer le suivi et évaluation en renforçant le système de collecte et de traitement des données.

4. Détails des Axes Stratégiques

Les activités du PNAPF 2017-2020 sont structurées autour de cinq axes stratégiques d'un programme de PF :

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

Les priorités sont adressées à travers différentes activités contenues dans les cinq axes stratégiques.

Création de la demande

Justification

La demande et l'utilisation des services de PF peuvent être accrues par l'amélioration des connaissances et la sensibilisation en faveur de la PF qui feront reculer les mythes et les idées fausses relatives à la PF. Cela va se faire à travers des campagnes publicitaires, les activités de mobilisation communautaire et la communication interpersonnelle. La dissémination d'informations sur la PF par rapport aux méthodes, à leur disponibilité et aussi l'encouragement à leur utilisation va augmenter les connaissances des acteurs sociaux sur la PF et ainsi accroître la demande. Cela va produire un environnement solidaire qui va contribuer à réduire les barrières sociales, culturelles et religieuses et mobiliser le soutien des communautés.

Stratégie

Le faible nombre d'adultes et de jeunes qui sont sensibilisés sur la PF, notamment dans les zones enclavées suggère qu'il faut accroître le nombre de campagnes d'informations pour la PF dans le but de promouvoir un accès plus large à l'utilisation de la contraception pour tous. L'objectif pour le Burkina Faso est d'augmenter le pourcentage des femmes en union de 15 -49 ans qui ont entendu parler de la PF de 61,5% à 80% de 2017 à 2020. Au-delà du nombre de messages de PF, il faut aussi améliorer la qualité de ces messages (notamment les traduire dans les différentes langues par exemple) pour toucher le plus de monde. Car il est crucial que des acteurs tels que les hommes par exemple, qui ne sont pas nécessairement les bénéficiaires directs des services de PF, aient les connaissances adéquates pour pouvoir soutenir positivement les femmes. C'est dans ce but que des stratégies propres aux hommes, telles que « l'école des maris » et l'engagement constructif vont être mises en place.

Les activités à haut impact de génération de la demande vont permettre de réduire le manque de connaissances sur la PF et combler les écarts liés à la perception socio-culturelle et religieuse qui affectent l'acceptation et l'utilisation de la PF. Ces campagnes d'informations seront faites à l'aide de technologies innovantes et de multiples moyens de communication dans le but d'atteindre un maximum de personnes.

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

Des efforts particuliers de création de la demande vont également être faits en direction des jeunes. Pour répondre à leurs besoins, des campagnes d'informations spécifiques vont être créées, tout en insistant sur les dangers des grossesses précoces et sur les bénéfices de la contraception. Pour cela, l'éducation sexuelle complète va être intégrée dans les curricula de formation et l'utilisation des TIC va être accrue, pour toucher tous les jeunes. En effet, selon la Politique Nationale de Développement de l'Economie Numérique, 71,5% des plus de 15 ans possèdent un téléphone portable, et 82% en utilisent un (propre ou non) (19). Il y aura une segmentation des messages à l'endroit des adolescents et jeunes par âge, par lieu de résidence et activités socio-professionnelles afin d'adapter les informations et les services à leurs besoins. Les jeunes en situation de vulnérabilité et de handicap seront pris en compte.

Actions prioritaires

CD1.1. Organisation semestrielle de la SNPF. Le Burkina Faso organise chaque année des semaines spéciales de PF. La SNPF se révèle être une excellente stratégie de promotion de la PF à travers le plaidoyer auprès des autorités politiques et administratives, les leaders coutumiers, religieux et communautaires à tous les niveaux, la mobilisation sociale et l'intensification de l'offre des services de PF au profit des populations, surtout celles vivant en milieu rural. Elle a contribué à réaliser 34,2% des résultats du plan de relance de la PF (113 529/332 000) de 2013 à 2015. Elle a été une opportunité pour une définition harmonisée du concept de « *nouvelles utilisatrices de PF* ». Les résultats par méthode pour toutes les utilisatrices (nouvelles et anciennes) montrent une préférence pour les injectables et les implants, quelle que soit l'année (08 femmes/10). La SNPF est une stratégie à haut potentiel et un bon rapport coût/efficacité (en moyenne 2,7 USD par nouvelle cliente au Burkina Faso) (8). Cette semaine était organisée une seule fois par an et depuis 2016, la SNPF est à deux éditions. À cette occasion, tous les districts sanitaires reçoivent des produits contraceptifs et consommables afin d'offrir gratuitement des services et produits de PF aux populations.

CD1.2. Organisation de campagnes nationales mass-médias sur la PF de 2017 à 2020. Pour organiser les campagnes nationales de sensibilisation adaptées aux différentes cibles, il faudra contractualiser avec les médias afin de diffuser des messages en faveur de la PF à la population particulièrement en direction des femmes.

CD1.3. Utilisation de la plateforme des grands événements nationaux (Journée du paysan, FESPACO, SIAO, SNC, Tour du Faso, Journée internationale de la femme...) pour la promotion de la SR/PF. Les grands événements sportifs sont un bon moyen d'atteindre les jeunes et les adolescents avec les messages de PF de par l'attrait que ces événements constituent. Ces grands événements nationaux sont également un moyen idéal d'atteindre

les femmes, là où elles se trouvent. Cela permet d'apporter l'information sur la PF directement aux femmes.

CD2.1. Sensibilisation des adolescents et jeunes sur la SSR. Il s'agit de mener des stratégies et activités pour mieux intégrer les spécificités des adolescents et des jeunes à travers des stratégies de communication et des messages mieux adaptés à leurs besoins en matière de SSR/PF notamment en milieu scolaire en collaboration avec les ministères en charge de l'éducation et de la jeunesse et d'autre part avec les associations culturelles et sportives de jeunes du secteur informel et du milieu rural sur les questions de SSR.

CD2.2. Utilisation des TIC, de la plateforme des Etats généraux de la jeunesse et les grands évènements culturels et sportifs impliquant les jeunes (USSUBF, Faso Academy, Emission cocktail...) pour la promotion de la PF. Il s'agit de cibler des jeunes des milieux scolaires et extrascolaires à travers des activités de sensibilisation diffusées par des moyens de communication adaptés, à savoir les technologies de l'information et de la communication (TIC), mais aussi à travers les évènements que les jeunes ont l'habitude de fréquenter tels que les grands évènements sportifs. Des supports de communication axés sur les jeunes seront élaborés et diffusés en faveur de la contraception.

CD3.1. Production de messages clés en segmentant les femmes par catégorie socio-professionnelle et lieu de résidence. Bien que le niveau de connaissance sur la PF soit élevé au Burkina Faso, on relève une persistance des idées erronées particulièrement pour les méthodes de longue durée. Il est alors nécessaire de renforcer la qualité de l'information à travers une exposition prolongée et répétée aux messages de PF en direction de l'ensemble des femmes, quel que soit leur catégorie socio-professionnelle ou leur lieu de résidence. Mais il faut surtout tenir compte de la spécificité de chaque groupe d'âge de femmes ou du lieu de résidence des cibles pour élaborer des messages bien adaptés à leur contexte et environnement. La diffusion de ces messages à travers des canaux appropriés va permettre de toucher le maximum et donner une chance à la bonne assimilation de ces messages. Cela permettra de produire des effets bénéfiques sur les différentes catégories de femmes afin de promouvoir la PF.

CD3.2. Promotion de la PF à travers la CIP avec les prestataires, les ASBC et les associations/groupements au niveau communautaire. Dans le but de garantir une PF solidaire qui inclut l'intégralité des femmes y compris le niveau communautaire, la promotion de la PF doit être faite par des acteurs communautaires. Les capacités techniques du personnel communautaire (ASBC, association, etc.) vont être renforcées à tous les niveaux en matière de leadership et ces acteurs vont être dotés et financés en conséquence. Les TIC vont également être utilisés pour cette sensibilisation. Cette démarche positive permettra d'accroître la demande totale pour la PF.

CD4.1. Amélioration de la qualité de l'information sur la contraception adressée aux adolescents et aux jeunes. Apporter des informations de qualité spécifiques aux adolescents et jeunes pourrait aider ces derniers à mieux accepter la contraception moderne. Ainsi avec les jeunes, il sera nécessaire de définir une stratégie efficace afin d'élaborer des messages adaptés pour eux.

CD4.2. Sensibilisation des adolescents et jeunes avec les messages ciblés. Il s'agit de mieux intégrer les spécificités des jeunes et adolescents à travers des stratégies de communication et des messages de sensibilisation mieux ciblés et adaptés à leurs besoins en matière de SSR/PF.

CD5.1. Ajout des modules sur l'éducation sexuelle complète dans les curricula d'enseignement. L'intensification de l'enseignement de la SSR/PF dans les écoles de base doit être faite à travers la mise à jour des modules de formation des enseignants et la révision des curricula destinés aux élèves. Les enseignants expérimentés seront formés pour être des formateurs. Ces groupes de formateurs animeront des sessions de formation des enseignants en plusieurs sessions par année. Les enseignants formés travailleront avec les élèves sur des questions de la SSR/PF en utilisant les modules révisés. Des dépliants comportant les messages essentiels seront élaborés pour les élèves.

CD5.2. Renforcement de capacités des éducateurs et des élèves sur l'éducation sexuelle complète. Dans le but de maximiser l'impact des curricula d'ESC sur les jeunes, les capacités des acteurs qui les enseignent doivent être renforcées et optimisées.

CD5.3. Mise en place d'une approche d'Education Sexuelle Complète (ESC) pour les jeunes non/déscolarisés (en situation de vulnérabilité). En prenant en compte les résultats du diagnostic, il s'agit de mieux intégrer les questions de SSR et autres spécificités des adolescent(e)s et des jeunes à travers les enseignements formel et non formel.

CD6.1. Mise en œuvre d'une stratégie d'implication des hommes pour la promotion de la PF. Les hommes sont des décideurs clés, mais des études et des entretiens révèlent qu'ils ont peu d'intérêt pour la PF ou qu'ils s'y opposent. Dans certaines localités, l'environnement socioculturel influence leur comportement et favorise les attitudes pro-natalistes. Cependant, certains pays ayant presque les mêmes croyances ont organisé avec succès les hommes à devenir des champions de la PF à travers l'expérience de l'école des maris et futurs époux. L'expérience de « l'école des maris » a montré une évolution des attitudes chez les hommes. Cette évolution permet de faire une rupture par rapport aux rumeurs, aux aprioris et aux besoins d'information non satisfaits. Avec les sensibilisations, les hommes ont compris que la PF a beaucoup d'avantages. L'évolution des attitudes chez les hommes a influencé leur comportement. Beaucoup d'entre eux se sont engagés à soutenir l'utilisation des services de SR par leurs femmes. Cette stratégie responsabilise mieux la communauté

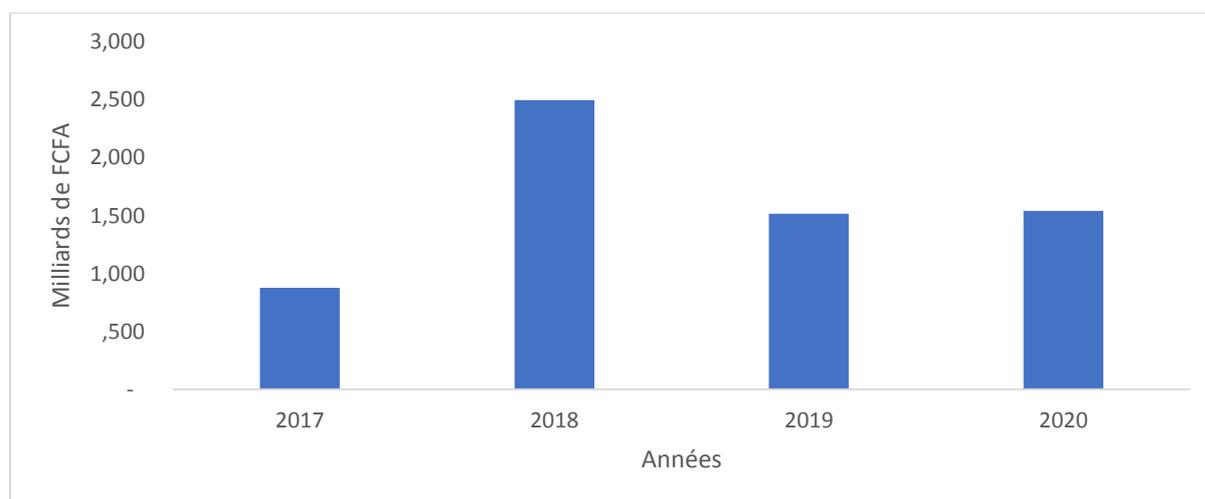
dans la résolution des problèmes liés à la SR. L'approche « maris modèles » quant à elle fait référence aux époux qui accompagnent leurs épouses aux services de santé, les soutiennent pour l'auto-prise en charge pendant la période périnatale, sensibilisent d'autres époux et recherchent des solutions pour l'accès aux soins. L'évaluation interne a montré une évolution du taux d'utilisation des méthodes contraceptives de 31,85% en 2011 à 52,53% en 2015 dans le CSPS de Moaga dans le district sanitaire de Tenkodogo (8). Mais ces expériences sont parcellaires à travers le pays. Il est donc important d'élaborer une seule stratégie harmonisée pour le pays, intégrant les valeurs ajoutées des différentes approches d'implication des hommes puis la mettre en œuvre dans certaines régions et ensuite de faire son extension progressive, mais de façon plus rapide sur tout le pays.

CD6.2. Implication des leaders religieux et coutumiers dans la mobilisation des populations et en particulier des hommes en faveur de la PF. Etant donné que les leaders religieux, les chefs de villages et notables constituent des décideurs et leaders d'opinion influents capables d'appuyer les efforts de promotion de la PF, il y a lieu de conduire en leur direction un plaidoyer soutenu en vue d'accroître leur engagement en faveur de la PF et les mettre à contribution dans la mobilisation des communautés.

Résumé des coûts

Le graphique 18 montre, l'évolution des coûts de mise en œuvre des activités de création de la demande. Le coût total estimé est de 4,43 milliards de FCFA, de 2017 à 2020.

Graphique 18 : Coûts de la création de la demande, en milliards de FCFA.



Offre et accès aux services

Justification

Les problèmes persistants en termes d'offre de PF concernent surtout le matériel qui est souvent indisponible ou incomplet, des médicaments et consommables qui sont en rupture de stock et le personnel médical et paramédical qui est souvent insuffisant, mal formé ou supervisé. Ceux-ci ont un impact sur la disponibilité et la qualité des soins. Il est donc primordial de renforcer le système d'offre de soins pour que la population burkinabè puisse avoir un accès continu à des soins de qualité, par du personnel disponible, qualifié et motivé.

Stratégie

L'accès à la PF est basé sur les droits. Les femmes, les jeunes et les adolescent(e)s peuvent si elles/ils le désirent accéder à des services et des commodités de PF, et ce quand elles/ils le désirent. Pour cela, des stratégies vont être mises en place en vue de remédier aux problèmes qui impactent la qualité et la disponibilité de l'offre de services de PF, mais aussi la capacité que les femmes, les hommes, les adolescents et les jeunes ont à accéder à ces services.

Le droit de tous les groupes de recevoir des services équitables de PF va être renforcé dans la programmation. Les services en stratégies mobiles et avancées, l'intégration des services de PF dans d'autres services sanitaires ou encore la délégation des tâches vont être renforcés, pour offrir des services de PF aux populations vivant dans des zones enclavées. Par ailleurs, la remise à niveau des FS avec la présence de plateaux techniques adéquats en SR/PF va également permettre une meilleure offre de services de PF pour tous y compris dans les zones enclavées ; réduisant ainsi les barrières géographiques pour l'accès à la PF.

Aussi, des efforts programmatiques vont être faits pour que la PF soit rendue financièrement accessible à tous. Enfin, pour accroître l'accès des jeunes à la PF, les stratégies de communication en direction des jeunes scolarisés et non-scolarisés vont être renforcées et intégrées dans d'autres activités telles que la prévention du VIH. Une utilisation accrue des TIC sera aussi faite pour être plus proche des jeunes. Ils auront également accès à un plus grand nombre de services adaptés aux jeunes dans des structures sanitaires avec un personnel formé à cet effet, réduisant ainsi la stigmatisation et la discrimination auxquels les jeunes font face dans certains centres.

Actions prioritaires

OA1.1. Organisation annuelle d'une campagne « zéro grossesse » en milieu scolaire de 2017 à 2020. Tous les adolescents et jeunes peuvent faire des choix et prendre des décisions informées en ce qui concerne leur santé sexuelle et reproductive. Mais les problèmes de grossesses non désirées minent encore le secteur de l'éducation au Burkina Faso. Une grande campagne de sensibilisation impliquant une autorité de haut rang et

champions pour la PF comme la Première Dame ou l'Ambassadrice de la PF du pays, est susceptible de les aider à appréhender l'importance de la SSR/PF et les encourager à adopter des attitudes favorables dans le domaine. Il faut noter que cette campagne « zéro grossesse » sera aussi orientée vers les jeunes filles non scolarisées aussi bien, en milieu urbain que rural et celle en situation de vulnérabilité, quand on sait que la problématique des grossesses non désirées s'y pose également.

