



RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL
UN PEUPE - UN BUT - UNE FOI



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE L'ACTION SOCIALE

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

DIRECTION DE LA SANTE, DE LA MERE
ET DE L'ENFANT



PLAN D'ACTION NATIONAL BUDGÉTISÉ DE PLANIFICATION FAMILIALE 2024 | 2028

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|-------------|
| ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES..... | IV |
| TABLEAUX ET FIGURES | VI |
| 1. Tableaux | VI |
| 2. Figures | VI |
| REMERCIEMENTS..... | VII |
| PRÉFACE | VIII |
| RESUME EXECUTIF | X |
| INTRODUCTION | 1 |
| I. PROCESSUS D’ELABORATION DU PANBPF 2024-2028..... | 3 |
| II. PRESENTATION GENERALE DU PAYS..... | 4 |
| I.1. Situation géographique, politique et administrative..... | 4 |
| I.2. Situation Socio-Economique et Culturelle | 5 |
| I.3. Situation démographique | 7 |
| I.4. Le système de santé..... | 11 |
| III. ANALYSE SITUATIONNELLE DE LA MISE EN ŒUVRE DU CADRE STRATEGIQUE NATIONAL DE PLANIFICATION FAMILIALE | 22 |
| I.1. Bilan de la mise en œuvre du cadre stratégique de planification familiale 2016-2020 | 22 |
| I.2. Analyse Forces-Faiblesses-Opportunités-Menaces (FFOM) de la Planification Familiale | 31 |
| I.3. Principaux défis identifiés par domaine d’actions prioritaires | 32 |
| II. CADRE STRATÉGIQUE..... | 36 |
| II.1. Vision..... | 36 |
| II.2. Principes directeurs et valeurs..... | 36 |
| II.3. But et objectifs..... | 36 |
| I. CADRE DE MISE EN ŒUVRE ET DE COORDINATION DU PANBPF 2024-2028..... | 73 |
| I.1. Cadre de mise en œuvre | 74 |
| I.2. Mécanismes de Coordination | 74 |
| 1. Au niveau central | 75 |
| 2. Au niveau régional | 75 |
| 3. Au niveau départemental | 76 |
| 4. Au niveau local..... | 76 |
| II. CADRE DE SUIVI ET EVALUATION..... | 76 |
| II.1. Mécanismes de Suivi et Evaluation..... | 76 |
| 1. Suivi..... | 76 |
| 2. Evaluation | 77 |

| | | |
|-------------|---|--------------|
| 3. | Le cadre de mesure de performance | 78 |
| 4. | Cibles régionales | 82 |
| 5. | La théorie du changement | 84 |
| II.2. | Le système de gestion des données | 85 |
| III. | BUDGÉTISATION ET FINANCEMENT DU PLAN | 86 |
| IV. | RISQUES ET FACTEURS DE SUCCÈS | 87 |
| IV.1. | Risques | 88 |
| IV.2. | Facteurs de réussite | 90 |
| 1. | L'engagement politique | 91 |
| 2. | L'engagement et la mobilisation de toutes les parties prenantes..... | 91 |
| 3. | Le renforcement de la collaboration intra et intersectorielle | 91 |
| 4. | La disponibilité de ressources humaines | 91 |
| 5. | La qualité de l'offre de services offerts dans tous les secteurs | 92 |
| 6. | L'implication effective des religieux..... | 92 |
| 7. | La prise en compte des besoins des adolescents et jeunes mariés..... | 92 |
| 8. | L'implication plus accrue des hommes en faveur de la PF | 92 |
| 9. | L'appropriation du programme par le secteur privé | 93 |
| 10. | La prise en compte du genre effective dans la mise en œuvre du programme PF | 93 |
| | CONCLUSION | 94 |
| | ANNEXES | i |
| | Annexe 1 : Plans d'action | i |
| | I Axe 3 : Sécurisation des produits PF | xxii |
| | I Axe 4 : Création d'un environnement favorable..... | xxiv |
| | I Axe 5 : Intensification de la mobilisation des ressources et du financement durable | xxvii |
| | I Axe 6 : Amélioration de la gouvernance et de la gestion du programme | xxx |
| | Annexe 2 : Méthodes de calcul des indicateurs | xxxiv |
| | I Taux de mortalité maternelle | xxxiv |
| | I Pour les indicateurs TPC et les besoins non satisfaits des FAR et des adolescentes/ Jeunes femmes | |
| | xxxiv | |

ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

| | |
|---------------|---|
| AI | Auto Injection |
| AME | Allaitement Maternel Exclusif |
| AMM | Autorisation de Mise sur le Marché |
| ANACMU | Agence Nationale de la Couverture Maladie universelle |
| ANSD | Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie |
| ASBC | Agent de Santé à Base Communautaire |
| BG | Bajenu Gox |
| BNS | Besoins Non Satisfaits |
| BRH | Brigade Régionale d'Hygiène |
| CCA | Centre Conseil Adolescent |
| CDS | Comité de Développement sanitaire |
| CIP | Communication Interpersonnelle |
| CIS | Comité Interne de Suivi |
| CP | Comité de Pilotage |
| CPRS | Centre de Promotion et de Réinsertion Sociale |
| CSNPF | Cadre Stratégique National de Planification Familiale |
| DIU | Dispositif Intra Utérin |
| DIUPP | Dispositif Intra Utérin Post Partum |
| DGS | Direction Générale de la Santé Publique |
| DGEPS | Direction Générale des Établissements Publics de Santé |
| DIEM | Direction des Infrastructures, des Équipements et de la Maintenance |
| DPF | Division de la Planification Familiale |
| DPRS | Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques |
| DSDOM | Dispensateur de Soins à Domicile |
| ECD | Equipe Cadre de District |
| EDS-C | Enquête Démographique et Santé Continue |
| EPS | Etablissement Public de Santé |
| GAR | Gestion Axée sur les Résultats |
| HCD | Human-Centered Design, (approche centrée sur la personne) |
| ICP | Infirmier Chef de Poste |
| IDE | Infirmier Diplômé d'Etat |
| IPM | Informed Push Model |
| IPM | Institut Prévoyance Maladie |

| | |
|----------------|---|
| ISBC | Identification Systématique des Besoins de la Cliente |
| ISF | Indice Synthétique de Fécondité |
| ISSU | Initiative Sénégalaise de Santé Urbaine |
| LEA | Leader Élève Animateur |
| MCR | Médecin Chef de Région |
| MSAS | Ministère de la Santé et de l'Action Sociale |
| ODD | Objectif de Développement Durable |
| OICI | Offre Initiale Contraception Injectable |
| OMD | Objectifs du Millénaire pour le Développement |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| ONG | Organisation Non-Gouvernementale |
| PANB/PF | Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale |
| PEV | Programme Elargi de Vaccination |
| PEC | Prise En Charge |
| SEN PNA | SEN Pharmacie Nationale d'Approvisionnement |
| PNDSS | Plan National de Développement Sanitaire et Social |
| PNP | Politiques, Normes et Protocoles |
| PPP | Partenariat Public Privé |
| SR PRA | SR Pharmacie Régionale d'Approvisionnement |
| PS | Poste de Santé |
| SIG | Système d'Information et de Gestion |
| SIGL | Système d'Information et de Gestion Logistique |
| SR | Santé de la Reproduction |
| VBG | Violences Basées sur le Genre |
| TPC | Taux de Prévalence Contraceptive |

TABLEAUX ET FIGURES

1. Tableaux

| | |
|--|----|
| Tableau 1 : Nouvelles Structures privées de 2018 à 2022 | 12 |
| Tableau 2 : Niveau d'atteinte indicateurs du CSNPF 2016-2020..... | 22 |
| Tableau 3 : Principales forces, faiblesses, opportunités et menaces de la PF | 31 |
| Tableau 4 : Cibles régionales pour le TPC en 2028..... | 82 |
| Tableau 5 : Evolution du TPC entre 2023 et 2028 | 83 |
| Tableau 6 : Répartition du budget par axe stratégique et par an | 86 |
| Tableau 7 : Contribution attendue par partie prenante et par axe stratégique | 87 |
| Tableau 8 : Risques et facteurs de mitigation | 88 |

2. Figures

| | |
|---|----|
| Figure 1 : Pyramide des âges de la population du Sénégal en 2023 (ANSD, RGPH-5, 2023)..... | 8 |
| Figure 2 : Répartition de la population par région en 2023 (ANSD, RGPH-5, 2023) | 9 |
| Figure 3 : Evolution de l'ISF de 1986 à 2023 (ANSD-EDS) | 10 |
| Figure 4 : Evolution du Taux Brut de Mortalité au Sénégal de 2013 à 2023(RGPHAE 2013) | 11 |
| Figure 5 : Évolution du rapport de mortalité maternelle (EDS)..... | 14 |
| Figure 6 : Principales causes de décès maternelles (Revue SDMPR 2023)..... | 15 |
| Figure 7 : Evolution du taux de prévalence contraceptive et des besoins non satisfaits en matière de planification familiale (ANSD-EDS) | 16 |
| Figure 8 : Taux de prévalence contraceptive selon la tranche d'âge en 2023 (ANSD-EDS 2023) | 16 |
| Figure 9 : Taux de la mortalité néonatale par région (EDS 2023)..... | 18 |
| Figure 10 : Causes de décès néonataux (Countdown 2019)..... | 19 |
| Figure 11 : Evolution de la mortalité des enfants au Sénégal de 1997 à 2023 (ANSD, EDS) | 20 |
| Figure 12 : Comparaison entre TPC cible et TPC réalisé en 2019 par région au Sénégal (EDSc 2018 et 2019)..... | 25 |
| Figure 13 : Répartition des gaps en FAR actives dans la PF selon les régions | 26 |
| Figure 14 : Besoins non satisfaits en PF en 2018-2019 par région (EDS combinée 2018-2019) | 27 |
| Figure 15 : Taux de recrutement en PF par région en 2020 au Sénégal..... | 28 |
| Figure 16 : Cibles pour l'axe stratégique 1 en 2028 | 52 |
| Figure 17 : Cible attendue pour l'axe stratégique 2 en 2028 | 59 |
| Figure 18 : Cibles de l'axe stratégique 3 en 2028 | 63 |
| Figure 19 : Cibles de l'axe stratégique 4 pour 2028 | 66 |
| Figure 20 : Cibles de l'axe stratégique 5 en 2028 | 69 |
| Figure 21 : Cibles de l'axe stratégique 6 en 2028 | 73 |
| Figure 22 : La théorie du changement..... | 84 |

REMERCIEMENTS

Le Gouvernement du Sénégal à travers le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale accorde une priorité stratégique à la lutte contre la mortalité maternelle, néonatale, infantile et de l'Adolescent et à l'amélioration des conditions de vie des populations.

Au cours des 30 dernières années, avec la mise en œuvre des différents plans quinquennaux, des progrès importants ont été enregistrés dans la Planification familiale.

Cependant, des efforts restent à faire.

Le plan d'action national budgétisé de planification familiale 2024–2028 a été élaboré par le Ministère de la Santé et de l'Action sociale selon une approche inclusive et participative sous la coordination de la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME) et la coordination de la direction générale de la santé.

A cette occasion, je tiens à présenter mes vifs remerciements aux :

- directions, programmes et services du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, pour leur participation et implication effective durant toutes les étapes du processus ;
- partenaires Techniques et Financiers, pour leur soutien constant et toujours renouvelé ;
- autres secteurs ministériels et institutions qui nous accompagnent dans les activités de gestion et de promotion de la Planification Familiale (Assemblée Nationale, Agence Sénégalaise de la Couverture Sanitaire Universelle, Ministère de la Famille et des solidarités, Ministère en charge de la Jeunesse, Ministère des Forces Armées, Ministère de l'Education Nationale, Associations de Jeunes, etc.) ;
- collectivités Territoriales ;
- comité Technique de Planification Familiale ;
- niveau régional et district : Directeurs régionaux de la santé, Médecin-Chefs de District sanitaire, les responsables des PRA, des ONG, les ECDRS et ECD, les agents des Centres et Postes de Santé ;
- acteurs de la Société Civile pour leur engagement sans faille ;
- responsables / Coordonnateurs de Projets/Programmes et d'ONG ;
- acteurs du secteur privé ;
- consultants chargés de la facilitation du processus d'élaboration du PANBPF 2024-2028.

Que toutes les personnes ou organisations qui ont apporté une précieuse contribution à la réalisation de ce travail trouvent ici l'expression de notre reconnaissance et de notre profonde gratitude.

PRÉFACE

Les engagements du gouvernement du Sénégal dans le domaine de la santé aux niveaux international, régional et national convergent tous vers une seule priorité : l'accès de tous les sénégalais, sans distinction, à la meilleure qualité de soins possible, sans subir de risque financier pouvant compromettre la satisfaction d'autres besoins essentiels.

La santé de la Mère, de l'Enfant et de l'Adolescent, facteur de développement occupe une partie prépondérante.

La planification familiale est identifiée comme une stratégie efficiente pour lutter contre la morbi-mortalité maternelle et néonatale en empêchant la survenue des grossesses trop précoces, trop rapprochées, trop tardives et trop nombreuses mais aussi contribue à la capture du dividende démographique.

Durant ces dix dernières années, le Sénégal a fait un bond important pour améliorer la santé maternelle et infantile. Ce qui s'est traduit entre autres par un doublement du taux de prévalence contraceptive.

Cependant, l'accès de toutes les femmes aux services de la Planification familiale et à la contraception reste un défi.

Les différentes stratégies mises en œuvre par le pays à travers le Ministère de la santé et de l'action sociale et selon une approche multisectorielle, s'alignent sur les différents engagements matérialisés dans la vision d'un Sénégal Souverain, Juste et Prospère et opérationnalisés par le Plan National de Développement sanitaire et social (PNDSS) 2019-2028 et les différents plans quinquennaux en santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile en général et en particulier dans les plans d'action nationaux de planification familiale budgétés.

Ce présent plan qui capitalise les enseignements tirés de la mise en œuvre des différents plans quinquennaux précédents, fournit les orientations stratégiques en matière de Planification Familiale pour les cinq prochaines années.

Ce plan a été élaboré selon une approche participative et inclusive. Le succès de sa mise en œuvre dépend de la matérialisation de l'engagement de toutes les parties prenantes ainsi que de l'amélioration de la collaboration intra et multisectorielle avec une prise en compte plus accentuée du secteur privé ainsi que l'implication des religieux, des jeunes et de la société civile.

J'engage tout mon département à ne ménager aucun effort pour l'atteinte des objectifs du plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale 2024-2028.

Aussi, j'invite toutes les parties prenantes à s'approprier ce document de référence en vue d'une contribution à l'amélioration de la santé de nos populations et au développement socio-économique de notre pays.

RESUME EXECUTIF

Au cours des deux dernières décennies, de grands progrès ont été réalisés pour accroître l'accès à la contraception au Sénégal.

L'un des principaux résultats a été l'augmentation du Taux de Prévalence Contraceptive, corrélée à une réduction régulière du ratio de mortalité maternelle.

Malgré tout, l'évaluation du Cadre Stratégique National de Planification Familiale (CSNPF) 2016-2020 a montré qu'il y a des insuffisances qui persistent et de nombreux défis à surmonter qui doivent être pris en compte pour atteindre les objectifs ambitieux pour la prévalence contraceptive PF et améliorer l'environnement sanitaire et économique du pays. Ces défis concernent encore l'offre de services, la création de la demande, la coordination, le suivi évaluation, la recherche, l'environnement habilitant, le cadre institutionnel, le financement et l'intégration de la dimension genre.

Le Ministère de la Santé et de l'Action sociale du Sénégal, avec le soutien de ses Partenaires Techniques et Financiers, a élaboré le présent plan d'action national budgétisé 2024- 2028 en vue de disposer d'une feuille de route pour renforcer le repositionnement de la Planification Familiale et atteindre un taux de prévalence contraceptive moderne (TPCm) de 46% d'ici 2028.

Pour atteindre ce résultat 6 axes stratégiques ont été développés dans le présent plan d'Action avec des interventions et des activités bien définies :

- **Axe stratégique 1** : Renforcement de l'offre et de l'accès aux services PF de qualité ;
- **Axe stratégique 2** : Renforcement de la création de la demande ;
- **Axe stratégique 3** : Sécurisation des produits contraceptifs ;
- **Axe stratégique 4** : Renforcement du plaidoyer pour un environnement favorable ;
- **Axe stratégique 5** : Intensification de la mobilisation des ressources et du financement durable ;
- **Axe stratégique 6** : Amélioration de la gouvernance et de la gestion du programme.

Pour chaque axe stratégique, des interventions phares seront mises en œuvre pour une mise en œuvre optimale de ce plan.

Afin de faciliter cette mise en œuvre auprès des acteurs concernés, un cadre de mise en œuvre et de coordination a été élaboré.

Le mécanisme de suivi et d'évaluation identifié avec son cadre de performance permettra de faire le suivi de l'évolution des différentes interventions et activités.

Le besoin de financement du plan d'action national budgétisé de planification familiale (PANBPF) 2024-2028 s'élève à **66 267 716 474** FCFA, réparti comme suit :

- l'offre de services 45,4%,
- la création de la demande 20,6%,
- la disponibilité des produits contraceptifs 28%,
- les autres axes stratégiques cumulés représentent moins de 6% du budget.

INTRODUCTION

La population mondiale a atteint la barre des 8 milliards d'habitants en novembre 2022. Cette augmentation va générer des enjeux de taille et des défis énormes pour les systèmes de santé des pays en développement, avec un accès limité aux services de santé contrastant avec une demande sans cesse croissante, exacerbée par la survenue de crises multiformes.

Aussi, la pandémie de la Covid-19 a considérablement affecté les services de santé de la reproduction et de planification familiale (SR/PF).

La SR/PF est perçue comme un concept et un moteur de développement en raison de sa dimension multisectorielle et pluridisciplinaire. Elle constitue un pilier important pour la capture du dividende démographique dans nos pays. Elle est une stratégie appropriée qui contribue à garantir la résilience des femmes et des filles, à renforcer leur autonomisation et leur leadership pour une meilleure prise en charge de leur santé et pour leur implication dans la prise de décision à tous les niveaux de la pyramide institutionnelle et dans le développement socio-économique national, gage de réussite pour un développement durable.

Au plan international, l'accès à la planification familiale et à la contraception est une dimension fondamentale de la santé reproductive, y compris les droits afférents, comme l'indique clairement le Programme d'action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) tenue au Caire, en Egypte en 1994.

Les Sommets de Londres sur la planification familiale de juillet 2012 et de juillet 2017 ont permis de renouveler l'enthousiasme et l'engagement des partenaires au développement envers la planification familiale.

Au niveau de la sous-région de l'Afrique de l'Ouest francophone, le Partenariat de Ouagadougou a vu le jour en février 2011 et le but est d'accélérer les progrès en matière de planification familiale.

Le Sénégal s'est engagé, à l'instar de la communauté internationale, à l'atteinte des Objectifs de Développement durable de 2030 (ODD), adoptés par la communauté internationale en septembre 2015, à **New York**, notamment la cible 3.1 relative à la réduction de la mortalité maternelle en dessous de 70 décès pour 100 000 Naissances Vivantes, la cible 3.7 relative à l'accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive et la cible 5.6 relative à l'accès de tous aux soins de santé sexuelle et procréative et faire en sorte que chacun puisse exercer ses droits en matière de procréation.

Le pays a souscrit au Plan d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement 25 ans après (CIPD + 25), au programme d'action de Beijing (Beijing + 20) et les documents finaux des conférences d'examen qui ont suivi, au Plan d'Action de Maputo 2016-2030 et à l'agenda régional pour la santé sexuelle et reproductive et droits connexes 2022-2030.

Tous ces engagements sont déclinés dans le document de référence de politique socio-économique du pays, l'agenda national de transformation d'un Sénégal Souverain, Juste et Prospère, opérationnalisé au sein du Ministère de la santé et de l'Action sociale par le Plan national de Développement sanitaire et social (PNDSS) 2019-2028 et les différents plans quinquennaux de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent/jeune y compris la nutrition (SRMNIA-N).

La fourniture des services de planification familiale sera axée sur les droits humains, ainsi que des informations et des services de qualité.

Les droits en matière de santé de la reproduction y compris la planification familiale (PF), partie intégrante des droits universels de l'homme, permettent à tout individu de mener une vie procréative en toute liberté et en toute sécurité.

Il est par ailleurs démontré que, la Planification Familiale contribue à réduire les charges de morbidité et de mortalité maternelles en empêchant la survenue des grossesses trop précoces, trop rapprochées, trop tardives et trop nombreuses et contribue à la capture du dividende démographique.

L'OMS estime qu'un programme approprié de Planification Familiale contribue à réduire de près de 32 % la mortalité maternelle.

Le Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale 2024-2028 (PANBPF) s'inscrit dans la continuité des efforts réalisés dans le Cadre Stratégique National de Planification Familiale de 2016-2020 dont l'évaluation a montré d'importants progrès mais aussi a permis de mettre en évidence des défis et des opportunités pour le futur.

Ainsi, la mise en œuvre de ce plan contribuera à améliorer une meilleure accessibilité à l'information et aux services de Planification Familiale et à atteindre les objectifs de développement socio-économique du Sénégal.

I. PROCESSUS D'ÉLABORATION DU PANBPF 2024-2028

Ce Plan d'Action National Budgétisé de la planification familiale (2024-2028) a été élaboré selon une approche inclusive et participative et s'est déroulé en plusieurs étapes dont les plus cruciales sont :

- **Le 1^{er} février 2022**, cette date marque le démarrage du processus de l'élaboration du Plan d'Action National Budgétisé de la Planification Familiale (PANBPF) par la tenue de la réunion du comité technique Planification Familiale au cours de laquelle la note conceptuelle, la méthodologie et le chronogramme ont été partagés et validés par l'ensemble des parties prenantes.
- **Du 28 février au 14 mai 2022**, l'analyse situationnelle intégrant l'évaluation du Cadre Stratégique National de la Planification Familiale (CSNPF) 2016-2020 et de collecte des données en vue de l'élaboration du PANBPF 2024-2028 a été réalisée au niveau national et dans les 14 régions ;
- **Du 11 au 13 août 2022**, s'est tenu l'atelier de validation du rapport d'évaluation finale du Cadre Stratégique National de Planification Familiale 2016-2020 et d'adoption des objectifs et stratégies du plan d'action national budgétisé de la Planification Familiale 2024-2028 ;
- Des séances de rédaction et de relecture du draft du PANBPF 2024-2028 ont été organisées durant **la période du 19 décembre 2022 au 06 janvier 2023** ;
- **Du 27 février au 03 mars 2023** s'est tenu un atelier de finalisation du plan ;
- **Du 15 au 19 mai 2023**, la validation technique a eu lieu ;
- **Du 16 au 20 octobre 2023**, un dernier atelier de relecture et d'intégration des suggestions issues de la validation technique a été tenu ;
- **Le 29 octobre 2024**, la validation politique a eu lieu.

II. PRESENTATION GENERALE DU PAYS

I.1. Situation géographique, politique et administrative

Le Sénégal est situé à l'extrême ouest du continent africain. Il couvre une superficie de 196 712 km² avec une façade maritime occidentale de plus de 700 km. Il est limité au Nord par la République Islamique de Mauritanie, à l'Est par la République du Mali, au Sud par la République de Guinée et la République de Guinée-Bissau, et à l'Ouest par l'Océan Atlantique. La République de Gambie constitue une enclave de 25 km de large et d'environ 300 km de long à l'intérieur du Sénégal (EDSc 2019).

Le Sénégal a opté pour une politique de déconcentration administrative avec un découpage en 14 régions, 46 départements et 133 arrondissements. Il met également en œuvre une politique de décentralisation progressive avec 600 collectivités territoriales.

La loi n°2013-10 du 28 décembre 2013, portant « Acte III de la Décentralisation » a introduit la communalisation intégrale, supprimé la région comme collectivité locale et érigé le département en collectivité locale. Avec cet approfondissement de la décentralisation, l'État du Sénégal a définitivement opté pour la territorialisation des politiques publiques, pour asseoir des territoires viables et compétitifs, porteurs d'un développement durable. A ce titre, ces collectivités locales, devenues collectivités territoriales par la loi n° 2014-19 du 24 avril 2014, sont dotées de compétences transférées dans neuf domaines, dont celui de la santé.

Chaque collectivité territoriale est dirigée par des conseillers élus.

Cette politique de décentralisation est adossée à un cadre juridique qui garantit la promotion et la protection de la santé reproductive. Il s'agit de :

- La Convention pour l'élimination de toute forme de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF) ratifiée en 1985, qui garantit en son article 12 le droit des femmes d'accéder aux services médicaux, y compris aux services de planification familiale ;
- La Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples relatifs aux droits des femmes en Afrique (Protocole de Maputo), ratifiée par le Sénégal en 2005, qui prévoit en son article 14 que les États doivent « protéger les droits reproductifs des femmes, notamment le droit d'exercer un contrôle sur leur fécondité, le droit de décider de leur maternité, du nombre d'enfants et de l'espacement des naissances, le libre choix des méthodes de contraception, le droit à l'éducation sur la planification familiale » ;

- La Loi n° 2005-18 du 5 août 2005 relative à la santé de la reproduction qui dispose en son article 3 que : « le droit à la Santé de la Reproduction est un droit fondamental et universel garanti à tout être humain sans discrimination fondée sur l'âge, le sexe, la fortune, la religion, la race, l'ethnie, la situation matrimoniale ou sur toute autre situation ».

I.2. Situation Socio-Economique et Culturelle

1 Produit Intérieur Brut (PIB) et inflation

En 2022, l'activité économique interne a été singulièrement marquée par des tensions géopolitiques, notamment, la crise entre la Russie et l'Ukraine et l'embargo du Mali au premier semestre de l'année. L'économie du Sénégal est caractérisée par un taux de croissance du PIB réel qui est passé de 3,8% en 2022 à 4,6% en 2023¹.

L'inflation mesurée par l'indice national harmonisé des prix à la consommation (INHPC) est ressortie à 5,9% en 2023 contre 9,7% en 2022. Cette valeur en 2023 est expliquée par le renchérissement des produits alimentaire.

2 Chômage

Le taux de chômage élargi est estimé à 22,3,9% au quatrième trimestre de 2023 au niveau national contre 21,9% sur la même période en 2022, soit une légère hausse de 0,4 point de pourcentage. Il est plus élevé en milieu rural (24,3%) qu'en milieu urbain (20,3%) ; aussi les femmes (35,0%) sont plus touchées que les hommes (12,7%)².

Selon l'Enquête harmonisée des Conditions de Vie des Ménages (EHCVM) 2018 -2019 de l'ANSD, au niveau régional, Matam (27,7%), Ziguinchor (19,6%) et Kaffrine (16%) ont les taux de chômage élargi les plus élevés. Il s'ensuit Sédhiou et Dakar avec respectivement 13,2% et 12,7%. Le plus faible taux est noté dans la région de Kédougou (3,7%).

Au niveau régional, Matam (27,7%), Ziguinchor (19,6%) et Kaffrine (16%) ont les taux de chômage élargi les plus élevés. Il s'ensuit Sédhiou et Dakar avec respectivement 13,2% et 12,7%. Le plus faible taux est noté dans la région de Kédougou (3,7%).

¹ Situation économique et financière 2023 et perspectives 2023

² Rapport ENES T4 2023 ANSD

3 Pauvreté

Le taux de pauvreté est passé de 37,8 % en 2018-2019 à 37,5 % en 2021-2022¹, soit une baisse de 0,3 point de pourcentage au niveau national. Malgré cette baisse, le nombre de personnes pauvres a augmenté au Sénégal en passant de 6 032 379 en 2018- 2019 à 6 553 429 en 2021-2022 soit une augmentation de 521 373 personnes pauvres.

Par rapport au milieu de résidence, la pauvreté est plus accentuée en milieu rural (53,3%) qu'en milieu urbain (20%).

En ce qui concerne le niveau de pauvreté par région, Kédougou (65,7%), Sédhiou (64,4%), Tambacounda (62,8%), Kolda (62,5%), Kaffrine (58,2%) et Kaolack (49,6%) sont les régions les plus touchées. Par contre, la région de Dakar de par ses opportunités économiques présente le niveau de pauvreté le plus bas avec moins d'une personne sur dix, soit un taux de 9,3%. Elle est suivie de la région de Thiès où 29,9% de la population sont touchées par la pauvreté.

4 Education

Selon RGPH-5 2023, les hommes sont plus instruits que les femmes. En effet, les proportions des personnes recensées qui n'ont aucun niveau d'instruction sont nettement plus élevées chez les femmes que chez les hommes (50,1% contre 48,2%). Le niveau supérieur a été atteint par 3,5 % des femmes contre 4,9 % pour les hommes.

Par région, les résultats de l'EDS fusionnée 2018/2019 montrent que les sans niveau d'instruction sont plus représentées dans les régions de Matam (58,7%), Tambacounda (58,5%), Kédougou (51,9%). Par ailleurs les régions Ziguinchor et Dakar ont enregistré les meilleurs taux (22% à Ziguinchor et 25% à Dakar)

Cependant, beaucoup d'efforts pour la scolarisation des enfants et des adolescents sont enregistrés ces dernières années surtout en faveur des filles.

Le taux brut de scolarisation (TBS) des filles est de 21,2% contre 18,1% chez les garçons pour le préscolaire. Pour l'élémentaire, cet indicateur est de 89,6% pour les filles contre 74,5% chez les garçons. Il est de 57,2% chez les filles contre 45,5% chez les garçons pour le moyen général et 37,4% chez les filles contre 29,0% chez les garçons pour le secondaire général (source : rapport national sur la situation de l'éducation, édition 2023).

5 Religion et culture

Selon l'EDSc 2023, les Sénégalais sont musulmans dans leur très grande majorité. En effet les femmes et les hommes musulmans représentent respectivement 96,8% et 96,1% de la population. Malgré une tendance

¹ EHCVM 2021-2022

vers l'ouverture et le développement, des pratiques coutumières nuisibles à la santé telles que les mariages d'enfants et les mutilations génitales féminines (MGF), sont persistantes. En 2023, la prévalence de l'excision est estimée à 20,1%. La société sénégalaise est assez patriarcale, favorisant les inégalités de genre. Les perceptions socio-culturelles constituent des limites à l'accès et à l'utilisation des services de santé par les femmes particulièrement la PF.

Relativement à la prise de décision sur la PF parmi les femmes utilisatrices, selon l'EDS 2023, 32.7% ont pris la décision d'elles-mêmes contre 35% venant de leur mari/partenaire. Pour celles qui n'utilisent pas la PF, 50% ont pris d'elles-mêmes leur décision et 25,9% par le mari/partenaire (EDS 2019).