OA2.1. Amélioration de l'accès des adolescents et jeunes y compris ceux en situation de vulnérabilité à la contraception. Trois facteurs sont principalement responsables de l'accès difficile des jeunes et adolescents à la PF, la distance jusqu'aux PPS de PF, les insuffisances dans la qualité des services et le coût des services et produits contraceptifs. Une contractualisation va être réalisée avec les ONG de proximité, pour pallier aux difficultés d'accès géographique. Les PPS de PF vont être dotés en fournitures médicales et en produits contraceptifs pour assurer une offre de PF qualité. Enfin, le plaidoyer sera fait pour viser la gratuité des produits contraceptifs pour les adolescents et jeunes.

OA2.2. Renforcement des capacités des centres de santé scolaires. Renforcer les capacités des acteurs des centres de santé scolaires dans le domaine de l'offre des services de PF adaptés aux adolescents et jeunes permettra de lever l'obstacle que constitue l'attitude inappropriée de certains prestataires face aux adolescents et jeunes qui se présentent dans les centres de santé pour adopter les méthodes de PF. Elle sera réalisée à travers la formation, l'aménagement des structures de soins, la supervision et le suivi des prestations.

OA3.1. Renforcement des capacités des points de prestations offrant des services de contraception destinés aux jeunes et adolescents. Renforcer les capacités des prestataires des PPS dans le domaine de l'offre des services de PF adaptés aux adolescents et jeunes permettra d'accroître l'utilisation des services de PF/contraception des adolescents dans les PPS car ceux-ci seront mieux adaptés à leurs besoins spécifiques. Elle sera réalisée à travers la formation, l'aménagement des structures de soins, la supervision et le suivi des prestations.

OA4.1. Renforcement des plateaux techniques des formations sanitaires périphériques pour l'offre des méthodes contraceptives de LDA. Il faut une augmentation du nombre de prestataires formés pour fournir une gamme complète de méthodes contraceptives, y compris des méthodes de LDA. Il est à noter que l'utilisation du DIU et surtout des implants doit augmenter et il faut un plus grand nombre de prestataires compétents. Les analyses relèvent aussi des insuffisances au niveau des équipements sanitaires des FS, or ceux-ci sont indispensables à une offre des prestations de services de qualité alors que beaucoup de centres de santé excentrés manquent de personnel et de matériel médical pour les méthodes de longue durée d'action (MLDA). Il faut donc nécessaire de les renforcer.

OA4.2. Mise en place d'un label qualité de services de SR/PF. Un document complet définissant un label pour garantir la qualité des services de PF au Burkina Faso va être développé pour permettre de récompenser les meilleures formations sanitaires du pays en matière de SR/PF.

OA4.3. Renforcement des compétences des prestataires lors de la formation de base et en cours d'emploi. Renforcer l'enseignement de la PF dans toutes les écoles de santé (les sous-secteurs public et privé) ainsi que dans les facultés de médecine à travers la formation des enseignants et la fourniture du matériel pédagogique adéquat pour le stage pratique.

OA5.1. Organisation de l'offre de PF en stratégies avancées dans les DS/OA5.2. Organisation de l'offre de PF en stratégies mobiles avec l'appui des ONG. Les populations en zones enclavées ont un accès plus limité à la contraception que les populations urbaines, notamment à cause de difficultés d'accès géographique. Les stratégies mobiles menées par Marie Stoppe International (MSI) et l'Association burkinabè pour le bien-être familial (ABBEF) ont permis de toucher entre 2013 et 2015, 67 028 nouvelles utilisatrices. Ce qui représente 20% de l'objectif du PNR/PF 2013-2015 (8). Il s'agit donc d'intensifier les stratégies mobiles et avancées dans les différents districts sanitaires du pays, en réalisant d'une part, davantage des sorties en stratégie mobile par les équipes des ONG et des DRS et d'autre part des sorties en stratégie avancée par les districts sanitaires, pour atteindre ces femmes des zones enclavées.

OA5.3. Extension de la délégation des tâches dans les FS aux Infirmiers Brevetés et aux APL. Les résultats de l'étude-pilote sur la délégation des tâches en cours dans deux districts du pays, et qui concerne aussi bien des catégories d'agents exerçant dans les centres de santé que les ASBC, devraient à court terme permettre un passage accéléré à grande échelle de cette délégation des tâches (comme indiqué dans l'engagement pris par le gouvernement burkinabè au cours du Sommet de Londres de 2017) (23). La mise à jour des documents de référence que sont les Politiques, Normes et Protocoles (PNP) en SR tenant compte de l'autorisation accordée aux autres catégories de prestataires et ASBC, sera également nécessaires. Ainsi la mise en œuvre à grande échelle de la délégation des tâches se fera dans un cadre réglementaire approprié et constituera une grande étape vers l'accès universel à la PF et contribuera à l'atteinte des objectifs fixés dans ce plan.

OA5.4. Extension de la distribution à base communautaire de l'injectable en sous cutané et de l'auto-injection dans 10 DS par an. La DBC est essentielle pour contribuer de manière significative à réduire les besoins non satisfaits en PF puisque les prestations sont créées et gérées par et pour les communautés. Il s'agit donc de renforcer les compétences des agents de santé communautaire, et les doter en contraceptifs et du matériel approprié pour la mise en œuvre de la DBC à l'échelle du pays.

OA5.5. Intégration de la PF dans les autres prestations de santé. Le paquet d'activités des structures sanitaires prennent en compte normalement la PF. Mais en pratique cette intégration n'est pas souvent réalisée favorisant ainsi des occasions manquées à la PF pour certaines telles que les femmes ayant accouché ou avorté récemment. La mise en œuvre du PNAPF va rendre effective cette intégration et combler ainsi les gaps des occasions manquées. Toute femme pourra bénéficier de conseils counseling de PF à travers les autres services de santé (nutrition, paludisme, VIH, etc.).

OA5.6. Organisation de l'offre des services de PF lors des deux SNPF. Dans le but de mener à bien les deux semaines nationales de PF par an, et ainsi garantir un niveau optimal de sensibilisation et de services, il faut organiser l'offre de PF et assurer la disponibilité des produits contraceptifs en quantité suffisante au cours de ces événements.

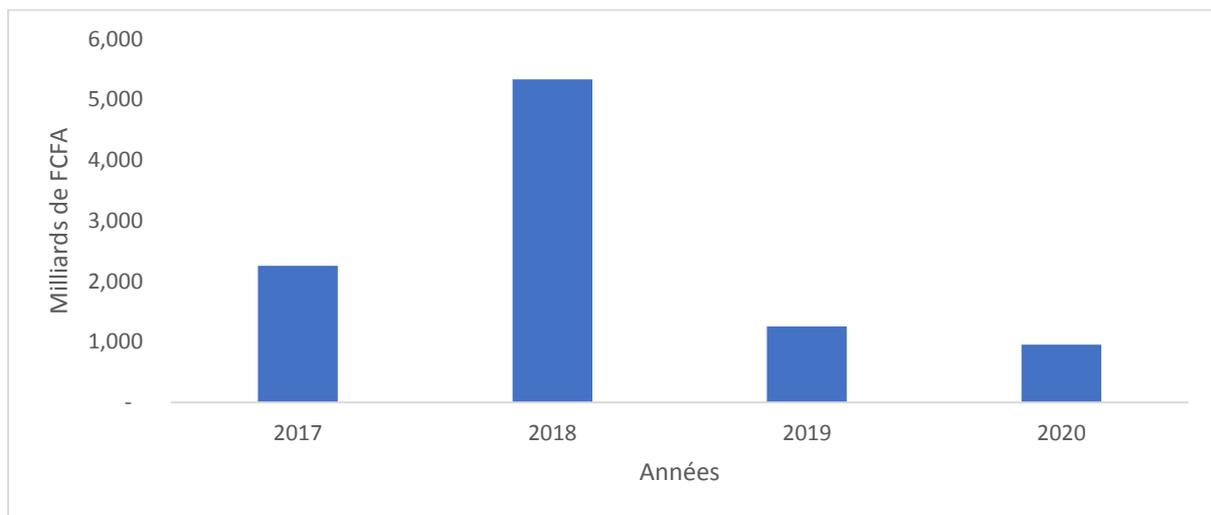
OA6.1. Organisation de l'offre de services dans des cliniques mobiles en collaboration avec des ONG. Pour renforcer l'offre de service aux populations mal desservies, il sera mis en place en plus des cliniques mobiles des ONG, deux autres cliniques mobiles à Ouagadougou et à Bobo-Dioulasso directement gérées par les DRS. Ces cliniques supplémentaires effectueront des sorties de prestations trimestrielles de PF dans les quartiers périurbains de ces deux villes. Cela va permettre d'atteindre davantage les femmes en situation de vulnérabilité qui ont un accès difficile aux centres de PF.

OA6.2. Extension des journées spéciales d'offre de services PF dans les centres santé péri-urbains. En milieu périurbain, il y a des quartiers dans lesquels les populations n'ont toujours pas accès aux services de santé. Pour permettre à ces communautés d'avoir accès aux services de PF, des journées spéciales seront organisées pour sensibiliser et offrir gratuitement les méthodes contraceptives dans les centres de santé. Cette activité sera mise à échelle dans 4 grandes agglomérations.

Résumé des coûts

Comme le graphique 19 le montre, le coût total des activités d'offre et d'accès aux services de PF est estimé à 9,80 milliards de FCFA, entre 2017 et 2020.

Graphique 19 : Coûts de l'offre et accès aux services de PF en milliards de FCFA.



Sécurisation des produits

Justification

Le maintien d'un système d'approvisionnement des produits contraceptifs qui soit robuste et fiable pour répondre aux besoins des clients, prévenir les ruptures de stock, et veiller à la sécurité contraceptive est essentiel à la réalisation des objectifs de PF du Burkina Faso. Il est essentiel de veiller à ce que les contraceptifs soient adéquats et disponibles pour répondre aux besoins et aux choix des utilisatrices de PF. La disponibilité d'une gamme variée de méthodes de PF complète permet de répondre aux besoins et aux choix des utilisatrices tout au long de leur vie reproductive. Ce qui contribue non seulement à garantir aussi leur capacité à exercer pleinement leurs droits en matière de reproduction mais aussi à augmenter le TPCm.

Stratégie

Cet axe stratégique vise à garantir une offre durable de contraceptifs et autres consommables de PF de qualité. L'objectif est de garantir que les commodités et consommables de PF sont adéquats et disponibles pour répondre à la demande et aux choix des utilisatrices de PF. Pour cela, il est impératif que le système permette de limiter au maximum les ruptures de stock. Aussi, les magasins de stockages des intrants et produits de PF vont être réhabilités et mis aux normes dans le but de renforcer les capacités, y compris au niveau communautaire. Une remise à niveau des stocks est aussi nécessaire. Par ailleurs, la gestion des données de consommation et de la disponibilité des produits contraceptifs dans les structures sanitaires publiques, privées et des ONG/associations va être renforcée, grâce à une analyse des suivis plus régulière, à l'amélioration des outils de gestion et à la formation accrue du personnel sur ces outils.

Actions prioritaires

SP1.1. Remise à niveau des stocks. Il faut assurer la disponibilité des produits contraceptifs dans tous les départements, zones sanitaires, formations sanitaires et autres points d'accès. Pour y parvenir, il y a lieu de fournir les moyens de transport et d'entreposage nécessaires pour garantir l'offre permanente des méthodes contraceptives à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, tout en évitant les ruptures et excédents de stock.

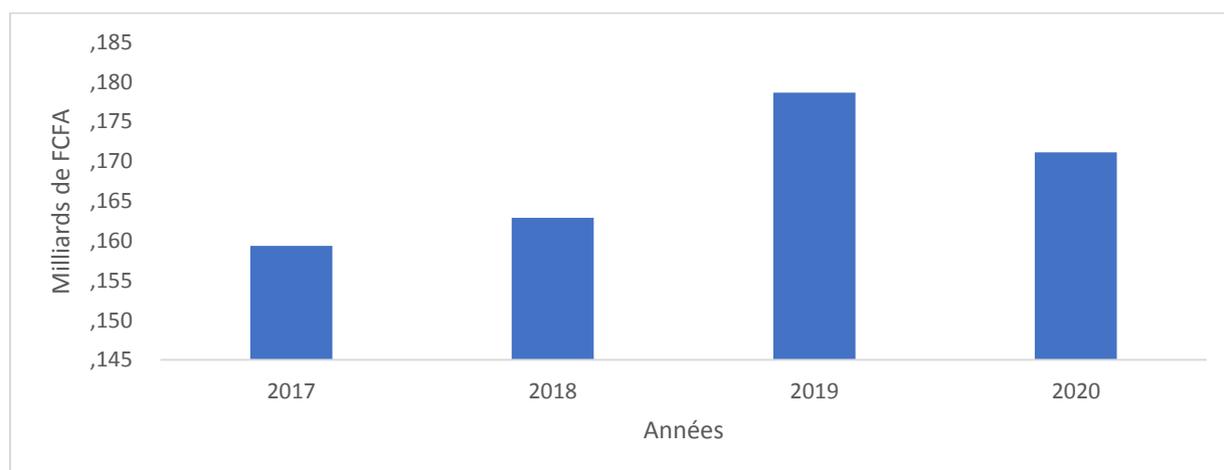
SP1.2. Renforcement de la gestion des données de consommation et de la disponibilité des produits contraceptifs des structures sanitaires publiques, privées et des ONG/Associations. Pour remédier aux problèmes d'insuffisance dans le système d'information en gestion logistique contraceptive et assurer la sécurisation des produits contraceptifs en garantissant leur disponibilité surtout aux points d'accès, il faudra l'utilisation harmonisée et

généralisée d'un circuit unique de gestion. Il sera donc nécessaire de renforcer les capacités des acteurs en gestion logistique des produits contraceptifs à travers les formations et les supervisions au niveau des districts sanitaires et des points de prestation afin qu'ils puissent contribuer pleinement à la sécurisation des produits contraceptifs. Il s'agira de former les gestionnaires de dépôts répartiteurs en gestion logistique et les personnes des ONG/Association.

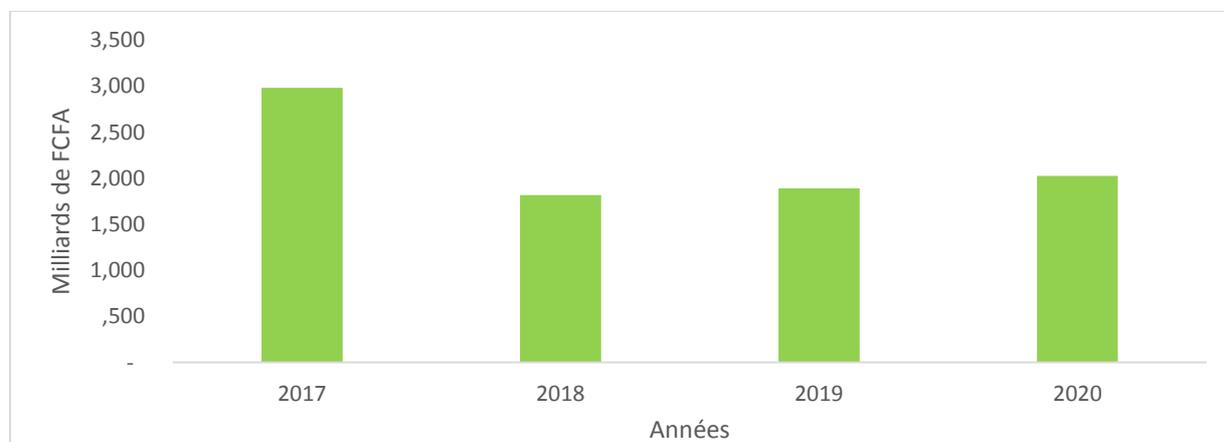
Résumé des coûts

Comme le graphique 20 l'indique, le coût total pour la programmation de la sécurisation des produits est estimé à 672 millions de FCFA, entre 2017 et 2020. Le graphique 21 montre que le total des coûts pour les commodités de PF et consommables directs sera de 8,71 milliards de FCFA, entre 2017 et 2020. Le graphique 22 montre la combinaison des méthodes pour atteindre les objectifs spécifiques de TPC ; la table 2 montre le nombre total de toutes les utilisatrices de contraception par méthodes.

Graphique 20 : Coût du programme de sécurisation des contraceptifs, en milliards de FCFA.



Graphique 21 : Coût des contraceptifs et des consommables directs de PF, en milliards de FCFA.



5. Suppositions de la Combinaison des Méthodes

Graphique 22 : Base 2015 et projection de la combinaison des méthodes, 2017-2020, femmes en union pour atteindre la cible de TPCm de 32 %.