Des avancées importantes ont été notées ces dernières années dans la promotion des droits des femmes, telles que la loi sur la parité, la loi sur la Santé de la Reproduction, l'augmentation du budget alloué à l'achat des produits PF qui est passé de 100 à 500 millions entre 2012 et 2021 (loi des finances 2022-2023).

Toutefois, des défis subsistent encore et ont liés au mariage d'enfants, la persistance des grossesses à l'école et de pesanteurs socio-culturelles.

I.3. Situation démographique

En 2023, la population du Sénégal est estimée à 18 126 390 habitants dont 8 946 496 femmes (49,4%) et 9 178 896 hommes (50,6%). Cette population est à majorité jeune avec les 75% âgées de moins de 35 ans.

La population sénégalaise se caractérise par sa grande jeunesse : la moitié de la population est âgée de moins de 19 ans (18 ans chez les hommes contre 20 ans chez les femmes) et les enfants âgés de moins de 15 ans constituent 39,1% de la population globale. Cette catégorie est plus importante chez les garçons (52,5%) que chez les filles (47,5%). En outre, 5,9% de la population est âgée de 60 ans et plus.

L'effectif des adolescents (10 - 19 ans) était estimé à 4 542 522 (dont 48,2% de filles). Dans ce groupe, les 15 - 19 ans sont estimés à 2 136 503 habitants (dont 48,7% de filles). Les jeunes âgés de 20-24 ans sont estimés à 1 756 180 habitants. Dans ce groupe, les filles représentent 51,1%.

Les moins de 15 ans et les moins de 5 ans représentent respectivement 39,1% et 12,4%. (RGPH-5 2023).

La croissance démographique est de 2,9% avec un taux brut de natalité de 31‰ (RGPH-5 2023).

1 Répartition de la population

La population du Sénégal est répartie de façon inégale dans l'espace. Les plus fortes concentrations humaines s'observent à l'Ouest du pays, au Centre et au Nord-Ouest, tandis que l'Est et le Nord-Est demeurent faiblement peuplés...

La densité de la population initialement à 65 habitants au km² en 2013, est passée à 92 habitants au km² en 2023. La région de Dakar se démarque des autres avec une densité de 7 277 habitants au km². Toutefois, les régions de Diourbel (428) ; Thiès (375) et Kaolack (252) aussi par des densités de peuplement au kilomètre carré assez élevées. La région de Kédougou est la moins peuplée avec une densité de 15 habitants au km².

2 Structure par âge et par sexe de la population

La pyramide des âges est une illustration de la structure par âge et par sexe de la population. L'analyse de son allure est marquée par une base légèrement élargie et un sommet effilé, caractéristiques des pays en développement.

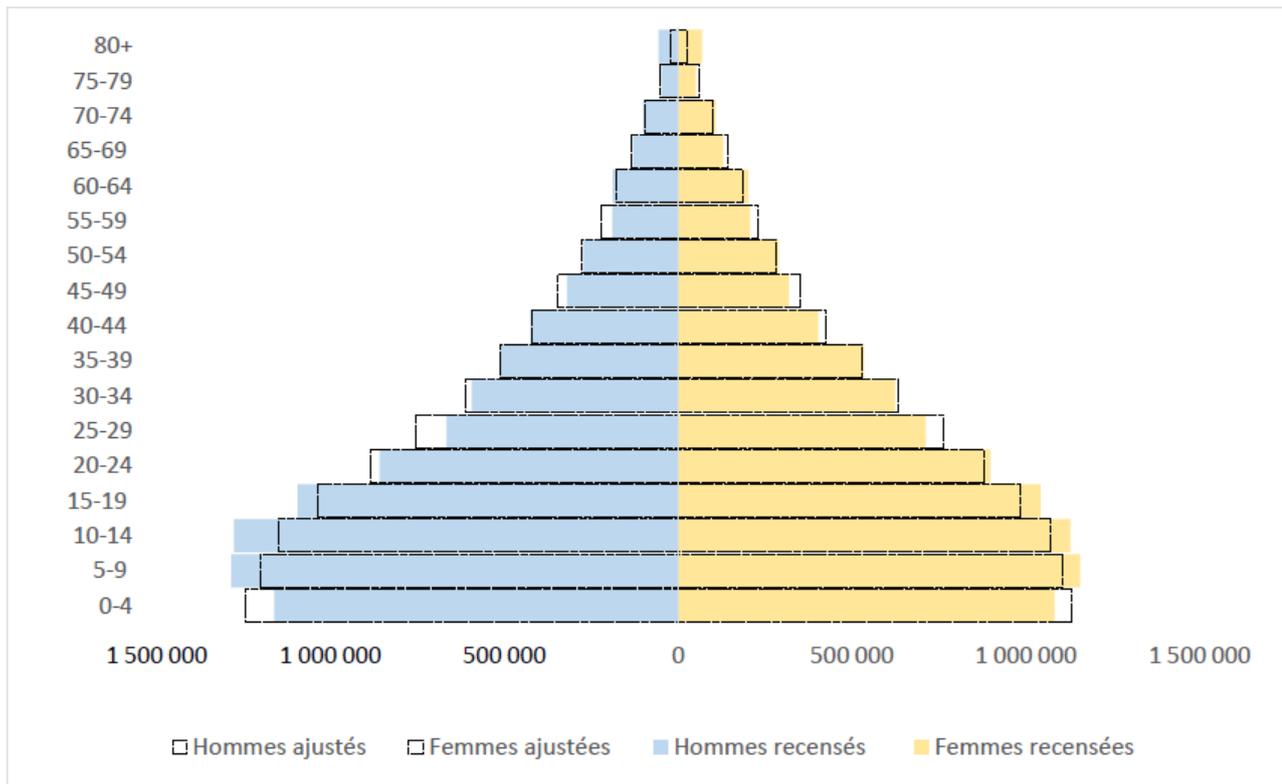


Figure 1 : Pyramide des âges de la population du Sénégal en 2023 (ANSD, RGPH-5, 2023)

La population du Sénégal est répartie de façon inégale dans l'espace. Les plus fortes concentrations humaines s'observent à l'Ouest du pays, au Centre et au Nord-Ouest, tandis que l'Est et le Nord-Est demeurent faiblement peuplés.

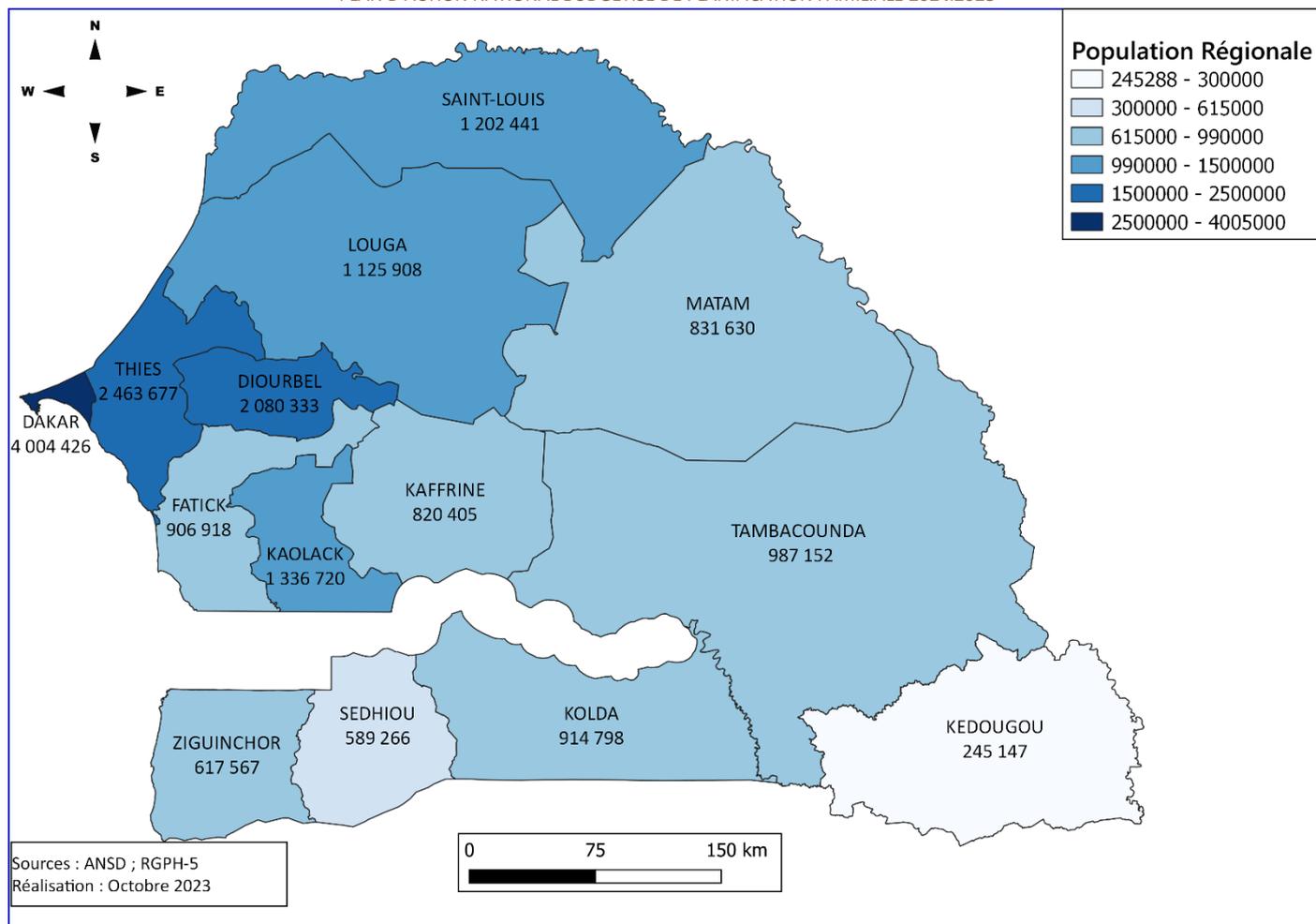


Figure 2 : Répartition de la population par région en 2023 (ANSD, RGPH-5, 2023)

La densité de la population, initialement à 65 habitants au kilomètre carré (km²) en 2013, est passée à 92 habitants au km² en 2023. La région de Dakar se démarque des autres avec une densité de 7 478 habitants au km². Toutefois, les régions de Diourbel (428) ; de Thiès (374) et de Kaolack (252) se caractérisent aussi par des densités de peuplement au km² assez élevées. La région de Kédougou est la moins peuplée avec une densité de 15 habitants au km².¹

3 Fécondité

Depuis l'EDS réalisée en 1986, l'ISF a toujours connu une tendance baissière passant de 6,6 enfants par femme en 1986 à 4 enfants par femme en 2023. Cette baisse est beaucoup plus marquée en milieu urbain qu'en milieu rural. Ainsi, l'ISF passe, en milieu urbain, pendant la même période, de 5,4 enfants à 3,3 enfants contre 7,1 enfants à 4,7 enfants en milieu rural. Même s'il faut signaler par ailleurs qu'en 2023, l'EDS continue révèle une régression de 0,7 point de l'ISF passant de 4,7 enfants par femme en 2019 à 4 enfants par femme en 2023.

¹ ANSD. RGPH-5, 2023

Durant toute la période, le niveau de l'ISF est plus important en milieu rural qu'en milieu urbain. Selon l'EDS 2017, l'ISF les plus élevés sont observés dans les régions de Kédougou (6,4), Sédhiou (6,4), Kaffrine (6,2), Tambacounda (5,8) et Diourbel (5,8).

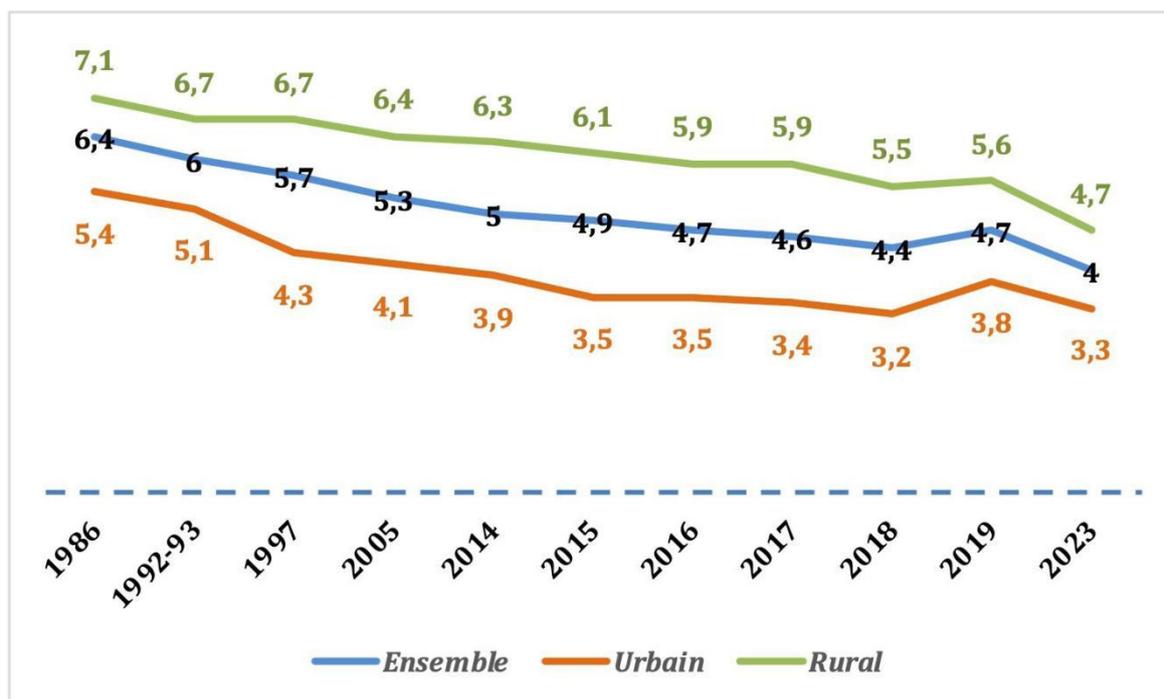


Figure 3 : Evolution de l'ISF de 1986 à 2023 (ANSD-EDS)

4 Mortalité

La mortalité occupe une place importante parmi les critères utilisés pour cerner le niveau de développement humain d'un pays. La baisse rapide de la mortalité en général et celle des enfants de moins de cinq ans en particulier demeure un objectif prioritaire de santé publique commun à tous les gouvernements des pays en développement. L'analyse de la figure 27 relative au taux brut de mortalité (TBM) du Sénégal montre une tendance baissière entre 2013 et 2023, passant de 7,7‰ à 5,6‰.

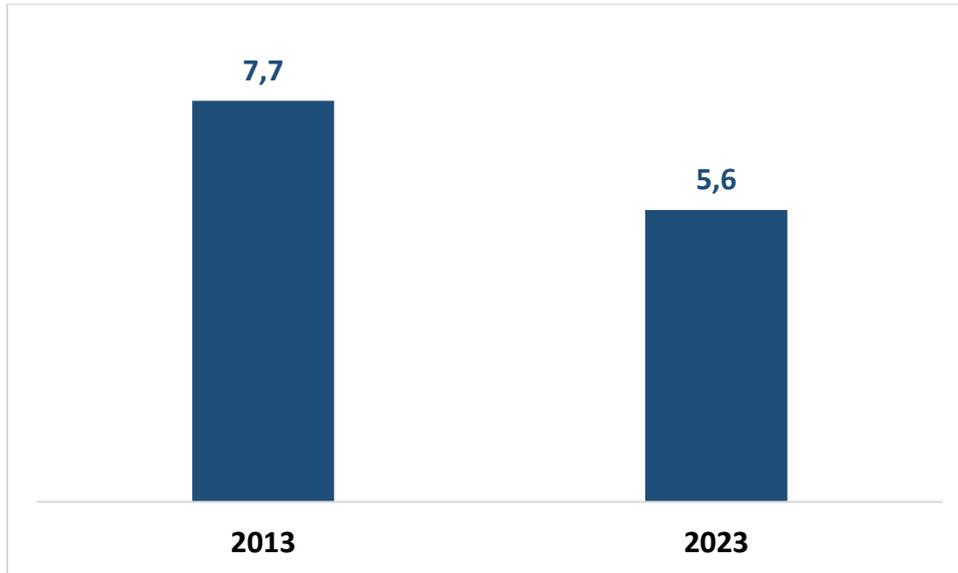


Figure 4 : Evolution du Taux Brut de Mortalité au Sénégal de 2013 à 2023(RGPHAE 2013)

I.4. Le système de santé

1 Organisation du système de santé

Depuis 2012, le Ministère de la Santé et de l'Action sociale est constitué de deux sous-secteurs : le sous-secteur de la santé et le sous-secteur de l'action sociale.

Cependant, d'autres intervenants contribuent à la mise en œuvre de la politique nationale de santé et d'action sociale (autres départements ministériels, Collectivités Territoriales, Comités de Développement Sanitaire (CDS), institutions, agences, autres Organisations Partenaires, ...). Cette diversité d'acteurs contribue, selon une approche inclusive et participative, à résoudre les problèmes de santé et d'action sociale dans un cadre multisectoriel et à travers une gouvernance partagée.

L'organisation du secteur socio-sanitaire est de type pyramidal. Elle comprend :

- Un niveau central qui regroupe le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, les Directions générales, les Directions nationales, les services centraux rattachés, les Centres Nationaux de Réinsertion Sociale et les Établissements Publics de Santé de niveau 3 ;
- Un niveau intermédiaire stratégique qui regroupe les Directions Régionales (DRS), les Brigades Régionales de l'Hygiène (BRH), les Directions Régionales de l'Action Sociale (DRAS) et les Etablissements Publics de Santé de niveau 2 ;
- Un niveau périphérique opérationnel avec les Districts Sanitaires, les Sous-Brigades de l'Hygiène, les Services Départementaux de l'Action Sociale, les Centres de Promotion et de Réinsertion Sociale (CPRS) et les Établissements Publics de Santé (EPS) de niveau 1.

Selon les données du rapport de suivi de la carte sanitaire de 2022, le Sénégal compte, dans le secteur public, 79 districts sanitaires, 114 centres de santé, 1 584 postes de santé polarisant 2197 cases de santé et on dénombrait 44 EPS dont 40 EPS hospitaliers, (13 EPS de niveau 3, 18 EPS de niveau 2 et 9 EPS de niveau 1) et 4 EPS non hospitaliers.

Par ailleurs, il existe 14 Brigades Régionales d'Hygiène (BRH), 02 Brigades Spéciales d'Hygiène, 61 Sous Brigades d'Hygiène, 12 Postes d'Hygiène.

Dans le sous-secteur de l'action sociale, l'offre de services est composée de :

- 3 Centres Nationaux de Réinsertion Sociale (CNRS) localisés dans les régions de Diourbel (Bambey), de Louga (Darou Mousty) et de Ziguinchor (Bignona) ;
- 14 Directions Régionales de l'Action Sociale (DRAS) ;
- 46 services Départementaux de l'Action sociale (SDAS) ;
- 57 Centres de Promotion et de Réinsertion Sociale (CPRS).

L'offre de services de proximité et communautaire est assurée par des intervenants de première ligne au sein des centres de promotion et de réinsertion sociale, des postes et des cases de santé.

La cartographie du secteur privé en santé réalisée en 2017, dénombre 2 754 structures privées sanitaires (SPS) dont 45,4% constituées de pharmacies ou dépôts, 20,5% de cabinets médicaux ou dentaires et 16,1% de cabinets paramédicaux (infirmeries).

La majorité (87%) est implantée en milieu urbain avec la région de Dakar qui en abrite les 52%. En moyenne 69,5% des SPS fournissent des services de Santé de la Reproduction/ Planification Familiale et 95% des pharmacies d'officine vendent des produits contraceptifs (SHOPS plus, 2017).

Depuis 2018, toutes les nouvelles créations qui respectent la réglementation ont été recensées et sont au nombre de 711.

La répartition de ces structures est donnée par le tableau ci-après :

Tableau 1 : Nouvelles Structures privées de 2018 à 2022

| Types de Structures | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | TOTAL |
|-----------------------|------|------|------|------|------|-------|
| Cabinets médicaux | 37 | 63 | 45 | 90 | 48 | 283 |
| Cabinets paramédicaux | 82 | 63 | 74 | 77 | 52 | 348 |

| | | | | | | |
|---|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Cliniques d'accouchement | 3 | 3 | 4 | 2 | 1 | 13 |
| Cliniques médicales | 1 | 3 | 2 | 1 | 4 | 11 |
| Cliniques mixtes | 9 | 3 | 11 | 14 | 11 | 48 |
| Postes de Santé Communautaires/ Confessionnels | 0 | 2 | 0 | 3 | 0 | 5 |
| Centres de santé Communautaires/ Confessionnels | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Dialyses | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Hôpitaux | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| TOTAL | 132 | 138 | 136 | 187 | 118 | 711 |

Source : Rapport de la Direction des Etablissements privés de santé 2022

La cartographie du secteur privé, réalisée dans les régions de Tambacounda, Kolda, Sédhiou, Kaolack et Diourbel, a révélé la sous-capitalisation des données sanitaires, plus particulièrement celles de la planification familiale, malgré l'offre de produits contraceptifs non négligeable dans ce dit secteur.

2 Situation sanitaire

Le gouvernement du Sénégal a fait de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent/jeune, une priorité nationale se traduisant par l'élaboration et la mise en œuvre de divers plans quinquennaux en SRMNIA-N dont le dernier a permis l'élaboration du dossier d'investissement 2018-2022 basé sur les gaps pour l'amélioration de la santé maternelle, néonatale et Infantile et de l'Adolescent.

a. Mortalité maternelle

Le rapport de mortalité maternelle mesure le risque de décès maternel chez les femmes survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite (OMS, 1993).

Le rapport de mortalité maternelle n'a été renseigné que dans les deux EDS 2017 et 2023. Il est passé de 236 pour 100 000 naissances vivantes en 2017 à 153 pour 100 000 naissances vivantes en 2023. Même si ce taux reste élevé, la tendance montre qu'il y a eu des améliorations grâce aux efforts du gouvernement et des partenaires au développement. Toutefois, ces résultats cachent des disparités entre les différentes régions,

les milieux de résidence et les différents groupes socio-économiques. En suivant les tendances actuelles, l'écart par rapport aux ODD est important et ces objectifs risquent de ne pas être atteints si la tendance actuelle de réduction annuelle est maintenue. Par conséquent, des efforts soutenus doivent être déployés afin que le Sénégal puisse atteindre les ODD en 2030 où la cible est de 70 décès pour 100 000 naissances vivantes avec une réduction annuelle d'au moins 10%.

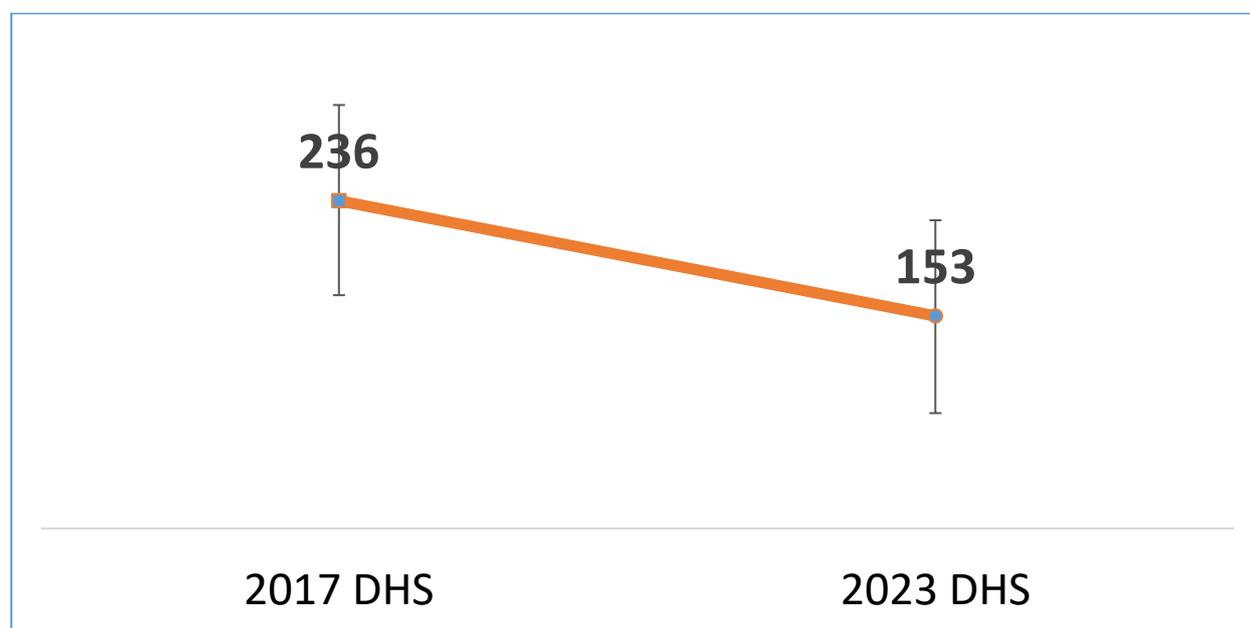


Figure 5 : Évolution du rapport de mortalité maternelle (EDS)

Les causes de mortalité maternelle demeurent principalement les hémorragies, les maladies hypertensives, les dystocies, les septicémies et les avortements à risque.

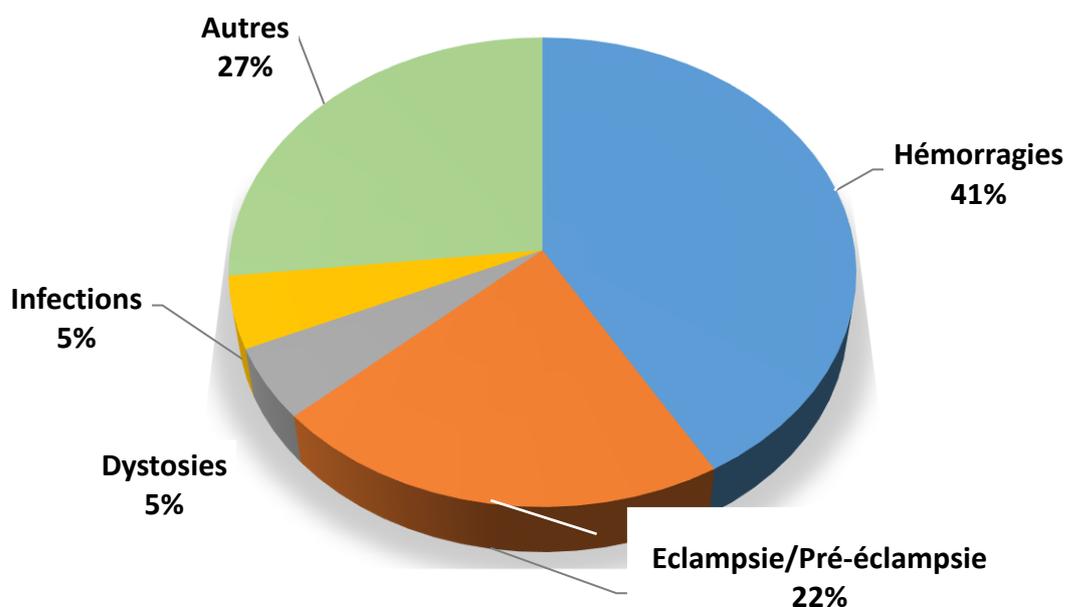


Figure 6 : Principales causes de décès maternels (Revue SDMPR 2023)

L'évolution des performances en matière de mortalité maternelle est à corrélérer en partie avec celle de l'ISF et à la prévalence contraceptive.

L'ISF est passé de 6,0 à 4 enfants par femme entre 1992/1993 et 2023 (EDS-c 2023), tandis que le Taux de Prévalence Contraceptive (TPC) est passé de 5% en 1992/93 à 25,6 % en 2023 (EDS c 2023).

b. Taux de prévalence contraceptive et les besoins non satisfaits

Les résultats de l'EDS-c 2023 révèlent que 19,1% des femmes en union ont encore des Besoins Non Satisfaits (BNS) en PF. La résorption de ces BNS contribuerait à augmenter considérablement le Taux de Prévalence Contraceptive (TPC) moderne et à permettre au Sénégal d'atteindre l'objectif de 46% à l'horizon 2028.



Figure 7 : Evolution du taux de prévalence contraceptive et des besoins non satisfaits en matière de planification familiale (ANSD-EDS)

Les résultats de l'EDS-C de 2023 révèlent que les TPC varient selon l'âge allant de 9 % pour les femmes 15-19 ans à 32,5 % chez les 35-39 ans (Figure 8).

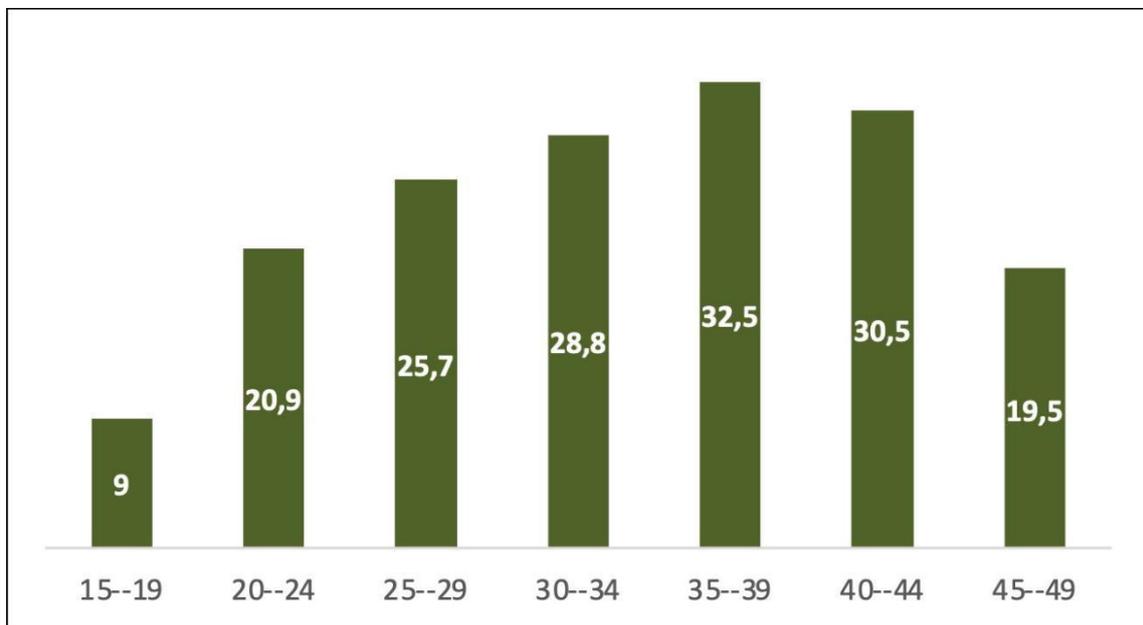


Figure 8 : Taux de prévalence contraceptive selon la tranche d'âge en 2023 (ANSD-EDS 2023)

c. Santé de l'enfant

➤ La mortalité périnatale

Le taux de mortalité périnatale est élevé, atteignant 33 décès pour mille grossesses de 28 semaines d'aménorrhée jusqu'à 7 jours après la naissance. Cette mortalité est plus importante chez les femmes de 40-49 ans (46 pour mille grossesses) que chez les femmes de 20-29 ans (27 pour mille grossesses). Elle est également plus élevée selon la durée de l'intervalle avec la naissance précédente (44 pour mille pour une naissance précédente inférieure à 15 mois contre 22 pour mille grossesses pour une naissance précédente comprise entre 27 et 38 mois).

La mortalité périnatale est plus élevée en milieu rural (37‰) qu'en milieu urbain (26‰). Les risques les plus élevés sont observés dans les Régions de Sédhiou (47‰), Thiès (45‰), Kédougou (40‰) et Kaffrine (39‰), Kolda (38‰) et Diourbel (36‰).

➤ Mortalité néonatale

Le taux de mortalité néonatale a connu une baisse entre 1997 et 2023 passant de 37‰ à 23‰ NV. En considérant les données combinées de l'EDS 2023, la mortalité néonatale est plus élevée en milieu rural (26‰ NV) qu'en milieu urbain (18‰ NV) et elle varie selon les régions. En effet, les résultats, montrent que les quotients de mortalité néonatale les plus élevés sont enregistrés dans les régions de Sédhiou (40‰), Kolda (39‰), Louga (34‰), Kaffrine (34 ‰) et Diourbel (30‰). Ceux des régions de Ziguinchor et Kaolack sont les plus faibles, avec respectivement 9‰ et 11‰. (Figure 9)

Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)

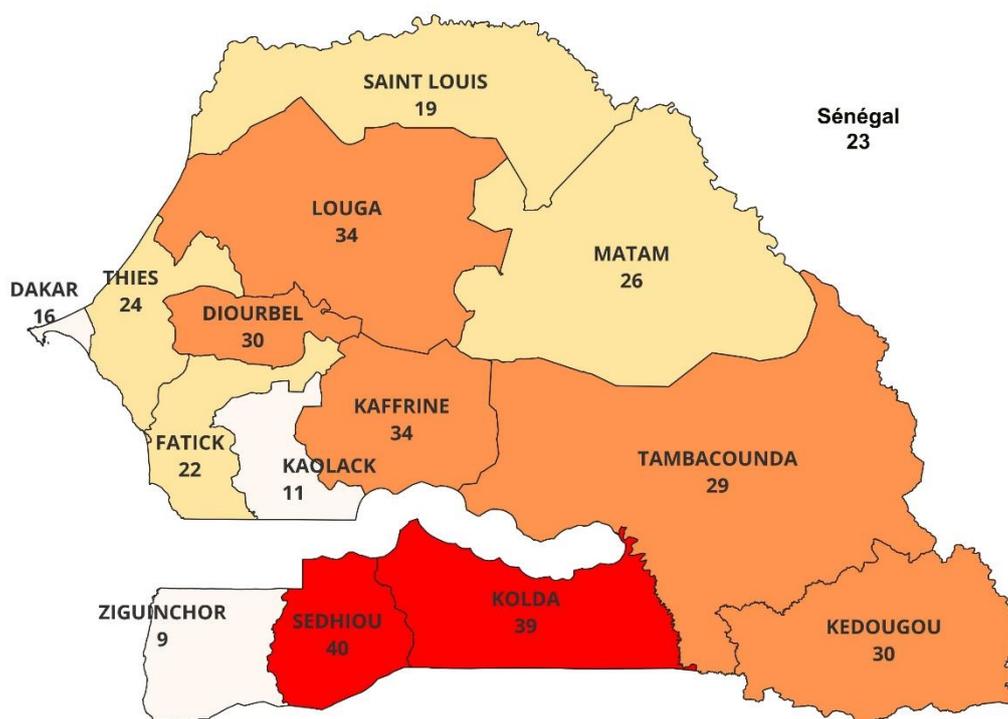


Figure 9 : Taux de la mortalité néonatale par région (EDS 2023)

Les principales causes de décès néonataux sont la prématurité, les asphyxies, les infections néonatales (figure 10). Ces causes sont attribuables à la qualité de la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et du postpartum.

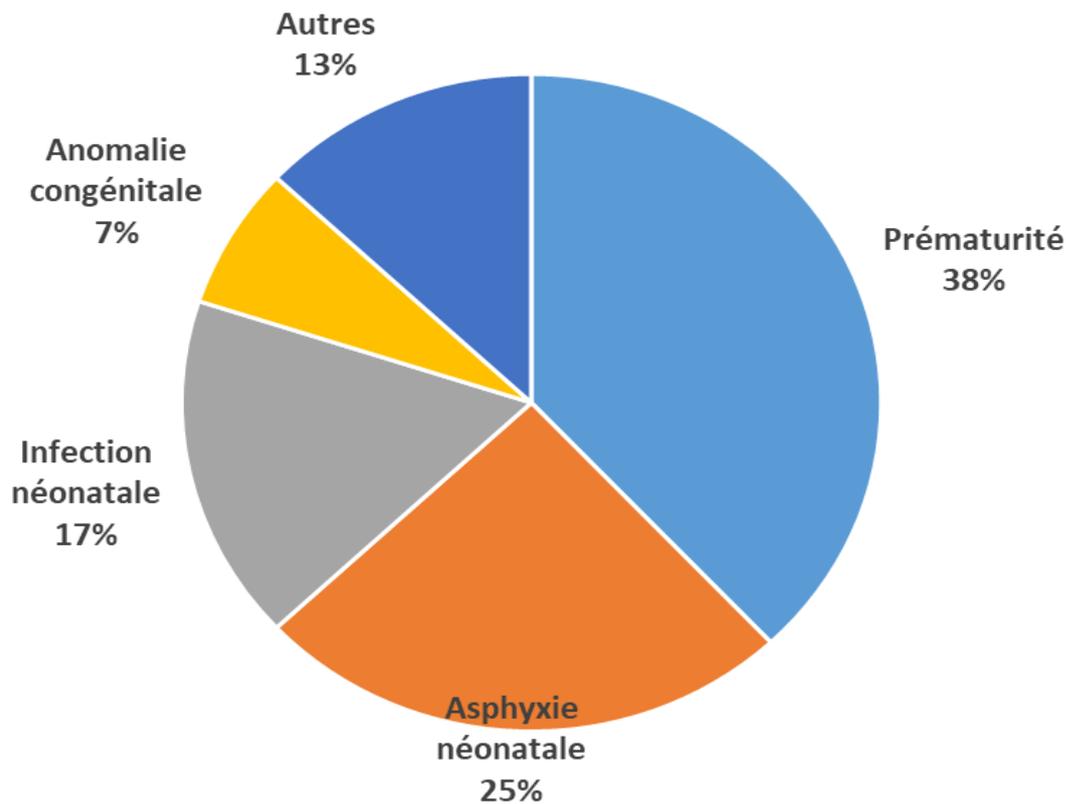


Figure 10 : Causes de décès néonataux (Countdown 2019)

➤ Mortalité infantile

Globalement, la mortalité infantile a connu une forte baisse au Sénégal entre 1997 et 2023, passant de 68‰ à 31‰. Une légère hausse de 2 points de pourcentage a été observée entre 2019 et 2023 (Figure 11).

Toutefois, d'importantes disparités existent selon le milieu de résidence (urbain 25‰ et rural 35‰). Les régions de Ziguinchor (17‰), Kaolack (19‰) et Dakar (20‰) ont les taux les plus bas contrairement aux régions de Sédhiou (58‰), Kolda (54‰) et Kaffrine (44‰) qui enregistrent des taux de mortalité infantile les plus élevés (EDS 2023).

➤ Mortalité infanto-juvénile

Le taux de mortalité infanto-juvénile a connu une forte baisse au Sénégal, avec une réduction allant de 139‰ en 1997 à 40‰ en 2023 (représentant une réduction de 99 points). Cependant, entre 2019 et 2023, ce taux a augmenté passant de 37 à 40 ‰ soit une hausse de 3 points (Figure 11).

Des disparités régionales sont constatées, avec une mortalité très élevée dans certaines régions comme Kolda (77‰), Sédhiou (71‰), Kédougou (63‰) et Kaffrine (62‰) (EDS 2023).

La plus importante baisse a été enregistrée sur la période 2005-2010/2011, pendant laquelle le quotient de mortalité est passé de 121‰ à 72‰, représentant une baisse de 49 points, soit 40,5%. Cette mortalité, à

l'instar des autres, est plus importante en milieu rural (45%) qu'en milieu urbain (31%). Ces disparités sont liées, en partie, aux différences dans la prise en charge de la grossesse, notamment dans le suivi prénatal et les conditions d'accouchement, mais aussi, d'autres facteurs tels que l'état nutritionnel et la santé des mères et des enfants.

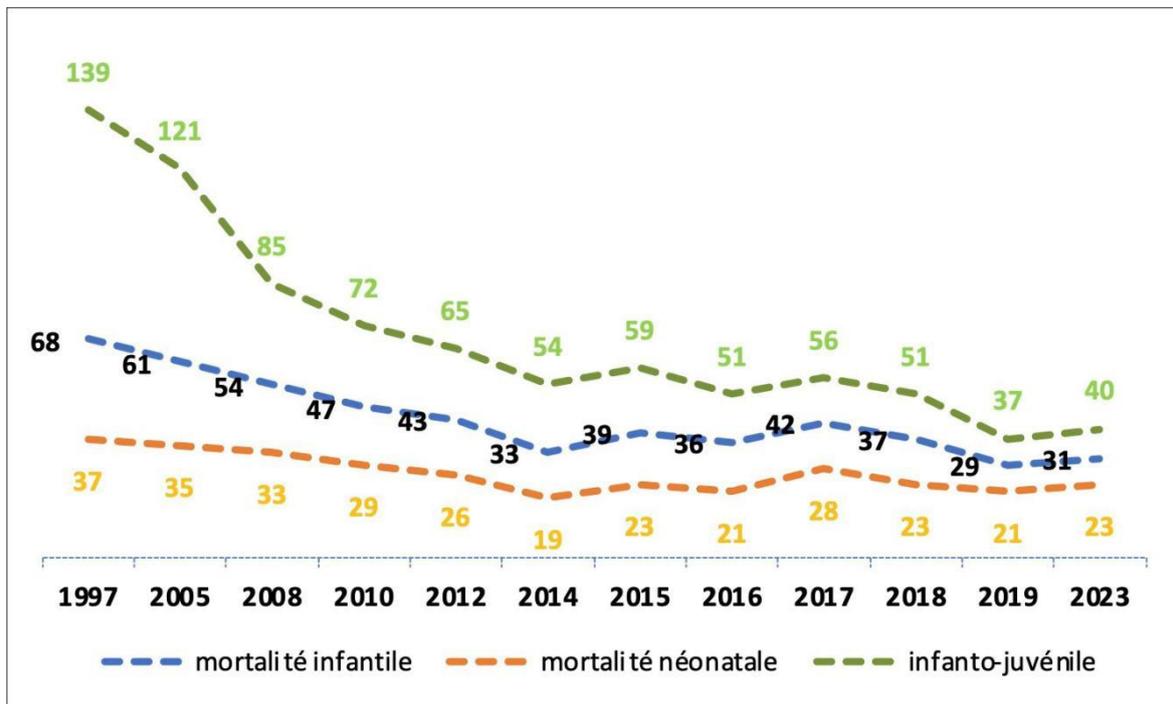


Figure 11 : Evolution de la mortalité des enfants au Sénégal de 1997 à 2023 (ANSD, EDS)

➤ AME et vaccination

L'Allaitement Maternel Exclusif (AME), déterminant de premier ordre, a connu une amélioration entre 2012 et 2018, passant de 38% à 46% et une baisse de 4% en 2019. Pour la mise au sein précoce, la moyenne tourne autour de 30%. La couverture vaccinale a été renforcée. Ainsi, 75% des enfants de 12-23 mois ont été vaccinés en 2017. Le nombre de vaccins est passé de 7 à 12 antigènes chez l'enfant de moins de cinq ans entre 1979, année de la mise en place du PEV et 2018. En outre, l'introduction récente en octobre 2018 de la vaccination contre le « Human Papilloma Virus » (HPV) porte à 13 le nombre d'antigènes administrés dans le Programme Élargi de Vaccination (PEV).

d. La Santé de la reproduction des adolescents et jeunes

La santé de la reproduction des adolescents et jeunes demeure une priorité pour le Sénégal car le pourcentage d'adolescentes qui ont déjà été enceinte avant l'âge de 15ans est de 2,3% selon l'EDS 2023. Le taux d'adolescents de 15-19 ans qui ont déjà commencé leur vie procréative est de 12,3 % et de 17, 9% chez les 18 ans. Chez les 19 ans 26,5% ont déjà commencé leur vie procréative. Le pourcentage de mères

adolescentes(15-19ans) est de 10,1%. Le TPC chez les adolescentes en union de 15-19 ans est de 9% et de 20,9% chez les jeunes en union de 20-24 ans (EDS 2023).

III. ANALYSE SITUATIONNELLE DE LA MISE EN ŒUVRE DU CADRE STRATEGIQUE NATIONAL DE PLANIFICATION FAMILIALE

L'analyse situationnelle est déclinée en trois parties :

- Le bilan de la mise en œuvre du Cadre Stratégique National de PF (CSNPF) 2016-2020
- L'analyse des forces, des faiblesses, des opportunités et des menaces (FFOM)
- Les défis identifiés par domaine d'actions prioritaires.

I.1. Bilan de la mise en œuvre du cadre stratégique de planification familiale 2016-2020

Ce bilan s'appuie sur l'évolution des indicateurs durant la période indiquée, le niveau de réalisation des interventions et de l'exécution financière.

1 Situation des indicateurs du cadre de mesure de la performance du CSNPF 2016-2020

Le tableau 2 présente le niveau d'atteinte des indicateurs SRMNIA-N après la mise en œuvre du CSNPF 2016-2020.

Tableau 2 : Niveau d'atteinte indicateurs du CSNPF 2016-2020

| Indicateurs | Source | Valeur de base | Cible 2020 | Réalisation 2020 | Commentaire |
|--|--------|--------------------|------------|----------------------|--|
| Ratio de mortalité maternelle (pour 100000 NV) | EDS | 392 (2010-2011) | 234 | 236 (EDS-c 2017) | TMM renseigné que lors des grandes EDS |
| Taux de mortalité infantile (pour 1000 NV) | EDS | 59 (2015) | 48 | 29 (EDS-c 2019) | |
| Taux de prévalence contraceptive (%) chez les femmes en union | EDS | 21,2 (2015) | 45 | 25,5 (EDS-c 2019) | |
| Pourcentage de besoins non satisfaits (%) chez les femmes en union | EDS | 25,2 (2015) | < 10 | 21,7 (EDS-c 2019) | |
| Nombre d'utilisatrices PF | DHIS2 | 656 441 | 1 168 322 | 866 891 | Limites DHIS2 : la non complétude des données ; l'absence de |

| | | | | | |
|--|----------------------------|---------------------------|-------|------|---|
| | | | | | désagrégation des FAR selon le statut matrimonial |
| Taux de recrutement des nouvelles utilisatrices PF (%) | DHIS2 | 6 | 12 | 7,4 | |
| Taux d'abandon (%) | DHIS2 | 21 | 10 | 14,4 | |
| Pourcentage/ nombre de prestataires formés sur la PF (%) | Rapports annuels DSME 2020 | 69,4 | 95 | 2999 | selon le rapport d'évaluation où l'indicateur est donné en nombre |
| Nombre de structures franchisées | Rapports annuels DSME | 53 | 250 | 89 | |
| Nombre d'équipes (unités) mobiles opérationnelles | Rapports annuels DSME | 14 | 95 | 43 | |
| Pourcentage de cases aptes à offrir l'OIP (%) | Rapports annuels DSME | 82 | 95 | 76,0 | Rapport Revue de performance SRMNIA 2020 |
| Pourcentage de cases aptes à offrir l'OICIM et ou SAYANA (%) | Rapports annuels DSME | 20 (OICIM) 27 (Sayana) | 90 | 79,6 | 1. Le pourcentage initial de cases offrant l'une ou l'autre des méthodes n'a pas été obtenue. 2. L'indicateur cherchait à voir le pourcentage de case offrant l'une ou l'autre des méthodes, ainsi la valeur réalisée en 2020 regroupe l'OICIM et le Sayana. 3. Source : rapport revue des performances SRMNIA 2020 |
| Taux de rupture de stock de produits PF (%) | DHIS2 | 1,86 | < 0,5 | 18 | 4. Les rapports de supervision de la DSME ont été utilisés comme sources de données du fait de la faible complétude du rapport de gestion des médicaments DSME en 2020 dans DHIS2 |

| | | | | | |
|--|----------------------|-------------|------------|-------------|---|
| Pourcentage de réalisation des réunions des comités (%) | Rapports DSME | ND | 100 | 33,3 | Rapport DSME Ces résultats correspondent à la fonctionnalité des trois (3) sous-comités (spécifiquement le sous-comité « disponibilité des produits » à travers le comité de sécurisation des produits SR/PF). 5. Cependant, le comité technique PF fonctionne. |
| Taux de complétude des rapports (%) | DHIS2 | 91,3 | 98 | 98.7 | Les données de certaines structures privées, EPS et du niveau communautaire ne sont pas capitalisées. Par ailleurs, la complétude ne garantit pas l'exhaustivité des données. |
| Taux de promptitude des rapports (%) | DHIS2 | 51,4 | 98 | 68.6 | |
| Nombre de recherches scientifiques effectuées sur la PF | Rapports DSME | ND | 91 | 20 | Rapport de Division de la recherche (DPRS) |

2 Analyse de l'évolution des indicateurs d'impact du CSNPF 2016-2020

Les résultats de l'EDS 2017 avec 236 décès pour 100 000 NV montrent que la cible de 234 décès pour 100 000 NV fixée en 2020 a été presque atteinte. Dans la même logique, le taux de mortalité infantile est passé de 59 à 29 décès pour mille NV de 2015 à 2019 dépassant la cible fixée de 2020 (48 décès pour mille NV).

Ces résultats pourraient s'expliquer par les différentes interventions menées ces dernières années notamment l'ouverture et l'équipement des blocs SONU, les investissements importants en termes de recrutement, de formation des prestataires et l'amélioration de la carte sanitaire. En outre, selon le rapport de la réunion de consensus 2020 du track20, la mise en œuvre du CSNPF 2016-2020 a permis d'éviter 313 000 grossesses non désirées, 111 000 avortements à risque et 700 décès de mère.

3 Analyse de l'évolution des indicateurs d'effets

La prévalence contraceptive moderne est passée de 21,2% en 2015 à 25,5% en 2019 illustrant les nombreux efforts réalisés. Cependant, l'objectif de 45% de TPC fixé, n'a pas été atteint du fait entre autres de certaines perceptions socioculturelles, de l'insuffisance de ressources financières, du retard dans l'obtention des financements mais aussi des ruptures récurrentes de produits contraceptifs (18%) au niveau des PPS.

Entre 2018 et 2019, le TPC national a noté une progression de 0,1 point de pourcentage (passant de 25,4% à 25,5%).

Aucune région n'a atteint l'objectif de TPC (cible) qui lui a été assigné. En effet, les régions de Kaffrine, Saint-Louis et Diourbel sont celles qui sont les plus proches de leurs cibles avec respectivement des gaps de 7,7%, 7,8% et 8,2%. Par contre, les régions de Matam, Dakar, Tambacounda et Kédougou ont les gaps les plus importants avec respectivement 20,3%, 17,3% et 16,8% pour les deux dernières.

Cette situation est aussi expliquée par la forte discontinuation ou abandon en PF notée. En effet, en 2019, le taux de discontinuation était de 28,5%. Au-delà, du désir de tomber enceinte les raisons les plus évoquées par les FAR sont le souci de santé, les effets indésirables associés à la contraception (31,5%) et la désapprobation du mari (5,6%) entre autres.

Le graphe 18 montre les performances du TPC du Sénégal aux niveaux national et régional.

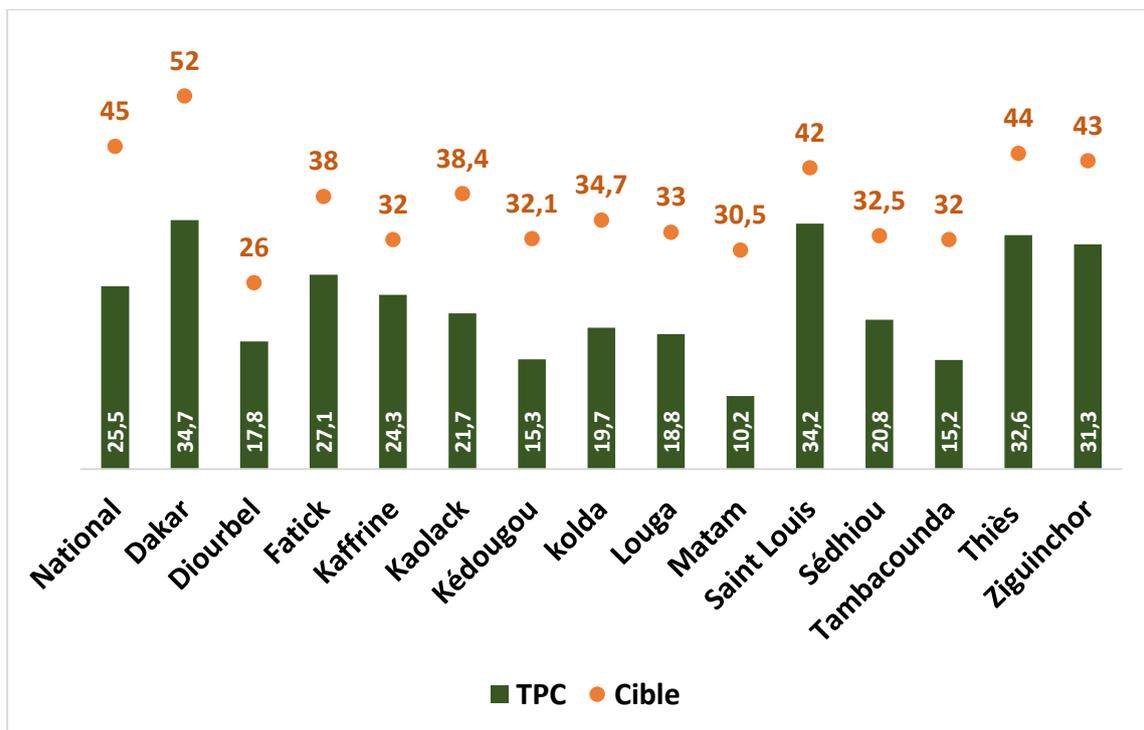


Figure 12 : Comparaison entre TPC cible et TPC réalisé en 2019 par région au Sénégal (EDSc 2018 et 2019)

L'analyse des données de la figure 13, montre qu'en 2019, le gap en FAR en union actives en PF s'élevait à 345 058 avec des disparités selon les régions. Dakar concentre la plus grande part (32,4%), suivie de Thiès

(11,1%), puis Diourbel, Louga, Kolda, Matam et Tambacounda (5 à 10%) et enfin les autres régions avec moins de 5%.

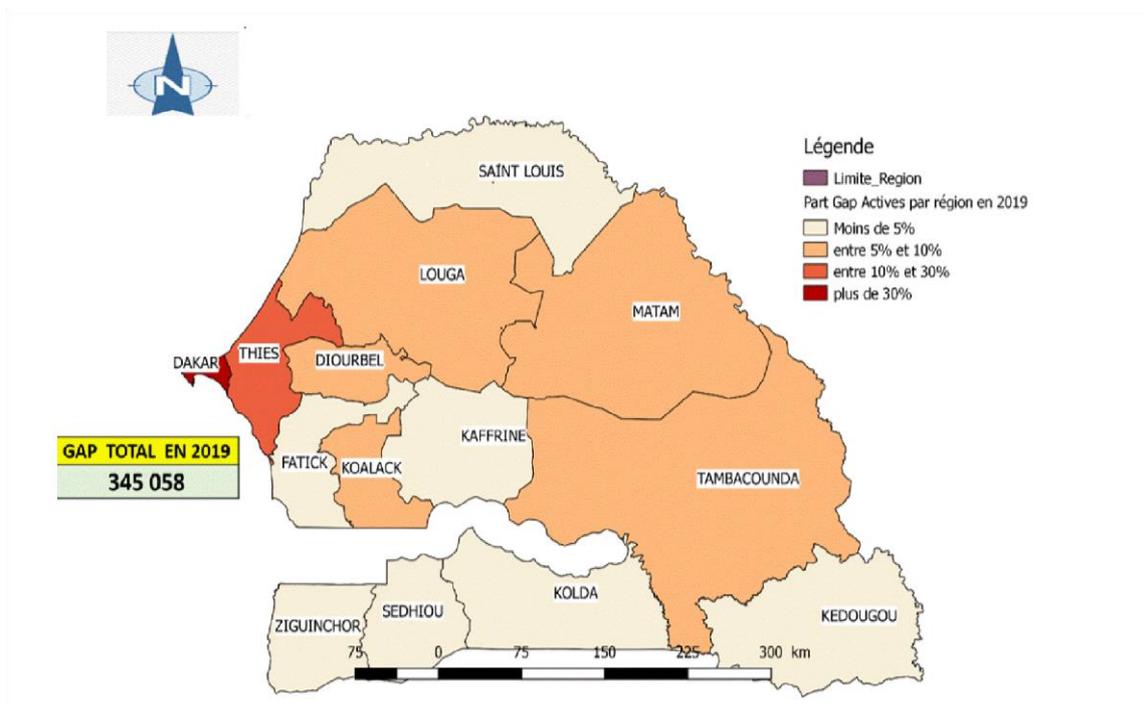


Figure 13 : Répartition des gaps en FAR actives dans la PF selon les régions

Les BNS en PF restent élevés, malgré les efforts déployés, comme l'attestent les résultats de l'EDS 2018-2019 (21,1%) pour une cible attendue de moins de 10% en 2020. Les régions de Dakar, Saint-Louis et Kaffrine sont les plus proches de l'objectif avec respectivement 17,4%, 18,4% et 18,8%. Par contre, les régions de Matam, Kolda et Diourbel ont enregistré les BNS en PF les plus importants avec respectivement 28,9%, 27,2% et 23,6% comme illustré dans la figure 14.

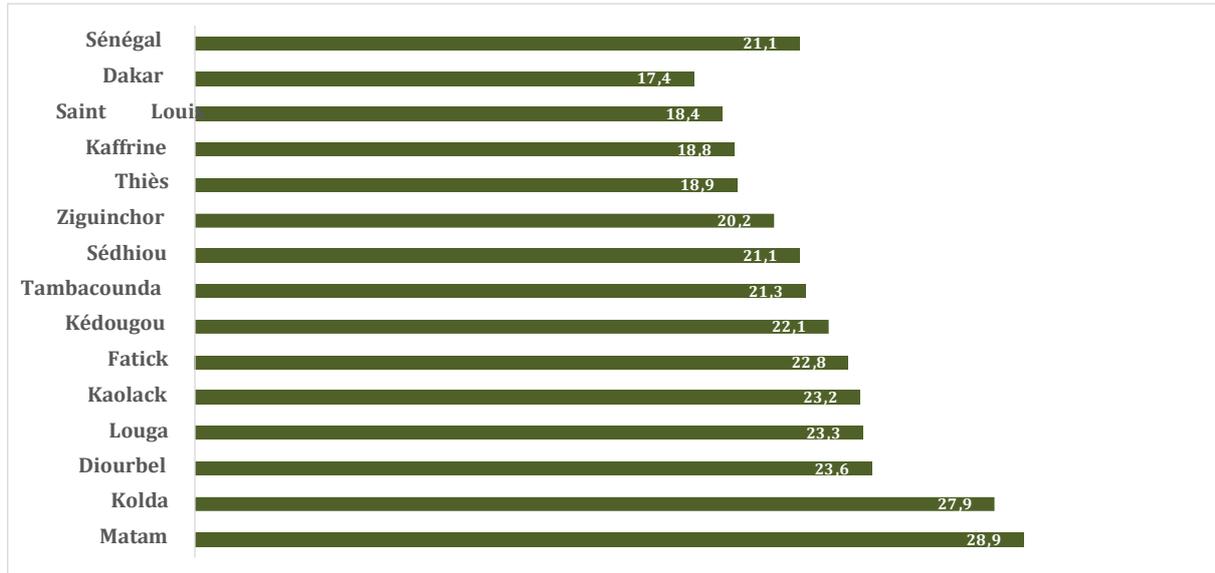


Figure 14 : Besoins non satisfaits en PF en 2018-2019 par région (EDS combinée 2018-2019)

Les BNS demeurent également élevés chez les adolescentes en union de 15-19 ans, soit 22,9% selon l'EDS 2019. Ce qui les expose aux grossesses précoces et ses risques associés.

Il est ressorti de l'étude des facteurs associés aux besoins non satisfaits en PF au Sénégal en 2022 que les facteurs ci-dessous sont déterminants dans l'existence des BNS en PF (base fusionnée EDS 2018-2019) :

- Les FAR en union (FARU) qui résident dans les régions administratives de Matam et de Kaolack ont un risque plus élevé de présenter des BNS-PF ;
- L'occupation professionnelle de la FARU, l'âge du mari situé entre 25 et 34 ans et le fait d'être sensibilisé sur la PF par un prestataire de santé ou à travers les supports de communication (affiches, brochures, magazines) diminuent les BNS-PF ;

Entre 2016 et 2020, le taux de recrutement enregistré à travers les données de DHIS2 est passé de 6% à 7,4 % soit une progression de 0,8 point de pourcentage. Toutefois, la cible attendue en 2020 de 12% n'a pu être atteinte.

Les réalisations des régions varient de 12,6% pour Kédougou à 5,7% pour Saint-Louis (Figure 15).