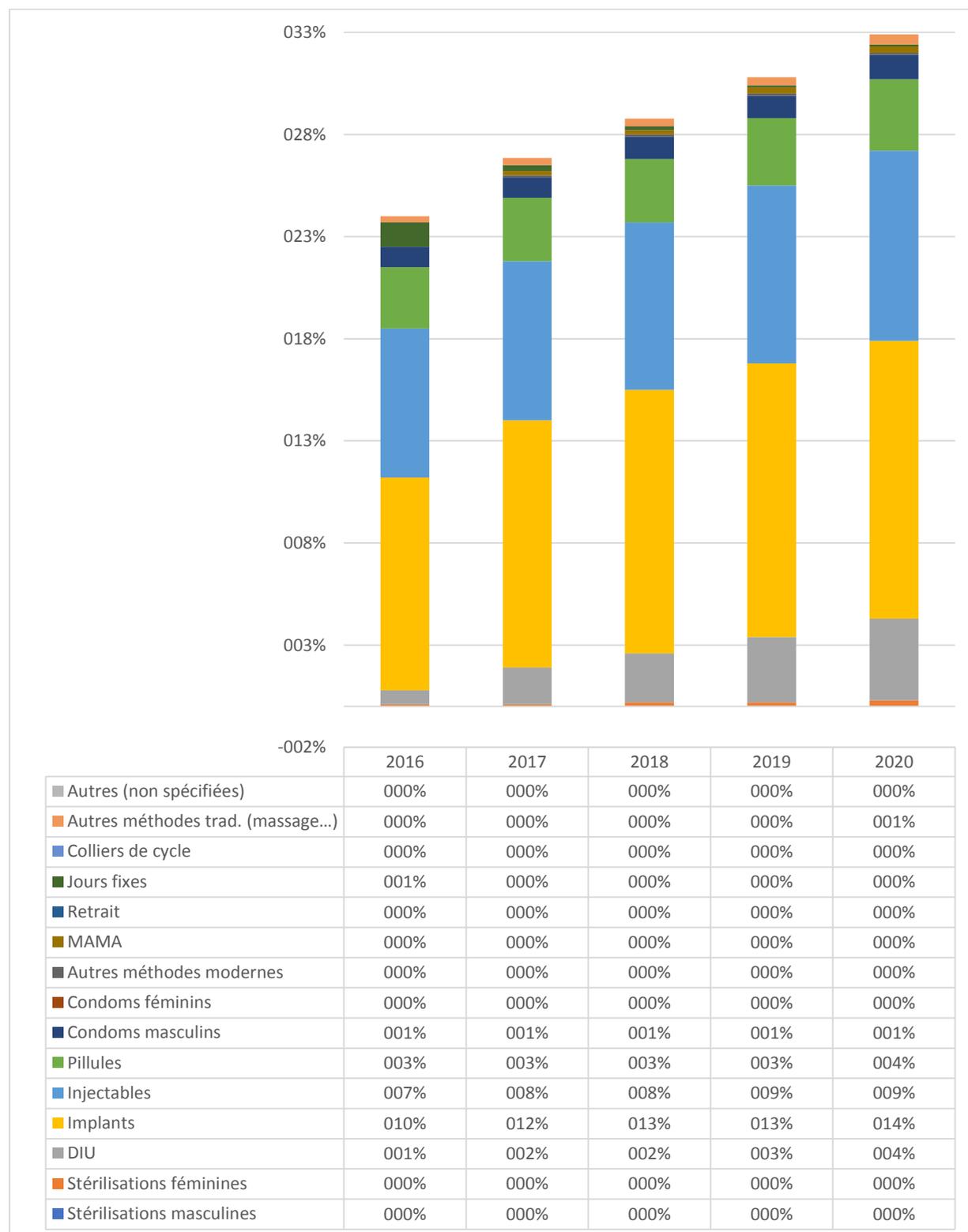


Table 2 : Estimation des effectifs de femmes en union utilisatrices de la contraception moderne à cibler par région de 2017 à 2020.

Régions	2017	2018	2019	2020
Boucle Du Mouhoun	83 004	92 040	101 566	111 613
Cascades	48 777	54 551	60 678	67 176
Centre	202 343	227 425	254 147	282 531
Centre Est	58 175	64 630	71 444	78 640
Centre Nord	50 170	55 781	61 705	67 965
Centre Ouest	70 899	78 565	86 648	95 180
Centre Sud	31 616	35 166	38 904	42 848
Est	74 187	82 669	91 654	101 162
Hauts - Bassins	142 623	159 314	176 973	195 645
Nord	73 220	81 146	89 496	98 309
Plateau Central	63 111	69 864	76 979	84 484
Sahel	33 300	37 069	41 050	44 282
Sud-Ouest	28 061	31 141	34 387	37 816
Total	959 488	1 069 360	1 185 631	1 307 651

Politique, environnement habilitant et financement

Justification

Bien que la PF ait été reconnue comme élément clé dans l'élaboration des politiques visant à améliorer la santé et le développement au niveau national et dans la création d'un environnement favorable à l'atteinte du dividende démographique, l'environnement politique et l'environnement habilitant doit encore être renforcé. Par ailleurs, le financement de ces politiques et plus généralement du programme national de PF est insuffisant.

Stratégie

Une coopération multisectorielle efficace avec l'ensemble des ministères connexes va garantir l'atteinte des objectifs et la pérennisation de l'intégration des efforts dans le

domaine de la PF. Un fort leadership dans tous les secteurs va permettre un soutien politique solide, pour un accroissement de la visibilité de la PF et un suivi régulier des efforts pour atteindre les objectifs de PF et renforcer sa visibilité dans le pays.

Dans le but de créer un environnement fortement favorable à la PF, les barrières d'information et d'éducation doivent être levées. Les femmes et les jeunes et adolescents doivent connaître leurs droits, ainsi que l'ensemble des acteurs de la PF. Pour cela, des efforts de sensibilisation doivent être faits à travers la vulgarisation des textes légaux et l'organisation de conférences sur la PF.

En outre, les jeunes ne sont pas suffisamment pris en compte dans l'élaboration des politiques de PF qui pourtant les concernent. Des efforts vont être faits pour que les jeunes soient systématiquement inclus dans l'élaboration de ces politiques qui répondent à leurs besoins. Ils seront aussi des acteurs clés des activités de plaidoyer en direction des leaders.

Pour le financement, le plaidoyer va être fait pour que le financement domestique augmente et que la ligne budgétaire existante soit maintenue et approvisionnée régulièrement. Au cours du Sommet de Londres de 2017, le gouvernement a pris l'engagement d'augmenter d'au moins 10% chaque année la ligne budgétaire allouée par l'Etat à l'achat des produits contraceptifs de 2017 à 2020, ainsi que d'amener d'ici 2020, cinquante pour cent (50%) des collectivités territoriales à inscrire une ligne dans les budgets communaux pour le financement des activités de PF à partir de 2018 (23). Il est donc nécessaire de mobiliser l'ensemble des acteurs domestiques dans le but de diversifier et accroître les sources de financement pour la PF.

Il est donc crucial de renforcer les efforts de plaidoyer et de suivi des engagements en faveur de la PF, aussi bien pour l'amélioration de l'environnement politique et habilitant, et pour l'accroissement des ressources financières. Enfin, le plaidoyer doit être mené pour la création d'un fonds national dédié à la santé de la mère avec un focus sur la PF.

Actions prioritaires

P1.1. Renforcement du plaidoyer pour l'implication des autres ministères (Jeunesse, MENA, MERSI, MFASNF, MATD, Economie numérique, Justice, Communication) dans les actions de PF. L'atteinte du TPCm fixé pour 2020 ne pourrait être envisagée sans la contribution des autres secteurs ministériels mettant en œuvre des activités directes ou indirectes relatives à la PF qui viennent compléter ou renforcer celles des services de santé. Aussi la nécessité de mettre en place une collaboration intersectorielle bien systématisée avec une réelle responsabilisation de chaque acteur s'impose. Et pour une pérennité d'une telle collaboration, il faudra mettre en place une coordination efficace et permanente. Une première étape sera donc de conduire un fort plaidoyer en direction des décideurs

administratifs de ces ministères en vue d'avoir leur adhésion et une plus grande implication coordonnée sur les questions de populations en général et de PF en particulier.

P1.2. Renforcement du rôle d'interpellation des parlementaires en faveur de la PF. Pour renforcer leur rôle d'interpellation en faveur de la PF, le plaidoyer sera fait tous les ans auprès des parlementaires et des membres du conseil économique et social avec les modèles tels que le RAPID, le DemDiv et ImpactNow.

P2.1. Implication des jeunes et adolescents dans les cadres de concertation et de mise en œuvre des politiques et programmes de SR/PF. Les documents actuels de Politiques, Normes et Protocoles en SR, PF du Burkina Faso prennent faiblement en compte les besoins des adolescents et jeunes. Leur révision est en cours. Il serait bon de mettre cette opportunité à profit pour aussi prendre en compte les questions de délégation des tâches notamment les aspects de l'offre de services au niveau communautaire qui ne figuraient pas dans les précédents documents.

P3.1. Révision du code de la santé publique pour garantir l'accès aux services de contraception aux adolescent(e)s et jeunes. Même si la loi sur la SR donne le droit aux jeunes et adolescents d'utiliser les produits contraceptifs, leurs besoins en PF sont encore trop peu pris en compte dans le code de la santé. Celui-ci devrait être révisé pour une question d'harmonie avec la loi et accroître ainsi l'accès des jeunes à la PF. Il est donc nécessaire qu'un plaidoyer soit fait auprès des décideurs pour la prise en compte de cette question et son adoption dans le code de santé publique.

P4.1. Diffusion des textes législatifs et réglementaires existants sur la SR/PF auprès des Institutions et des organisations de la société civile en français et dans 03 langues principales de chaque région. Les textes législatifs vont être traduits puis des supports de communication seront élaborés dans le but de diffuser les textes législatifs et réglementaires auprès des institutions et des organisations de la société civile.

P4.2. Sensibilisation sur les textes législatifs et réglementaires existants en matière de SR/PF à travers les campagnes mass média et la communication de proximité en français et 03 principales langues nationales de chaque région. Réaliser des campagnes de mass médias au niveau national en vue de sensibiliser la population à beaucoup d'avantages dans la connaissance des différents textes réglementaires. Il sera alors question de contractualiser avec les médias publics et privés afin de diffuser les textes juridiques avec l'implication des OSC.

P5.1. Mise en place du projet de suivi des engagements basés sur l'expérience de l'Ouganda. Une organisation optimale du suivi des engagements des parties prenantes nécessitera des réunions annuelles de veille auprès des parties prenantes. Pour cela, un

voyage d'études sera fait en Ouganda pour apprendre de leur expérience. Un comité de veille sera ensuite mis en place avec l'élaboration d'outils adaptés pour conduire un suivi régulier des engagements pris par toutes les parties prenantes.

P6.1. Plaidoyer auprès des décideurs (Gouvernement, Parlement, etc.) pour l'augmentation du montant de la ligne d'achat des produits contraceptifs. Le financement de l'Etat alloué à la PF étant faible, il est important de continuer le plaidoyer en direction des parlementaires et des ministres en vue de l'augmentation du budget national alloué à la PF à travers l'alimentation significative de la ligne budgétaire en impliquant fortement les OSC.

P7.1. Organisation de la journée de plaidoyer pour la mobilisation des ressources financières pour la PF. L'organisation d'une journée de plaidoyer pour la mobilisation des ressources devrait offrir au Burkina Faso l'occasion de faire contribuer toutes les parties prenantes au financement de son plan national d'accélération de la PF 2017-2020. Cette activité devrait se réaliser dès la fin de l'élaboration du plan.

P7.2. Plaidoyer auprès des décideurs pour la gratuité des produits contraceptifs d'ici 2020. Le Burkina Faso a intensifié ces dernières années l'offre des produits contraceptifs en stratégies avancée et mobile. Cette offre est associée à des activités de mobilisation sociale particulièrement lors des SNPF. Au cours de ces activités, les méthodes modernes de PF sont offertes gratuitement et les clientes sont souvent nombreuses, dépassant les objectifs fixés par les services de santé et autres prestataires. Cet état de fait soutient que les coûts des produits constituent une barrière importante à l'utilisation des services et produits contraceptifs dans les FS. Ces coûts peuvent varier d'une structure à une autre. Le plaidoyer sera fait pour viser la gratuité définitive des produits contraceptifs comme c'est le cas lors des SNPF ou des journées spéciales PF. Il sera constitué une équipe de plaidoyer, un plan de plaidoyer doit être élaboré ainsi qu'un suivi régulier de la mise en œuvre du plan.

P7.3. Plaidoyer en direction des municipalités pour accroître les ressources domestiques allouées à la PF. Pour renforcer la ligne budgétaire de PF, un plaidoyer régulier doit être fait en direction des municipalités pour qu'elles allouent ou augmentent les ressources domestiques en faveur de la PF.

P7.4. Plaidoyer en direction des partenaires financiers pour la mobilisation des ressources en faveur de la PF. Le document de PNAPF 2017-2020 est le référentiel en matière de PF. C'est un document qui se veut dynamique. C'est ainsi qu'une analyse des gaps de financements est réalisée tous les ans en vue de mettre en évidence les écarts de financements disponibles pour la PF. Il est donc important de conduire un plaidoyer régulier auprès des partenaires pour le financement du plan de PF au Burkina Faso.

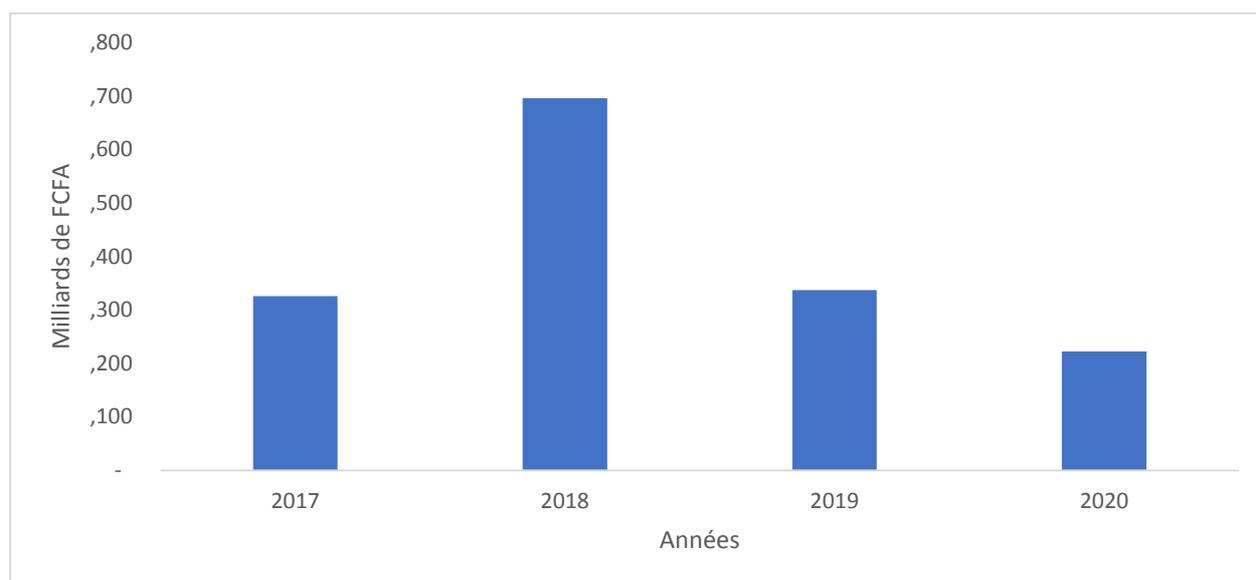
P7.5. Mise en place d'un fonds national pour le financement de la SRMNIA. Dans le but de diversifier les sources de financement de la PF, il s'avère nécessaire d'initier un fonds national pour le financement de la SRMNIA y compris la PF.

P8.1. Plaidoyer pour la gratuité de la contraception moderne chez les jeunes et adolescents. Au-delà du plaidoyer qui sera fait pour la gratuité des produits contraceptifs pour les femmes adultes, ce plaidoyer sera renforcé pour la gratuité de la PF pour les adolescentes et jeunes qui sont davantage concernées par les barrières financières.

Résumé des coûts

Comme le montre le graphique 23, le total des coûts pour les activités de politique, environnement habitant et financement est estimé à 1,6 milliard de FCFA, entre 2017 et 2020.

Graphique 23 : Coûts de la politique, l'environnement habitant et financement, en milliards de FCFA.



Coordination, suivi et évaluation

Justification

L'augmentation ciblée du TPCm d'ici 2020 sera atteinte grâce à la mise en place d'un bon système de suivi et d'évaluation. La gestion et la gouvernance des activités de PF doivent être efficaces à tous les niveaux pour garantir l'atteinte des objectifs de PF. Une meilleure coordination est essentielle pour améliorer la collaboration entre tous les acteurs de la PF

du Burkina Faso et veiller à ce que les activités soient mises en œuvre de façon harmonisée et participative.

Stratégie

Compte tenu du nombre croissant des activités et des efforts nécessaires pour atteindre les objectifs du PNAPF 2017-2020, il est essentiel que le système de coordination et suivi-évaluation soit renforcé. L'amélioration des capacités du Gouvernement ainsi que d'autres acteurs de la PF est essentielle pour diriger, gérer et coordonner efficacement la mise en œuvre de ce nouveau plan. Pour ce faire, des activités de supervisions formatives intégrées et de réunion de l'ensemble des acteurs vont être mises en œuvre et les outils de supervision et de gestion vont être multipliés. Aussi l'utilisation des nouvelles technologies pour la collecte et la transmission des données de SR/PF va s'aligner sur le système de collecte existant, à savoir ENDOS.