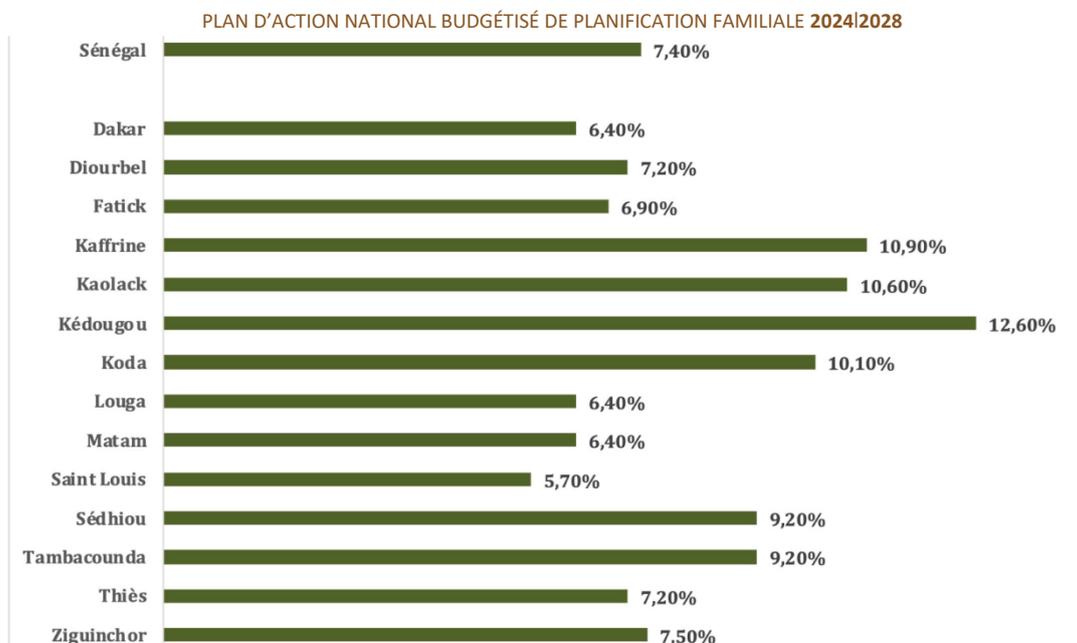


Figure 15 : Taux de recrutement en PF par région en 2020 au Sénégal

4 Analyse du niveau d'exécution technique des activités du CSNPF 2016-2020

L'évaluation de l'exécution technique des activités s'est faite à travers les différentes composantes du programme.

a. Analyse des activités de création de la demande

Le niveau de réalisation des activités de création de la demande est faible (21% pour la communication et 34% pour le plaidoyer). Cette situation s'explique par le retard dans l'élaboration et la mise en œuvre du plan de communication PF pendant les deux premières années et à la faible mobilisation des ressources financières prévues. A cela s'est ajoutée la pandémie covid-19 qui a freiné la réalisation de la plupart des activités planifiées.

Néanmoins, une activité phare liée à l'approche genre appelée l'École des Maris (EdM) a été renforcée. Celle-ci a facilité l'implication des hommes dans la SR ce qui a fortement contribué à un meilleur accès des femmes mariées aux services de PF. Une stratégie nationale d'harmonisation des interventions de l'EdM a été élaborée en vue de sa mise à l'échelle.

Toutefois, il a été noté la réalisation d'activités de création de la demande non inscrites dans le CSNPF telles que l'élaboration et la mise en œuvre de plans intégrés de communication « japp naaci show » au niveau des régions et districts alliant des affichages sur les bus, des émissions radio et télé sur la PF et les VBG.

b. Analyse des activités liées à l'offre et l'accès aux services PF

Les activités relatives à l'offre sont réparties en trois parties : publique, privée et communautaire.

Dans l'ensemble, le niveau de réalisation de ces activités est faible. En effet, le rapport d'évaluation du CNSPF montre que les activités relatives à l'offre publique ont été réalisées à 38%, celles relatives à l'offre privée à 14% et celles de l'offre communautaire à 20%. Ces contreperformances pourraient s'expliquer par la faible mobilisation des ressources prévues.

c. Suivi évaluation et recherche

Le niveau d'exécution technique des activités de recherche dans le cadre de la mise en œuvre du CSNPF 2016-2020 est de 22% en 2020. Cette faiblesse pourrait s'expliquer par :

- L'insuffisance de coordination entre la DSME et les instituts de recherche ;
- L'insuffisance dans le renforcement de capacités en recherche-action à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- La faible mobilisation des ressources financières dédiées à la recherche ;
- La non implication de la DSME dans la pré-validation des protocoles de recherche portant sur la thématique SRMNIA-N.

Pour garantir une mise en œuvre efficace des interventions et la prise de décision basée sur des évidences, le monitoring de la performance des interventions SRMNIA-N a été assuré aux niveaux central et opérationnel. Ainsi, des revues SRMNIA-N et des ateliers d'évaluation des PTA ont été régulièrement tenus. Ces différentes activités ont permis l'élaboration et la mise en œuvre de plans de résolution des problèmes identifiés.

Certains outils du programme PF ont fait l'objet d'une révision en 2018.

Cette révision a permis :

- La désagrégation des tranches d'âges permettant ainsi de disposer en routine des données relatives à la cible des adolescents/jeunes ;
- L'élaboration et la mise en place des outils de gestion des données au niveau communautaire.

Cette révision a également permis de rendre effective l'institutionnalisation des stratégies d'ISBC/PF et de la PFPP à travers l'intégration d'items en rapport avec les besoins en PF au niveau des registres de consultation générale, d'enfants sains, de post-natal et d'accouchement.

Dans la dynamique d'amélioration de la disponibilité des données de qualité, plusieurs missions d'Audit de la Qualité des Données de Routine (AQDR) du programme PF ont été réalisées dans les différentes régions. Ces AQDR ont permis d'apprécier de façon continue la qualité des données PF et ont porté sur la complétude, conformité mais surtout sur la qualité des dispositifs de gestion des données PF au niveau opérationnel.

La DSME en collaboration avec la DPRS/DSISS et avec l'appui financier des partenaires, a élaboré un Plan National d'Action pour l'amélioration continue de la qualité des données de routine dont l'objectif est la contribution à la mise en œuvre des recommandations issues lors des séances d'audit de la qualité des données.

d. Coordination

Au niveau central, les réunions du comité technique restreint de planification familiale sont régulièrement tenues.

Toutefois, les résultats de l'évaluation à mi-parcours présentent un faible niveau d'exécution des activités de coordination à 13%. Ce faible niveau s'explique, entre autres, par la faible implication des autres secteurs ministériels et la non tenue du forum des partenaires.

Vu le faible niveau d'exécution technique des activités, lors de la revue à mi-parcours, un paquet d'activités de coordination a été intégré dans le plan d'accélération 2019-2020.

5 Niveau d'exécution financière du CSNPF 2016-2020

Les dépenses effectuées durant la période 2016 à 2020 s'élèvent à 39 170 875 707 FCFA sur un budget global prévisionnel de 42 031 612 472 FCFA soit 93 % de taux de mobilisation financière dont la totalité a été exécutée.

Il est à noter que la consommation des ressources a été plus importante durant l'année 2016 (11 171 679 430 FCFA), soit 28,5 % des dépenses totales de la période de mise en œuvre du CSNPF tandis que la plus faible consommation a été constaté en 2018 avec 5 180 042 479 de FCFA soit 13,2%.

Par rapport aux domaines d'activités prioritaires, l'achat des produits a absorbé (19 060 537 813 FCFA) plus de ressources que prévu (14 302 782 349 FCFA).

Il est à souligner qu'il y a eu plus d'activités réalisées mais non planifiées que d'activités planifiées

I.2. Analyse Forces-Faiblesses-Opportunités-Menaces (FFOM) de la Planification Familiale

Le tableau ci-dessous résume les principales forces, faiblesses du programme PF tout en identifiant les opportunités à saisir et les menaces qui pèsent sur le programme (tableau 3).

Tableau 3 : Principales forces, faiblesses, opportunités et menaces de la PF

| Forces | Faiblesses |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Engagement des autorités du MSAS ; • Offre de service de PF à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ; • Mise en œuvre d'interventions à large échelle à haut impact (Yeksinaa, PFPP, ISBC-PF, DMPA s/c, Stratégies des Sage-Femmes itinérantes, Ecole des maris, Initiative BG, Coaching sur site, ... • Tenue régulière des revues de performances du programme de planification familiale sur les indicateurs PF ; • Existence de divers cadres de coordination fonctionnels (comité technique PF, comité SPSR) ; • Existence d'une ligne budgétaire pour l'achat des produits contraceptifs ; • Existence d'un réseau communautaire dynamique • Mise en place d'une Cellule genre au MSAS ; • Réalisation d'un audit genre au MSAS ; • Existence d'un plan d'institutionnalisation du genre au MSAS ; | <ul style="list-style-type: none"> • Faible disponibilité des produits contraceptifs ; • Faiblesse dans la fonctionnalité de certains sous-comités PF (offre et demande) ; • Faible intégration de la PF dans les autres programmes ; • Insuffisance dans la qualité des données de routine ; • Non pérennisation de certaines stratégies à haut impact comme le tutorat ; • Faiblesse dans le suivi des activités communautaires à tous les niveaux ; • Irrégularité des sorties en stratégies avancées et mobiles ; • Faible prise en compte des questions de genre et du handicap dans les programmes de PF ; • Insuffisance dans la communication sur la PF • Retard dans la dissémination du CSNPF 20162020 dans les régions • Insuffisance de capitalisation des données du niveau communautaire et du privé ; • Insuffisance de prise en compte du secteur privé dans la gestion du programme de PF (formation des prestataires, suivi et supervision...) • Insuffisance de l'offre de services adaptés aux adolescentes, jeunes et femmes mariées ; • Insuffisance dans la mise à l'échelle de certaines expériences réussies • Insuffisance de ressources allouées à l'achat des produits contraceptifs ; • Faiblesse de la communication digitale ; • Insuffisance dans la répartition des RH qualifiées ; • Insuffisance dans la coordination des interventions ; • Insuffisance dans la régularité de la production des données ; • Rétention des données sanitaires de routine |

| Opportunités | Menaces |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Volonté politique en faveur de la PF affirmée ; • Engagement et accompagnement des autres secteurs ministériels (Jeunesse, Education, femmes, ...) et de la Société Civile ; • Implication des jeunes et de la société civile aux instances de décision ; • Existence d'un partenariat public privé ; • Existence d'une convention de partenariat entre le MSAS et l'UAEL ; • Existence d'un réseau dense d'acteurs communautaires, religieux intervenant dans le domaine de la santé ; • Existence de centres d'écoute pour adolescents et jeunes ; • Existence d'initiatives de protection sociale (CMU, bourses de sécurité familiale, ...) ; • Prise en compte de la planification familiale par certaines mutuelles communautaires (UDAMs de Koungheul, Foundiougne) ; • Engagement et appui des PTF • Adhésion à l'Unité de coordination du partenariat de Ouagadougou ; • Existence d'une Stratégie Nationale pour l'Equité et l'Egalité de Genre (SNEEG) portée par le Ministère de la Femme. | <ul style="list-style-type: none"> • Non signature de décret d'application de la loi SR ; • Instabilité du climat social (Mouvements de grève récurrents du personnel ; • Persistance des pesanteurs socioculturelles ; • Forte dépendance des activités PF au financement extérieur ; • Survenue des situations d'urgence pouvant entrainer une difficulté dans la continuité des services (changement climatique, crises sanitaires, etc.) |

1.3. Principaux défis identifiés par domaine d'actions prioritaires

L'analyse situationnelle a fait ressortir des défis qui méritent une attention particulière dans ce nouveau PANB/PF 2024-2028, afin d'atteindre les objectifs de PF du Sénégal et améliorer l'environnement sanitaire et économique du pays.

1 Défis liés à la demande

Dans le cadre de la mise en œuvre du CNSPF 2016-2020, plusieurs défis persistants liés à la demande ont été identifiés dont les principaux sont :

- La gestion des rumeurs liées aux effets secondaires ;
- Le renforcement de la communication interpersonnelle sur la PF par les prestataires qualifiés ;
- Le renforcement de l'engagement des maris, hommes et des religieux dans la PF ;
- La signature du décret d'application de la loi SR/PF ;

- Le renforcement des stratégies de communication y compris le digital pour la cible des adolescents et jeunes ;
- Le renforcement de l'engagement communautaire autour de la PF.

2 Défis liés à l'offre

En ce qui concerne l'offre, les principaux défis suivants ont été identifiés :

- La disponibilité de l'offre de services adaptés aux adolescentes et jeunes femmes mariées ;
- Le renforcement de l'intégration de la PF dans les autres stratégies et interventions en SRMNIA-N et autres programmes (VIH, PEV, etc.) ;
- Le renforcement de la formation des prestataires en technologie contraceptive et sur la gestion des effets secondaires ;
- Le renforcement en équipements PF des structures sanitaires publiques et privées ;
- L'amélioration de la qualité des services de planification familiale ;
- Le renforcement et l'extension de la délégation des tâches ;
- La mise en œuvre des initiatives d'autosoins ;
- L'amélioration de la politique de gestion du personnel dans certaines régions ;
- La cartographie de l'offre privée en PF.

3 Défis liés à la disponibilité des produits contraceptifs

Les principaux défis liés aux produits contraceptifs sont les suivants :

- La gouvernance de la chaîne d'approvisionnement au niveau opérationnel ;
- La disponibilité d'un système informatisé uniforme à tous les niveaux ;
- La qualité des données sur la logistique au niveau opérationnel (promptitude, complétude, exhaustivité, etc.) ;
- La disponibilité de toute la gamme des méthodes contraceptives au dernier kilomètre ;
- L'approvisionnement en produits PF par les grossistes répartiteurs privés ;
- La disponibilité des pharmaciens au niveau opérationnel ;
- La mise aux normes des dépôts de stockage et de dispensation des médicaments ;

- La disponibilité d'une logistique roulante adéquate pour la mise en œuvre des différents plans de distribution jusqu'au dernier kilomètre.

4 Défis liés à la coordination

En termes de coordination, les défis suivants ont été soulevés :

- La fonctionnalité des cadres de coordination aux niveaux central et déconcentré ;
- Le renforcement de l'approche multisectorielle dans le domaine de la PF ;
- La dissémination des documents stratégiques dans les 14 régions ;
- L'élaboration de plans d'action opérationnels au niveau des 14 régions ;
- L'alignement des financements (des PTF, CT, secteur privé, etc.) sur les priorités stratégiques de l'Etat.

5 Défis liés au suivi-évaluation, à la recherche et à la gestion des connaissances

Pour cette composante, les défis suivants sont notés lors de l'évaluation du CSNPF :

- La capitalisation des données issues des prestations du niveau communautaire, des Etablissements Publics de santé et des structures du privé ;
- La réalisation d'une évaluation à mi-parcours intégrant des enquêtes pour identifier les meilleures stratégies ou approches ;
- La régularité de la tenue des EDS ;
- Le renforcement de la collaboration entre la DSME, les instituts de recherche, le CNERS et les autres programmes prioritaires ;
- La gestion des connaissances de la PF ;
- L'harmonisation des indicateurs entre le programme VIH et la DSME ;
- Le partage systématique des résultats de la recherche et leur utilisation ;
- L'existence d'une unité de recherche dynamique et fonctionnelle à la DSME.

6 Défis liés au financement

Le financement du programme est confronté à plusieurs dont les principaux sont :

- La mobilisation des ressources domestiques pour le financement du programme PF ;
- Le développement de financements innovants (RSE, ressources naturelles, taxes, etc.) ;

- L'intégration de la PF dans le paquet de prestation des mutuelles de santé (expériences pilotes de Foundiougne et Kougheul).

7 Défis liés au genre

L'évaluation du CSNPF a relevé comme principal défi la prise en compte effective du genre dans les différentes stratégies du PANBF y compris la mise à l'échelle de la stratégie école des Maris.

II. CADRE STRATÉGIQUE

II.1. Vision

D'ici à 2028, la vision est d'avoir « Un Sénégal souverain, juste et prospère, où la population a accès à des services de planification familiale abordables et accessibles, grâce à un système de santé résilient et équitable, avec la pleine participation de la communauté »

II.2. Principes directeurs et valeurs

Le nouveau Plan d'action national budgétisé de la planification familiale (PANBPF 2024-2028) s'articule autour des principes directeurs et valeurs suivants :

- L'engagement et le leadership national ;
- L'approche intégrée et multisectorielle ;
- L'équité ;
- La redevabilité ;
- Le respect des croyances et valeurs de la société sénégalaise ;
- Le respect des droits humains ;
- La prise en compte de la dimension genre ;
- Le principe des 3D (Démédicalisation, Démocratisation et Décentralisation).

II.3. But et objectifs

1 But

Le but de ce plan est de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle, néonatale, infanto-juvénile et des adolescents/jeunes.

2 Objectifs

Le plan vise à atteindre deux objectifs principaux :

- Augmenter le taux de prévalence contraceptive (TPC) de 25,6% en 2023 à 46% en 2028 chez les FAR en union ;
- Réduire les besoins non satisfaits chez les FAR en union de 19,1% en 2023 à moins de 10% en 2028.

3 Axes stratégiques

Le PANBPF 2024-2028 s'articule autour des **6 axes stratégiques** suivants :

Axe 1 : Renforcement de l'offre et de l'accès à des services PF de qualité ;

Axe 2 : Renforcement de la création de la demande ;

Axe 3 : Sécurisation des produits contraceptifs ;

Axe 4 : Renforcement du plaidoyer pour un environnement favorable ;

Axe 5 : Intensification de la mobilisation des ressources et du financement durable ;

Axe 6 : Amélioration de la gouvernance et de la gestion du programme.

4 AXE STRATEGIQUE N° 1 : Renforcement de l'offre et de l'accès à des services PF de qualité

Le renforcement de l'offre et de l'accès passera par les 4 domaines d'interventions majeurs suivants :

- Renforcement de l'offre du secteur public
- Renforcement de l'offre du secteur privé
- Elargissement de l'offre au niveau communautaire
- Adaptation de l'offre de services auprès des adolescents et jeunes

Dans cet axe stratégique, le focus sera mis sur le recrutement et la politique de gestion du personnel qualifié, le renforcement des capacités, l'organisation des services, l'amélioration de la qualité de l'accueil, le renforcement de l'équipement et de la logistique, le renforcement de l'intégration des services, le développement de stratégies novatrices, la mise à l'échelle des interventions à haut impact, la meilleure prise en compte des adolescents et jeunes et des personnes vivant avec un handicap et le renforcement et l'appropriation de l'offre de services au niveau communautaire et privé pour rapprocher davantage les services aux populations.

La mise en œuvre de cette stratégie permettra aux populations d'accéder à des services de qualité en matière de PF sans contraintes financières ni géographiques.

Renforcement de l'offre du secteur public (OSP)

- Intervention OSP1 : Mise à l'échelle du DMPA-SC et de l'auto-injection
- Intervention OSP2 : Disponibilité et maintenance du matériel et des équipements
- Intervention OSP3 : Renforcement du personnel qualifié à tous les niveaux
- Intervention OSP4 : Renforcement de compétences des prestataires qualifiés sur les différentes thématiques en PF, sur l'approche genre et droits humains et la PEC des VBG

- Intervention OSP5 : Mise à jour de la formation initiale basée sur les standards en fonction de nouvelles orientations de la politique nationale
- Intervention OSP6 : Mise à l'échelle de l'Identification Systématique des Besoins de la Cliente (ISBC) à tous les niveaux
- Intervention OSP7 : Renforcement de la mise à l'échelle de la stratégie de la Planification Familiale du Post-Partum et du post abortum
- Intervention OSP8 : Renforcement des stratégies d'autosoins
- Intervention OSP9 : Prise en charge des BNS en PF
- Intervention OSP10 : Amélioration de la PF chirurgicale dans les prestations de services SRMNIA-N
- Intervention OSP11 : Intégration de l'offre de services PFPP à la Santé Maternelle, Néonatale et Infantile et à la Nutrition,
- Intervention OSP12 : Mise en place de modèles différenciés pour le suivi intégré de la femme vivant avec le VIH ayant recours aux services de PF

Renforcement de l'offre du secteur privé (OSPr)

- Intervention OSPr-1 : Renforcement de la disponibilité de la gamme des méthodes PF dans le secteur privé
- Intervention OSPr-2 : Capitalisation de la contribution du secteur privé

Élargissement de l'offre au niveau communautaire (OCom)

- Intervention OCom1 : Intensification et élargissement de l'offre de service à base communautaire
- Intervention OCom2 : Capitalisation de la contribution du niveau communautaire

Adaptation de l'offre de services auprès des adolescents et jeunes (OSJ)

- Intervention OSJ1 : renforcement des compétences des prestataires de soins de santé et du personnel de soutien sur l'offre spécifique aux adolescents et jeunes
- Intervention OSJ2 : Renforcement de l'offre de service de santé des adolescents et jeunes intégrés, adaptés et de qualité
- Intervention OSJ3 : Amélioration de la qualité de l'accueil et de l'orientation des adolescents et des jeunes.

a. Renforcement de l'Offre du secteur public

Pour améliorer l'offre publique, il faudra investir sur le renforcement de capacités des agents en service, sur la fourniture adéquate des structures de santé en matériel et en équipements PF y compris pour la PF chirurgicale, et sur une bonne maintenance de ces équipements. En outre il faudra veiller à un approvisionnement adéquat en produits PF, à la mise à jour de la formation initiale basée sur les standards en fonction de nouvelles orientations de la politique nationale dans les écoles de formation en santé, et à un recrutement suffisant en personnel de santé qualifié. Enfin, il faudra mettre à l'échelle les interventions à efficacité prouvée. Pour ce faire, les interventions ci-dessous seront déployées :

❖ Intervention OSP1 : Mise à l'échelle du DMPA-SC et de l'auto-injection (AI)

A la suite d'une étude de faisabilité et d'acceptabilité menée en 2018, le DMPA-SC a montré un potentiel pour l'augmentation de la prévalence contraceptive au Sénégal. Dès lors, la disponibilité à grande échelle du DMPA-SC et de l'auto-injection pourrait accélérer le niveau de couverture en PF même dans les zones reculées.

Actuellement, l'ensemble des équipes cadres de régions et de districts ont été formées ainsi qu'une partie des prestataires. Cependant, des gaps persistent.

Les actions de consolidation suivantes ont été retenues pour combler les gaps :

✓ Activité OSP1-1 : Renforcer les capacités des prestataires non formés dans toutes les régions sur le DMPA - SC et de l'AI ;

✓ Activité OSP1-2 : Rendre disponible les intrants nécessaires (le calendrier, la fiche d'évaluation, l'aide-mémoire, le produit) ;

✓ Activité OSP1-4 : Assurer un suivi régulier et évaluer la stratégie de l'auto-injection du DMPA-SC.

❖ **Intervention OSP2 : Renforcement de la disponibilité et de la maintenance du matériel et des équipements**

L'inventaire des équipements PF dans les points de prestation des services, en général, n'est ni systématique, ni documenté. La disponibilité et les maintenances préventive et curative posent problèmes de façon récurrente dans le système de santé par l'insuffisance de formation et d'interventions spécifiques à ce niveau. Il s'agira, d'équiper les points de prestation sur la base des besoins, de doter les équipes de maintenance en matériels ou pièces de rechange, d'élaborer et de mettre en œuvre des plans de maintenance en vue de disposer de plateformes nécessaires à la fourniture des services PF. Les activités se déclinent comme suit :

Activité OSP2-1 : Identifier les besoins en équipements et matériels pour la PF ;

Activité OSP2-2 : Doter les PPS en équipements adéquats pour la PF ;

Activité OSP2-3 : Renforcer les capacités des utilisateurs sur la maintenance préventive du matériel PF ;

Activité OSP2-4 : Mettre en place un plan de maintenance du matériel et des équipements au niveau de chaque région.

❖ **Intervention OSP3 : Renforcement du personnel qualifié à tous les niveaux**

Le déficit en personnel qualifié est une donnée majeure dans les PPS malgré les efforts menés par l'Etat, les collectivités territoriales, les CDS et les PTF. Le renforcement continu en personnel qualifié et motivé au niveau des points de prestation nécessitera, les actions ci-après :

✓ Activité OSP3-1 : Identifier les gaps en RH qualifiée à tous les niveaux en collaboration avec la DRH, la cellule de la carte sanitaire sociale de la santé digitale et de l'observatoire de la santé (CSS DOS)

✓ Activité OSP3-2 : Faire le plaidoyer pour le recrutement en RH qualifiées, par l'Etat, les collectivités territoriales, le Secteur privé, les PTFs etc...)

✓ Activité OSP3-3 : Faire le plaidoyer pour le redéploiement du personnel qualifié en fonction des normes nationales

✓ Activité OSP3-4 : Faire le plaidoyer pour redynamiser la politique de motivation liée aux zones d'accès difficiles

❖ **Intervention OSP4 : Renforcement de compétences des prestataires qualifiés sur la PF**

Cette intervention vise à donner les compétences nécessaires en technologie contraceptive et à assurer le suivi post-formation. Cependant, il est noté une redondance dans la formation, d'où l'intérêt de disposer d'une cartographie ou base de données de la formation des prestataires.

✓ Activité OSP4-1 : Réviser les modules de formation en technologie contraceptive et en gestion des services de SR/PF conformément aux PNP y compris le counseling, le genre et la PEC des VBG

✓ Activité OSP4-2 : Réaliser une cartographie des personnels formés par stratégies à tous les niveaux

✓ Activité OSP4-3 : Renforcer la formation des MCD et MCR en Technologie contraceptive et en gestion des services de SR/PF sur l'intégration du genre dans la prestation de services SRMNIA-N et la PEC des VBG ;

✓ Activité OSP4-4 : Renforcer la formation des SFE et des ICP des secteurs public et privé en technologie contraceptive et en gestion des services de SR/PF y compris le counseling sur l'intégration du genre dans la prestation de services SRMNIA-N et la PEC des VBG ;

✓ Activité OSP4-5 : Assurer régulièrement le coaching sur site de tous les prestataires formés ;

✓ Activité OSP4-6 : Mettre à l'échelle l'approche « mentorat » ;

✓ Activité OSP4-7 : Recycler tous les prestataires qualifiés sur l'éthique et la déontologie.

❖ **Intervention OSP5 : Mise à jour de la formation initiale basée sur les standards en fonction de nouvelles orientations de la politique nationale**

Les curricula des écoles de formation de base suivent difficilement l'évolution des orientations basées sur les politiques nationales d'où la nécessité de définir des mécanismes d'intégration des nouvelles orientations dans les curricula.

L'option est d'amener les écoles de formation à mettre à jour les modules de SR/PF afin que les nouveaux sortants soient opérationnels dès leur affectation dans leur premier poste de travail.

La formation continue pourra permettre aux prestataires en activité de mettre à jour de façon effective leur compétence.

Trois activités sont prévues pour opérationnaliser cette intervention :

Activité OSP5-1 : disséminer les documents stratégiques (PNP, Manuel de Procédures PF...) au niveau des écoles de formation en santé

✓ Activité OSP5-2 : Organiser des sessions de mise à niveau des différents encadreurs exerçant dans les Écoles et Institutions privées de formation en santé ;

✓ Activité OSP5-3 : Mener périodiquement des activités d'audit et d'inspection dans les Écoles et Institutions privées de formation en santé en collaboration avec l'ensemble des parties prenantes (DRH, DPF, IAF...) ;

❖ **Intervention OSP6 : Mise à l'échelle de l'Identification Systématique des Besoins de la Cliente (ISBC) à tous les niveaux et de l'Intégration de la Planification Familiale à la Santé Maternelle et Infantile et à la Nutrition**

Au Sénégal, la faisabilité, l'acceptabilité et l'efficacité de la technique de l'ISBC ne sont plus à démontrer. En effet, cette stratégie consiste à identifier systématiquement, à l'aide d'un outil (Job aid ou aide-mémoire), les besoins en PF des FAR qui se présentent au niveau des unités de soins pour un motif autre que la PF, en vue de les satisfaire. Ces unités de soins sont appelées des portes d'entrée (consultation VIH, CPN, CPON, PEV, CPC, consultations enfants malades). Sa mise en œuvre a permis l'augmentation de l'utilisation des services de planification familiale.

Dans cette intervention, les activités ci-dessous seront mises en œuvre.

✓ Activité OSP6-1 : Reproduire les outils de formation sur l'ISBC (Guide etc..) ;

✓ Activité OSP6-2 : Former toutes les équipes cadres de région et de district sur l'ISBC ;

✓ Activité OSP6-3 : Doter les équipes cadres des directions régionales et des districts en outils de gestion sur l'ISBC ;

✓ Activité OSP6-4 : Compléter la révision des outils de collecte et le paramétrage des indicateurs relatifs à l'ISBC PF dans la plateforme DHIS2 et dans les maquettes de présentations des Directions régionales médicales et districts sanitaires ;

✓ Activité OSP6-5 : Organiser des supervisions en cascade sur toute la pyramide sanitaire.

✓ Activité OSP6-6 : Mettre à l'échelle de l'intégration de l'offre de services de Planification Familiale du post partum à la Santé Maternelle, Néonatale et Infantile et à la Nutrition

❖ **Intervention OSP7 : Renforcement de la mise à l'échelle de la stratégie de la Planification Familiale du Post-Partum (PFPP) et Post Abortum :**

Les activités suivantes seront déployées pour renforcer la mise à l'échelle de la stratégie planification familiale du post-partum immédiat (PFPP) et Post Abortum :

✓ Activité OSP7-1 : Former toutes les équipes cadres de direction régionale et de district sur la PFPP et le post abortum ;

✓ Activité OSP7-2 : Former tous les prestataires (EPS, CS, PS...) sur la PFPP et le Post abortum ;

✓ Activité OSP7-3 : Doter les PPS en outils et matériels pour la PFPP et post abortum ;

✓ Activité OSP7-4 : Organiser un suivi post formation des prestataires ;

✓ Activité OSP7-5 : Organiser une supervision périodique sur toute la pyramide sanitaire de la mise en œuvre de la PFPP et du post abortum ;

✓ Activité OSP7-6 : Evaluer la stratégie PFPP et le post abortum après 2 ans de mise en œuvre du PANBPF 3 ;

✓ Activité OSP 7-7 : Former les acteurs (ECD, ECDRS, prestataires, acteurs communautaires, etc.) sur l'initiative d'intégration de la PFPP aux soins essentiels du nouveau-né et à la nutrition ;

✓ Activité OS 7-8 : Mettre en place des outils de gestion sur l'initiative d'intégration de la PFPP aux soins essentiels du nouveau-né et à la nutrition.

❖ Intervention OSP8 : Renforcement des stratégies de l'autosoin

Selon l'OMS, l'autosoin est la capacité des individus, des familles et des communautés à promouvoir la santé, à prévenir les maladies, à maintenir la santé et à faire face à la maladie et au handicap avec ou sans le soutien d'un prestataire de soins de santé.

Le Sénégal dispose d'un guide national sur l'autosoin avec cinq interventions prioritaires sur la SR/PF (l'auto-administration de contraceptifs oraux ; l'auto-injection de contraceptifs injectables ; l'utilisation de préservatifs masculins et féminins l'auto-utilisation des kits de prédiction d'ovulation ; l'auto-administration de l'anneau vaginal).

Dans sa mise en œuvre, l'autosoin viendra en appont pour permettre un plus grand accès des individus aux services de PF à travers une délégation des tâches et une plus grande responsabilisation des usagers.

Pour accompagner la mise en œuvre, les activités suivantes sont prévues :

✓ Activité OSP8-1 : Elaborer des fiches techniques sur les méthodes d'autosoin en PF ;

✓ Activité OSP8-2 : Renforcer les capacités des ECDRS et ECD sur l'autosoin ;

✓ Activité OSP8-3 : Renforcer les capacités des prestataires sur l'autosoin ;

✓ Activité OSP8-4 : Assurer le suivi post-formation des prestataires ;

✓ Activité OSP8-5 : Mener des activités de communication autour de l'autosoin ;

✓ Activité OSP8-6 : Faire une évaluation à mi-parcours de la stratégie.

❖ Intervention OSP9 : Prise en charge des BNS en PF dans la population générale

Dans le souci d'être inclusif, ce plan prévoit de mener des activités dans les zones défavorisées et/ou difficiles d'accès. Il s'agira de mener des actions pertinentes et de suivi des stratégies d'offres avancées et mobiles en SR/PF telles que la prise en charge gratuite de la PF dans certains milieux, la sensibilisation des leaders d'opinion et des décideurs, l'approfondissement de certaines études pour une meilleure connaissance des goulots d'étranglement afin de booster le TPC.

Activité OSP9-1 : Organiser dans la région de Dakar des activités gratuites d'offre de services PF au niveau des milieux défavorisés ;

✓ Activité OSP9-2 : Rendre effective l'offre de service PF dans toutes les cases de la région de Kaolack ;

✓ Activité OSP9-3 : Organiser chaque trimestre, dans les régions de Kaolack, Diourbel et Tambacounda des activités de PF en milieu rural à travers les cliniques mobiles et l'organisation des journées spéciales d'offres PF gratuite ;

✓ Activité OSP9-4 : Organiser chaque semestre des journées spéciales d'offre gratuite de PF dans toutes les régions ;

✓ Activité OSP9-5 : Organiser chaque trimestre, dans les régions de Thiès, Fatick et de Kaffrine des activités de sensibilisation sur la SR/PF pour les femmes de la tranche d'âge de 15-24 ans et 25-29 ans à Louga pour les femmes de la tranche d'âge de 40-49 ans.

❖ **Intervention OSP10 : Amélioration de la PF chirurgicale dans les prestations de services SRMNIA-N**

La PF chirurgicale est une opportunité pour atteindre les objectifs de TPC par rapport à la demande non satisfaite des FAR qui expriment clairement le besoin de limiter leurs grossesses, mais qui n'ont pas toujours accès aux méthodes chirurgicales. Il s'agira ici de renforcer l'intégration de la PF chirurgicale dans les prestations du Post-Partum au sein des services de SMNI, la disponibilité des méthodes permanentes conformément aux PNP associée à un resserrement des liens de référence solide entre les PPS périphériques et les structures de référence.

Activité OSP10-1 : Renforcer les compétences des prestataires sur l'offre de PF chirurgicale ;

✓ Activité OSP10-2 : Appuyer la disponibilité du matériel et des outils de l'offre de PF chirurgicale ;

✓ Activité OSP10-3 : Renforcer l'intégration systématique de la PF chirurgicale dans l'offre de service SRMNIA-N (PFPP, PFPA, etc.) ;

✓ Activité OSP10-4 : Renforcer le système de référence des clientes ayant des besoins de PF chirurgicale.

❖ **Intervention OSP11 : Intégration de l'offre de dépistage du VIH au niveau des services PF, pour les jeunes adolescents**

Cette intervention vise à renforcer le dépistage du VIH auprès des jeunes avec l'utilisation de l'autotest VIH assistée par une SF ou autre prestataire à l'endroit des jeunes adolescentes utilisant les services PF.

Les activités suivantes seront menées :

✓ Activité OSP11-1 Mise à l'échelle de l'Intégration de la PF à la prise en charge du VIH

✓ Activité OSP11-1 : Rendre disponible les autotests au niveau des services PF ;

✓ Activité OSP11-2 : Orienter les SF des services de PF sur l'utilisation des autotests ;

✓ Activité OSP11-3 Réviser les outils de suivi évaluation concernant l'intégration.

❖ **Intervention OSP12 : Mise en place de modèles différenciés pour le suivi intégré de la femme vivant avec le VIH ayant recours aux services de PF**

Il s'agira de mettre en place des modèles d'intégration permettant aux patientes VIH de bénéficier en même temps de services PF.

Les activités retenues sont :

Activité OSP12-1 : Identifier des modèles différenciés d'intégration PF-VIH (one stop shop, référence contre référence, visites synchrones...°

✓ Activité OSP12-2 : Elaborer les procédures des modèles différenciés d'intégration

✓ Activité OSP12-3 : Mettre à jour et adapter le formulaire ISBC

✓ Activité OSP12-4 : Assurer la reprographie et la dissémination du formulaire ISBC à l'ensemble des structures de prise en charge du VIH.

b. Amélioration de l'offre du secteur privé

Le secteur privé de santé joue un rôle important dans l'offre de services PF de qualité. Il est nécessaire, dans le cadre du développement d'un partenariat, de mener des actions complémentaires sur la formation, la dotation en intrants et la collecte des données.

❖ Intervention OPr-1 : Renforcement de la disponibilité de la gamme des méthodes PF dans le secteur privé

Afin d'améliorer la prévalence contraceptive, il y'a nécessité d'impulser les activités au niveau du secteur privé de santé par l'élargissement de la gamme des produits, la disponibilité des outils de gestion et le suivi :

✓ Activité OPr1 1 : Faire une dotation initiale en produits PF et outils de gestion au niveau du secteur privé

✓ Activité OPr1 2 : Superviser les structures privées offrant la PF dans les 14 régions ;

✓ Activité OPr1 3 : Renforcer la stratégie de franchises sociales y compris la PF chirurgicale ;

✓ Activité OPr1 4 : Elargir la gamme de produits du marketing social.

❖ Intervention OPr2 : Capitalisation de la contribution du secteur privé

Il s'agira d'assurer la formation des acteurs du secteur privé dans les divers domaines de la technologie contraceptive, de mettre à niveau les prestataires privés et d'intégrer les données dans le cadre du système national d'information sanitaire.

Les activités à mener sont :

Activité OPr2 1 : Faire l'analyse situationnelle de la PF dans le secteur privé ;

✓ Activité OPr2-2 : Identifier les besoins de formation en Technologie contraceptive dans le secteur privé ;

✓ Activité OPr2-3 : Mettre à niveau les points focaux et les prestataires du secteur privé sur les directives/PNP, SR/PF, l'intégration du genre dans la prestation de services SRMNIA-N et la PEC des VBG ;

✓ Activité OPr2-4 : Former les prestataires du privé sur le SIG et le DHIS2 ;

✓ Activité OPr2-5 : Organiser 2 revues semestrielles sur les données du secteur privé dans les régions avec la participation du niveau central ;

✓ Activité OPr2-6 : Organiser 6 réunions bimestrielles en ligne sur le suivi des données du secteur privé ;

✓ Activité OPr2-7 : Organiser 2 supervisions formatives semestrielles avec coaching sur site

c. Renforcement de l'Offre de service de PF au niveau communautaire

Au niveau communautaire, malgré les efforts consentis, des limites sont encore constatées dans la disponibilité des produits, la capitalisation des données, la formation et le suivi du personnel communautaire, l'équipement et la planification des activités de communication et d'offre de services.

Pour améliorer l'offre communautaire, les interventions suivantes ont été retenues :

❖ Intervention OCom1 : Elargissement de l'offre de service à base communautaire

L'offre de services à base communautaire est essentielle pour l'atteinte des objectifs du PANBPF. Il est indispensable de renforcer les activités, les ressources humaines, les équipements, les produits ainsi que les équipes mobiles et avancées sur l'ensemble du territoire et particulièrement aux niveaux rural et péri-urbain défavorisés.

✓ Activité OCom1-1 : Mettre à niveau les acteurs communautaires sur la PF, le Genre et les violences basées sur le genre

✓ Activité OCom1-2 : Évaluer et compléter les équipements et les produits PF nécessaires pour le secteur communautaire ;

✓ Activité OCom1-3 : Organiser des activités mobiles et avancées intégrées dans les zones d'accès difficile avec l'appui des ONG, les associations professionnelles de santé, les CDS, les CT et les PTFs ;

✓ Activité OCom1-4 : Organiser 2 supervisions semestrielles dans chaque région ;

✓ Activité OCom1-5 : Appuyer les DRS dans l'organisation de 2 missions de supervisions semestrielles ;

✓ Activité OCom1-6 : Organiser chaque semestre des journées spéciales d'offre gratuites de PF.

❖ Intervention OCom2 : Capitalisation de la contribution du niveau communautaire :

Compte tenu de l'importance du secteur communautaire, il est important d'améliorer la fourniture de services PF, d'assurer la collecte régulière et l'intégration des données communautaires dans le SIG.

Pour une meilleure capitalisation des données, il s'avère nécessaire que les intervenants s'alignent aux différents outils existants.

Activité OCom2-1 : Rendre disponible les outils de gestion (fichiers communautaires, registres, rapports d'activités) ;

✓ Activité OCom2-2 : Former les acteurs communautaires sur le SIG communautaire (fichiers communautaires, registres, rapports d'activités) ;

✓ Activité OCom2-3 : Appuyer la tenue des réunions de coordination mensuelles autour du poste regroupant les acteurs communautaires de santé ;

✓ Activité OCom2-4 : Élargir le paquet de services des DSDOM à la distribution des produits PF (OIP et OICI) ;

✓ Activité OCom2-5 : Assurer la digitalisation des données du secteur communautaire.

d. Adaptation de l'offre de services pour les adolescents et jeunes

Les besoins spécifiques des adolescents et jeunes ne sont pas suffisamment pris en charge au niveau des PPS. Il faut ainsi définir de nouvelles interventions tout en consolidant et en assurant l'extension des interventions pilotes réussies. En outre, il est nécessaire de procéder à l'amélioration de l'offre par une réorganisation de services et la formation des prestataires. Cela implique une approche multisectorielle avec en particulier une bonne collaboration avec les secteurs de l'éducation nationale, de la jeunesse, de la famille ainsi que les associations des jeunes.

❖ Intervention OSJ1 : Renforcement de capacités des prestataires de soins de santé et du personnel de soutien sur l'offre spécifique aux adolescents et jeunes :

Il s'agira de renforcer les connaissances, les attitudes et les aptitudes des prestataires pour fournir des services de santé efficaces aux adolescents et jeunes. Ces compétences concernent aussi le personnel d'appui.

Activité OSJ1 1 : Mettre en œuvre la stratégie de retardement de la première ou de la deuxième grossesse chez les adolescentes mariées développée selon l'approche centrée sur l'humain ;

✓ Activité OSJ1-2 : Former les ECDRS, ECD sur la Santé de la reproduction des adolescents et jeunes (SRAJ) ;

✓ Activité OSJ1-3 : Former les prestataires des inspections médicales des écoles et des infirmeries scolaires sur la Santé reproductive des adolescents et jeunes (SAJ) ;

✓ Activité OSJ- 4 : Orienter le personnel de soutien sur l'accueil des adolescents et jeunes ;

✓ Activité OSJ1-5 : Organiser des rencontres de concertation avec la Division du Contrôle médicale scolaire (DCMS) dans les structures de santé sur l'intégration de certaines stratégies de promotion de la santé des adolescents et jeunes dans les écoles.

✓ Activité OSJ-6 : Orienter le personnel en charge de la PF sur l'utilisation de l'autotest VIH

❖ Intervention OSJ2 : Renforcement de l'offre de service de santé des adolescents et jeunes intégrés, adaptés et de qualité

Il s'agit d'adapter les services de santé existants aux besoins des adolescents et jeunes en améliorant la coordination, les équipements, l'approvisionnement en médicament, la collecte des données désagrégées avec la pleine participation des adolescents et jeunes surtout les plus vulnérables. Il faut aussi adapter les horaires de consultation en conformité avec la disponibilité des adolescents et jeunes avec ou sans rendez-vous :

Activité OSJ2-1 : Organiser des réunions d'échange entre les structures dédiées aux adolescents et jeunes ;

✓ Activité OSJ2-2 : Rendre disponible des services de qualité, intégrés, confidentiels, non discriminatoires et adaptés aux besoins des adolescents et jeunes dans les PPS ;

✓ Activité OSJ2-3 : Organiser des séances miroir (échange) entre prestataires et les adolescents et jeunes bénéficiaires ;

✓ Activité OSJ2-4 : Organiser des consultations médicales gratuites dans les écoles ;

✓ Activité OSJ2-5 : Organiser des stratégies avancées et mobiles intégrées en adoptant l'approche « aller vers pour faire venir » ;

✓ Activité OSJ2-6 : Doter les espaces dédiés aux adolescents et jeunes de kits de dignité ;

✓ Activité OSJ2-7 : Appuyer la réalisation des sessions d'échanges sur la SRAJ et la santé et l'hygiène menstruelle en milieu scolaire avec les adolescentes des CEM couplée à la distribution de kit de dignité ;

✓ Activité OSJ2-8 : Organiser 2 supervisions semestrielles intersectorielles sur la SRAJ (Santé et action sociale, Education, Associations jeunes, Jeunesse, Famille, société civile etc.)

✓ Activité OSJ2-9 : Doter les espaces dédiés aux adolescents et jeunes de kits d'autotests VIH

e. Amélioration de la qualité de l'accueil et de l'orientation des adolescents et des jeunes

Il s'agit d'améliorer l'accueil et l'orientation des clientes et des accompagnants et de rendre disponible toutes les informations répondant aux besoins des usagers.

Les activités suivantes seront menées :

✓ Activité OSQ1-1 : Former des agents sur le guide de l'accueil des prestataires et l'orientation des patients et de leurs accompagnants ;

✓ Activité OSQ1-2 Mettre en place un système de signalisation (panneaux, flèches, images...) pour une meilleure identification des services ;

✓ Activité OSQ1-3 : Mettre en place un système de numérotation des patients selon des numéros d'ordre tenant compte des urgences ;

✓ Activité OSQ1-4 : Aménager une salle d'attente propre, conviviale et confortable avec un téléviseur diffusant des messages sur la santé avec la redynamisation des conseillères PF

✓ Activité OSQ2-5 : Systématiser l'affichage des informations nécessaires pour tous les usagers : charte du malade, tarifs, horaires de prestation de service ;

✓ Activité OSQ2-6 : Tenir des séances d'informations des usagers sur la charte du malade.

A l'issue de la mise en œuvre de cet axe stratégique il est attendu les résultats suivants :

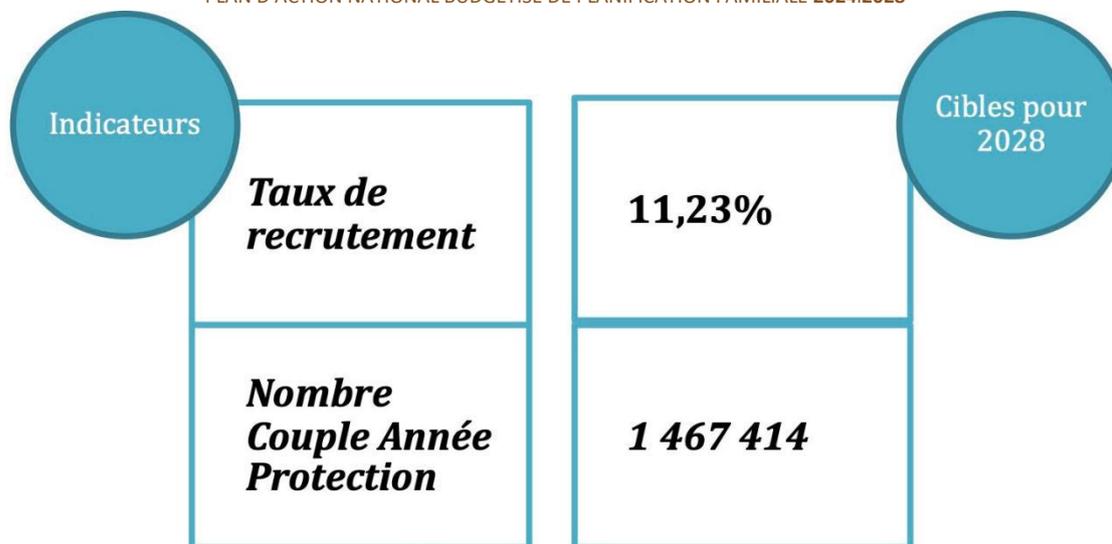


Figure 16 : Cibles pour l'axe stratégique 1 en 2028

5 AXE STRATEGIQUE N°2 : Renforcement de la création de la demande

La création de la demande contribue à apporter des réponses optimales pour accroître et maintenir le nombre d'utilisateurs d'une méthode de PF tel que défini dans le continuum de soins.

La création de la demande est analysée selon trois niveaux :

- Avant le service pour fournir aux utilisateurs les connaissances, induire les attitudes, les comportements et normes favorables à la discussion, à l'acceptation et à l'adoption individuelle et communautaire de la PF ;
- Pendant le service, elle permet de renforcer les relations communicationnelles et interpersonnelles et d'empathie entre les clients et les prestataires ;
- Et enfin, après le service, il s'agit de créer un environnement favorable au maintien des comportements acquis notamment la gestion des effets secondaires et des rumeurs.

Les défis identifiés dans la création de la demande pourraient être adressés à travers des interventions à haut impact.

Elles doivent permettre de toucher les différents segments de façon globale, l'individu, son environnement et toutes les sphères d'influence afin de changer les comportements individuels et communautaires.

Selon le principe d'intégration et de coordination, les interventions de création de la demande sont axées sur les stratégies suivantes :

- La communication pour le changement social et comportemental ;

- L'engagement communautaire pour une meilleure appropriation du programme de PF ;
- Le renforcement des capacités des parties prenantes pour une intensification de la création de la demande ;
- Le plaidoyer pour améliorer la demande.

A la lumière des défis et des axes stratégiques, les interventions à haut impact pour renforcer la création de la demande sont les suivantes :

- Intervention CD1 : Renforcement de la commission de la communication et du plaidoyer en SRMNIA-N
- Intervention CD2 : Renforcement de la communication ciblant les hommes dans la PF
- Intervention CD3 : Renforcement de la communication ciblant les adolescents/jeunes
- Intervention CD4 : Renforcement de la communication ciblant les personnes handicapées ;
- Intervention CD5: Renforcement de la communication ciblant les femmes;
- Intervention CD6 : Renforcement de la communication ciblant les prestataires ;
- Intervention CD7: Organisation des campagnes de sensibilisation et de communication sur la PF

❖ **Intervention CD1 : Renforcement de la commission de la communication et du plaidoyer en SRMNIA-N**

La commission de la communication et du plaidoyer de la plateforme SRMNIA-N est une instance de concertation et d'échanges entre les différentes parties prenantes (Gouvernement, ONGs, PTFs, OSC, etc.) et donne des orientations en matière de communication pour un changement durable de comportement pour une meilleure adhésion des programmes de la Planification Familiale.

Ce cadre permet également l'intégration et la complémentarité des interventions entre les différentes parties prenantes pour un meilleur maillage du territoire national ; une meilleure connexion entre la demande et l'offre de service ; l'harmonisation des outils et méthodes standardisés pour la mise en œuvre des interventions à tous les niveaux.

En outre, cette commission va permettre de mieux structurer et répartir les investissements relatifs à la création de la demande. Les activités suivantes seront mises en œuvre :

Activité CD1-1 : Faire la cartographie des interventions et des intervenants à tous les niveaux pour une meilleure synergie dans la mise en œuvre

✓ Activité CD1-2 : Standardiser et disséminer les outils et matériels des interventions de communication et créer des points d'intégration à d'autres composantes mère-enfant ;

✓ Activité CD1-3 : Elaborer et disséminer un guide national pour la diffusion des messages sur la PF ;

✓ Activité CD1-4 : Elaborer et mettre en œuvre un plan média intégré au niveau national avec une déclinaison régionale ;

✓ Activité CD1-5 : Organiser, documenter et suivre les réunions du cadre de coordination.

❖ Intervention CD2 : Renforcement de la communication ciblant les hommes

L'implication des hommes en tant que partenaire, utilisateur et acteur de changement, est une priorité pour impulser le changement de normes sociales défavorables et de genre indispensable à l'augmentation durable du TPC. En effet, selon l'EDS 2019, le désir d'enfants est plus élevé chez les hommes que chez les femmes au Sénégal et ils disposent de plus de pouvoir économique et décisionnel.

A ce titre, les actions envers les hommes constituent un levier prioritaire.

Des expériences pilotes réussies comme "l'Ecole des Maris" seront ainsi mises à l'échelle. Créées dans les régions de Tambacounda, Kédougou, Sédhiou, Ziguinchor, Dakar, Louga et Kaolack, elles ont permis d'obtenir des résultats probants.

Cette intervention stratégique comporte six activités :

✓✓ Activité CD2-1 : Mener des Recherche-Action sur les déterminants sociaux et comportementaux des hommes vis à vis de la PF ;

✓✓ Activité CD2-2 : Mettre en œuvre l'approche centrée sur l'humain (HCD) afin d'identifier des solutions endogènes pour l'implication des hommes en faveur de la PF et des normes de genre ;

✓✓ Activité CD2-3 : Mettre à l'échelle la stratégie de «la Famille Idéale» ;

✓✓ Activité CD2-4 : Mettre à échelle la stratégie «Ecole des maris » ;

✓✓ Activité CD2-5 : Renforcer les interventions médiatiques et communautaires sur la Planification Familiale (PF) visant les hommes et le couple ;

✓✓ Activité CD2- 6 : Renforcer l'engagement des leaders religieux, les chefs traditionnels et les leaders d'opinion en faveur de la PF.

❖ **Intervention CD3 : Renforcement de la communication ciblant les adolescents/jeunes**

Le ciblage des adolescent(e)s, et des jeunes représentant la moitié de la population fait partie des axes prioritaires pour le relèvement du TPC du pays.

Des interventions majeures relatives à l'adaptation de l'offre de services aux besoins des jeunes seront mises en œuvre comme indiqué ci-dessous :

Les activités ci-dessous seront mises en œuvre :

Activité CD3-1 : Identifier et mettre en œuvre le paquet d'activités selon l'approche centrée sur l'humain (HCD) et basées sur des solutions endogènes par et pour les adolescent(e)s/Jeunes ;

✓✓ Activité CD3-2 : Développer et mettre à échelle des stratégies et concepts innovants selon une approche multisectorielle tels que "New deal", "Mon Engagement pour la PF", basés sur la gestion du cycle menstruel ;

✓✓ Activité CD3-3 : Renforcer les capacités des acteurs à tous les niveaux de la pyramide sur la SRAJ/PF (Prestataires dans les structures sanitaires, prestataires au niveau des universités et collèges, acteurs communautaires, médias, religieux...);

✓✓ Activité CD3-4 : Développer de manière inclusive puis mettre en œuvre des outils numériques pour renforcer la communication avec les adolescent(e)s et les jeunes, en tenant compte de l'existant (chat bot, plateforme de référencement.);

✓✓ Activité CD3-5 : Renforcer et mettre en œuvre des interventions communautaires à haut impact et mieux recadrer le travail des Bajenu Gox (Causeries éducatives, dialogues communautaires, dialogues intergénérationnels);

✓✓ Activité CD3-6 : Développer des partenariats stratégiques à travers "Mon Engagement pour la PF" avec des entreprises, des structures privées de santé, influenceurs en ligne, des leaders d'opinions, sportifs, hommes de médias, ...en faveur de la SR/PF pour les adolescents et les jeunes ;

✓✓ Activité CD3-7 : Élaborer et mettre en œuvre la stratégie nationale de communication digitale sur la SR/PF pour les adolescent(e)s et jeunes.

✓✓ Activité CD3-8 : Evaluer régulièrement la mise en œuvre des stratégies de communication visant la SR/PF des ado/jeunes à travers des enquêtes CAP.

❖ **Intervention CD4 : Renforcement de la communication ciblant les personnes handicapées**

Les besoins spécifiques des personnes handicapées, souvent laissées en marge des activités de communication relatives liées à la santé en général et la SR/PF en particulier seront prises en compte par les activités ci-dessous :

✓✓ Activité CD4-1 : Renforcer les capacités d'un pool de prestataires et d'acteurs communautaires sur les méthodes Braille et le langage des signes en collaboration avec les associations des personnes handicapées ;

✓✓ Activité CD4-2 : Elaborer/mettre à jour des supports et outils de communication sur la PF afin de les adapter aux besoins communicationnels des personnes handicapées ;

✓✓ Activité CD4-3 : Promouvoir les stratégies innovantes "adaptées" aux personnes handicapées notamment l'auto-soin ;

✓✓ Activité CD4-4 : Nouer des partenariats stratégiques avec des associations faitières de personnes handicapées pour la mise en œuvre d'interventions médiatiques et communautaires ;

✓✓ Activité CD4-5 : Mener une étude sur les déterminants sociaux et comportementaux sur la SR/PF des personnes handicapées.

❖ **Intervention CD5 : Renforcement de la communication ciblant les Femmes en âge de reproduction (FAR)**

Cette intervention majeure va cibler les FAR avec le renforcement de capacités des acteurs communautaires (Bajenu Gox, Ndeye Dické) pour la mise en œuvre des activités de proximité les concernant.

Les activités ci-dessous seront mises en œuvre :

✓✓ Activité CD5-1 : Développer un kit digital pour les acteurs communautaires dans les langues locales (Bajenu Gox, ASBC).

✓✓ Activité CD5-2 : Renforcer les capacités des acteurs communautaires sur la PF, le genre et les VBG (Bajenu Gox, ASBC, OCB...);

✓✓ Activité CD5-3 : Renforcer les activités médiatiques, de mobilisation et d'engagement communautaire (VADI, dialogue communautaire, calebasses...) en collaboration avec les associations et groupements communautaires féminins ;

✓✓ Activité CD5-4 : Développer des activités de promotion de la PF au cours d'événements sociaux (mariage, baptême...);

✓✓ Activité CD5-5 : Renforcer les capacités des communicateurs traditionnels sur la PF, le genre et les VBG au cours d'événements sociaux (mariage, baptême...);

✓✓ Activité CD5-6 : Créer une plateforme digitale pour l'enrôlement des femmes dans la PF.

❖ **Intervention CD6 : Renforcement de la communication visant les prestataires :**

Les prestataires constituent un maillon essentiel du continuum des soins de PF et l'interface de l'utilisatrice avec le système de santé. Il s'agit principalement de renforcer leurs capacités en communication. Les activités ci-dessous seront menées :

Activité CD6-2 : Encourager et récompenser les prestataires et structures de santé champions de la PF dans le cadre de 'Mon Engagement pour la PF ;

✓✓ Activité CD6-3 : Mettre en place un processus de démarche qualité axé sur l'accueil et la communication prestataire-client ;

✓✓ Activité CD6-4 : Développer/mettre à l'échelle des stratégies innovantes pour renforcer l'empathie des prestataires envers les clients (VCAT : clarification des valeurs et transformation des attitudes).

✓✓ Activité CD6-5 : Renforcer / mettre à jour les capacités des prestataires sur le counseling de qualité centré sur la personne

❖ **Intervention CD7 : Organisation des campagnes de sensibilisation et de communication sur la PF**

Diverses campagnes nationales ou régionales adaptées aux différentes cibles (par exemple campagnes pour les hommes, campagnes pour les couples...) seront réalisées en partenariat avec les médias et les acteurs communautaires. Les campagnes peuvent utiliser l'opportunité des grands événements nationaux (Journée mondiale de la contraception, octobre rose, journée mondiale de lutte contre le VIH, les activités culturelles et sportives...) pour la promotion de la SR/PF.

Toutes les cibles sont concernées (adolescent(e)s, jeunes, FAR, hommes, couple, leaders d'opinions, traditionnels et religieux, hommes de médias, ...). Il sera ainsi développé et mis en œuvre des campagnes de sensibilisation à tous les échelons de la pyramide sanitaire.

Les activités ci-dessous seront déroulées :

✓✓ Activité CD7-1 : Développer et mettre en œuvre une nouvelle stratégie de campagne de communication PF (en remplacement de Moytou Nef mo geun ci sama jaboot) ;

✓✓ Activité CD7-2 : Organiser des concours de promotion de la PF (génies en herbe/santé, concours des acteurs de médias ...) ;

✓✓ Activité CD7- 3 : Célébrer les journées/semaines consacrées telles que la journée mondiale de la contraception, la semaine de la mère et de l'enfant... ;

✓✓ Activité CD7-4 : Intégrer la PF dans la plateforme de gestion des rumeurs ;

✓✓ Activité CD7-5 : Contractualiser des opérateurs de télécommunication, les acteurs communautaires, des agences de production audiovisuelle au niveau régional et district pour la mise en œuvre d'un paquet d'activités sur la PF.

✓✓ Activité CD7-6 : Renforcer les capacités des professionnels des medias pour leur engagement dans la PF

Au terme de la mise en œuvre des interventions de l'axe 2, il est prévu d'atteindre la cible ci-dessous :



Figure 17 : Cible attendue pour l'axe stratégique 2 en 2028

6 AXE STRATEGIQUE N° 3 : Sécurisation des produits contraceptifs

La sécurisation est un processus qui vise à permettre à toute personne de pouvoir choisir, obtenir et utiliser les produits contraceptifs à tout moment et en tout lieu sans barrière financière.

L'établissement et le maintien des chaînes d'approvisionnement efficaces améliorent la qualité des soins et aident les clients/couples à choisir des méthodes contraceptives modernes, en réduisant les besoins non satisfaits et les ruptures de stock.