Par ailleurs, les structures de coordination et les comités techniques existants vont être redynamisés et des réunions de coordination par toutes les parties prenantes vont être faites régulièrement à tous les niveaux. Cela va permettre en outre de faire des revues régulières du plan, durant sa période de mise en œuvre, pour garantir la bonne exécution de celui-ci. Finalement, les prestataires de PF et les structures délivrant les services vont être évalués régulièrement. Tout cela dans le but de renforcer la gestion et la responsabilité de tous pour atteindre les objectifs de PF du Burkina Faso.

L'épouse de son Excellence Monsieur le Premier Ministre vient d'être honorée le 12 Mai 2017 au cours d'une séance solennelle et publique du titre d'Ambassadrice de la PF du Burkina Faso. Cet engagement de très haut niveau permettra à n'en point douter d'accorder plus d'attention aux questions de population et de PF au Burkina Faso.

Actions prioritaires

C1.1. Amélioration de la production des données pour le suivi des progrès réalisés en matière de PF. La bonne mise en œuvre du PNAPF 2017-2020 permettra d'obtenir des résultats optimaux. Pour assurer une bonne mise en œuvre, il faut en faire le suivi constant. Pour cela, un plan de suivi et évaluation du PNAPF sera développé et des évaluations en cascades seront faites.

C2.1. Renforcement du fonctionnement des organes de coordination pour les activités de PF à tous les niveaux. Le volet coordination va être renforcé pour le bon suivi du PNAPF ainsi que des activités de PF au Burkina Faso. Pour cela, un cadre de coordination va être mis en place avec une équipe de coordination, qui tiendra des réunions régulières, ainsi que d'un cadre de concertation entre les ONG et le Ministère de la Santé.

C2.2. Renforcement du fonctionnement des cadres de concertation des différents acteurs de la Santé Scolaire et Universitaire (SSU). Un cadre de concertation avec les différents acteurs de la SSU va être mis en place et tiendra des réunions semestrielles.

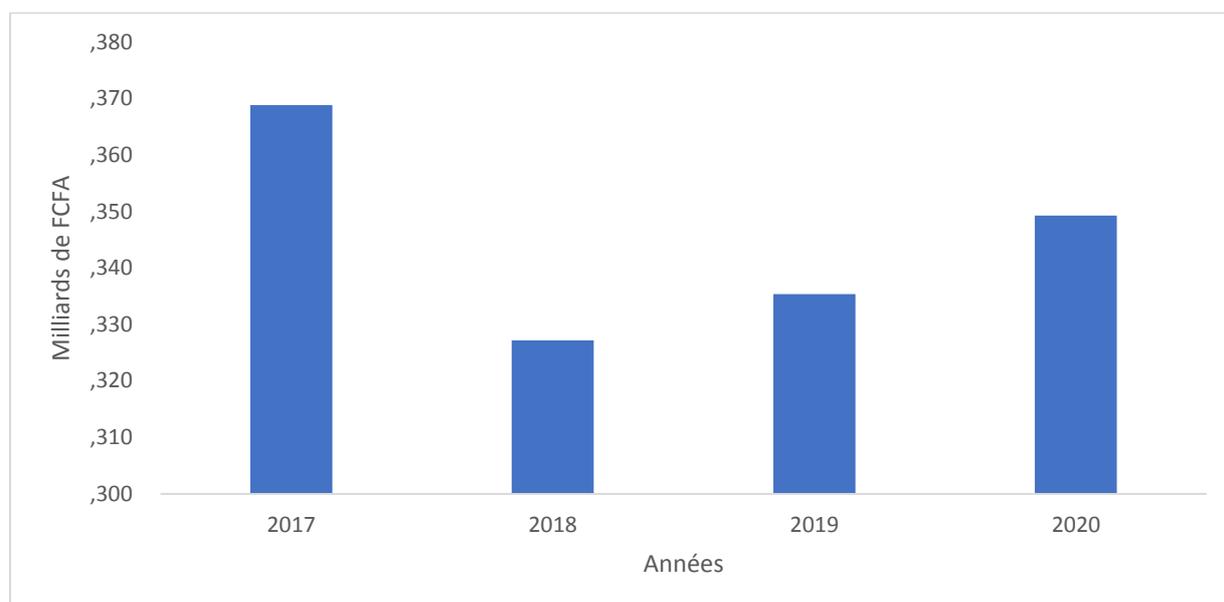
C2.3. Organisation des revues. Une organisation optimale du suivi aux différents niveaux de gestion nécessitera des réunions périodiques de revue des activités du PNAPF.

C3.1. Fourniture des moyens logistiques nécessaires au suivi. Mettre à la disposition des équipements nécessaires pour le suivi pendant la durée du plan y compris l'équipement informatique, véhicules et les coûts annuels d'entretien.

Résumé des coûts

Comme le graphique 24 le montre, le total des coûts pour les activités de coordination, suivi évaluation va être de 1,38 milliard de FCFA, entre 2017 et 2020.

Graphique 24 : Coûts de la coordination, suivi et évaluation en milliards de FCFA.



III. BUDGETISATION

Hypothèses de budgétisation

Les éléments de coûts sont décrits et chiffrés sur la base de données spécifique recueillie à partir de documents financiers provenant du gouvernement, des fournisseurs et de partenaires mettant en œuvre des programmes au Burkina Faso. Toutes les entrées sont également modifiables dans l'outil. De plus, les entrées de coûts de chaque activité pour les coûts unitaires et les quantités peuvent être modifiées (par exemple, les coûts d'entrées spécifiques pour tenir des sessions de formation, le nombre de participants à prendre en compte pour chaque session, le coût de chaque élément nécessaire à une session de formation (ex. formateur, matériel didactique, pause-café, etc.), le nombre de sessions, etc.).

Les coûts des produits contraceptifs sont calculés de 2017 à 2020 en utilisant le TPC et la répartition des méthodes selon l'EMDS de 2015 comme point de référence. En s'appuyant sur les objectifs de TPC pour FP2020, les taux ont été extrapolés pour chaque année intermédiaire.

Sauf indication contraire, tous les coûts (par exemple les salaires, les indemnités journalières, les tarifs des conférences, etc.) sont basés sur les coûts actuels et ont été automatiquement ajustés pour un taux d'inflation de base de 3% chaque année. Le taux d'inflation peut être ajusté pour tenir compte des conditions changeantes. Tous les coûts ont été collectés en francs CFA et calculés en dollars américains et francs CFA.

Le PNAPF 2017-2020 est budgétisé du point de vue du gouvernement mettant en œuvre toutes les activités. Ainsi, chaque fois qu'une activité est menée, toutes les parties prenantes doivent savoir qu'un taux indirect peut être ajouté à ces coûts directs. Si les bailleurs de fonds souhaitent que le partenaire de mise en œuvre organise une activité qui fait partie du plan, les coûts décrits dans ce plan devraient être pris comme point de départ de leur discussion pour clarifier le budget nécessaire pour mener l'activité.

Les coûts des produits contraceptifs et consommables au Burkina Faso comprennent une variété de coûts supplémentaires pour chaque contraceptif (par exemple, les frais de transport, d'assurance, de douane et de compensation, d'entreposage et de distribution). La taxe sur la valeur ajoutée (TVA) n'a pas été incluse dans ces coûts, car la majorité des produits sont achetés par des partenaires au développement qui utilisent des exemptions diplomatiques.

IV. ARRANGEMENTS INSTITUTIONNELS

COORDINATION DE LA MISE EN ŒUVRE, DE LA GESTION, DU SUIVI/EVALUATION DU PNAPF 2017-2020

Le PNAPF 2017-2020, en plus de viser la réalisation des objectifs et cibles nationaux ambitieux, mais réaliste fixés, a été élaboré dans un environnement mondial et régional de contribution à l'accélération de l'atteinte des objectifs de PF2020 et du Partenariat de Ouagadougou. Il s'inscrit donc dans une dynamique où sa mise en œuvre doit être axée sur la réalisation du maximum d'interventions à haut impact et en direction des adolescents et jeunes. Aussi la coordination, la gestion et le suivi-évaluation de ce plan devraient être assez spécifiques en vue d'éviter tout retard préjudiciable à l'atteinte des objectifs annuels et finaux retenus.

1. Structure de Gestion, Coordination et la Responsabilité

CADRE INSTITUTIONNEL

En vue d'assurer une mise en œuvre efficace du PNAPF 2017-2020, un système de coordination, de gestion, de suivi/supervision et d'évaluation, bâti autour des composantes essentielles du précédent processus de coordination du plan national de relance PF 2013-2015, sera mis en place et harmonisé avec le système de suivi de l'approche sectorielle envisagée par le Plan National de Développement Economique et Social (PNDES).

Il s'agit donc d'un dispositif avec plusieurs composantes dont la mise en cohérence de manière efficace, nécessite une coordination de haut niveau et un suivi systématique et régulier.

LE COMITE DE PIOTAGE (CP)

Le Comité de Pilotage[†] créé à l'occasion de l'élaboration du plan et placé sous la présidence du Secrétaire général du Ministère de la santé et qui a piloté tout le processus jusqu'à la validation finale du PNAPF 2017-2020, se chargera aussi en tant qu'instance nationale de haut niveau de la coordination de la mise en œuvre de ce plan.

[†] Arrêté N° 2017/00321/MS/CAB du 30/05/17, portant sur la création, composition, attributions et fonctionnement du comité national de pilotage du processus d'élaboration et de suivi du plan national d'accélération de la planification familiale 2017-2020.

Le Comité de Pilotage qui implique l'ensemble des parties prenantes intervenant dans le domaine de la PF, veillera à la mise en œuvre effective du plan, assurera la coordination nationale de l'exécution du PNAPF 2017-2020, organisera les revues annuelles, validera les rapports de progrès, assurera les arbitrages nécessaires par rapport aux propositions et recommandations du Comité Technique et fournira les orientations stratégiques nécessaires pour la durabilité des progrès enregistrés.

LE COMITE TECHNIQUE (CT)

Le Comité Technique multisectoriel[‡], créé par note de service du Secrétaire général de la santé pour le suivi de l'élaboration du PNAPF 2017-2020 et placé sous la présidence du Directeur général de la santé, sera chargé de poursuivre le suivi technique de la mise en œuvre du plan. Il assurera la liaison technique entre le CP et l'équipe chargée de l'exécution du plan. À ce titre, le comité technique tiendra des rencontres régulières (trimestrielles) pour l'analyse des progrès de la mise en œuvre du plan, la résolution des problèmes, les recommandations et la préparation des dossiers techniques des rencontres du comité de pilotage.

L'EQUIPE D'EXECUTION

Placée sous la tutelle de la Directrice de la santé de la famille (DSF), l'équipe d'exécution du plan sera chargée de la coordination, la gestion quotidienne de la mise en œuvre du plan et de son suivi. Elle assurera l'organisation des supervisions du niveau central vers les régions, la production des rapports techniques et financiers et préparera les dossiers techniques des rencontres du comité de technique. Elle bénéficiera d'une assistance technique de haut niveau et de ressources humaines et financières adéquates afin de lui permettre d'être très opérationnelle.

L'équipe d'exécution du PANPF, placée sous le leadership de la Directrice de la Santé de la Famille devrait être composée d'un Manager/Gestionnaire du PANB soutenu par un Conseiller Technique spécialisé en planification familiale et un Spécialiste en Suivi et Evaluation. Le reste du personnel de la DSF impliqué dans la SR/PF devrait aussi apporter son appui à cette équipe.

[‡] Arrêté N° 2017/00821/MS/SG/DGS/DSF du 15/03/2017, portant sur la mise en place du comité technique de suivi de l'élaboration du plan national d'accélération de la planification familiale 2017-2020.

AU NIVEAU DECONCENTRE (REGION ET DISTRICT SANITAIRE)

Au niveau des directions régionales et des districts qui sont chargés de l'opérationnalisation du plan, le suivi se fera à travers les instances déjà existantes (Conseil de direction au niveau régional, Rencontre ICP/ECD et Conseil de santé au niveau district), mais aussi à travers un comité de pilotage régional qui devrait être mis en place.

LES RENCONTRES DES INSTANCES ET LEUR PERIODICITE

1. Niveau central

- Comité de pilotage : rencontres semestrielles des rencontres pour l'approbation et validation des bilans du plan, l'appréciation des propositions du CT et des principaux indicateurs de résultat et réalisation des arbitrages stratégiques
- Comité technique : bilan trimestriel de l'exécution du plan, analyse des indicateurs de résultats et de processus et ajustement du plan d'action si nécessaire, résolutions de problèmes de mise en œuvre et/ou recommandations pour le CP.
- Equipe d'Exécution du PNAPF : assure la gestion quotidienne de la mise en œuvre du plan. Sous le leadership de la DSF, elle fait mensuellement le point de l'évolution de l'exécution du plan et propose les actions correctrices en cas de difficultés.

NB. Les rencontres suivantes constituent aussi des opportunités de porter un regard spécifique sur la mise en œuvre du PNAPF 2017-2020

- a. Rencontre bilan et perspectives des DRS (voir qui préside ces rencontres) : tenir des rencontres bilans constitue une opportunité d'examiner systématiquement les progrès réalisés en PF et partager les expériences entre les responsables régionaux et les responsables centraux.
- b. Rencontre nationale d'élaboration des Tableaux d'Acquisition des Contraceptifs (TAC) : estimation semestrielle des besoins futurs en produits contraceptifs à acquérir

2. Niveau régional

- Le comité de pilotage régional : se réunit semestriellement pour examiner les progrès réalisés au niveau des Districts Sanitaires, proposer des solutions

aux principaux problèmes identifiés et assurer la mise en œuvre des recommandations du comité technique et du comité de pilotage national.

Les rencontres suivantes constituent aussi des opportunités de porter un regard spécifique sur la mise en œuvre du PNAPF 2017-2020

- a. Conseil de direction : suivi trimestriel des indicateurs du PNAPF et prise de décision sur sa mise en œuvre des activités dans la région
- b. Rencontre régionale d'élaboration des Tableaux d'Acquisition des Contraceptifs (TAC) : estimation semestrielle des besoins futurs en produits contraceptifs pour chaque région.

3. Niveau District Sanitaire (DS)

Les rencontres suivantes constituent des opportunités de suivre systématiquement la mise en œuvre du PNAPF

- Rencontre ECD/ICP : suivi trimestriel des indicateurs de résultat et prise de décision sur la mise en œuvre des activités dans le DS
- Rencontre ECD / ICP /COGES : suivi semestriel des indicateurs de résultat et prise de décision sur la mise en œuvre des activités avec une implication des communautés et des COGES
- Conseil de Santé des Districts : suivi semestriel des indicateurs de résultat (cadre de concertation élargi à la société civile)

PROCESSUS DE PLANIFICATION

L'opérationnalisation de la mise en œuvre du PNAPF 2017-2020 se fera à travers l'appropriation et la prise en compte systématique par les structures à différent niveau du système de santé, dans leurs plans d'action annuels et selon les directives de planification du ministère de la santé, des activités relevant de leurs compétences. Cet aspect constituera un des critères de validation au niveau régional et national du plan annuel de chaque structure.

2. Rôles et Responsabilités des Acteurs Clés

Ministère de la Santé : Le Ministère de la Santé à travers la Direction de la Santé Familiale, assurera le leadership de la mise en œuvre avec l'implication effective de tous ses démembrés et en collaboration avec tous les acteurs de promotion de la PF. Le Ministère assurera la coordination des différentes instances et cadres de concertation. Il veillera autant que possible à une bonne répartition spatiale des autres intervenants

notamment les ONG en vue d'assurer une couverture équitable dans la mise en œuvre des interventions de PF dans tout le pays.

Les autres Ministères (Finances et Développement, Jeunesse, MENA, MERSI, Femme, MATD, Economie numérique, Justice, Communication, etc..). Ces différents ministères sont membres du comité de pilotage. Leur participation active dans l'exécution du PNAPF 2017-2020, constituera un atout inestimable à la réalisation du taux de prévalence contraceptive. Aussi, l'implication effective de ces acteurs passera par une concertation intersectorielle pour une répartition des interventions et des ressources selon le domaine de compétence de chaque ministère et sa responsabilisation pour la réussite de la réalisation du plan. La première concertation interministérielle pourra être coordonnée par le Ministère des finances.

NB. Il faut noter qu'un travail de plaidoyer est envisagé pour la création d'une instance multisectorielle de coordination des questions liées au dividende démographique présidée par les plus hautes autorités du pays. Une telle instance sera un réel catalyseur pour l'accélération de l'atteinte des objectifs de la PF à moyen et long terme.

Les Partenaires techniques et financiers (PTF) : Les partenaires techniques et financiers apportent des contributions financières inestimables pour la mise en œuvre du plan. Ils également soutiennent le ministère de la santé dans la mobilisation des ressources, au renforcement des capacités des acteurs en PF à tous les niveaux en vue de la réalisation des différentes composantes du PNAPF. Ils apportent aussi leur expertise technique à la réussite du programme de PF. Les diverses dispositions seront prises pour encourager la poursuite de leur accompagnement.

Les Organisations non gouvernementales (ONG) et les Associations : Les ONG et Associations constituent aussi bien des acteurs de mise en œuvre du PNAPF que de mobilisation de ressources pour son financement. Leurs contributions et apports couvrent les différentes composantes de PF. Ces organisations seront donc impliquées activement dans toutes les instances de mise en œuvre, de coordination et de suivi-évaluation du plan. Au vu de leur importance grandissante et de leur apport souhaité dans la réalisation des objectifs de PF, il a été prévu la mise en place d'un cadre spécifique de concertation régulière entre ces organisations et le ministère de la santé dans l'optique de mieux organiser leurs différentes contributions tout en prenant en compte leurs préoccupations.