Les interventions dans cet axe sont les suivantes :

- Intervention SS 1 : Appui à la relance de la stratégie «Yeksi naa» et autres initiatives en faveur de la disponibilité de la gamme des produits PF de qualité par niveau
- Intervention SS 2 : Renforcement de la capacité des prestataires et acteurs communautaires en gestion logistique
- Intervention SS 3 : Amélioration des plans de préparation et de riposte face aux urgences intégrant le dispositif minimum d'urgence (DMU) prenant en compte la PF
- Intervention SS 4 : Amélioration de la coordination et du suivi-évaluation du système pharmaceutique

❖ **Intervention SS1 : Appui à la relance de la stratégie « Yeksi naa» et autres initiatives en faveur de la disponibilité de la gamme des produits PF de qualité par niveau**

Lancée en 2016, la stratégie Yeksi naa est une initiative d'amélioration du système de distribution des médicaments et produits essentiels y compris les produits contraceptifs jusqu'au dernier kilomètre.

Pour appuyer la relance de la stratégie « Yeksi naa », les activités suivantes seront mises en œuvre de concert avec la SEN-PNA pour renforcer la sécurisation des produits :

✓✓ Activité SS1-1 : Réhabiliter et mettre aux normes les magasins de stockage des intrants et produits de la PF ;

✓✓ Activité SS1-2 : Organiser chaque année des ateliers de Quantification sur les produits PF ;

✓✓ Activité SS1-3 : Réviser les outils de gestion des produits ;

✓✓ Activité SS1-4 : Partager au niveau régional le plan de mise en œuvre de la relance du "Yeksi naa"

✓✓ Activité SS1-5 : Assurer le contrôle de qualité des produits PF dans le système d'approvisionnement.

❖ **Intervention SS 2 : Renforcement de capacité des prestataires et acteurs communautaires sur la gestion logistique des produits contraceptifs**

Une bonne disponibilité des produits contraceptifs au niveau des points de prestations publics, privés et communautaires passe par une bonne capacité de gestion des stocks pour éviter toute rupture et réduire les péremptions.

Les activités suivantes seront déroulées :

✓✓ Activité SS2-1 : Former les ICP, SFE, les pharmaciens et les dépositaires sur la gestion logistique dans les structures sanitaires publiques et privées ;

✓✓ Activité SS2-2 : Former les acteurs communautaires sur la gestion logistique ;

✓✓ Activité SS2-3 : Organiser des supervisions post-formation sur la gestion logistique ;

✓✓ Activité SS2 4 : Organiser des évaluations périodiques de la performance du système de distribution des produits PF ;

✓✓ Activité SS2-5 : Mettre en place une plateforme digitale de gestion logistique (des paquets de formation des vidéos etc.).

❖ **Intervention SS3 : amélioration des plans de préparation et de riposte face aux urgences intégrant le dispositif minimum d'urgence (DMU) prenant en compte la PF**

Le DMU est un ensemble de services et d'activités de SSR vitaux qu'il faut mettre en œuvre lors des urgences humanitaires pour prévenir la mortalité liée à la santé sexuelle et reproductive. Il s'agit de prendre les dispositions adéquates à chaque niveau pour rendre disponible, tout le temps, des médicaments ou dispositifs médicaux d'urgence afin de parer à toute éventualité. Pour ce faire, les activités ci-après ont été retenues :

✓✓ Activité SS3-1 : Renforcer les capacités des acteurs sur la quantification des besoins en contexte d'urgence humanitaire ;

✓✓ Activité SS3-2 : Organiser dans chaque région l'identification des besoins de mise en place du DMU ;

✓✓ Activité SS3-3 : Acquérir et mettre en place les intrants destinés à la mise en œuvre du DMU au niveau des sites bénéficiaires ;

✓✓ Activité SS3-4 : Organiser une supervision dans chaque DRS sur la disponibilité des produits destinés au DMU ;

✓✓ Activité SS3-5 : Faire le plaidoyer auprès des autorités pour l'intégration des produits PF dans la liste d'urgence et celle destinée à l'approvisionnement des cliniques privées.

❖ **Intervention SS4 : Amélioration de la coordination et du suivi évaluation dans le système pharmaceutique**

Afin de tenir compte des besoins de produits PF au niveau national, il reste important, au-delà du MSAS et de ses traditionnels PTFs, de tenir compte du secteur privé pharmaceutique à travers les importations et la production locale commercialisée au niveau du pays.

Pour y arriver, il s'agira de :

✓✓ Activité SS4-1 : Organiser des réunions des principaux acteurs aussi bien du secteur public et privé sur la gestion des produits PF ;

✓✓ Activité SS4-2 : Améliorer la gestion des stocks pour pallier aux ruptures ;

✓✓ Activité SS4-3 : Renforcer le système d'information sur les médicaments ;

✓✓ Activité SS4-4 : Participer à la mise en œuvre du plan de souveraineté pharmaceutique.

La réalisation des activités de l'axe stratégique 3 devront permettre de réduire les taux de **rupture** de manière importante de 18% en 2020 à 4,7% en 2028 et booster la demande en produits PF de qualité.



Figure 18 : Cibles de l'axe stratégique 3 en 2028

7 AXE STRATEGIQUE N°4 : Renforcement du plaidoyer pour un environnement favorable (EF)

Cet axe stratégique vise une allocation plus conséquente de ressources financières pour d'une part, l'exécution des activités d'axe de services, de génération de la demande et de sécurisation des produits et d'autre part, l'obtention d'un environnement social, politique et juridique plus favorable pour la fourniture des services de planification familiale.

Dans cette perspective, les principaux acteurs seront engagés dans les interventions ci-dessous :

- Intervention EF1: Renforcement du cadre législatif et réglementaire
- Intervention EF2 : Amélioration du cadre de collaboration et de suivi des engagements des différentes parties prenantes
- Intervention EF3 : Renforcement de la participation et de l'engagement des religieux

❖ Intervention EF1 : Renforcement du cadre législatif et réglementaire

Un des défis majeurs est l'harmonisation et la synergie entre les politiques de santé et le cadre juridique. En effet, le décret d'application de la loi SR de 2005 portant sur la PF est en attente de signature. Il en est de même de la révision du code de déontologie pour permettre aux pharmaciens de pratiquer certains actes médicaux.

Ces deux situations ne protègent pas les prestataires de services, les pharmaciens et les agents de santé communautaires. Dans le même sens, le respect des droits des clients en matière de santé de la reproduction est affecté. Les décrets d'application permettront au système de santé de régler les trois "D" dans la mise en œuvre du plan de planification familiale :

- La Décentralisation pour que les produits de la planification familiale soient disponibles à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- La Démédicalisation pour faire en sorte que les communautés s'approprient leur propre santé ;
- La Démocratisation pour associer tout le monde et à tous les niveaux.

En outre, il s'agira de réviser les textes des Mutuelles de Santé, des IPM (Institut Prévoyance Maladie) et des assurances privées de santé dans le sens d'un assouplissement de la législation pour la prise en charge de la PF et/ou le remboursement des contraceptifs mais aussi d'officialiser l'offre de PF au niveau des officines privées.

✓✓ Activité EF1-1 : Renforcer les capacités des parlementaires et élus territoriaux en matière de SR/PF et de plaidoyer ;

✓✓ Activité EF1-2 : Faire un plaidoyer pour généraliser le programme d'éducation à l'économie sociale et familiale dans les curricula de formation des CEM et lycées ;

✓✓ Activité EF1-3 : Tenir des sessions d'orientation avec la commission de révision de modules de formation pour la prise en compte des volets tels le développement personnel et l'entrepreneuriat (renforcement de l'autonomisation des jeunes très tôt)

✓✓ Activité EF1-4 : Réviser le Manuel de procédures de la SEN CSU en intégrant la prise en charge de la PF ;

✓✓ Activité EF1-5 : faire le plaidoyer afin d'intégrer le remboursement et la prise en charge des prestations de PF et les produits contraceptifs dans les textes de loi et réglementaires des compagnies d'assurance, les mutuelles de santé et les IPM ;

✓✓ Activité EF1-6 : Organiser des sessions de révision du décret d'application de la loi SR pour autoriser l'offre de PF par les pharmaciens privés ;

✓✓ Activité EF1-7 : Mener des activités de plaidoyer en faveur de la signature du décret d'application de la loi SR/PF ;

✓✓ Activité EF1-8 : Diffuser et partager les textes révisés.

✓✓ Activité EF1-9 : Renforcer le Plaidoyer pour la modification des articles 111 du code de la famille et 300 du code pénal relatifs à l'âge légal du mariage.

❖ **Intervention EF2 : Amélioration du cadre de collaboration et de suivi des engagements des différentes parties prenantes**

La multiplicité des acteurs et des niveaux d'actions requiert l'amélioration des mécanismes d'échanges et de suivi des engagements pour une plus grande synergie d'action. A ce titre l'utilisation du "Motion Tracker"

constituerait une plus-value. Le “Motion Tracker” est une approche conduite par la société civile visant à renforcer la responsabilité et à stimuler l’action pour atteindre les objectifs en matière de PF au niveau local.

Pour ce faire, les activités suivantes seront menées :

✓✓ Activité EF2-1 : Renforcer les cadres multisectoriels de collaboration et de plaidoyer sur la PF à tous les niveaux ;

✓✓ Activité EF2-2 : Former les DRS, les MCD, les autorités administratives/ et locales et, la société civile sur le “motion tracker” pour un meilleur suivi des engagements ;

✓✓ Activité EF2-3 : Organiser dans chaque région des activités de plaidoyer en faveur de la PF comme droit fondamental des populations cibles ;

✓✓ Activité EF2-4 : Assurer le monitoring financier dans les évaluations de la DPF (taux d’exécution des crédits alloués par l’Etat, financement par les Collectivités territoriales et les Comités de Développement sanitaire, contribution de la société civile, financement par les PTFs) ;

✓✓ Activité EF2-5 : Renforcer le mécanisme de suivi sur les engagements des parties prenantes (financement, loi SR, religieux, engagements pays) ;

❖ Interventions EF3 : Renforcement de la participation des religieux

L’implication des religieux est un levier important pour améliorer les performances de la PF en favorisant une meilleure acceptation de la PF.

✓✓ Activité EF3-1 : Harmoniser et disséminer les argumentaires religieux sur la PF et le Genre ;

✓✓ Activité EF3-2 : Renforcer les capacités des acteurs religieux et communautaires de santé sur la SRAJ/PF/Genre/VBG ;

✓✓ Activité EF3-3 : Mener des activités de plaidoyer de haut niveau à l’endroit des guides religieux (Khalifes généraux, évêques...);

✓✓ Activité EF3-4 : Élaborer et mettre en œuvre des plans d’action avec les associations de religieux pour la mise en œuvre d’activités de plaidoyer et de communication sur les argumentaires religieux (prêches, causeries, émissions radio et TV, live sur les réseaux sociaux...).

La réalisation des activités en lien avec l'axe stratégique 4 permettra d'atteindre les cibles ci-dessous en 2028.

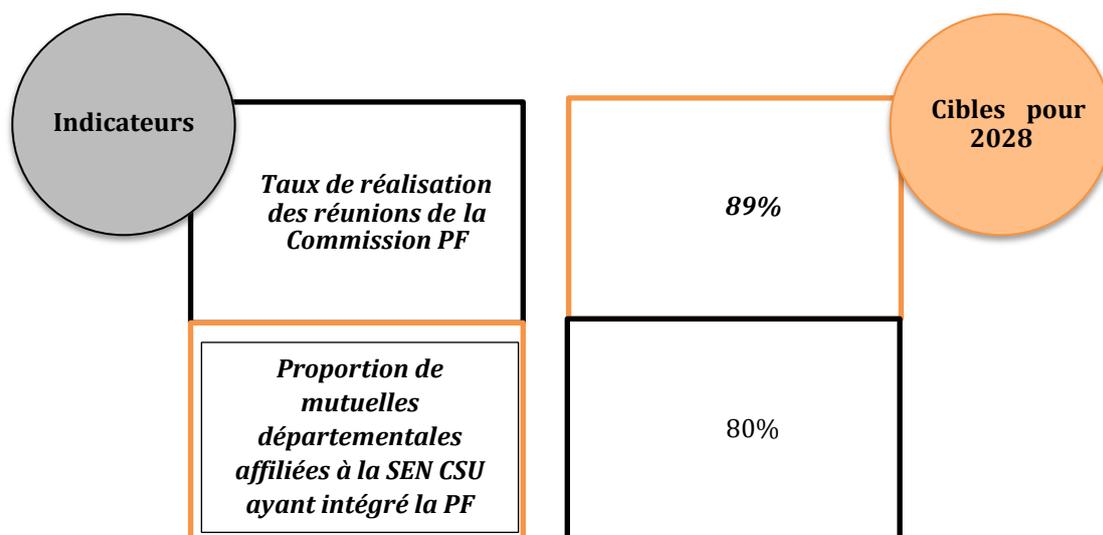


Figure 19 : Cibles de l'axe stratégique 4 pour 2028

8 AXE STRATEGIQUE N° 5 : Intensification de la mobilisation des ressources et du financement durable

Pour la réalisation de cet axe, il est indispensable de soutenir les résultats acquis en augmentant progressivement les ressources domestiques (Etat, Collectivités territoriales et secteur privé) pour le financement durable de la PF.

A cet effet, les leçons apprises dans la mobilisation des ressources des collectivités territoriales et des CDS par les PTFs et la société civile seront prises en compte.

Les principales interventions de cet axe stratégique sont :

- Intervention MRF1: création d'un environnement favorable au financement domestique de la PF
- Intervention MRF2 : Plaidoyer pour un accroissement progressif et régulier des ressources domestiques auprès du secteur privé
- Intervention MRF3 : Mobilisation du financement par les Collectivités territoriales et les CDS
- Intervention MRF4 : Suivi des engagements des acteurs (Etat, CT, PTFs et secteur privé) par rapport au financement de la PF

❖ Intervention MRF1 : Amélioration du financement domestique de la PF

Un élargissement et une diversification des financements visant les ressources domestiques s'imposent pour réduire la dépendance au financement extérieur. A cet effet, il faudra :

✓✓ Activité MRF1-1 : Mettre à jour la stratégie de mobilisation des ressources domestiques pour la PF ;

✓✓ Activité MRF1-2 : Appuyer l'Union des Associations des Elus locaux à mettre en place un groupe thématique sur les questions de SR/PF pour porter le plaidoyer auprès de leurs pairs pour la mobilisation des ressources financières locales ;

✓✓ Activité MRF1-3 : Orienter ce groupe thématique sur l'importance de la PF dans le développement local et le plaidoyer pour la mobilisation des ressources ;

✓✓ Activité MRF1-4 : Organiser des sessions de plaidoyer pour le financement local de la PF (Etat, Parlementaire, collectivités territoriales, secteur privé national, CDS, Mutuelles de santé...) et le renforcement d'une ligne budgétaire dédiée à la SR/PF ;

✓✓ Activité MRF1-5 : Mettre en place un mécanisme alternatif de financement de la PF.

❖ Intervention MRF2 : Plaidoyer pour un accroissement progressif et régulier des ressources domestiques auprès du secteur privé

Dans le cadre de la responsabilité sociétale d'entreprise (RSE), le secteur privé doit participer davantage au financement de la PF, d'où la nécessité de mener des activités de plaidoyer envers ce secteur. Ces efforts auront pour finalité une meilleure mobilisation des ressources domestiques à tous les niveaux.

✓✓ Activités MRF2-1 : Organiser des activités de plaidoyer avec le secteur privé pour l'allocation de ressources financières à travers la RSE pour la SR/PF promotion et la réhabilitation des espaces conviviaux (espaces ados/jeunes, Centre Conseil Ado (CCA), ...) ;

✓✓ Activité MRF2-2 : Renforcer le partenariat avec le secteur privé, les associations professionnelles pour le financement des activités PF.

❖ Intervention MRF3 : Mobilisation du financement par les Collectivités territoriales

Les membres des CT seront orientés sur l'importance de la PF dans le développement socio-économique en vue de

✓✓ Activité MRF3-1 : Organiser un atelier national de marketing, tenant compte des expériences réussies, en collaboration avec l'UAEL et le ministère des Collectivités territoriales ;

✓✓ Activité MRF3-2 : Organiser dans chaque région un atelier de marketing et de partage des résultats au Sénégal ;

✓✓ Activité MRF3-3 : Organiser dans chaque région, des sessions de formation des Collectivités territoriales et des Comités de Développement sanitaire sur la PF et ses différents enjeux ;

✓✓ Activité MRF3-4 : Organiser des sessions de plaidoyer pour l'intégration de la PF comme priorité dans les plans locaux de développement des communes (PLD) à travers l'allocation d'une ligne budgétaire ;

✓✓ Activité MRF3-5 : Organiser dans chaque région, au moins une fois par année une journée de levée de fonds pour le financement de la PF avec une forte implication des jeunes et de la société civile auprès des CT...

❖ **Intervention MRF4 : Mise en place d'un dispositif de suivi des engagements des acteurs par rapport au financement de la PF**

La conception d'un mécanisme de suivi des engagements et des financements est cruciale pour le plan d'action national budgétisé pour la PF.

✓✓ Activité MRF4-1 : Elaborer un mécanisme de suivi de la mobilisation des ressources financières et de l'exécution des dépenses de la PF ;

✓✓ Activité MRF4-2 : Assurer le suivi de l'alimentation et de l'utilisation effective de la ligne budgétaire dédiée à l'achat de consommables et produits contraceptifs ;

✓✓ Activité MRF4-3 : Mener des évaluations semestrielles des financements et des dépenses de la PF ;

✓✓ Activité MRF4-4 : Documenter et diffuser les bonnes pratiques sur la mobilisation des ressources domestiques pour la PF.

Il est attendu de la mise en œuvre de cet axe stratégique 5 de relever le taux de mobilisation de ressources financières à 97%.

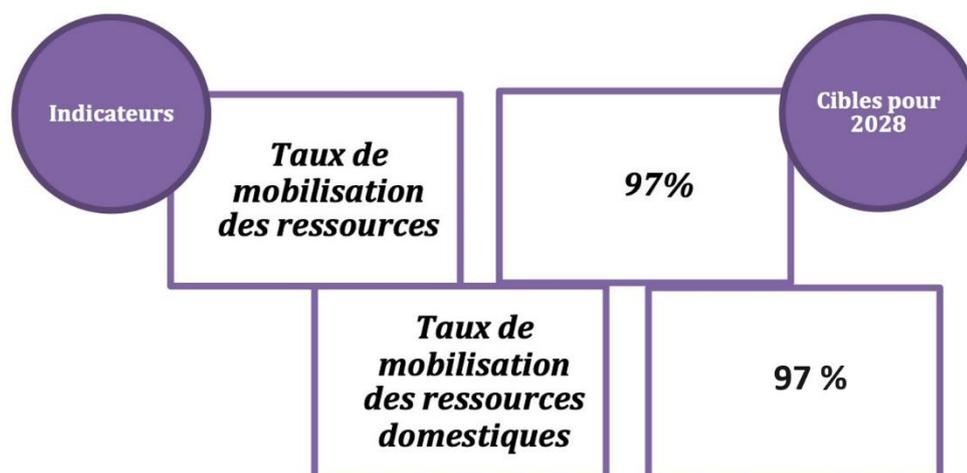


Figure 20 : Cibles de l'axe stratégique 5 en 2028

9 AXE STRATEGIQUE N°6 : Amélioration de la gouvernance et de la gestion du programme

L'analyse situationnelle a identifié des lacunes dans le domaine de la planification, de la coordination, du suivi et du pilotage des interventions de PF qui doivent être corrigées pour assurer une bonne mise en œuvre du plan. C'est pourquoi les interventions ci-après seront déployées :

- Intervention GG1 : Renforcement du pilotage et de la coordination à tous les niveaux
- Intervention GG2 : Amélioration de la disponibilité et la qualité des données PF
- Intervention GG3 : Capitalisation des données du secteur privé et du niveau communautaire dans la plateforme DHIS2
- Intervention GG4 : Amélioration des mécanismes de suivi à tous les niveaux du système de santé
- Intervention GG 5 : Promotion de la recherche à tous les niveaux
- Intervention GG6 : Mise en place d'un mécanisme de gestion des connaissances

❖ Intervention GG1 : Renforcement du pilotage et de la coordination à tous les niveaux

Le domaine de la PF intègre beaucoup d'intervenants du secteur de la santé et d'autres secteurs, (jeunesse, famille, éducation, ...). Ceci requiert une bonne coordination qui se fera à travers des rencontres régulières des commissions PF aux niveaux central, régional et départemental.

Les activités suivantes sont prévues :

✓✓ Activité GG1-1 : Tenir régulièrement les rencontres de la commission nationale PF

✓✓ Activité GG1-2 : Appuyer l'élaboration, la coordination des plans d'action des structures de jeunes intervenant dans la SR/PF ;

✓✓ Activité GG 1-3 : Organiser dans chaque région, une réunion semestrielle du Comité régional de développement pour partager la mise en œuvre du PANBPF ;

✓✓ Activité GG1-4 : Organiser dans chaque département, une réunion trimestrielle du Comité départemental de développement pour partager la mise en œuvre du PANBPF ;

✓✓ Activité GG1-5 : organiser chaque trimestre une réunion de partage et de suivi du dispositif réglementaire des produits.

❖ Intervention GG2 : Amélioration de la disponibilité et de la qualité des données de Planification Familiale

Les données sanitaires de qualité sont déterminantes pour la prise de décisions pertinentes pour l'amélioration de la santé des populations. Des actions seront menées autour de la qualité des données et l'animation des mécanismes de suivi à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Les activités suivantes contribueront à mettre en œuvre cette intervention :

✓✓ Activité GG2-1 : Renforcer les capacités des acteurs sur le manuel de procédures statistiques PF, le Système d'information à des fins de gestion (SIG) et la gestion du fichier PF ;

✓✓ Activité GG2-2 : Organiser de façon régulière les audits de la qualité des données ;

✓✓ Activité GG2-3 : Réviser les outils de gestion pour intégrer les nouveaux besoins du programme prenant en compte la PF chirurgicale et la segmentation des cibles ;

✓✓ Activité GG2-4 : Rendre disponible les outils de gestion révisés de manière synchrone au niveau des régions ;

✓✓ Activité GG2-5 : Organiser l'archivage des données à tous les niveaux ;

✓✓ Activité GG2- 6 : Digitaliser les outils de gestion SR/PF.

❖ **Intervention GG3 : Capitalisation des données du privé et du niveau communautaire dans la plateforme DHIS 2**

Les structures privées occupent une place importante dans l'offre de service de PF surtout au niveau des zones urbaines.

Aussi, les acteurs communautaires contribuent à rapprocher les services de PF aux populations vivant dans les zones rurales et celles d'accès difficiles. Ces deux groupes de prestataires collectent des données importantes qu'il est crucial de tenir compte pour une meilleure visibilité des performances.

Les activités suivantes aideront à favoriser la prise en compte des données produites par ces 2 secteurs en faveur d'une meilleure exhaustivité.

✓✓ Activité GG3-1 : Doter les structures privées des outils de gestion révisés ;

✓✓ Activité GG3-2 : Rendre disponible des outils de gestion au niveau communautaire ;

✓✓ Activité GG3-3 : Former les prestataires du secteur privé et du niveau communautaire sur le SIG, le manuel de procédures PF et la gestion du fichier PF ;

✓✓ Activité GG3-4 : tenir des revues des données PF du secteur privé.

❖ **Intervention GG4 : Amélioration des mécanismes de suivi**

Il s'agira d'asseoir des mécanismes fonctionnels permettant d'assurer le suivi de la mise en œuvre des interventions pour l'atteinte des objectifs fixés.

L'amélioration des mécanismes de suivi sera assurée par les activités suivantes :

✓✓ Activité GG4- 1. Élaborer et mettre en œuvre le plan de suivi-évaluation du PANBPF ;

✓✓ Activité GG4-2 : Organiser le monitoring des activités PF (formation des prestataires sur le monitoring, la définition des indicateurs, les outils de gestion, les supports de collecte des données, l'organisation, etc.) ;

✓✓ Activité GG4-3 : Organiser des revues périodiques PF intégrées à la SRMNIA-N (semestrielles par région et annuelles au niveau National) ;

✓✓ Activité GG4-4 : Appuyer la mise en œuvre d'un système de recueil de plaintes et de suggestions des bénéficiaires des services de SRMNIA-N et s'assurer de sa remontée au niveau central ;

✓✓ Activité GG4-5 : Assurer une supervision intégrée semestrielle dans toutes les Directions Régionales de la Santé.

❖ Intervention GG5 : Promotion de la recherche à tous les niveaux

L'élaboration des politiques, stratégies et programmes de santé doit être basée sur des évidences scientifiques et données probantes.

La promotion de la recherche doit fortement y contribuer.

Les activités suivantes sont prévues :

✓✓ Activité GG5-1 : Renforcer le partenariat avec les universités, les sociétés savantes, les associations professionnelles, les instituts de formation et de recherche et les ONG menant des activités de recherche ;

✓✓ Activité GG5-2 : Identifier et partager les thèmes prioritaires de recherche sur la PF avec les acteurs ;

✓✓ Activité GG5-3 : Promouvoir la recherche opérationnelle au niveau des DRS et districts sanitaires.

❖ **Intervention GG6 : Mise en place d'un mécanisme de gestion des connaissances en PF**

Les activités de recherche et de gestion des connaissances ont pour objectif de développer et de soutenir la prise de décision fondée sur des preuves en systématisant la capture des enseignements, l'identification et le partage des bonnes pratiques ainsi que la mise à l'échelle des approches porteuses. Deux activités sont prévues :

✓✓ Activité GG6-1 : Disséminer les résultats des études et de recherche pour la prise de décision ;

✓✓ Activité GG6-2 : Documenter les bonnes pratiques à tous les niveaux.

La mise en œuvre des activités en lien avec l'axe stratégique 6 devrait permettre d'atteindre les cibles suivantes :

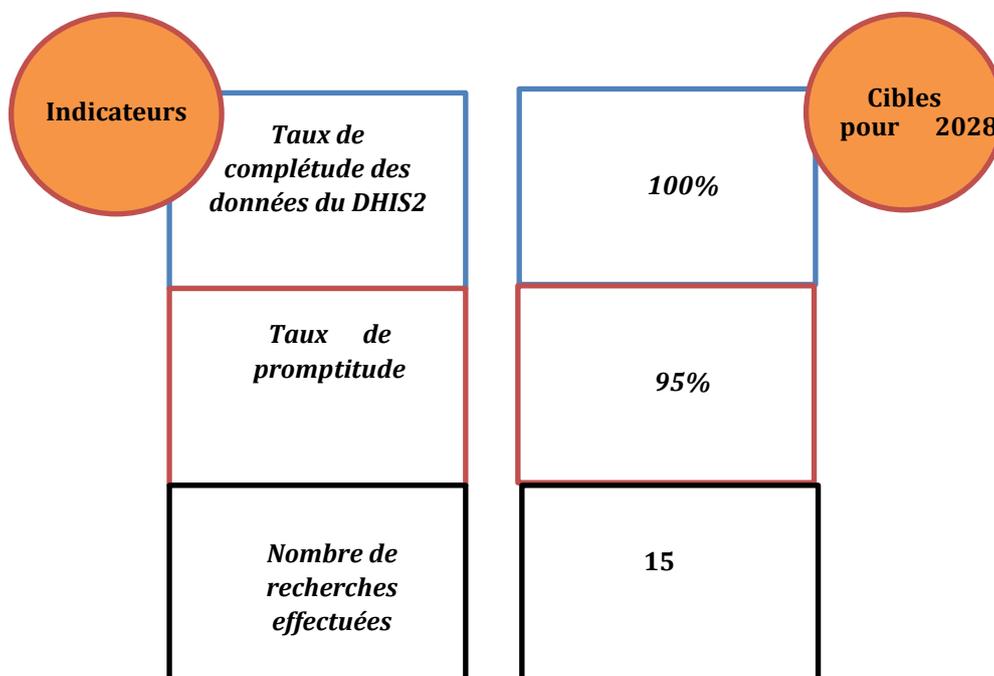


Figure 21 : Cibles de l'axe stratégique 6 en 2028

I. CADRE DE MISE EN ŒUVRE ET DE COORDINATION DU PANBPF 2024-2028

Ce Plan d'action national budgétisé de la planification familiale constitue le document de référence nationale pour toutes les interventions qui devront être mises en œuvre dans le domaine de la PF, durant la période 2024 à 2028 à tous les niveaux du système de santé.

Toutes les parties prenantes doivent s'aligner.

La mise en œuvre optimale du PANBPF se fera à travers :

- La réaffirmation par le Ministère de la Santé et de l'Action sociale de la haute priorité accordée à la PF
- Le renforcement du leadership de la DSME en général et de la DPF en particulier dans leurs rôles de planification, de coordination, de suivi et d'évaluation des interventions en matière de PF ;
- La redevabilité des entités de mise en œuvre en particulier les DRS, principaux responsables de l'impulsion du programme, pour l'atteinte des objectifs régionaux de TPC ;
- La prise en compte des instances mises en place aux niveaux central, régional, départemental et local pour la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des activités de santé.
- L'engagement des collectivités territoriales et de la dynamique communautaire (la société civile, les OCB...)
- L'intégration du secteur privé national pour la mobilisation des ressources domestiques et la contribution du secteur privé sanitaire.

I.1. Cadre de mise en œuvre

La DSME, sous la tutelle technique de la Direction générale de la Santé publique, est responsable de la mise en œuvre de ce présent plan.

Les activités proposées dans ce plan vont alimenter les plans annuels de travail de toutes les parties prenantes à tous les niveaux.

L'exécution se fera en collaboration avec les autres directions et services du Ministère de la Santé et de l'Action sociale mais également avec les autres secteurs tels que l'éducation nationale, la famille, la jeunesse, la société civile, le secteur privé, les PTF etc.

Au niveau régional, les EC/DRS sont responsables de l'impulsion, de la coordination et du suivi de la mise en œuvre du plan.

I.2. Mécanismes de Coordination

La coordination des interventions du PANBPF 2024-2028 sera assurée par les niveaux central, régional, départemental et local.

1. Au niveau central

La mise en œuvre des interventions du plan d'action national budgétisé de Planification Familiale est coordonnée par la commission Planification Familiale qui est une des 9 commissions thématiques du Comité de Pilotage et de Coordination des Interventions en Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale Infantile et de l'Adolescent (CPC SRMNIA-N)

Elle a pour missions entre autres de :

- Assurer la mise en œuvre effective du PANBPF ;
- Assurer le suivi de la mise en œuvre des plans d'action PF et le respect des échéanciers pour leur domaine ;
- Réaliser les évaluations à mi-parcours et l'évaluation finale.

La Commission Planification Familiale se réunit une fois par trimestre et chaque fois que de besoin.

2. Au niveau régional

Le Cadre régional de concertation de la santé et de l'action sociale, présidé par le gouverneur et composée des autorités administratives, (Préfets et Sous-Préfets), sanitaires, territoriales, des autres services déconcentrés, la Société civile, les PTFs, les OCB/OSC, les leaders religieux et coutumiers, les associations de jeunes, et de femmes et la presse locale est chargé, entre autres, d'assurer le suivi des interventions opérationnelles du PANBPF.

Elle identifie et analyse les contraintes, obstacles et les opportunités liés à la mise en œuvre des interventions.

Le suivi de la mise en œuvre de ce plan au niveau régional se fera par la tenue de réunions semestrielles de suivi, des missions conjointes et de revues régionales annuelles sur les interventions SRMNIA- N du niveau opérationnel.

Elle peut jouer un rôle important dans le plaidoyer en vue de la mobilisation des ressources locales pour le financement de la PF.

Elle assure la coordination multisectorielle et facilite l'implication des différentes parties prenantes.

La revue annuelle conjointe régionale et les réunions trimestrielles de coordination des Directions régionales de la santé sont aussi des plateformes de coordination des activités de PF. Il en est de même pour les instances plus élargies à tous les secteurs de développement, notamment les comités régionaux,

départementaux et locaux de développement (CRD, CDD et CLD) constituent aussi des opportunités réelles pour faire le suivi de la mise en œuvre du plan d'Action National de Planification Familiale.

3. Au niveau départemental

La commission départementale des interventions SRMNIA-N, présidée par le préfet et regroupant au niveau local les autorités administratives (Sous-Préfet), territoriales et sanitaires, autres services déconcentrés, la Société civile, les PTFs, les OCB, les leaders religieux et coutumiers, les associations de jeunes et de femmes, la presse locale, etc.

Elle tient des rencontres trimestrielles pour le suivi des interventions en SRMNIA en général mais en planification familiale. Aussi, les réunions mensuelles de coordination des districts sanitaires constituent une plateforme pour la revue des progrès sur les programmes prioritaires y compris la PF.

4. Au niveau local

La commission locale SRMNIA-N, présidée par le sous-préfet regroupe les autorités locales, les autres services déconcentrés, le représentant des acteurs communautaires, la société civile, les PTFs, les OCB, les leaders religieux et chefs coutumiers, les associations de jeunes et de femmes, la presse locale, etc. Cette instance joue un rôle important dans la multisectorialité mais aussi de plaider pour la mobilisation des ressources domestiques.

La tenue des réunions de coordination mensuelle autour des postes de santé avec la participation de tous les acteurs communautaires contribuera fortement à une bonne mise en œuvre de ce PANBPF.

II. CADRE DE SUIVI ET EVALUATION

L'atteinte des objectifs du PANBPF 2024-2028 nécessite de la part de la DSME de disposer d'un système performant de mesure et de suivi des indicateurs.

Ce système permettra d'assurer le suivi des interventions et la redevabilité vis-à-vis des décideurs et des bénéficiaires.

II.1. Mécanismes de Suivi et Evaluation

1. Suivi

Le suivi de la mise en œuvre des activités du plan se fera à travers :

- Une plateforme digitalisée de collecte de données des activités mises en œuvre par les différents acteurs ;
- Un plan d'action opérationnel de PF pour chaque direction régionale de la santé et district sanitaire, prenant en compte l'ensemble des préoccupations des parties prenantes au niveau local ;
- Une commission PF déclinée en sous commissions ou groupes de travail et chacune d'entre elles fera le suivi des activités par axe stratégique ;
- La sous-commission suivi-évaluation ou comité de gestion des données au sein de la commission PF sera chargée de rendre disponible et d'analyser les données et de se renseigner sur l'état de mise en œuvre des interventions PF.

❖ Activités de suivi

Au niveau national, les rencontres périodiques de la commission PF (réunions, revues etc.) seront mises à profit pour partager et discuter du niveau de mise en œuvre du PANBPF 2024-2028 ;

Au niveau régional et dans les districts, les rencontres de coordination périodiques (réunions, revues etc.) seront mises à profit pour faire le suivi de la mise en œuvre des plans d'action régionaux et des districts ;

Des supervisions, d'audit de la qualité des données et de monitoring des activités primaires et de référence seront menées par les niveaux central, régional et opérationnel pour apprécier l'état de mise en œuvre des activités, le niveau de fournitures et de performance des services PF.

2. Evaluation

Pour mesurer les performances du PANBF, il est prévu une évaluation à mi-parcours en 2026 et une évaluation finale en 2028.

L'évaluation à mi-parcours aidera à identifier les gaps en termes de mise en œuvre, de mobilisation de ressources et d'atteinte des cibles. Ceci va permettre de réajuster les interventions, les stratégies pour accélérer les progrès en vue d'atteindre des objectifs fixés dans XIV.2. Suivi et mesure de la performance de ce plan.

3. Le cadre de mesure de performance

Le cadre de mesure de performance a pour objet de faire le suivi du processus, des résultats enregistrés et de l'impact réalisé.

Il définit les indicateurs à tous les niveaux et oriente sur le degré d'atteinte des objectifs.

La matrice des indicateurs sera adjointe au présent document dans les annexes.

| | N° | Indicateurs | Situation de Référence | | Niveau de collecte | Périodicité de collecte | Sources de collecte | CIBLE ANNUELLE DES INDICATEURS | | | | |
|---------------------------|-----|--|------------------------|--------|-----------------------|-------------------------|---------------------|--------------------------------|-------|-------|-------|-------|
| | | | Année | valeur | | | | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 |
| Résultats d'impact | | | | | | | | | | | | |
| Indicateurs d'impact | 1.1 | Rapport de mortalité maternelle (pour 100 000 NV) | 2023 | 153 | nationale | Tous les 5 ans | EDS | 141 | 129 | 117 | 106 | 94 |
| | 1.2 | Quotient de mortalité néonatale | 2023 | 23‰ | nationale | Tous les 2 ans | EDS | 21,4‰ | 19,9‰ | 18‰ | 16,7‰ | 15,1‰ |
| | 1.3 | Quotient x de mortalité infantile | 2023 | 31‰ | nationale | Tous les 2 ans | EDS | 28,8‰ | 26,8‰ | 24,6‰ | 22,5‰ | 20,4‰ |
| | 1.4 | Quotient de mortalité infanto juvénile | 2023 | 40‰ | nationale | Tous les 2 ans | EDS | 37,9‰ | 35,7‰ | 33,6‰ | 31,4‰ | 29,3‰ |
| Résultats d'effet | | | | | | | | | | | | |
| Indicateurs d'effet | 2.1 | Taux de prévalence contraceptive chez les FAR en Union | 2023 | 25,6% | Nationale Régional | Tous les 2 ans | EDS | 29,7% | 33,8% | 37,8% | 41,9% | 46,0% |
| | | Taux de prévalence contraceptive chez les adolescentes de 15-19 ans en union | 2023 | 9,0% | National Régional | Tous les 2 ans | EDS | 10,4% | 11,9% | 13,3% | 14,7% | 16,2% |

PLAN D'ACTION NATIONAL BUDGÉTISÉ DE PLANIFICATION FAMILIALE 2024|2028

| | | | | | | | | | | | |
|-----|--|------|-------|----------------------|----------------|-----|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Taux de prévalence contraceptive chez les adolescentes de 20-24 ans en union | 2023 | 20,9% | National Régional | Tous les 2 ans | EDS | 24,2% | 27,6% | 30,9% | 34,2% | 37,6% |
| 2.2 | % des besoins non satisfaits chez les FAR en union | 2023 | 19,1% | National Régional | Tous les 2 ans | EDS | 17,1% | 15,1% | 13,0% | 11,0% | 9,0% |
| 2.3 | % des besoins non satisfaits pour les adolescentes mariées 15-19 ans | 2023 | 19,7% | National Régional | Tous les 2 ans | EDS | 18,8% | 17,8% | 16,9% | 15,9% | 15,0% |
| 2.4 | % des besoins non satisfaits pour les adolescentes mariées 20-24 ans | 2023 | 20,3% | National Régional | Tous les 2 ans | EDS | 18,2% | 16,2% | 14,1% | 12,1% | 10,0% |

Résultats d'extrant (processus)

Résultats d'extrant (processus) 3.1 L'offre et l'accès à des services PF de qualité sont renforcés

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|-------|---|------|-----------|---|-----------|-------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Indicateurs d'extrant (processus) | 3.1.1 | Nombre Couple Année Protection | 2020 | 1 304 485 | National Régional District | Annuelle | Données de consommation | 1 337 071 | 1 369 657 | 1 402 243 | 1 434 828 | 1 467 414 |
| | 3.1.2 | Taux de recrutement chez l'ensemble des FAR | 2021 | 7% | National Régional District PPS | Mensuelle | DHIS2 | 8,8% | 9,4% | 10,0% | 10,6% | 11,2% |

Résultats d'extrant (processus) 3.2 La demande des services des PF est renforcée

| | | | | | | | | | | | | |
|--|-------|---|------|---------|----------------------|----------------|-----|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 3.2.1 | Nombre d'actives PF chez les FAR en union | 2023 | 680 126 | National Régional | Tous les 2 ans | EDS | 1 770 234 | 2 133 603 | 2 496 972 | 2 860 341 | 1 473 804 |
|--|-------|---|------|---------|----------------------|----------------|-----|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|

| Résultats d'extrant (processus) 3.3 Les produits contraceptifs sont sécurisés | | | | | | | | | | | |
|--|--|------|--------|----------------------------------|---------------|---|--------|--------|--------|-------|-------|
| 3.3.1 | Taux de rupture de stock des produits PF | 2020 | 18,00% | National Régional District | Mensuelle | DHIS2 | 15,30% | 12,70% | 10,00% | 7,30% | 4,70% |
| Résultats d'extrant (processus) 3.4 La PF bénéficie d'un L'environnement institutionnel favorable | | | | | | | | | | | |
| 3.4.1 | Taux de réalisation des réunions de la commission PF | 2020 | 33,33% | National Régional District | Trimestrielle | Rapport de réunion | 44% | 56% | 67% | 78% | 89% |
| 3.4.2 | Proportion de Mutuelles départementales affiliées à l'ANACMU ayant intégré la PF dans le paquet de service | | ND | National Régional District | Mensuelle | Rapport de réunion | 0 | 1 | 2 | 2 | 3 |
| Résultats d'extrant (processus) 3.5 La mobilisation des ressources et du financement durable sont intensifiés | | | | | | | | | | | |
| 3.5.1 | Taux de mobilisation des ressources pour la PF | 2020 | 79,00% | National Régional District | annuelle | Rapports financiers, Rapports d'activités annuels | 83% | 86% | 90% | 93% | 97% |
| 3.5.2 | Taux de mobilisation des ressources domestiques | 2020 | 79,00% | National Régional District | annuelle | Rapports financiers, Rapports d'activités annuels | 83% | 86% | 90% | 93% | 97% |
| Résultats d'extrant (processus) 3.6 La gouvernance et de la gestion du programme sont améliorées | | | | | | | | | | | |
| 3.6.1 | Taux de complétude des rapports PF | 2020 | 98,70% | National Régional District | Mensuelle | DHIS2 | 99% | 99% | 99% | 100% | 100% |

PLAN D'ACTION NATIONAL BUDGÉTISÉ DE PLANIFICATION FAMILIALE 2024|2028

| | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------|--|------|--------|----------------------------------|-----------|--|-----|-----|-----|-----|-----|
| | 3.6. 2 | <i>Taux de promptitude des rapports PF</i> | 2020 | 68,60% | National Régional District | Mensuelle | DHIS2 | 74% | 79% | 84% | 90% | 95% |
| | 3.6. 3 | <i>Nombre de recherches effectuées</i> | | ND | National Régional District | Mensuelle | <i>Rapports d'activités, Rapports de recherche</i> | 3 | 6 | 9 | 12 | 15 |

4. Cibles régionales

L'objectif de ce PANBPF est de porter en **2028**, le TPC à **46% soit 1 473 804** de FAR en union. Cette cible a été répartie par région comme présenté dans le tableau V.

Pour ce qui concerne l'ensemble des FAR (en union ou non) la cible en 2028 est de 3 223 711 utilisatrices.

Tableau 4 : Cibles régionales pour le TPC en 2028

| Régions | Cibles actives attendues par région en 2028 | TPC attendu par région en 2028 |
|-------------|--|-----------------------------------|
| Dakar | 490 707 | 61,9% |
| Diourbel | 111 155 | 31% |
| Fatick | 75 559 | 45,1% |
| Kaffrine | 53 376 | 41,1% |
| Kaolack | 84 549 | 36,8% |
| Kédougou | 8 681 | 25,7% |
| Kolda | 50 841 | 33,4% |
| Louga | 67 393 | 33,2% |
| Matam | 22 734 | 17,4% |
| Saint Louis | 125 800 | 60,4% |
| Sédhiou | 35 522 | 34,9% |
| Tambacounda | 40 702 | 26,2% |
| Thiès | 238 910 | 57,8% |
| Ziguinchor | 67 875 | 53,6% |
| Sénégal | 1 473 804 | 46% |

Tableau 5 : Evolution du TPC entre 2023 et 2028

| Régions | TPC réalisés par région en 2023 | TPC attendu par région en 2028 |
|-------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Dakar | 36,4% | 69,3% |
| Diourbel | 16,6% | 30,3% |
| Fatick | 27,1% | 48,6% |
| Kaffrine | 25,5% | 45,9% |
| Kaolack | 24,0% | 44,3% |
| Kédougou | 18,0% | 32,5% |
| Kolda | 22,4% | 40,9% |
| Louga | 15,8% | 29,6% |
| Matam | 10,9% | 19,5% |
| Saint Louis | 31,2% | 59,0% |
| Sédhiou | 18,0% | 32,4% |
| Tambacounda | 8,0% | 14,3% |
| Thiès | 33,3% | 62,9% |
| Ziguinchor | 23,3% | 42,6% |
| Sénégal | 25,60% | 46% |

5. La théorie du changement

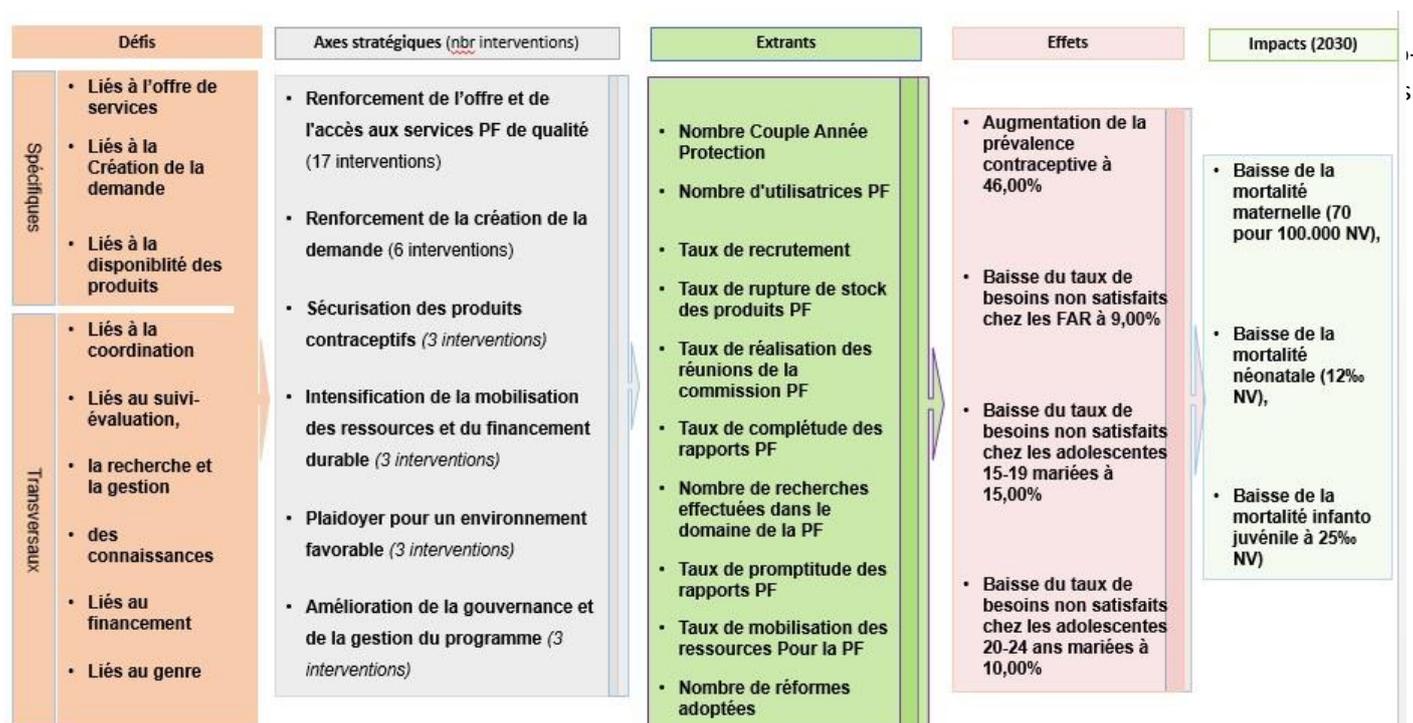


Figure 22 : La théorie du changement

Les différentes évaluations des plans d'Action Nationaux Budgétisés de Planification Familiale antérieurs ont permis d'identifier que la mise en œuvre des interventions en planification familiale est confrontée à plusieurs défis regroupés en 2 composantes majeures : les défis spécifiques liés à la planification familiale et les défis liés au système de santé.

Pour adresser ses défis, 35 interventions réparties en 6 axes stratégiques ont été identifiées dont le renforcement de l'offre et de l'accès avec (48,6% des interventions) et le renforcement de la création de la demande (17,1% des interventions) concentrent l'essentiel des interventions. La mise en œuvre des interventions pourra contribuer à augmenter le recrutement des clients et la disponibilité de produits PF de qualité ce qui permet d'améliorer l'utilisation et donc le nombre de couple-année protection.

Il est également attendu de la mise en œuvre des interventions, l'amélioration de la disponibilité de données de qualité, la mobilisation des ressources, l'amélioration de la gouvernance et de l'environnement légal par l'adoption de réformes idoines.

Ces résultats devraient contribuer de façon significative à la baisse des besoins non satisfaits en PF et à l'amélioration de la prévalence contraceptive. Ainsi, la mise en œuvre du PANBPF 2024-2028 grâce aux

changements positifs apportés contribuera aussi à la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile.

II.2. Le système de gestion des données

Le PANBPF 2024-2028 va s'appuyer sur la plateforme DHIS2 pour suivre et évaluer les performances réalisées dans sa mise en œuvre.

Les outils primaires permettent de documenter les opérations et activités des prestataires et des acteurs communautaires. Il s'agit principalement des registres de consultations PF, des fichiers PF, des fiches de stock des médicaments, des registres journaliers de distribution de médicament, du cahier de distribution par malade, du rapport d'activité de la zone de responsabilité, du cahier PF de l'acteur communautaire, etc.

Les données produites par le niveau opérationnel sont saisies dans la plateforme DHIS2 après que le paramétrage soit fait. Aussi, la plateforme ERPX3 permet de faire le suivi des stocks et des recettes issues de la vente des produits au niveau des régions et des districts.

Le traitement et l'analyse des données de couverture et de performance du programme se font à chaque niveau de la pyramide sanitaire.

Pour une meilleure traçabilité de toutes les données collectées en routine le cadre de performance du PANBPF 2024-2028 sera régulièrement alimenté en insistant sur la complétude et la qualité des informations.

Le dispositif mis en place a pour objectifs :

- d'organiser la remontée et la gestion des données (collecte, stockage et analyse, ...) ;
- de renforcer la documentation, la recherche et promouvoir les bonnes pratiques en matière de planification familiale.

Ce dispositif sera appuyé par les données ponctuelles issues des études et recherches mises en œuvre tout au long de la période de mise en œuvre du PANBPF.

Pour garantir la qualité des données transmises, une vérification sur site se fait régulièrement à tous les niveaux.

Les données analysées, interprétées sont diffusés à des fins de gestion et de prise de décision.

III. BUDGÉTISATION ET FINANCEMENT DU PLAN

Le budget de ce Plan d'Action National Budgétisé pour la Planification Familiale (PANBPF) s'élève à **66 267 716 474 F CFA** équivalent à **\$ 110 446 194 (avec 1 dollar estimé à 600 F CFA)** sur les 5 ans de mise en œuvre. Il requiert une mobilisation moyenne de près de 13,3 milliards FCFA par an.

Tableau 6 : Répartition du budget par axe stratégique et par an

| RUBRIQUES | BUDGET | | | | | | Répartition du budget par rubriques |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------------------|
| | Année 1 | Année 2 | Année 3 | Année 4 | Année 5 | MONTANT | |
| Renforcement de l'offre et de l'accès aux services PF de qualité | 4 032 200 680 | 7 824 059 648 | 11 402 146 263 | 3 359 900 343 | 3 440 499 268 | 30 058 806 202 | 45,4% |
| Renforcement de la création de la demande | 1 957 407 132 | 3 353 985 627 | 3 391 799 751 | 2 237 193 704 | 2 713 388 172 | 13 653 774 386 | 20,6% |
| Sécurisation des produits contraceptifs | 3 326 869 374 | 4 169 813 263 | 3 704 820 693 | 3 743 086 431 | 3 828 515 455 | 18 773 105 216 | 28,3% |
| Renforcement du Plaidoyer pour un environnement favorable | 143 500 901 | 226 045 114 | 141 454 718 | 123 381 502 | 120 797 266 | 755 179 501 | 1,1% |
| Intensification de la mobilisation des ressources et du financement durable | 109 838 634 | 72 069 099 | 54 089 734 | 55 417 934 | 39 786 793 | 331 202 194 | 0,5% |
| Amélioration de la gouvernance et de la gestion du programme | 465 196 095 | 816 211 795 | 471 413 695 | 471 413 695 | 471 413 695 | 2 695 648 975 | 4,1% |
| TOTAL | 10 035 012 816 | 16 462 184 546 | 19 165 724 854 | 9 990 393 609 | 10 614 400 649 | 66 267 716 474 | 100,0% |
| Répartition du budget par an | 15% | 25% | 29% | 15% | 16% | 100% | |

Ce budget est réparti sur les cinq années de mise en œuvre avec des prévisions d'absorption de 15% en première année, 25% en deuxième année, 29% en troisième année, 15% en quatrième année et 16% en cinquième année.

❖ Scénario de prise en charge du financement du plan

Le tableau ci-dessous montre les proportions de contributions attendues des différentes parties prenantes par axe stratégique.

Tableau 7 : Contribution attendue par partie prenante et par axe stratégique

| AXES | ETAT | PTF | Privés | Ménages | CDS | CT |
|---|------------|------------|-----------|--------------|------------|------------|
| Renforcement de l'offre et de l'accès aux services PF de qualité | 25% | 40% | 0% | A renseigner | 15% | 20% |
| Renforcement de la création de la demande | 30% | 45% | 0% | | 10% | 15% |
| Sécurisation des produits contraceptifs | 25% | 60% | 0% | | 5% | 10% |
| Renforcement du Plaidoyer pour un environnement favorable | 20% | 35% | 40% | | 0% | 5% |
| Intensification de la mobilisation des ressources et du financement durable | 20% | 50% | 0% | | 10% | 20% |
| Amélioration de la gouvernance et de la gestion du programme | 47% | 12% | 13% | | 14% | 14% |
| % TOTAL BUDGET | 24% | 43% | 9% | | 10% | 15% |

IV. RISQUES ET FACTEURS DE SUCCÈS

La gestion des risques et les facteurs de succès découlent des hypothèses et de l'analyse des risques qui peuvent entraver ou favoriser la réussite dans la mise en œuvre du PANBPF.

Elle vise :

- L'identification des risques prioritaires et des stratégies de mitigation ;
- L'identification des facteurs de succès.

IV.1. Risques

La bonne mise en œuvre du PANBPF 2024-2028 pourrait être entravée par un certain nombre de risques qu'il convient de prendre en compte dès le début en identifiant des éléments de mitigation.

Tableau 8 : Risques et facteurs de mitigation

| Thème | Risques | Facteurs de mitigation |
|-------------------------------------|--|---|
| Instabilité du climat social | <ul style="list-style-type: none"> • Grève récurrente du personnel de santé (Boycott des activités de formations et de supervisions, Rétention de l'information sanitaire et sociale...) • Lenteur dans la transmission de l'information sanitaire et sociale • Insuffisance dans la communication interne | <ul style="list-style-type: none"> • Renforcement du dialogue social • Mise en œuvre des politiques de développement du personnel • Mise en place de cadres de concertations fonctionnels |
| Instabilité socio-politique | <ul style="list-style-type: none"> • Restriction des libertés de circulation (difficultés d'accès aux services de santé, baisse de la fréquentation des services, perturbation de la mise en œuvre des activités, report ou annulation des activités programmées) • Réorientation / ponction budgétaire en cours d'exercice budgétaire | <ul style="list-style-type: none"> • Utilisation de la technologie de l'information et de la communication pour la mise en œuvre et le suivi des stratégies • Mobilisation et renforcement des capacités des acteurs locaux pour la mise en œuvre des activités locaux • Anticipation dans la planification en identifiant les périodes troubles |
| | <ul style="list-style-type: none"> • | <ul style="list-style-type: none"> • Elaborer et mettre en œuvre un plan de dispositif Minimum d'Urgence |

| | | |
|---|---|---|
| Crise économique | <ul style="list-style-type: none"> • Inflation excessive impactant le coût des prix (équipements, médicaments et intrants) • Paupérisation des ménages • Faible accessibilité financière • Baisse des subventions | <ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation du secteur privé local (RSE, PPP) • Mobilisation des ressources domestiques • Prise en compte du taux d'inflation dans la budgétisation • Mise en place d'une ligne budgétaire de fonds d'urgence • Meilleure implication des collectivités territoriales dans le financement de la Santé (fonds propres et coopération décentralisée) |
| Thème | <ul style="list-style-type: none"> • Risques | <ul style="list-style-type: none"> • Facteurs de mitigation |
| Crise politico-économique et ou Changement de politique au niveau des pays donateurs | <ul style="list-style-type: none"> • Retrait de partenaires suite à une raréfaction des ressources • Changement d'orientation politique (Non-respect des engagements, arrêt ou baisse des financements) | <ul style="list-style-type: none"> • Diversification du partenariat (recherche de nouveaux partenaires) • Mobilisation accrue des financements domestiques • Sécurisation du financement des activités prioritaires à travers le budget de l'Etat |
| | <ul style="list-style-type: none"> • | <ul style="list-style-type: none"> • Réorientation des stratégies, élaboration de scénarios de financements |
| Environnement Socio-culturel et religieux | <ul style="list-style-type: none"> • Propagation de rumeurs et de fausses informations sur le programme PF • Pesanteurs socio-culturelles | <ul style="list-style-type: none"> • Collecte, Notification, analyse et prise en charge systématique des effets indésirables • Mise en place d'un système d'alerte, de veille et de prise en charge des rumeurs • Renforcement de capacité des prestataires sur la gestion des rumeurs (counseling) |
| | <ul style="list-style-type: none"> • | <ul style="list-style-type: none"> • Mise en œuvre d'un plan de communication (plaidoyer, Sensibilisation accrue des leaders, etc.) |

| | | |
|---|---|--|
| <p>Crises environnementales, écologiques et sanitaires</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Situation d'urgence (pandémie, épidémies, etc.) • Catastrophes naturelles • Zones d'accès difficile | <ul style="list-style-type: none"> • Mettre à jour des plans de contingence/ORSEC • Elaboration et Mise en œuvre du DMU • Création de fonds d'urgence • Mise en œuvre de stratégies mobiles et avancées |
| | <ul style="list-style-type: none"> • | <ul style="list-style-type: none"> • Utilisation de la technologie (télémédecine, TIC...) |
| <p>Textes législatifs et réglementaires</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Exposition du personnel à des sanctions pénales du fait de la non-signature du décret d'application de la loi SR/PF | <ul style="list-style-type: none"> • Plaidoyer pour la signature l'adoption du décret d'application de la loi SR/PF • Adoption du décret d'application de la loi SR prenant en compte l'offre de service par les pharmaciens au niveau des officines privées |

IV.2. Facteurs de réussite

La mise en œuvre du plan et l'atteinte des objectifs fixés requièrent :

- L'engagement politique au plus haut niveau
- L'engagement et la mobilisation de toutes les parties prenantes ;
- Le renforcement de la collaboration intra et intersectorielle ;
- La disponibilité de ressources humaines qualifiées et motivées de qualité et en quantité suffisantes à tous les niveaux de la pyramide ;
- La qualité de l'offre de services offerts dans tous les secteurs ;
- L'implication effective des religieux et des leaders d'opinion ;
- La prise en compte des besoins des adolescents et jeunes mariés ;
- L'implication plus accrue des hommes en faveur de la PF ;
- L'appropriation du programme par le secteur privé ;
- La prise en compte effective du genre dans la mise en œuvre du programme PF ;
- L'appropriation par un bon mécanisme de suivi des activités communautaires

1. L'engagement politique

L'Engagement de l'Etat du Sénégal dans la santé en général mais dans la Santé Reproductive /Planification Familiale en particulier n'est plus à démontrer.

Le PANBPF 2024-2028 doit bénéficier d'un engagement politique accru nécessitant la mobilisation soutenue des ressources et la mise en œuvre des réformes institutionnelles nécessaires pour promouvoir un environnement habilitant.

Ainsi, des efforts soutenus doivent être menés pour l'adaptation des textes réglementaires et l'augmentation des mobilisations de ressources financières endogènes et internationales pour un financement pérenne des activités et projets visant la promotion de la planification familiale.

2. L'engagement et la mobilisation de toutes les parties prenantes

Les acteurs sollicités pour la mise en œuvre et le financement du plan doivent être davantage mobilisés et faire preuve d'un engagement sans faille. Ce qui nécessite une appropriation, par tous du PANBPF 2024-2028.

Aussi, l'accompagnement des partenaires (PTFs, secteur privé, CT, CDS, OSC, etc.) reste nécessaire pour l'atteinte des objectifs fixés dans le plan.

3. Le renforcement de la collaboration intra et intersectorielle

Cette collaboration sous-entend la complémentarité des actions et des ressources. Les secteurs public, privé et communautaire ainsi que les décideurs doivent agir en parfaite synergie

Une collaboration multisectorielle dynamique constitue un gage pour l'atteinte des objectifs du plan.

4. La disponibilité de ressources humaines

La disponibilité de ressources humaines qualifiées et motivées de qualité et en quantité suffisantes à tous les niveaux de la pyramide. Un personnel suffisant, motivé et compétent à tous les niveaux joue un rôle crucial dans la promotion et l'offre de service de PF de qualité.

La réponse aux besoins de la population en matière de planification familiale exige un recrutement continu de personnels de santé bien formés et motivés disposant de matériels techniques et leur bonne répartition.