Le secteur privé de la santé : Il est souhaitable que ce secteur prenne une importance plus accrue dans la mise en œuvre de ce nouveau plan PF. L'implication des officines pharmaceutiques et des cliniques privées dans la mise en œuvre du PNAPF 2017-2020 devrait être mieux spécifiée à travers une concertation et un cadre formel de collaboration.

Les organisations de Jeunes : Le PNAPF 2017-2020 a prévu accordé aux organisations de jeunes, un rôle prépondérant aussi bien dans sa mise en œuvre que son suivi. Il faudrait pour cela travailler à renforcer les capacités techniques et le leadership des adolescents et jeunes pour leur participation efficiente aux différentes instances de coordination du plan y compris le groupe thématique Adolescents et Jeunes, mais aussi en tant qu'acteurs et bénéficiaires.

MOBILISATION DES RESSOURCES

Le budget global du PNAPF 2017-2020 étant connu de même que ceux de ses différentes composantes, une première étape pour la mobilisation des ressources consistera à établir une estimation des ressources disponibles et les écarts à combler relativement au budget total du plan. Le résultat de cette analyse des gaps financiers du plan permettra d'envisager avec plus de précision et d'informations les autres étapes du processus de mobilisation des ressources sous le leadership du Ministère de la Santé, et de créer un plan de mobilisation des ressources. Au cours de cette année 2017, il est prévu d'organiser une table ronde qui réunira l'ensemble des bailleurs et donateurs en vue de mener un plaidoyer pour rechercher les ressources manquantes.

Pour les années suivantes, il sera organisé à travers un groupe spécifique mis en place à cet effet, une mobilisation des ressources à deux niveaux :

- **Les ressources domestiques.** La souveraineté de l'Etat étant engagée pour la réalisation des objectifs de PF et la capture du dividende démographique à long terme, il est nécessaire que tous les acteurs nationaux impliqués dans la mise en œuvre des programmes de PF travaillent à une plus grande mobilisation des ressources internes notamment celles de l'Etat et de ces démembrements (collectivités territoriales), des ONG et Association nationales, du secteur privé national. Un travail de plaidoyer systématique et continu coordonné par le groupe de mobilisation des ressources devra être conduit tout au long de la période couverte par le PNAPF pour mobiliser toutes les ressources susceptibles de l'être pour sa mise en œuvre effective.
- **Les ressources externes.** Pour encore des années, il est évident que le Burkina aura besoin des appuis financiers des donateurs et autres bailleurs extérieurs. Aussi la disponibilité de certains partenaires à poursuivre leurs accompagnements financiers au pays pour les programmes de PF, constitue un espoir et un encouragement à travailler pour proposer à ces partenaires chaque année des activités du PNAPF entrant dans leur assiette de financement. Ce travail sera fait à travers le groupe chargé spécifiquement de la mobilisation des ressources qui disposera d'un plan à cet effet.

Par ailleurs, un costing de la gratuité de la planification familiale a été réalisé selon trois scénarios (voir document de costing). Les différents scénarios avec leurs coûts totaux respectifs pour la période 2018 à 2020 sont :

- Gratuité totale de la PF : **22 478 336 945 FCFA soit 39 845 000 \$ US**
- Gratuité de la planification du post-partum/post abortum : **18 443 386 344 FCFA soit 32 692 600 \$ US**
- Gratuité de la PF chez les jeunes (15-24 ans) : **12 572 091 696 FCFA soit 22 285 200 \$ US.**

3. Suivi de la performance et responsabilités

Un plan de Suivi et Evaluation est le pilier d'un système de suivi-évaluation car il intègre tous les résultats et activités, ainsi que les indicateurs respectifs dans un cadre cohérent et compréhensif par tous les acteurs.

Aussi pour assurer une bonne efficacité dans la mise en œuvre du PNAPF 2017-2020, il a été retenu d'élaborer en 2017 un plan spécifique de suivi-évaluation du PNAPF. Ce plan se fondera sur les Objectifs de Développement Durable (ODD), sur la carte du PNAPF qui montre les priorités par axe stratégique pour le Burkina Faso, et sur un cadre logique global basé sur une série d'indicateurs PF traceurs d'impact, d'effet, de produits et de processus tirés de la matrice exhaustive de résultats du PNDES, qui sera mise sous forme de tableau de bord pour faciliter le suivi.

Ce plan de Suivi et Evaluation permettra de :

- Identifier le type d'information et les indicateurs de performance à décrire pour assurer un bon suivi de sa mise en œuvre conformément aux objectifs préalablement retenus dans ledit plan ;
- Développer des outils de collecte de données adaptés aux résultats attendus de la mise en œuvre de ce plan ;
- Décrire le processus de collecte, d'analyse et de l'exploitation des données à collecter périodiquement.

Les revues annuelles au niveau national et régional et les revues semestrielles au niveau des districts sanitaire du PNAPF feront intégralement partie du processus de suivi.

Une évaluation à mi-parcours sera réalisée ainsi qu'une évaluation finale pour établir les progrès réalisés et les recommandations de nouvelles perspectives.

La mise en œuvre de ce plan de suivi-évaluation permettra régulièrement d'apprécier à travers les rencontres des différentes instances du PNAPF, les performances des différents acteurs de mise en œuvre, de prendre les mesures correctrices nécessaires à temps en cas de nécessité.

REFERENCES

1. Banque Mondiale, « Les Données Ouvertes de la Banque Mondiale : Burkina Faso ». <https://donnees.banquemondiale.org/pays/burkinafaso?view=chart> N.p., 2017.
2. Institut national de la statistique et de la démographie, *Projections Démographiques de 2007 à 2020*. 2009. Copie dure.
3. Wikipédia, « Taux de Fécondité ». https://fr.wikipedia.org/wiki/Taux_de_f%C3%A9condit%C3%A9. N.p. 2017.
4. Institut national de la statistique et de la démographie, *Enquête Démographique et de Santé (EDS)*. 2003. Copie dure.
5. Institut national de la statistique et de la démographie, *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSBF-MICS IV)*. 2010. Copie dure.
6. Institut national de la statistique et de la démographie, *Enquête Module Démographie et de Santé (EMDS)*. 2015. Copie dure.
7. Gouvernement du Burkina Faso. *Plan national de développement économique et social (PNDES) 2016-2020*. 2016. Copie dure.
8. Equipe Opérationnelle pour le développement du Plan National d'Accélération de la Planification Familiale (PNAPF) (2017-2020). 2017.
9. Gouvernement du Burkina Faso. *Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable (SCADD) 2011-2015*. 2011. Copie dure
10. Ministère de la Santé, *Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) (2011-2020)*. 2011. Copie dure.
11. Ministère de la Santé, *Rapport annuel sur la disponibilité des méthodes contraceptives modernes et des médicaments vitaux de santé maternelle dans les points de prestations de services au Burkina Faso*. 2016. Copie dure.
12. Ministère de la Santé, *Politique Pharmaceutique Nationale*. 2012. Copie dure.
13. Ministère de la Santé, *Plan Stratégique de Sécurisation des Produits de la Santé de la Reproduction (2009-2015)*. 2009. Copie dure.

14. Planification Familiale au Burkina Faso. <http://www.planificationfamiliale-burkinafaso.net/index.php>. N.p. 2017.
15. Partenariat pour la Couverture Sanitaire Universelle « Un pas historique vers la santé pour tous : La loi portant régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso ». <http://uhcpartnership.net/fr/un-pas-historique-vers-la-sante-pour-tous-la-loi-portant-regime-dassurance-maladie-universelle-au-burkina-faso/>. N.p. 2015
16. Ministère de la Santé, Projet de Rapport des Comptes de la Santé 2015. 2016. Copie dure.
17. Ministère de la Santé, *Comptes de la Santé*. 2013. Copie dure.
18. Ministère du Développement Economique et des Postes, Politique Nationale de Développement de l'Economie Numérique. 2017. Copie dure.
19. Ministère de la Santé, Plan National de Relance de la Planification Familiale (2013-2017). 2013. Copie dure.
20. Ministère de la Santé, Evaluation des plans et programmes de la Direction de la Santé de la Famille. 2017. Copie dure.
21. Ministère de la Santé, Plan Stratégique Santé des Adolescents et des Jeunes (2016-2020). 2015. Copie dure.
22. Family Planning 2020, Engagements FP2020 : Gouvernement du Burkina Faso. 2017. Copie dure.

ANNEXE A. MATRICE DETAILLEE DES ACTIVITES

Création de la demande							
Défi(s)	Objectif(s) prioritaire(s)	Actions prioritaires	Activités	Chronogramme			
				2017	2018	2019	2020
CD1 : Faible information des femmes sur la PF	O1 : Augmenter le pourcentage des femmes de 15-49 ans exposées aux messages médiatiques sur la PF de 61,5% à 80% de 2017 à 2020	A1. Organisation de la SNPF deux fois par an	§Diffuser des messages sur les radios, télévision, presse écrite une semaine avant et durant la SNPF	X	X	X	X
			§Organiser les activités de sensibilisation sur la PF dans les 70 DS une semaine avant et durant la SNPF	X	X	X	X
			§Organiser des réunions préparatoires et bilans de la SNPF en cascades	X	X	X	X
			§Assurer la couverture médiatique de la SNPF	X	X	X	X
			§Produire les supports et gadgets des campagnes (affiches, banderoles, Tee-shirt, Casquettes, dépliants).	X	X	X	X
			§Procéder au lancement annuel de la semaine nationale de planification familiale	X	X	X	X
			§Organiser les supervisions de la mise en œuvre de la SNPF	X	X	X	X
		A2. Organisation de campagnes nationales mass-médias sur la PF de 2017 à 2020	§Réaliser un microprogramme sur la PF en français et les 03 principales langues selon la région	X			
			§Diffuser le microprogramme une fois/trimestre/an à travers la contractualisation avec une radio de proximité dans chaque DS	X	X	X	X
			§Diffuser le microprogramme 2 fois/ trimestre/an à travers la contractualisation avec 8 radios privées de Ouagadougou et 5 de Bobo	X	X	X	X
			§Insérer les messages dans 4 quotidiens sur les avantages de la PF semestriellement	X	X	X	X
			§Réaliser des émissions radiophoniques interactives sur la PF dans chaque district (1 radio par district)	X	X	X	X
			§Mettre en œuvre l'approche radio villageoise de santé (RVS) : dispositif avec mégaphone (Région Boucle du Mouhoun/BMH)	X	X	X	X
		A3. Utilisation de la plateforme des grands événements nationaux (Journée du paysan, FESPACO, SIAO, SNC, Tour du Faso, Journée internationale de la femme...) pour la promotion de la SR/PF (2017 à 2020)	§Organiser des campagnes d'informations et d'offre de services SR/PF lors des événements nationaux (Journée du paysan, FESPACO, SIAO, SNC, Tour du Faso, Journée internationale de la femme, fête de l'indépendance)	X	X	X	X

Création de la demande							
Défi(s)	Objectif(s) prioritaire(s)	Actions prioritaires	Activités	Chronogramme			
				2017	2018	2019	2020
CD2. Insuffisance d'information sur la SSRAJ	O1 : Améliorer le niveau de connaissance des adolescents et jeunes sur la SSR de 2017 à 2020	A1. Sensibilisation des adolescents et jeunes sur la SSR	§Doter les ONG/associations de jeunes des supports d'IEC/CCC sur la SRAJ dans les 03 principales langues de chaque région	X	X	X	
			§Former en 600 sessions de 2 jours chacune 18 000 ASBC sur les thématiques de SSRAJ au niveau de chaque DS	X	X		
			§Diffuser lors des SNPF des films et documentaires sur la SSRAJ à travers la contractualisation avec les chaînes TV	X	X	X	X
			§Concevoir et diffuser des spots sur la PF en faveur des adolescents et jeunes	X	X	X	X
			§Diffuser un film sur la SSRAJ (ex : film Alima...) lors des SNPF à travers la contractualisation avec les salles de cinéma	X	X	X	X
		A2. Utilisation des TIC, de la plateforme des Etats généraux de la jeunesse et les grands évènements culturels et sportifs impliquant les jeunes (USSUBF, Faso Academy, Emission cocktail...) pour la promotion de la PF	§Organiser des campagnes d'informations et d'offre de services SR/PF lors des évènements nationaux concernant la jeunesse (Etats généraux des jeunes, USSUBF, Faso Academy, Emission cocktail...)	X	X	X	X
			§Organiser des activités de sensibilisation par les acteurs des infirmeries scolaires lors des phases de l'USSUBF	X	X	X	X
			§Diffuser les messages sur la contraception à l'endroit des jeunes et adolescents sexuellement actifs à travers la contractualisation avec 03 réseaux de téléphonie mobile	X	X	X	X
			§Mettre en place une plateforme interactive (réseaux sociaux) centrée sur la SSRAJ		X		
			§Animer la plateforme interactive (réseaux sociaux) centrée sur la SSRAJ		X	X	X
			§Doter toutes les FS et les ONG/associations de dépliants et posters sur la contraception à l'endroit des adolescents et des jeunes sexuellement actifs	X	X		
			§Réaliser les activités de sensibilisation des jeunes et adolescents sexuellement actifs à travers la contractualisation avec les ONG/associations une fois par trimestre/an	X	X	X	X

Création de la demande							
Défi(s)	Objectif(s) prioritaire(s)	Actions prioritaires	Activités	Chronogramme			
				2017	2018	2019	2020
CD3 : Faible qualité de l'information sur la PF adressée femmes	O1 : Augmenter le pourcentage des femmes de 15-49ans ayant reçu des informations sur la PF à travers la communication interpersonnelle (CIP) de 29,7% à 70% de 2017 à 2020	A1. Production de messages clés en segmentant les femmes par catégorie socio-professionnelle et par lieu de résidence	§Réaliser une étude de segmentation nationale des cibles pour la communication à travers la contractualisation avec un cabinet de consultants	X			
			§Elaborer des messages clés basés sur la segmentation des cibles à travers la contractualisation avec un cabinet de consultants		X		
			§Organiser un atelier de 3 jours pour valider les messages clés ciblés sur la SR/PF à l'endroit des femmes basé sur la segmentation des cibles		X		
			§Assurer la traduction des messages clés ciblés sur la SR/PF à l'endroit des femmes basé sur la segmentation des cibles dans les 03 langues principales de chaque région		X		
			§Reproduire les supports de sensibilisation avec des messages clés en français et dans les 03 langues principales de chaque région		X		
			§Assurer la reproduction des supports IEC dans les 03 langues principales de chaque région		X		
			§Assurer la prise en compte des messages sur la PF dans le Plan intégré de communication du MS	X			
			§Elaborer des messages intégrés de PF a ceux des autres programmes de santé et de développement (VIH, SMI, Education, Agriculture...)	X			
		A2. Promotion de la PF à travers la CIP avec les prestataires, les ASBC et les associations/groupements au niveau communautaire	§Former 05 agents de santé/commune/an sur le counseling en PF		X		
			§Réaliser par DS une cartographie des associations et groupements existants	X			
			§Organiser au niveau de chaque DS une rencontre d'orientation en 1 jour sur la promotion de la SR/PF avec 20 membres d'associations/groupements		X		
			§Doter les ASBC, associations/groupements d'outils de sensibilisation sur les méthodes contraceptives modernes		X		
			§Apporter un appui financier aux ASBC, associations/groupements sur la conduite des activités de la promotion de la SR/PF		X	X	X
			§Organiser une rencontre bilan/semestre/an avec les ASBC, associations/groupements dans chaque DS sur les activités de promotion de la SR/PF		X	X	X
			§Réaliser 4 théâtres-fora par an dans tous les chefs-lieux de communes	X	X	X	X
§Organiser les journées du Djandjoba de la PF (BMH)	X	X	X	X			

Création de la demande							
Défi(s)	Objectif(s) prioritaire(s)	Actions prioritaires	Activités	Chronogramme			
				2017	2018	2019	2020
CD4 : Faible qualité de l'information sur la contraception adressée aux adolescents et aux jeunes	O1. Amener au moins 75% des jeunes et adolescents (scolarisés et non scolarisés) à avoir une information de qualité sur la contraception de 2017 à 2020	A1. Amélioration de la qualité de l'information sur la contraception adressée aux adolescents et aux jeunes	§Organiser un atelier de 6 jours pour élaborer des messages clés ciblés sur la contraception à l'endroit des adolescents et jeunes sexuellement actifs basé sur la segmentation des cibles		X		
			§Assurer la traduction des messages clés ciblés sur la contraception à l'endroit des adolescents et jeunes sexuellement actifs		X		
			§Réaliser la sensibilisation des adolescents et des jeunes avec les messages clés élaborés à travers les ASBC et la contractualisation avec les ONG/associations	X	X	X	X
		A2. Sensibilisation des adolescents et jeunes avec les messages ciblés	§Diffuser les messages ciblés à l'endroit des jeunes et adolescents sexuellement actifs à travers la contractualisation avec 03 réseaux de téléphonie mobile	X	X	X	X
		A3. Mise en place et animation des lignes/numéros verts de PF	Acquérir le matériel, recruter et former le personnel pour le centre et mettre en place les lignes/numéros verts	X	X	X	X

Création de la demande							
Défi(s)	Objectif(s) prioritaire(s)	Actions prioritaires	Activités	Chronogramme			
				2017	2018	2019	2020
CD5 : Insuffisance de l'éducation sexuelle complète dans les curricula d'enseignements (formel et non formel)	O1. Assurer l'éducation sexuelle complète (ESC) dans tous les lycées et collèges, centres de formation professionnelle et pour les jeunes non scolarisés de 2017 à 2020	A1. Ajout des modules sur l'éducation sexuelle complète dans les curricula d'enseignement	§Faire un plaidoyer en direction des ministères en charge de l'Education et de l'Enseignement pour l'intégration des modules des SRAJ dans les curricula de formation	X			
			§Elaborer des supports (affiches, dépliants, boîte à image) sur l'éducation sexuelle complète		X		
			§Assurer la reproduction des supports sur l'éducation sexuelle complète		X		
			§Doter les établissements et centres de formation professionnelle en supports		X		
		A2. Renforcement de capacités des éducateurs et des élèves sur l'éducation sexuelle complète	§Organiser deux ateliers régionaux d'orientation sur l'éducation sexuelle complète en 1 jour de 100 acteurs de l'éducation		X		
			§Assurer le suivi post formation des enseignants dans les établissements et centres de formation professionnelle formés sur l'éducation sexuelle complète		X	X	X
			§Former 20 pairs éducateurs/commune sur la santé sexuelle et reproductive en 5 jours		X		
			§Conduire des causeries dans les établissements et centres de formation professionnelle		X	X	X
		A3. Mise en place d'une approche d'Education Sexuelle Complète (ESC) pour les jeunes non/déscolarisés (en situation de vulnérabilité)	§Adapter les modules d'ESC pour une formation des adolescent(e)s et jeunes non scolarisés		X		
			§Traduire les modules d'ESC en différentes langues nationales		X		
			§Reproduire les modules d'ESC		X		
			§Assurer la formation des jeunes non scolarisés dans les centres de métier et autres centres d'apprentissage à travers une contractualisation avec des ONG spécialisées		X	X	X
			§Assurer la supervision post-formation		X	X	X

Création de la demande							
Défi(s)	Objectif(s) prioritaire(s)	Actions prioritaires	Activités	Chronogramme			
				2017	2018	2019	2020
CD6 : Faible implication des hommes dans la PF	O1. Amener de 16,6% à 50% le pourcentage des hommes à s'engager pour la promotion de la PF de 2017 à 2020	A1. Mise en œuvre d'une stratégie d'implication des hommes pour la promotion de la PF	§Élaborer la stratégie synthèse (maris modèles, école des maris, engagement constructif des hommes) d'implication des hommes pour la promotion de la PF par recrutement d'un consultant	X			
			§Former les personnes ressources sur la stratégie		X		
			§Organiser un lancement national de la stratégie		X		
			§Assurer la mise en œuvre de la stratégie à travers une contractualisation avec des ONG		X	X	X
			§Tenir une rencontre d'information des autorités administratives, des acteurs sanitaires et autres secteurs au développement sur l'implication des hommes dans chaque région/district		X		
			§Organiser une rencontre de plaidoyer avec les leaders communautaires dans chaque village sur l'implication des hommes et l'identification d'époux pour devenir des pairs éducateurs		X		
			§Former 15 époux modèles et de 15 futurs époux par village en 5 jours sur les différentes thématiques (SR, genre, droit, compétences de vie et techniques d'éducation)		X		
			§Doter les époux formés de kits pour la sensibilisation et de matériel pour leur distinction et leur rencontre		X		
		A2. Implication des leaders religieux et coutumiers dans la mobilisation des populations et en particulier des hommes en faveur de la PF	§Tenir une rencontre semestrielle bilan dans chaque CSPS		X	X	X
			§Organiser une rencontre annuelle de plaidoyer en SR/PF auprès de 10 leaders religieux et coutumiers actualisés avec les outils RAPID par DS	X	X	X	X
			§Organiser les prêches dans les lieux de culte (Mosquées et Eglises...) pour la sensibilisation dans les communautés une fois trimestre/an	X	X	X	X
			§Organiser une réunion d'échange d'expériences par semestre au niveau de chaque région entre la direction régionale de la santé, les ECD et 05 leaders religieux et coutumiers par D	X	X	X	X

Offre et accès aux services								
Défi(s)	Objectif(s) prioritaire(s)	Actions prioritaires	Activités	Chronogramme				
				2017	2018	2019	2020	
OA1 : Insuffisance d'accès des adolescents et des jeunes y compris ceux marginalisés et en situation de vulnérabilité à la contraception	O1 : Atteindre annuellement « zéro grossesse » en milieu scolaire de 2017 à 2020	A1. Organisation annuelle d'une campagne « zéro grossesse » en milieu scolaire de 2017 à 2020	§Elaborer le document de campagne zéro grossesse en milieu scolaire à travers le recrutement d'un consultant	X				
			§Réaliser une fois par an la campagne « zéro grossesse » en milieu scolaire		X	X	X	
	O2. Renforcer l'accès des adolescents et jeunes à des services de contraception de qualité dans 75% des centres de santé y compris les infirmeries scolaires	A1. Amélioration de l'accès des adolescents et des jeunes y compris ceux en situation de Vulnérabilité à la contraception	§Doter 75% des centres de santé en matériel pour l'offre de contraception de qualité	X	X	X	X	
			§Assurer l'offre des services de contraception aux jeunes marginalisés et vulnérables à travers la contractualisation avec les ONG spécialisées dans chaque région	X	X	X	X	
			A2. Renforcement des capacités centres de santé scolaires	§Mettre à la disposition des centres de santé scolaires des prestataires de santé	X	X	X	X
				§Doter en matériel médicotechnique pour l'offre de prestations y compris la contraception moderne	X	X		
				§Equiper en kits de contraception moderne toutes les infirmeries scolaires	X	X		
				§Subventionner les prestations des services liés à la contraception moderne dans les centres de santé scolaires	X	X	X	X
				§Octroyer des prix pour les meilleurs centres de santé scolaires en matière de SRAJ		X	X	X
				§Orienter les acteurs des établissements d'enseignement et des centres de formation professionnelle sur la contraception chez les adolescents et jeunes		X	X	X
§Conduire des activités de sensibilisation dans les établissements et centres de formation professionnelle sur la contraception chez les adolescents et jeunes à travers la contractualisation avec une ONG par région	X	X	X	X				
OA2 : Insuffisance de convivialité dans l'offre de la contraception aux adolescents et jeunes	O1 : Améliorer l'environnement et les prestations d'offre de contraception destinés aux adolescents et aux jeunes dans 50% des PPS de 2017 à 2020	A1. Renforcement des capacités des points de prestations offrant des services de contraception destinés aux jeunes et adolescents	§Organiser l'offre de service adaptée aux adolescents et aux jeunes dans les 50 centres de santé /an dans chaque région	X	X	X	X	
			§Former dans 50 centres de santé de chaque région, un pool de 4 jeunes (2 du secteur formel et 2 du secteur non formel) par an pour assurer l'intermédiation avec les services de santé	X	X	X		
			§Former 24 prestataires par/an/DS sur les modules de programme d'orientation de la SSAJ en six jours	X	X			
			§Equiper les 50 centres de santé par an/région pour l'offre de service adaptée aux adolescents et aux jeunes	X	X	X	X	
			§Assurer le mentorat et la supervision facilitante de la formation des prestataires	X	X	X	X	

Offre et accès aux services							
Défi(s)	Objectif(s) prioritaire(s)	Actions prioritaires	Activités	Chronogramme			
				2017	2018	2019	2020
OA3. Faible qualité de services de PF	O1 : Renforcer les capacités des formations sanitaires périphériques pour l'offre des services de qualité des méthodes contraceptives de LDA de 2017 à 2020 : §Implants de 95,2% à 100% §DIU de 72,4% à 90%	A1. Renforcement des plateaux techniques des formations sanitaires périphériques pour l'offre des méthodes contraceptives de LDA	§Former 05 prestataires/an/communes en PF clinique	X	X		
			§Doter selon les besoins 50 centres de santé/an/région en kits d'insertion et de retrait de DIU du post-partum, DIU d'intervalle et kit de retrait d'implant	X	X	X	
		A2. Mise en place d'un label qualité de services de SR/PF	§Elaborer un document guide de label qualité des services de SR/PF	X			
			§Primer les 5 meilleures FS par région/an lors du lancement de la SNPF		X	X	X
		A3. Renforcement des compétences des prestataires lors de la formation de base et en cours d'emploi	§Organiser en 06 jours un atelier national sur les meilleures pratiques en PF/SR au profit des élèves des écoles de formation de base (publiques et privées) en fin de formation/an à Ouagadougou et Bobo	X	X	X	X
			§Réviser les documents de politique, normes, protocoles en SR/PF (2017-2018)				
			§Orienter 5 formateurs par école de base y compris les écoles privées de santé avec le module révisé en 12 sessions		X	X	
			§Organiser un atelier national de formation de 5 mentors/région en 3 sessions de 12 jours chacun	X	X		
			§Mettre en œuvre le mentorat dans chaque région		X	X	X
			§Elaborer un plan de formation des prestataires	X			
			§Orienter les DRS et les MCD sur les directives du plan de formation		X	X	X
			§Doter les écoles de santé et de facultés de médecine en laboratoire de compétence	X	X		

Offre et accès aux services							
Défi(s)	Objectif(s) prioritaire(s)	Actions prioritaires	Activités	Chronogramme			
				2017	2018	2019	2020
OA4. Faible accès des femmes rurales à la PF	O1. Accroître de 47,4% à 80% l'accessibilité des femmes rurales à toutes les méthodes contraceptives de 2017 à 2020	A1. Organisation de l'offre de PF en stratégies avancées dans les DS	§Offrir des prestations de PF en stratégie avancée une fois par mois et par FS à travers la contractualisation avec une ONG par région	X	X	X	X
			§Assurer la formation continue sur site des prestataires	X	X	X	X
		A2. Organisation de l'offre de PF en stratégies mobiles avec l'appui des ONG	§Appuyer l'offre de services de PF en stratégie mobile une fois par trimestre à travers la contractualisation avec les ONG/Association	X	X	X	X
			§Doter les équipes mobiles en produits contraceptifs et les supports de collecte des données	X	X	X	X
		A3. Extension de la délégation des tâches dans les FS aux Infirmiers Brevetés et aux APL	§Former tous les Infirmiers Brevetés, les AIS et accoucheuses sur l'offre des méthodes de longue durée	X	X	X	X
			§Assurer leur coaching lors des stratégies avancées	X	X	X	X
		A4. Extension de la distribution à base communautaire de l'injectable en sous cutané et de l'auto-injection dans 10 DS par an	§Former 2 ASBC par village sur la communication en SR/PF et l'offre de méthodes contraceptives relevant de leurs compétences y compris l'initiation à la prescription des pilules et l'injectable sous cutané	X	X		
			§Doter les ASBC formés en kits DBC	X	X		
			§Assurer la conduite par les ABSC, d'une séance d'animation par village et par mois sur les thématiques de la SR/PF avec identification des potentielles utilisatrices des méthodes contraceptives	X	X	X	X
			§Appuyer l'offre de méthodes contraceptives par les ASBC à travers la contractualisation avec une ONG par région	X	X	X	X
			§Orienter une association/groupement de femmes/village sur l'auto-injection de l'injectable sous cutané	X	X	X	X
		A5. Intégration de la PF dans les autres prestations de santé	§Orienter 03 prestataires de chacun des 50 centres de santé/an/région à l'intégration des services de PF aux autres services (VIH, soins post-partum, SAA, PEV, nutrition...)		X		
			§Equiper les centres de santé pour assurer les services intégrés		X		
		A6. Organisation de l'offre des services de PF lors des deux SNPF	§Doter toutes les formations en produits contraceptifs et intrants	X	X	X	X
			§Doter 2 ONG/Association intervenant dans la SNPF en produits contraceptifs et intrants/région	X	X	X	X
			§Apporter un appui financier à une ONG/Associations pour la SNPF/région	X	X	X	X
			§Superviser les prestataires lors des SNPF	X	X	X	X

Offre et accès aux services							
Défi(s)	Objectif(s)	Actions prioritaires	Activités	Chronogramme			
				2017	2018	2019	2020
OAS. Faible accès des femmes en milieu péri-urbain à la PF	O1. Couvrir au moins 50% des besoins des femmes en milieu périurbain en PF de 2017 à 2020	A1. Organisation de l'offre de services dans des cliniques mobiles en collaboration avec des ONG	§Mettre en place une clinique mobile à Ouagadougou et à Bobo-Dioulasso		X		
			§Effectuer une sortie de prestations trimestrielles de PF dans les quartiers périurbains à Bobo et Ouagadougou		X	X	X
		A2. Extension des journées spéciales d'offre de services PF dans les centres santé péri urbains	§Identifier 20 centres de santé par an dans 4 grandes villes (Ouagadougou, Bobo, Koudougou, Ouahigouya)	X			
			§Doter ces 20 centres de santé en matériel médical pour l'offre des services de PF (2018)		X		
			§Doter les 20 centres de santé en supports de communication		X		
			§Réaliser l'offre de services de PF en milieu périurbain dans les 20 centres de santé des 4 villes à travers la contractualisation avec des ONG		X	X	X

Sécurisation des produits							
Défi(s)	Objectif(s) prioritaire(s)	Actions prioritaires	Activités	Chronogramme			
				2017	2018	2019	2020
SP1. Persistance de ruptures de stocks de produits contraceptifs	O1. Augmenter la disponibilité des produits contraceptifs au niveau des PPS de 67,1% à 95% de 2017 à 2020	A1. Remise à niveau des stocks	§Effectuer une remise à niveau des formations sanitaires déficitaires en produits contraceptifs et produits vitaux de santé maternelle	X			
			§Acquérir les produits contraceptifs en quantité suffisante selon les prévisions des ateliers TAC	X	X	X	X
			§Approvisionner une fois/trimestre les DRD en produits contraceptifs	X	X	X	X
			§Approvisionner une fois/mois les FS selon leurs besoins	X	X	X	X
		A2. Renforcement de la gestion des données de consommation et de la disponibilité des produits contraceptifs des structures sanitaires publique et privées, des ONG/Associations	§Assurer la surveillance hebdomadaire des produits de SR/PF	X	X	X	X
			§Elaborer un rapport trimestriel de surveillance et de remise périodique à niveau des stocks	X	X	X	X
			§Former 600 acteurs/an de la chaine d'approvisionnement sur le système d'information et de la gestion logistique (produits contraceptifs)	X	X	X	X
			§Tenir une fois par semestre les TAC (au niveau régional et national)	X	X	X	X
			§Mettre à jour le logiciel de gestion des produits contraceptifs (CHANNEL) avec l'ensemble des acteurs de la chaine logistique	x			
			§former en 5 jours 30 acteurs de l'équipe de quantification sur l'utilisation du logiciel PIPELINE utilisé lors des Tableaux d'Acquisition des produits Contraceptifs TACs	X	X	X	
			§ Réaliser annuellement l'enquête sur la disponibilité des produits contraceptifs	X	X	X	X
			§ Restituer annuellement l'enquête sur la disponibilité des produits contraceptifs	X	X	X	X

Politique, environnement habilitant, financement							
Défi(s)	Objectif(s) prioritaire(s)	Actions prioritaires	Activités	Chronogramme			
				2017	2018	2019	2020
P1 Faible implication des autres secteurs ministériels et institutions en faveur de la PF	O1 : Renforcer le niveau d'implication des ministères (Jeunesse, MENA, MESS, Femme, MATD, Economie numérique, Justice, communication) en faveur de la PF de 2017 à 2020	A1. Renforcement du plaidoyer pour l'implication des autres ministères (Jeunesse, MENA, MESS, Femme, MATD, Economie numérique, Justice, Communication) dans les actions de PF.	§Former 60 personnes des ministères (Santé, Jeunesse, MENA, MESS, Femme, MATD, Economie numérique) et des OSC en 02 sessions de 03 jours à Ouagadougou sur l'approche de Plaidoyer AFP-SMART	X			
			§Réactualiser les outils et modèles de plaidoyer en faveur de la PF (RAPID, AFP Smart, DemDiv, ImpactNow, etc....)		X		
			§Réaliser des plaidoyers à l'endroit des autorités (Jeunesse, MENA, MESS, Femme, MATD, Economie numérique, Justice, Communication) pour leur implication dans les actions en faveur de la PF une fois par an		X	X	
			§Organiser des ateliers de formations des ECD et des Staffs des DRS (30 personnes par région) en 03 jours sur l'approche de plaidoyer AFP au niveau de chaque régions		X		
			§Reproduire les outils et modèles de plaidoyer en faveur de la PF (RAPID, DemDiv, ImpactNow) dans chaque DRS et DS		X		
			§Organiser des rencontres nationales de plaidoyers de 01 avec les autorités régionales pour leurs implications dans les actions en faveur de la PF (MS, MINEFID, Parlementaires, Gouverneurs, DRS) / une fois par an	X	X	X	X
			§Organiser des rencontres de plaidoyers d'une journée avec les autorités au niveau de chaque région pour leurs implications dans les actions en faveur de la PF (30 participants) une fois par an	X	X	X	X
			§Organiser par an une réunion nationale d'une journée de suivi des engagements issus des plaidoyers (2018-2020 (40 participants/niveau)	X	X	X	X
			§Organiser un forum national sur la PF	X			
			§Tenir des réunions semestrielles de coordination des intervenants en plaidoyer en faveur de la PF à Ouagadougou	X	X	X	X
		A2. Renforcement du rôle d'interpellation des parlementaires en faveur de la PF	§Organiser une rencontre de plaidoyer une fois/an auprès des parlementaires et les membres du conseil économique et social avec les modèles RAPID, DemDiv et ImpactNow	X	X	X	X
			§Organiser une rencontre bilan chaque année sur les actions d'interpellation de l'exécutif par les parlementaires	X	X	X	X
P2 : Faible prise en compte des besoins des jeunes dans les politiques de SR/PF	O1 : Prendre en compte au moins 50% des besoins des jeunes dans les politiques de SR/PF de 2017 à 2020	A1. Implication des jeunes et adolescents dans les cadres de concertation et de mise en œuvre des politiques et programmes de SR/PF	§Réaliser un état des lieux de la représentation des jeunes dans les cadres de concertation et de mise en œuvre des politiques et programmes de SR/PF	X			
			§Réviser les textes sur les cadres de concertation et de mise en œuvre des politiques et programmes de SR/PF pour intégrer les jeunes		X		
			§Organiser des consultations des jeunes en prélude des grandes rencontres des jeunes (Etats généraux) sur la SR/PF	X	X	X	X

Politique, environnement habilitant, financement							
Défi(s)	Objectif(s) prioritaire(s)	Actions prioritaires	Activités	Chronogramme			
				2017	2018	2019	2020
P3. Insuffisance et méconnaissance des droits en matière de SR/PF (y compris la loi SR) par les femmes, les prestataires de santé et autres intervenants	O1 : Renforcer les connaissances des femmes sur les droits en SR/PF de 2017 à 2020	A1. Révision du code de la santé pour garantir l'accès aux services de contraception aux adolescent (e)s et jeunes	§Proposer un texte de code de la santé prenant en compte l'accès des adolescents et jeunes aux services de contraception	X			
			§Réaliser le plaidoyer auprès des décideurs pour l'adoption du texte de code de santé révisé		X		
		A1. Diffusion des textes législatifs et réglementaires existants sur la SR/PF auprès des Institutions et des organisations de la société civile en français et dans 03 langues principales de chaque région	§Traduire les textes législatifs et réglementaires existants sur la SR/PF dans les 03 principales langues de chaque région	X	X		
			§Produire des supports (affiches, dépliants) sur les textes législatifs et réglementaires en SR/PF en langues nationales		X		
			§Diffuser les textes législatifs et réglementaires sur la SR/PF traduites en langues nationales à travers une contractualisation avec la RTB et les radios de proximité des 70 DS une fois par trimestre		X	X	X
			§Organiser 13 ateliers régionaux de formation de 2 jours des responsables d'associations des femmes sur les textes législatifs et règlementaires en SR/PF		X		
		A2. Sensibilisation sur les textes législatifs et règlementaires existants en matière de SR/PF à travers les campagnes mass média et la communication de proximité en français et 03 principales langues nationales de chaque région	§Organiser des conférences débats dans chaque région sur les textes législatifs et règlementaires en SR/PF une fois an		X	X	
			§Organiser les activités de sensibilisation dans les 70 DS sur les textes juridiques en faveur de la PF à travers la contractualisation avec les OSC une fois par semestre	X	X	X	X
			§Assurer le suivi de la diffusion des textes législatifs et règlementaires en SR/PF traduits en langues nationales une fois par semestre		X	X	X
			§Assurer la sensibilisation des associations/groupement de femmes sur les textes législatifs et règlementaires en SR/PF dans chaque DS une fois/trimestre à travers la contractualisation avec des ONG		X	X	X
			§Elaborer des Prêts à Diffuser (PAD) sur les textes législatifs et règlementaires en SR/PF en français et en langues nationales	X			
			§Réaliser la diffusion des PAD sur les textes législatifs et règlementaires en SR/PF en français et en langues nationales une fois par semestre à la RTB	X	X	X	X
			§Diffuser les PAD à travers la contractualisation avec 08 radios privées à Ouagadougou et 5 à Bobo	X	X	X	X

Politique, environnement habilitant, financement							
Défi(s)	Objectif(s) prioritaire(s)	Actions prioritaires	Activités	Chronogramme			
				2017	2018	2019	2020
P4. Insuffisance du rôle de veille de la SC face aux engagements en faveur de la PF	O1 : Mettre en place un mécanisme de suivi des engagements en faveur de la PF des parties prenantes de 2017 à 2020	A1. Mise en place du projet de suivi des engagements basés sur l'expérience de l'Ouganda	§Réaliser la cartographie des intervenants dans le domaine de la PF au Burkina (y compris dans le domaine du plaidoyer)	X			
			§Organiser un voyage d'étude en Ouganda sur le suivi des engagements en faveur de la PF	X			
			§Organiser un atelier de restitution du voyage d'étude		X		
			§Mettre en place un comité de veille		X		
			§Organiser un atelier d'élaboration de l'outil de suivi des engagements adapté au contexte du Burkina Faso		X		
			§Tenir un atelier de validation de l'outil de suivi des engagements en faveur de la PF		X		
			§Organiser quatre ateliers de dissémination de l'outil		X		
			§Organiser une rencontre bilan semestrielle de mise en œuvre des engagements		X	X	X
			§Elaborer un plan de plaidoyer	X			

Politique, environnement habitant, financement							
Défi(s)	Objectif(s) prioritaire(s)	Actions prioritaires	Activités	Chronogramme			
				2017	2018	2019	2020
P5. Insuffisance du financement de PF	O1. Amener l'Etat à couvrir 50% du coût d'achat des contraceptifs chaque année	A1. Plaidoyer auprès des décideurs (Gouvernement, Parlement, CES...) pour l'augmentation du montant de la ligne d'achat des produits contraceptifs	§Mettre en œuvre le plan de plaidoyer	X	X	X	X
	O2. Diversifier les sources de financement de la PF	A1. Organisation de la journée de plaidoyer pour la mobilisation des ressources financières pour la PF	§Mettre en place un comité pour préparer la réunion de mobilisation des ressources financières	X			
			§Organiser la visite de plaidoyer auprès des PTF potentiels dans le pays y compris le secteur privé lucratif (Société de téléphonie mobile, banques, entreprises pétrolières, minières...)	X			
			§Organiser en une journée la journée de mobilisation des ressources	X			
		A2. Plaidoyer auprès des décideurs pour la gratuité des produits contraceptifs d'ici 2020	§Mettre en place une équipe multisectorielle (15 personnes) de plaidoyer en collaboration avec la société civile y compris les bénéficiaires PF	X			
			§Organiser un atelier de formation de l'équipe en technique de plaidoyer AFP-SMART	X			
			§Réaliser le plaidoyer auprès des décideurs pour la gratuité des produits contraceptifs pour tous les utilisateurs y compris la gratuité totale de tous les services de contraception pour les adolescents et jeunes	X			
			§Organiser des réunions périodiques de l'équipe de plaidoyer (une fois par semestre)	X	X	X	X
		A3. Plaidoyer en direction des municipalités pour accroître les ressources domestiques allouées à la PF	§Mettre en place une équipe multisectorielle de plaidoyer en collaboration avec la société civile y compris les bénéficiaires PF	X			
			§Réaliser le plaidoyer auprès des maires pour la prise en compte des activités de la PF dans les PDC	X	X	X	
			§Renforcer les capacités de 12 maires des chefs-lieux de régions (sauf Centre) pour leur participation à « The Challenge Initiative » à Ouagadougou	X			
	§Assurer le suivi des engagements pris par les maires		X	X	X	X	
	A4. Plaidoyer en direction partenaires financiers pour la mobilisation des ressources en faveur de la PF	§Doter toutes les mairies de livrets/ dépliant d'information sur la PF à distribuer lors des mariages		X	X	X	
		§Mettre en place une équipe multisectorielle de 15 membres de plaidoyer en collaboration avec la société civile y compris les bénéficiaires PF	X				
		§Élaborer un plan de mobilisation des ressources	X				
		§Mettre en œuvre le plan de mobilisation des ressources	X	X	X	X	
		§Réaliser le plaidoyer auprès des partenaires financiers pour la prise en compte des activités de la PF dans leurs programme pays	X	X	X	X	
	A5. Mise en place d'un fonds national pour le financement de la SRMNIA	§Assurer le suivi des engagements pris par les partenaires financiers une fois par an	X	X	X	X	
		§Faire un plaidoyer pour la mise en place d'un fonds national pour la SRMNIA (par équipe multisectorielle de plaidoyer)	X				
		§Assurer le suivi de la gestion du fonds national SRMNIA	X	X	X	X	

Politique, environnement habilitant, financement							
Défi(s)	Objectif(s) prioritaire(s)	Actions prioritaires	Activités	Chronogramme			
				2017	2018	2019	2020
P6 : Faible accessibilité financière des jeunes à la contraception	O1 : Améliorer l'accessibilité financière à la contraception de tous les adolescents et jeunes de 2017 à 2020	A1. Plaidoyer pour la gratuité de la contraception moderne chez les jeunes et adolescents	§Mettre en place une équipe multisectorielle de 15 membres de plaidoyer en collaboration avec la société civile y compris les associations des jeunes	X			
			§Organiser un atelier de formation de l'équipe en technique de plaidoyer	X			
			§Réaliser le plaidoyer auprès des décideurs pour la gratuité de la contraception chez les jeunes	X			
			§Tenir des réunions périodiques de l'équipe de plaidoyer	X	X	X	X
			§Assurer le suivi des engagements des décideurs.	X	X	X	X

Coordination, suivi et évaluation							
Défi(s)	Objectif(s) prioritaire(s)	Actions prioritaires	Activités	Chronogramme			
				2017	2018	2019	2020
C1. Insuffisance dans la coordination, le suivi et l'évaluation des activités de planification familiale	O1. Renforcer le suivi/supervision du PNAPF de 2017 à 2020	A1. Amélioration de la production des données pour le suivi des progrès réalisés en matière de PF	§Organiser un atelier national et 04 ateliers régionaux de dissémination du PNAPF	X			
			§Élaborer un plan de suivi-évaluation du PNAPF basé sur les ODD et la matrice des indicateurs du PNDES	X			
			§Organiser un atelier national de formation des formateurs sur les outils FPET et PMA2020	X			
			§Organiser une formation des acteurs du SNIS sur l'utilisation des données de DHIS2 pour l'estimation de la prévalence contraceptive (Outil SS, EMU)	X			
			§Organiser chaque année un atelier national de consensus sur les indicateurs de suivi des progrès de la PF (Exécution de l'outil FPET)	X	X	X	X
			§Elaborer des directives pour l'orientation des acteurs sur les notions de nouvelles utilisatrices, utilisatrices additionnelles à Ouagadougou	X			
			§Assurer le suivi/supervision de la mise en œuvre du PNAPF en cascades	X	X	X	X
			§Documenter au moins une bonne pratique par domaine en matière de SR/PF	X	X	X	X
		A2. Fourniture des moyens logistiques nécessaires au suivi	Acheter le matériel	X	X		

Coordination, suivi et évaluation							
Défi(s)	Objectif(s) prioritaire(s)	Actions prioritaires	Activités	Chronogramme			
				2017	2018	2019	2020
C1. Insuffisance dans la coordination, le suivi et l'évaluation des activités de planification familiale	O2. Rendre fonctionnels les comités à différents niveaux pour la coordination et le suivi avec focus sur la PF de 2017 à 2020	A1. Renforcement du fonctionnement des organes de coordination pour les activités de PF à tous les niveaux	§Faire une cartographie des interventions pour les adolescents et jeunes	X			
			§Mettre en place une équipe de coordination et mise en œuvre du PNAPF	X			
			§Recruter une personne ressource/assistant technique de haut niveau pour l'appui à la mise en œuvre du Plan pendant la première année	X			
			§Tenir les réunions mensuelles de coordination du PNAPF	X			
			§Tenir les réunions trimestrielles du comité technique à Ouagadougou du PNAPF	X	X	X	X
			§Mettre en place 04 groupes thématiques de suivi du plan au sein du comité de pilotage du PNAPF (mobilisation des ressources, création de la demande, offre et accès-sécurisation des produits contraceptifs, Jeunes et Adolescents)	X			
			§Renforcer les capacités des jeunes pour leur participation efficiente au groupe thématique Jeunes et Adolescents	X	X		
			§Renforcer le leadership des adolescents et jeunes en tant qu'acteurs, bénéficiaires et pour le suivi et la mise en œuvre du plan	X	X		
			§Mettre en place un cadre de concertation entre le MS et les ONG	X			
			Organiser une fois par semestre la réunion du cadre de concertation entre le MS et les ONG à Ouagadougou	X	X	X	X
		A2. Renforcement du fonctionnement des cadres de concertation des différents acteurs de la Santé Scolaire et Universitaire (USS)	§Mettre en place le cadre de concertation avec les différents acteurs de la SSU	X			
			§Animer les rencontres des cadres de concertation avec les différents acteurs de la SSU une fois par semestre à Ouagadougou	X	X	X	X
			§ Appliquer les directives de la promotion de la SSU par chaque partie prenante	X	X	X	X
		A3. Organisation des revues	§Organiser des réunions trimestrielles des groupes thématiques de suivi du PNAPF à Ouagadougou	X	X	X	X
			§Organiser une fois par semestre la revue du PNAPF au niveau de chaque région	X	X	X	X
			§Organiser une fois par an la revue du PNAPF au niveau national	X	X	X	X
			§Tenir une réunion semestrielle du comité de pilotage du PNAPF	X	X	X	X
			§Organiser une revue à mi-parcours et une revue finale du PNAPF	X	X	X	X

ANNEXE B. ESTIMATION DES TAUX DE PREVALENCE CONTRACEPTIVE ENTRE 2017-2020

	Prévalence contraceptive moderne estimée chez les femmes mariées (EDS 2010)	Prévalence contraceptive moderne estimée chez les femmes mariées (2015 MICS)	Gain annuel TPC (2017-2020)	Gain annuel TPC (2010-2015)	2016	2017	2018	2019	2020
Boucle du Mouhoun	11,4	20,8	1,8	1,9	22,7	24,5	26,4	28,2	30,1
Cascades	18,0	28,4	2,5	2,1	30,5	33,0	35,5	38,1	40,6
Centre	31,2	42,4	3,8	2,2	44,6	48,4	52,2	55,9	59,7
Centre-Est	9,0	16,9	1,5	1,6	18,5	20,0	21,5	23,0	24,5
Centre-Nord	9,3	14,3	1,3	1,0	15,3	16,6	17,8	19,1	20,4
Centre-Ouest	9,6	20,5	1,8	2,2	22,7	24,5	26,3	28,1	30,0
Centre-Sud	16,3	18,9	1,7	0,5	19,4	21,1	22,8	24,5	26,1
Est	10,8	18,6	1,7	1,6	20,2	21,8	23,5	25,1	26,8
Hauts-Bassins	26,8	32,8	2,9	1,2	34,0	36,9	39,8	42,7	45,7
Nord	10,4	21,1	1,9	2,1	23,2	25,1	27,0	28,9	30,7
Plateau Central	14,2	31,1	2,8	3,4	34,5	37,2	40,0	42,8	45,5
Sahel	6,9	11,1	1,0	0,8	11,9	12,9	13,9	14,9	15,9
Sud-Ouest	10,0	18,2	1,6	1,6	19,8	21,5	23,1	24,7	26,3
Total	15	22,5	2	1,5	24,0	26,0	28,0	30,0	32,0

ANNEXE C. ESTIMATION DES EFFECTIFS DE FEMMES EN UNION UTILISATRICES DE LA CONTRACEPTION MODERNE A CIBLER PAR REGION ENTRE 2017-2020

REGIONS	2017	2018	2019	2020
BOUCLE DU MOUHOUN	83 004	92 040	101 566	111 613
CASCADES	48 777	54 551	60 678	67 176
CENTRE	202 343	227 425	254 147	282 531
CENTRE EST	58 175	64 630	71 444	78 640
CENTRE NORD	50 170	55 781	61 705	67 965
CENTRE OUEST	70 899	78 565	86 648	95 180
CENTRE SUD	31 616	35 166	38 904	42 848
EST	74 187	82 669	91 654	101 162
HAUTS - BASSINS	142 623	159 314	176 973	195 645
NORD	73 220	81 146	89 496	98 309
PLATEAU CENTRAL	63 111	69 864	76 979	84 484
SAHEL	33 300	37 069	41 050	44 282
SUD-OUEST	28 061	31 141	34 387	37 816
Total	959 488	1 069 360	1 185 631	1 307 651

ANNEXE D. ESTIMATION DES EFFECTIFS DE FEMMES EN UNION UTILISATRICES ADDITIONNELLES DE CONTRACEPTION MODERNE PAR REGION ENTRE 2017-2020

REGIONS	2017	2018	2019	2020
BOUCLE DU MOUHOUN	8 583	9 035	9 526	10 048
CASCADES	5 441	5 774	6 127	6 498
CENTRE	23 537	25 082	26 722	28 384
CENTRE EST	6 122	6 455	6 814	7 196
CENTRE NORD	5 323	5 611	5 924	6 260
CENTRE OUEST	7 287	7 666	8 083	8 532
CENTRE SUD	3 378	3 550	3 738	3 944
EST	8 012	8 483	8 985	9 508
HAUTS - BASSINS	15 783	16 690	17 660	18 672
NORD	7 537	7 926	8 350	8 813
PLATEAU CENTRAL	6 427	6 753	7 115	7 505
SAHEL	3 571	3 769	3 981	3 231
SUD-OUEST	2 931	3 079	3 246	3 430
Total	103 932	109 872	116 271	122 021

ANNEXE E. ESTIMATION DES EFFECTIFS DE FEMMES EN UNION UTILISATRICES ADDITIONNELLES DE CONTRACEPTION MODERNE PAR REGION ENTRE 2017-2020

REGION DE LA BOUCLE DU MOUHOUN				
Districts Sanitaires	2017	2018	2019	2020
BOROMO	1 299	1 368	1 445	1 525
DEDOUGOU	1 805	1 901	2 005	2 115
NOUNA	1 636	1 721	1 813	1 913
SOLENZO	1 622	1 709	1 803	1 902
TOMA	955	1 004	1 058	1 115
TOUGAN	1 267	1 332	1 403	1 477
TOTAL	8 583	9 035	9 526	10 048

REGIONS DES CASCADES				
Districts Sanitaires	2017	2018	2019	2020
BANFORA	2 762	2 931	3 113	3 307
MANGODARA	1 559	1 661	1 766	1 875
SINDOU	1 120	1 181	1 248	1 317
Total	5 441	5 774	6 127	6 498

REGION DU CENTRE				
Districts Sanitaires	2017	2018	2019	2020
BASKUY	2 925	3 104	3 300	3 496
BOGODOGO	7 214	7 684	8 183	8 690
BOULMIOUGOU	7 609	8 118	8 655	9 199
NONGREMASSON	2 989	3 185	3 393	3 603
SIG-NONGHIN	2 800	2 990	3 192	3 396
Total	23 537	25 082	26 722	28 384

REGION DU CENTRE EST				
Districts Sanitaires	2017	2018	2019	2020
BITTOU	503	530	559	591
GARANGO	882	926	978	1 031
KOUELA	941	992	1 047	1 106
OUARGAYE	1 438	1 518	1 604	1 696
POUYTENGA	834	879	928	979
TENKODOGO	929	978	1 031	1 088
ZABRE	596	631	667	705
Total	6 122	6 455	6 814	7 196

REGION DU CENTRE NORD				
Districts Sanitaires	2017	2018	2019	2020
BARSALOGHO	620	652	690	729
BOULSA	705	745	786	831
BOUSSOUMA	724	765	806	852
KAYA	1 296	1 365	1 440	1 521
KONGOUSI	1 223	1 289	1 361	1 439
TOUGOURI	756	795	840	887
Total	5 323	5 611	5 924	6 260

REGION DU CENTRE OUEST				
Districts Sanitaires	2017	2018	2019	2020
KOUDOUGOU	1 745	1 830	1 925	2 029
NANORO	745	784	827	874
SABOU	498	523	550	581
REO	897	942	991	1 044
TENADO	850	892	940	991
LEO	1 347	1 421	1 500	1 586
SAPOUY	1 205	1 273	1 350	1 428
Total	7 287	7 666	8 083	8 532

REGION DU CENTRE SUD				
Districts Sanitaires	2017	2018	2019	2020
KOMBISSIRI	763	800	840	884
MANGA	1 322	1 389	1 464	1 546
PO	874	920	972	1 027
SAPONE	420	440	463	488
Total	3 378	3 550	3 738	3 944

REGION DE L'EST				
Districts Sanitaires	2017	2018	2019	2020
BOGANDE	1 715	1 812	1 914	2 026
DIAPAGA	2 295	2 431	2 576	2 727
FADA	1 983	2 099	2 222	2 348
GAYERI	562	597	636	673
MANNI	855	903	952	1 005
PAMA	602	641	686	729
Total	8 012	8 483	8 985	9 508

REGION DES HAUTS - BASSINS				
Districts Sanitaires	2017	2018	2019	2020
DAFRA	2 782	2 943	3 108	3 280
DANDE	1 910	2 024	2 148	2 278
DO	4 269	4 506	4 765	5 030
HOUNDE	2 450	2 591	2 739	2 898
KARANKASSO - VIGUE	753	798	846	897
LENA	530	562	595	632
N'DOROLA	1 694	1 793	1 899	2 009
ORODARA	1 396	1 474	1 560	1 649
Total	15 783	16 690	17 660	18 672

REGION DE NORD				
Districts Sanitaires	2017	2018	2019	2020
GOURCY	1 096	1 155	1 218	1 287
OUAHIGOUYA	1 631	1 712	1 802	1 903
SEGUENEGA	1 051	1 107	1 167	1 233
THIOU	839	882	931	983
TITAO	929	979	1 031	1 089
YAKO	1 991	2 091	2 201	2 319
Total	7 537	7 926	8 350	8 813

REGION DU PLATEAU CENTRAL				
Districts Sanitaires	2017	2018	2019	2020
BOUSSE	1 241	1 300	1 371	1 446
ZINIARE	2 193	2 306	2 430	2 561
ZORGHO	2 993	3 147	3 314	3 499
Total	6 427	6 753	7 115	7 505

REGION DU SAHEL				
Districts Sanitaires	2017	2018	2019	2020
DJIBO	1 279	1 354	1 432	1 513
DORI	959	1 001	1 057	1 117
GOROM-GOROM	743	787	832	881
SEBBA	591	625	660	(279)
Total	3 571	3 769	3 981	3 231

REGION DU SUD-OUEST				
Districts Sanitaires	2017	2018	2019	2020
BATIE	345	363	384	406
DANO	862	904	950	1 002
DIEBOUGOU	491	516	544	577
GAOUA	713	750	791	836
KAMPTI	520	546	577	608
Total	2 931	3 079	3 246	3 430

ANNEXE F. TABLE DES COUTS, EN FCFA

Création de la Demande					
	2017	2018	2019	2020	TOTAL
CD1.A1. Organisation de la SNPF deux fois par an	171.664.706,63	397.185.323,58	407.114.956,67	417.292.830,59	1.393.257.817,48
CD1.A2. Organisation de campagnes nationales mass-médias sur la PF de 2017 à 2020	28.226.382,58	30.074.896,34	30.826.768,75	31.597.437,97	120.725.485,66
CD1.A3. Utilisation de la plateforme des grands événements nationaux (Journée du paysan, FESPACO, SIAO, SNC, Tour du Faso, Journée internationale de la femme...) pour la promotion de la SR/PF	64.022.103,66	109.371.093,76	112.105.371,10	114.908.005,38	400.406.573,90
CD2.A1. Sensibilisation des adolescents et jeunes sur la SSR	61.423.978,52	65.595.189,76	54.048.951,74	43.524.371,19	224.592.491,20
CD2.A2. Utilisation des TIC, de la plateforme des Etats généraux de la jeunesse et les grands événement culturels et sportifs impliquant les jeunes (USSUBF, Faso Academy, Emission cocktail...) pour la promotion de la PF	221.712.608,68	647.447.544,34	291.037.672,13	298.313.613,94	1.458.511.439,09
CD3.A1. Production de messages clés en segmentant les femmes par catégorie socio-professionnelle et par lieu de résidence	15.566.757,17	64.565.480,50	-	-	80.132.237,66
CD3.A2. Promotion de la PF à travers la CIP avec les prestataires, les ASBC et les associations/groupements au niveau communautaire	76.406.903,24	426.389.691,73	119.491.113,58	122.478.391,42	744.766.099,97
CD4.A1. Amélioration de la qualité de l'information sur la contraception adressée aux adolescents et aux jeunes	-	7.839.153,05	-	-	7.839.153,05
CD4.A2. Sensibilisation des adolescents et jeunes avec les messages ciblés	17.998.932,55	36.897.811,72	37.820.257,01	38.765.763,44	131.482.764,72
CD4.A3. Mise en place des lignes vertes de PF	61.046.698,22	62.572.865,67	64.137.187,31	65.740.617,00	253.497.368,20
CD5.A1. Ajout des modules sur l'éducation sexuelle complète dans les curricula d'enseignement	-	81.041.433,39	-	-	81.041.433,39
CD5.A2. Renforcement de capacités des éducateurs et des élèves sur l'éducation sexuelle complète	-	147.236.673,18	90.404.942,80	92.148.189,53	329.789.805,51

Création de la Demande

	2017	2018	2019	2020	TOTAL
CD5.A3. Mise en place d'une approche d'Education Sexuelle Complète (ESC) pour les jeunes non/déscolarisés (en situation de vulnérabilité)	-	156.749.618,06	152.121.941,06	155.924.989,59	464.796.548,71
CD6.A1. Mise en œuvre d'une stratégie d'implication des hommes pour la promotion de la PF	148.758.746,61	247.872.254,39	140.586.762,67	144.101.431,74	681.319.195,41
CD6.A2. Implication des leaders religieux et coutumiers dans la mobilisation des populations et en particulier des hommes en faveur de la PF	10.213.496,42	15.851.611,79	16.247.902,08	16.654.099,63	58.967.109,92
TOTAL	877.041.314,27	2.496.690.641,26	1.515.943.826,92	1.541.449.741,41	6.431.125.523,85

Offre et Accès

	2017	2018	2019	2020	TOTAL
OA1.A1. Organisation annuelle d'une campagne « zéro grossesse » en milieu scolaire de 2017 à 2020	18.078.125,16	76.404.955,86	78.315.079,76	80.272.956,76	253.071.117,55
OA2.A1. Amélioration de l'accès des adolescents et des jeunes y compris ceux en situation de Vulnérabilité à la contraception	918.264.192,76	941.220.797,58	140.586.762,67	144.101.431,74	2.144.173.184,75
OA2.A2. Renforcement des capacités centres de santé scolaires	57.808.132,03	117.959.152,70	62.496.970,97	64.059.395,24	302.323.650,95
OA3.A1. Renforcement des capacités des points de prestations offrant des services de contraception destinés aux jeunes et adolescents	772.677.125,23	766.178.688,64	549.947.003,91	340.758.619,19	2.429.561.436,98
OA4.A1. Renforcement des plateaux techniques des formations sanitaires périphériques pour l'offre des méthodes contraceptives de LDA	36.297.847,30	37.205.293,48	38.135.425,82	-	111.638.566,61
OA4.A2. Mise en place d'un label qualité de services de SR/PF	11.161.896,95	36.822.970,85	37.743.545,12	38.687.133,75	124.415.546,68
OA4.A3. Renforcement des compétences des prestataires lors de la formation de base et en cours d'emploi	255.779.124,30	478.406.021,75	268.825.625,85	201.742.713,88	1.204.753.485,78
OA5.A1. Organisation de l'offre de PF en stratégies avancées dans les DS	10.569.373,17	10.833.607,50	11.104.447,68	11.382.058,88	43.889.487,22
OA5.A2. Organisation de l'offre de PF en stratégies mobiles avec l'appui des ONG	755.955,17	774.854,05	794.225,40	814.081,03	3.139.115,64

Offre et Accès					
	2017	2018	2019	2020	TOTAL
OA5.A3. Extension de la délégation des tâches dans les FS aux Infirmiers Brevetés et aux APL	10.569.373,17	10.833.607,50	11.104.447,68	11.382.058,88	43.889.487,22
OA5.A4. Extension de la distribution à base communautaire de l'injectable en sous cutané et de l'auto-injection dans 10 DS par an	153.390.902,92	157.225.675,49	56.441.480,78	57.852.517,80	424.910.576,99
OA5.A5. Intégration de la PF dans les autres prestations de santé	-	2.682.303.655,48	-	-	2.682.303.655,48
OA5.A6. Organisation de l'offre des services de PF lors des deux SNPF	-	-	-	-	-
OA6.A1. Organisation de l'offre de services dans des cliniques mobiles en collaboration avec des ONG	-	15.169.351,40	840.450,16	861.461,41	16.871.262,96
OA6.A2. Extension des journées spéciales d'offre de services PF dans les centres santé péri urbains	9.252.201,28	2.798.035,17	-	-	12.050.236,45
TOTAL	2.254.604.249,46	5.334.136.667,45	1.256.335.465,80	951.914.428,55	9.796.990.811,26

Sécurisation des Produits					
	2017	2018	2019	2020	TOTAL
P1. A1. Remise à niveau des stocks	-	-	-	-	-
P1. A2. Renforcement de la gestion des données de consommation et de la disponibilité des produits contraceptifs des structures sanitaires publique et privées, des ONG/Associations	159.350.603,40	162.894.670,34	178.627.236,43	171.141.213,03	672.013.723,20
TOTAL	159.350.603,40	162.894.670,34	178.627.236,43	171.141.213,03	672.013.723,20

Politique, Environnement Habilitant, Financement					
	2017	2018	2019	2020	TOTAL
P1. A1. Renforcement du plaidoyer pour l'implication des autres ministères (Jeunesse, MENA, MESS, Femme, MATD, Economie numérique, Justice, Communication) dans les actions de PF.	47.609.129,60	290.643.168,30	9.501.282,16	6.895.845,94	354.649.426,01

Politique, Environnement Habitant, Financement

P1. A2. Renforcement du rôle d'interpellation des parlementaires en faveur de la PF	4.331.946,08	4.440.244,73	4.551.250,85	4.665.032,12	17.988.473,79
P2. A1. Implication des jeunes et adolescents dans les cadres de concertation et de	6.741.806,19	12.401.955,02	1.680.969,75	1.722.994,00	22.547.724,96
P3. A1. Révision du code de la santé pour garantir l'accès aux services de contraception aux adolescent (e)s et jeunes	1.740.935,18	1.281.174,02	-	-	3.022.109,20
P4. A1. Diffusion des textes législatifs et réglementaires existants sur la SR/PF auprès des Institutions et des organisations de la société civile en français et dans 03 langues principales de chaque région	4.086.897,55	51.620.440,32	2.353.260,44	2.412.091,95	60.472.690,25
P4. A2. Sensibilisation sur les textes législatifs et réglementaires existants en matière de SR/PF à travers les campagnes mass média et la communication de proximité en français et 03 principales langues nationales de chaque région	145.056.856,39	209.594.678,76	214.834.545,73	171.615.755,39	741.101.836,27
P5. A1. Mise en place du projet de suivi des engagements basés sur l'expérience de l'Ouganda	10.143.353,74	25.660.652,73	1.353.267,45	1.387.099,14	38.544.373,06
P6. A1. Plaidoyer auprès des décideurs (Gouvernement, Parlement, CES...) pour l'augmentation du montant de la ligne d'achat des produits contraceptifs	4.247.421,58	-	-	-	4.247.421,58
P7. A1. Organisation de la journée de plaidoyer pour la mobilisation des ressources	3.565.900,53	-	-	-	3.565.900,53
P7. A2. Plaidoyer auprès des décideurs pour la gratuité des produits contraceptifs d'ici 2020	4.269.938,92	1.806.021,68	1.851.172,22	1.897.451,52	9.824.584,34
P7. A3. Plaidoyer en direction des municipalités pour accroître les ressources domestiques allouées à la PF	85.895.340,54	95.691.476,96	98.083.763,89	29.039.510,97	308.710.092,37
P7. A4. Plaidoyer en direction partenaires financiers pour la mobilisation des ressources en faveur de la PF	5.850.810,32	1.987.426,75	2.037.112,42	2.088.040,23	11.963.389,71
P7. A5. Mise en place d'un fonds national pour le financement de la SRMNIA	2.272.501,59	703.177,68	720.757,12	738.776,05	4.435.212,44
P8. A1. Plaidoyer pour la gratuité de la contraception moderne chez les jeunes et adolescents	-	-	-	-	-
TOTAL	325.812.838,23	695.830.416,95	336.967.382,03	222.462.597,31	1.581.073.234,52

Coordination, Suivi et Evaluation

	2017	2018	2019	2020	TOTAL
C1. A1. Amélioration de la production des données pour le suivi des progrès réalisés en matière de PF	90.372.399,83	38.826.946,68	39.797.620,34	40.792.560,85	209.789.527,70
C2. A1. Renforcement du fonctionnement des organes de coordination pour les activités de PF à tous les niveaux	17.821.021,72	13.556.161,66	13.895.065,70	14.242.442,35	59.514.691,43
C2. A2. Renforcement du fonctionnement des cadres de concertation des différents acteurs de la Santé Scolaire et Universitaire (USS)	1.485.475,73	3.045.225,24	3.121.355,87	3.199.389,77	10.851.446,60
C2. A3. Organisation des revues	65.735.194,80	73.500.798,26	75.338.318,22	82.767.502,73	297.341.814,01
C3. A1 Fourniture des moyens logistiques nécessaires au suivi	193.419.530,39	198.255.018,65	203.211.394,12	208.291.678,97	803.177.622,14
TOTAL	368.833.622,47	327.184.150,49	335.363.754,25	349.293.574,66	1.380.675.101,88

Coûts des Produits Contraceptifs et Consommables

	2017	2018	2019	2020	TOTAL
TOTAL	2.918.323.815	1.818.194.815	1.889.446.542	2.025.550.319	8,714.513328