5. La qualité de l'offre de services offerts dans tous les secteurs

L'offre de services de qualité, nécessite des structures de santé aux normes conformément aux standards de qualité de l'offre de service SRMNIA-N du Sénégal.

Ainsi, en plus d'un environnement adéquat, les structures doivent être dotées en intrants, matériels et équipements adaptés pour les prestations.

Le respect par le personnel des standards de qualité couplé par une supervision régulière et un bon système de reporting des données constituent des facteurs de réussite et de satisfaction des populations bénéficiaires.

6. L'implication effective des religieux

Les religieux jouent un rôle important dans la régulation de la société.

L'implication effective des leaders religieux dans la promotion de la planification familiale grâce à l'utilisation de l'argumentaire religieux sur la PF est capitale pour une meilleure acceptation et une appropriation de la stratégie par les populations.

La collaboration formelle entre la Direction de la Santé de la Mère et d'Enfant et les différents cadres de des religieux doit être renforcée.

7. La prise en compte des besoins des adolescents et jeunes mariés.

Le renforcement de l'implication des jeunes et la prise en compte de leurs besoins spécifiques constituent un gage de succès afin de contribuer à la réduction des BNS, grossesses précoces et non désirées, etc.

A cet effet, il est nécessaire de renforcer les espaces ados et les centres conseils ados à travers la formation, les infrastructures, les équipements et les ressources humaines de qualité.

8. L'implication plus accrue des hommes en faveur de la PF

Le renforcement de l'implication des hommes en faveur de la PF est un facteur important de réussite.

La stratégie « Ecole des Maris » peut contribuer à lever beaucoup d'obstacles, entraînant l'implication et la participation des hommes, mais aussi le dialogue au sein du couple. Tous les moyens devront être mis en œuvre pour la mise à l'échelle de cette stratégie élaborée conjointement entre les Ministères en charge de la Santé et de la Famille.

9. L'appropriation du programme par le secteur privé

Le secteur privé formel constitue une composante non négligeable du système de santé.

Le renforcement de la collaboration avec le secteur privé de la santé à travers la convention signée entre le MSAS et l'Alliance du secteur privé de la santé (ASPS) est une opportunité pour l'atteinte des objectifs du PANBPF. La Direction des Etablissements Privés de santé facilitera cette appropriation dans la mise en œuvre.

En outre le secteur privé peut contribuer à la mobilisation des ressources pour le financement de la PF à travers la RSE.

10. La prise en compte du genre effective dans la mise en œuvre du programme PF

La planification familiale et l'égalité des sexes sont essentielles pour promouvoir des résultats en matière de santé et de développement durable ;

- L'approche genre aide à comprendre les obstacles qui influencent les résultats des politiques en termes de SR/PF
- La prise en compte du genre permet de lever les barrières à l'accès aux services PF à toutes les couches de la population sans aucune forme d'exclusion.

CONCLUSION

Le PANBPF 2024-2028 est la résultante des efforts conjugués de tous les acteurs dans le domaine de la santé en général et de la santé reproductive/planification familiale en particulier.

Il contribue à la consolidation des résultats encourageants déjà obtenus mais aussi l'accélération des nouveaux objectifs de 2030.

Pour ce faire, il doit se baser sur des données de qualité, pertinentes et les plus récentes, les spécificités régionales, l'impact potentiel de chaque activité et les perspectives de tous les secteurs.

La mise en œuvre des différentes interventions prévues nécessitera une approche multisectorielle pour assurer la mobilisation des ressources, la levée des contraintes ainsi que la réduction ou l'atténuation des risques.

Au terme de la mise en œuvre effective de ce PANBPF, il est attendu de relever le TPC de 25,6% à 46% afin de contribuer significativement à la réduction de la mortalité, maternelle, néonatale et infanto-juvénile.

Cette baisse de la mortalité pourra aussi contribuer pour notre pays à la capture du dividende démographique.

ANNEXES

Annexe 1 : Plans d'action

I AXE 1 : Renforcement de l'offre et de l'accès aux services PF de qualité

| | AN 1 (2024) | AN 2 (2025) | AN 3 (2026) | AN 4 (2027) | AN 5 (2028) | TOTAL |
|---|--------------------|----------------------|-------------------|-------------|-------------|----------------------|
| Intervention OSP1 : Mise à l'échelle du DMPA-SC et de l'auto-injection | | | | | | |
| <u>Activité OSP1-1</u> : Renforcer les capacités des prestataires dans toutes les régions sur le DMPA-SC et de l'AI ; | 389 218 728 | | | | | 389 218 728 |
| <u>Activité OSP1-2</u> : Rendre disponible les intrants nécessaires (le calendrier, l'aide-mémoire, le produit...) | | 1 114 372 200 | | | | 1 114 372 200 |
| <u>Activité OSP1-3</u> : Mettre en place un mécanisme de suivi et de partage des expériences et des bonnes pratiques | | 11 720 555 | | | | 11 720 555 |
| <u>Activité OSP1-4</u> : Evaluer la stratégie de l'auto-injection du DMPA-SC | | | 24 280 520 | | | 24 280 520 |
| TOTAL OSP1 | 389 218 728 | 1 126 092 755 | 24 280 520 | 0 | 0 | 1 539 592 003 |
| Intervention OSP2 : Disponibilité et maintenance du matériel et des équipements | | | | | | |
| <u>Activité OSP2-1</u> : Identifier les besoins en équipements et matériels pour la PF | 4 700 000 | | | | | 4 700 000 |
| <u>Activité OSP2-2</u> : Doter les PPS en équipements adéquats pour la PF | | 2 698 829 500 | 8 110 254 600 | | | 10 809 084 100 |

PLAN D'ACTION NATIONAL BUDGÉTISÉ DE PLANIFICATION FAMILIALE 2024|2028

| | | | | | | |
|--|----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|
| <u>Activité OSP2-3</u> : Renforcer les capacités des utilisateurs sur la maintenance préventive du matériel PF | 2 100 000 000 | 2 205 000 000 | 2 315 250 000 | 2 431 012 500 | 2 552 563 125 | 11 603 825 625 |
| <u>Activité OSP2-4</u> : Mettre en place un plan de maintenance du matériel et des équipements au niveau de chaque région | 35 825 500 | | | | | 35 825 500 |
| TOTAL OSP2 | 2 140 525 500 | 4 903 829 500 | 10 425 504 600 | 2 431 012 500 | 2 552 563 125 | 22 453 435 225 |
| Intervention OSP3 : Renforcement du personnel qualifié à tous les niveaux | | | | | | |
| <u>Activité OSP3-1</u> : Identifier les gaps en RH qualifiée à tous les niveaux en collaboration avec la DRH, la cellule de la carte sanitaire sociale de la santé digitale et de l'observatoire de la santé (CSS DOS) | 8 200 000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 200 000 |
| <u>Activité OSP3-2</u> : Faire le plaidoyer pour le recrutement en RH qualifiées, par l'état, les collectivités territoriales, le secteur privé, les PTFs etc... | 500 000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 500 000 |
| <u>Activité OSP3-3</u> : Faire le plaidoyer pour le redéploiement du personnel qualifié en fonction des normes nationales | 500 000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 500 000 |
| <u>Activité OSP3-4</u> : Faire le plaidoyer pour redynamiser la politique de motivation liée aux zones d'accès difficiles | 500 000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 500 000 |
| TOTAL OSP3 | 9 700 000 | | | | | 9 700 000 |

| Intervention OSP4 : Renforcement de compétence des prestataires qualifiés sur la PF | | | | | | |
|--|--------------------|--------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| <u>Activité OSP4-1</u> : Réviser les modules de formation en technologie contraceptive et gestion des services de SR/PF conformément aux PNP y compris le counseling et la PEC des VBG | 15 928 005 | | | | | 15 928 005 |
| <u>Activité OSP4-2</u> : Réaliser une cartographie des personnels formés par stratégies à tous les niveaux | | 71 505 850 | | | 0 | 71 505 850 |
| <u>Activité OSP4-3</u> : Renforcer la formation des MCD et MCR en Technologie contraceptive et en Gestion des services de SR/PF | 15 928 005 | | | | | 15 928 005 |
| <u>Activité OSP4-4</u> : Renforcer la formation des SFE et des ICP des secteurs public et privé en Technologie contraceptive et en Gestion des services de SR/PF y compris le counseling et la PEC des VBG | | 81 120 850 | | | | 81 120 850 |
| <u>Activité OSP4-5</u> : Assurer régulièrement le coaching sur site pour tous les prestataires formés | 24 193 750 | 24 193 750 | 24 193 750 | 24 193 750 | 24 193 750 | 120 968 750 |
| <u>Activité OSP4-6</u> : Mettre à l'échelle l'approche de mentorat | 48 164 303 | 48 164 303 | 48 164 303 | 48 164 303 | 48 164 303 | 240 821 516 |
| <u>Activité OSP4-7</u> : Recycler tous les prestataires sur l'éthique et la déontologie | | 71 245 850 | | | | 71 245 850 |
| TOTAL OSP4 | 104 214 063 | 296 230 603 | 72 358 053 | 72 358 053 | 72 358 053 | 617 518 826 |

| Intervention OSP5 : Mise à jour de la formation initiale basée sur les standards en fonction de nouvelles orientations de la politique nationale | | | | | | |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| <u>Activité OSP5-1</u> : Actualiser et disséminer les modules de formation des Écoles en santé selon les documents stratégiques (PNP, manuel de procédure PF) en SR | 21 000 000 | | | | | 21 000 000 |
| <u>Activité OSP5-2</u> : Organiser des ateliers de mise à niveau des enseignants exerçant dans les Écoles et Institutions privées de formation en santé sur les documents stratégiques (PNP, manuel de procédure PF) en SR | 7 425 000 | 7 425 000 | 7 425 000 | | | 22 275 000 |
| <u>Activité OSP5-3</u> : Mener périodiquement des activités d'audit et d'inspection dans les Écoles et Institutions privées de santé en collaboration avec l'ensemble des parties prenantes (DRH, DPF, IAF...) | 5 000 000 | 5 000 000 | 5 000 000 | 5 000 000 | 5 000 000 | 25 000 000 |
| <u>Activité OSP5-4</u> : Faire un plaidoyer pour la participation effective de la DRH aux différentes activités de la DPF (revues, réunions de coordination, etc....) | 500 000 | 500 000 | 500 000 | 500 000 | 500 000 | 2 500 000 |
| <u>Activité OSP5-5</u> : Organiser des ateliers de mise à niveau des sortants des écoles de formation des années 2022 et 2023 sur la PF | | 10 000 000 | 10 000 000 | 10 000 000 | 10 000 000 | 40 000 000 |
| TOTAL OSP5 | 33 925 000 | 22 925 000 | 22 925 000 | 15 500 000 | 15 500 000 | 110 775 000 |
| Intervention OSP6 : Mise à l'échelle de l'Identification Systématique des Besoins de la Cliente (ISBC) à tous les niveaux | | | | | | |
| <u>Activité OSP6-1</u> : Reproduire les outils de formation sur l'ISBC (Guide etc..) | | 10 000 000 | | | | 10 000 000 |

PLAN D'ACTION NATIONAL BUDGÉTISÉ DE PLANIFICATION FAMILIALE 2024|2028

| | | | | | | |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| <u>Activité OSP6-2</u> : Former toutes les équipes cadres de région et de district sur l'ISBC | 94 151 700 | | | | | 94 151 700 |
| <u>Activité OSP6-3</u> : Doter les équipes cadres de région et de district en outils de gestion sur ISBC | | 12 000 000 | | | | 12 000 000 |
| <u>Activité OSP6-4</u> : Compléter la révision des outils de collecte et le paramétrage des indicateurs relatifs à l'ISBC PF dans la plateforme DHIS2 et dans les maquettes de présentations des régions médicales et districts sanitaires | 4 743 500 | | | | | 4 743 500 |
| <u>Activité OSP6-5</u> : Organiser des supervisions en cascade sur toute la pyramide sanitaire | | 25 000 000 | 25 000 000 | 25 000 000 | 25 000 000 | 100 000 000 |
| TOTAL OSP6 | 98 895 200 | 47 000 000 | 25 000 000 | 25 000 000 | 25 000 000 | 220 895 200 |
| Intervention OSP7 : Renforcement de la mise à l'échelle de la stratégie de la Planification Familiale du Post-Partum et post abortum | | | | | | |
| <u>Activité OSP7-1</u> : Former toutes les équipes cadres de région et de district sur la PFPP et le post abortum | 26 465 000 | | | | | 26 465 000 |
| <u>Activité OSP7-2</u> : Former tous les prestataires (EPS, CS, PS...) sur la PFPP et le post abortum | | 151 910 000 | | | | 151 910 000 |
| <u>Activité OSP7-3</u> : Doter les PPS en outils et matériels PFPP et post abortum | | 6 268 000 | | | | 6 268 000 |
| <u>Activité OSP7-4</u> : Organiser un suivi post formation des prestataires | | 19 386 500 | | | | 19 386 500 |
| <u>Activité OSP7-5</u> : Organiser une supervision périodique sur toute la pyramide sanitaire de la mise en œuvre de la PFPP et du post abortum | | 25 000 000 | 25 000 000 | 25 000 000 | 25 000 000 | 100 000 000 |

PLAN D'ACTION NATIONAL BUDGÉTISÉ DE PLANIFICATION FAMILIALE 2024|2028

| | | | | | | |
|--|-------------------|--------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| <u>Activité OSP7-6</u> : Evaluer la stratégie PFPP et le post abortum après 2 ans de mise en œuvre du PANB/PF | | | 10 000 000 | | | 10 000 000 |
| <u>Activité OSP7-7</u> : Former des acteurs (ECD, ECR, prestataires, acteurs communautaires etc.) sur l'initiative d'intégration de la PFPP aux soins essentiels du nouveau - né et à la nutrition | | 151 910 000 | | | | 151 910 000 |
| <u>Activité OSP7-8</u> : Mettre en place des outils de gestion sur l'initiative d'intégration de la PFPP aux soins essentiels du nouveau - né et à la nutrition | | | 12 000 000 | | | 12 000 000 |
| TOTAL OSP7 | 26 465 000 | 354 474 500 | 47 000 000 | 25 000 000 | 25 000 000 | 477 939 500 |
| Intervention OSP8 : Renforcement des stratégies d'auto soin | | | | | | |
| <u>Activité OSP8-1</u> : Elaborer des fiches techniques sur les méthodes d'autosoin en PF | 2 000 000 | | | | | 2 000 000 |
| <u>Activité OSP8-2</u> : Renforcer les capacités des ECR et ECD sur l'autosoin | 35 000 000 | | | | | 35 000 000 |
| <u>Activité OSP8-3</u> : Renforcer les capacités des prestataires sur l'autosoin | | 23 691 950 | 23 691 950 | 23 691 950 | 23 691 950 | 94 767 800 |
| <u>Activité OSP8-4</u> : Assurer le suivi-post formation des prestataires | | 2 000 000 | 2 000 000 | 2 000 000 | 2 000 000 | 8 000 000 |
| <u>Activité OSP8-5</u> : Mener des activités de communication autour de l'autosoin | 6 000 000 | 6 000 000 | 6 000 000 | 6 000 000 | 6 000 000 | 30 000 000 |
| <u>Activité OSP8-6</u> : faire une évaluation à mi-parcours de la stratégie auto soin | | 14 700 000 | | | | 14 700 000 |
| TOTAL OSP8 | 43 000 000 | 46 391 950 | 31 691 950 | 31 691 950 | 31 691 950 | 184 467 800 |

| Intervention OSP9 : Prise en charge des BNS en PF dans la population générale | | | | | | |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| <u>Activité OSP9-1</u> Organiser dans la région de Dakar des activités gratuites d'offre de services PF au niveau des milieux défavorisés | 20 000 000 | 20 000 000 | 20 000 000 | 20 000 000 | 20 000 000 | 100 000 000 |
| <u>Activité OSP9-2</u> : Rendre effective l'offre de service dans toutes les cases de la région de Kaolack (à mettre dans l'offre de service communautaire) | 10 000 000 | | | | | 10 000 000 |
| <u>Activité OSP9-3</u> : Organiser chaque trimestre, dans les régions de Kaolack, Diourbel et Tambacounda des activités de PF en milieu rural à travers les cliniques mobiles et l'organisation des journées spéciales d'offres PF gratuite | 16 597 500 | 16 597 500 | 16 597 500 | 16 597 500 | 16 597 500 | 82 987 500 |
| <u>Activité OSP9-4</u> : Organiser chaque semestre des journées spéciales d'offres gratuite de PF dans toutes les régions | 14 000 000 | 14 000 000 | 14 000 000 | 14 000 000 | 14 000 000 | 70 000 000 |
| <u>Activité OSP9-5</u> : Organiser chaque trimestre, dans les régions de Thiès, Fatick et de Kaffrine, des activités de sensibilisation sur la SR/PF pour les femmes de la tranche d'âge de 15-24 ans et 25-29 ans à Louga pour les femmes de la tranche d'âge de 40-49 ans | 16 597 500 | 16 597 500 | 16 597 500 | 16 597 500 | 16 597 500 | 82 987 500 |
| TOTAL OSP9 | 77 195 000 | 67 195 000 | 67 195 000 | 67 195 000 | 67 195 000 | 345 975 000 |
| Intervention OSP10 : Amélioration de l'offre de PF chirurgicale dans les prestations de services SRMNIA-N | | | | | | |
| <u>Activité OSP10-1</u> : Renforcer les compétences des prestataires sur l'offre de PF chirurgicale ; | 41 000 000 | 30 505 850 | | | | 71 505 850 |

PLAN D'ACTION NATIONAL BUDGÉTISÉ DE PLANIFICATION FAMILIALE 2024|2028

| | | | | | | |
|--|-------------------|--------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| <u>Activité OSP10-2</u> : Appuyer la disponibilité du matériel et des outils de l'offre de PF chirurgical ; | | 76 500 000 | | | | 76 500 000 |
| <u>Activité OSP10-3</u> : Renforcer l'intégration systématique de la PF chirurgicale dans l'offre de service SRMNIA (PFPP, PFPA, etc.) ; | | 10 000 000 | | | | 10 000 000 |
| <u>Activité OSP10-4</u> : Renforcer le système de référence des clientes ayant des besoins de PF chirurgicale | 3 931 250 | 3 931 250 | 3 931 250 | 3 931 250 | 3 931 250 | 19 656 250 |
| TOTAL OSP10 | 44 931 250 | 120 937 100 | 3 931 250 | 3 931 250 | 3 931 250 | 177 662 100 |
| Intervention OSP11 : Intégration de l'offre de dépistage du VIH au niveau des services PF, pour les jeunes adolescents | | | | | | |
| <u>Activité OSP11-1</u> : Mise à disposition des autotests au niveau des services PF (pour une utilisation assistée par une SF ou autre prestataire à l'endroit des jeunes adolescents utilisant les services PF | 50 000 000 | 50 000 000 | 50 000 000 | 50 000 000 | 50 000 000 | 250 000 000 |
| <u>Activité OSP11-2</u> : Orienter les SF des services de PF sur l'utilisation des autotests | 41 248 382 | 41 248 382 | 41 248 382 | 41 248 382 | 41 248 382 | 206 241 910 |
| <u>Activité OSP11-3</u> : Organiser un atelier de trois jours pour la révision des outils de suivi évaluation concernant l'intégration | 810 000 | 810 000 | 810 000 | 810 000 | 810 000 | 4 050 000 |
| TOTAL OSP11 | 92 058 382 | 92 058 382 | 92 058 382 | 92 058 382 | 92 058 382 | 460 291 910 |
| Intervention OSP12 : Mise en place de modèles différenciés pour le suivi intégré de la femme vivant avec le VIH ayant recours aux services de PF | | | | | | |
| <u>Activité OSP12-1</u> : Organiser un atelier de trois jours d'identification des modèles différenciés d'intégration PF - VIH (modèle one stop shop, référence contre réf, visites, synchrones, et ...) | 4 251 500 | 4 251 500 | 4 251 500 | 4 251 500 | 4 251 500 | 21 257 500 |

PLAN D'ACTION NATIONAL BUDGÉTISÉ DE PLANIFICATION FAMILIALE 2024|2028

| | | | | | | |
|---|----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|
| <u>Activité OSP12-2</u> : Organiser un atelier de trois jours d'élaboration des procédures des modèles différenciés d'intégration (Qui fait quoi, quand, où et comment ?) | 4 251 500 | 4 251 500 | 4 251 500 | 4 251 500 | 4 251 500 | 21 257 500 |
| <u>Activité OSP12-3</u> : Organiser une réunion d'une journée de mise à jour et d'adaptation du formulaire ISBC | 420 000 | 420 000 | 420 000 | 420 000 | 420 000 | 2 100 000 |
| <u>Activité OSP12-4</u> : Assurer la reprographie et la dissémination du formulaire ISBC à l'ensemble des structures de prise en charge du VIH | 3 000 000 | 3 000 000 | 3 000 000 | 3 000 000 | 3 000 000 | 15 000 000 |
| TOTAL OSP12 | 11 923 000 | 11 923 000 | 11 923 000 | 11 923 000 | 11 923 000 | 59 615 000 |
| TOTAL OSP | 3 072 051 123 | 7 089 057 790 | 10 823 867 755 | 2 775 670 135 | 2 897 220 760 | 26 657 867 564 |
| Intervention Opr-1 : Renforcement de la disponibilité de la gamme des méthodes PF dans le secteur privé | | | | | | |
| <u>Activité OPr1 1</u> : Faire la dotation initiale des produits PF et d'outils de gestion au niveau du secteur privé | 5 000 000 | | | | | 5 000 000 |
| <u>Activité OPr1 2</u> : Superviser les structures privées offrant la PF dans les 14 régions | | 35 000 000 | | 35 000 000 | | 70 000 000 |
| <u>Activité OPr1 3</u> : Renforcer la stratégie de franchises sociales y compris la PF chirurgicale | 20 000 000 | | | | | 20 000 000 |
| <u>Activité OPr1 4</u> : Elargir la gamme de produits du marketing social | 5 000 000 | 5 000 000 | 5 000 000 | 5 000 000 | 5 000 000 | 25 000 000 |
| TOTAL OPr1 | 30 000 000 | 40 000 000 | 5 000 000 | 40 000 000 | 5 000 000 | 120 000 000 |

| Intervention OPr2 : Capitalisation de la contribution du secteur privé | | | | | | |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------|--------------------|
| <u>Activité OPr2 1</u> : Faire l'analyse situationnelle de la PF dans le secteur privé | 7 500 000 | | | | | 7 500 000 |
| <u>Activité OPr2 2</u> : Identifier les besoins de formation en technologies contraceptives dans le secteur privé | 25 354 317 | 0 | 0 | 0 | 0 | 25 354 317 |
| <u>Activité OPr2 3</u> : Mettre à niveau les points focaux et les prestataires du secteur privé sur les directives PNP, SR/PF | | 20 000 000 | | | | 20 000 000 |
| <u>Activité OPr2 4</u> : Former les points focaux et les prestataires du privé sur le SIG et le DHIS2 | | | 20 000 000 | | | 20 000 000 |
| <u>Activité OPr2 5</u> : Organiser 2 revues semestrielles sur les données du secteur privé dans les régions avec la participation du NC | | 56 000 000 | | | | 56 000 000 |
| <u>Activité OPr2 6</u> : Organiser 6 réunions bimestrielles en ligne sur le suivi des données du secteur privé | 6 000 000 | 6 000 000 | 6 000 000 | 6 000 000 | 6 000 000 | 30 000 000 |
| <u>Activité OPr2 7</u> : Organiser 2 supervisions formatives semestrielles avec coaching sur site | 74 000 000 | 74 000 000 | 74 000 000 | 74 000 000 | 74 000 000 | 370 000 000 |
| TOTAL OPr2 | 112 854 317 | 156 000 000 | 100 000 000 | 80 000 000 | 80 000 000 | 528 854 317 |
| TOTAL Opr | 142 854 317 | 196 000 000 | 105 000 000 | 120 000 000 | 85 000 000 | 648 854 317 |

| Intervention OCom1 : Elargissement de l'offre de service à base communautaire | | | | | | |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------------------|
| <u>OCom1 1</u> : Mettre à niveau les acteurs communautaires sur la PF (200 acteurs par DS) | 50 000 000 | 50 000 000 | 50 000 000 | 50 000 000 | 50 000 000 | 250 000 000 |
| <u>OCom1 2</u> : Évaluer et compléter les équipements et les produits PF nécessaires pour le secteur communautaire | 14 994 317 | | | | | 14 994 317 |
| <u>OCom1 3</u> : Organiser des activités mobiles et avancées intégrées dans les zones d'accès difficiles avec l'appui des ONG, les associations professionnelles de santé, les CDS, les CT et les PTF | 16 000 000 | 16 000 000 | 16 000 000 | 16 000 000 | 16 000 000 | 80 000 000 |
| <u>OCom1 4</u> : Organiser 2 supervisions semestrielles dans chaque région | 74 000 000 | 74 000 000 | 74 000 000 | 74 000 000 | 74 000 000 | 370 000 000 |
| <u>OCom1 5</u> : Appuyer les RM dans l'organisation de 2 missions de supervisions semestrielles | 28 000 000 | 28 000 000 | 28 000 000 | 28 000 000 | 28 000 000 | 140 000 000 |
| <u>OCom1 6</u> : Organiser chaque semestre des journées spéciales d'offre gratuite de PF | 40 000 000 | 40 000 000 | 40 000 000 | 40 000 000 | 40 000 000 | 200 000 000 |
| TOTAL OCom1 | 222 994 317 | 208 000 000 | 208 000 000 | 208 000 000 | 208 000 000 | 1 054 994 317 |
| Intervention OCom2 : Capitalisation de la contribution du niveau communautaire | | | | | | |
| <u>OCom2 1</u> : Rendre disponible les outils de gestion (fichiers, registres, rapports d'activités) | 0 | | | | | 0 |
| <u>OCom2 2</u> : Former les acteurs communautaires sur le SIG communautaire (fichiers, registres, rapports d'activités) | 20 000 000 | 20 000 000 | 20 000 000 | 20 000 000 | 20 000 000 | 100 000 000 |

PLAN D'ACTION NATIONAL BUDGÉTISÉ DE PLANIFICATION FAMILIALE 2024|2028

| | | | | | | |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------------------|
| <u>OCom2 3</u> : Appuyer la tenue des réunions de coordination mensuelles regroupant les acteurs communautaires de santé | 84 000 000 | 84 000 000 | 84 000 000 | 84 000 000 | 84 000 000 | 420 000 000 |
| <u>OCom2 4</u> : Élargir le paquet de services des DSDOM à la distribution des produits PF | 25 000 000 | 25 000 000 | 25 000 000 | 25 000 000 | 25 000 000 | 125 000 000 |
| <u>OCom2 5</u> : Assurer la digitalisation des données du secteur communautaire | 0 | | | | | 0 |
| TOTAL OCom2 | 129 000 000 | 645 000 000 |
| TOTAL OCom | 351 994 317 | 337 000 000 | 337 000 000 | 337 000 000 | 337 000 000 | 1 699 994 317 |
| Intervention OSJ1 : Renforcement des compétences des prestataires des soins de santé et du personnel de soutien sur l'offre spécifique aux adolescents et jeunes | | | | | | |
| <u>OSJ1 1</u> : Mettre en œuvre la stratégie de retardement de la première ou de la deuxième grossesse chez les adolescentes mariées développée selon l'approche centrée sur l'humain | 0 | 27 483 350 | 20 000 000 | 20 000 000 | 20 000 000 | 87 483 350 |
| <u>OSJ1 2</u> : Former les ECR / ECD sur la santé des adolescents et jeunes (SAJ) | 51 271 915 | 0 | 0 | 0 | 0 | 51 271 915 |
| <u>OSJ1 3</u> : Former les prestataires des PPS, des inspections médicales des écoles et des infirmeries scolaires sur la santé des adolescents et jeunes (SAJ) | 169 810 500 | 0 | 0 | 0 | 0 | 169 810 500 |
| <u>OSJ1 4</u> : Orienter le personnel de soutien sur l'accueil des adolescents et jeunes | 6 840 000 | 6 840 000 | 0 | 0 | 0 | 13 680 000 |
| <u>OSJ1 5</u> : Organiser des rencontres de concertation avec la DCMS sur l'intégration des certaines stratégies | 0 | 15 000 000 | 15 000 000 | 5 951 700 | 0 | 35 951 700 |

| | | | | | | |
|---|--------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| de promotion de la santé des adolescents et jeunes dans les écoles | | | | | | |
| <u>OSJ1 6</u> : Orienter le personnel en charge de la PF sur l'utilisation de l'autotest VIH | 6 840 000 | 6 840 000 | | | | 13 680 000 |
| TOTAL OSJ1 | 234 762 415 | 56 163 350 | 35 000 000 | 25 951 700 | 20 000 000 | 371 877 465 |
| Intervention OSJ2 : Renforcement de l'offre de service de santé des adolescents et jeunes intégrés, adaptés et de qualité | | | | | | |
| <u>OSJ1</u> : Organiser des réunions d'échange entre les structures dédiées aux adolescents et jeunes | 4 175 850 | 4 175 850 | 4 175 850 | 4 175 850 | 4 175 850 | 20 879 250 |
| <u>OSJ2 2</u> : Rendre disponibles des services de qualité, intégrés, confidentiels, non discriminatoires et d'adaptés aux besoins des adolescents et jeunes dans les PPS | 5 000 000 | 5 000 000 | 5 000 000 | 5 000 000 | 5 000 000 | 25 000 000 |
| <u>OSJ2 3</u> : Organiser des séances miroir (échange) entre les prestataires, les adolescents et jeunes bénéficiaires | 2 500 000 | 2 500 000 | 2 500 000 | 2 500 000 | 2 500 000 | 12 500 000 |
| <u>OSJ2 4</u> : Organiser des consultations médicales gratuites dans les écoles | 10 000 000 | 10 000 000 | 10 000 000 | 10 000 000 | 10 000 000 | 50 000 000 |
| <u>OSJ2 5</u> : Organiser des stratégies avancées et mobiles intégrées en adoptant l'approche « aller vers pour faire venir | 79 000 000 | | | | | 79 000 000 |
| <u>OSJ2 6</u> : Doter les espaces dédiés aux adolescents et jeunes de kits de dignité ; | 12 000 000 | 12 000 000 | 12 000 000 | 12 000 000 | 12 000 000 | 60 000 000 |
| <u>OSJ2 7</u> : Appuyer la réalisation des sessions d'échanges sur la SRAJ et l'hygiène menstruelle en | 18 750 000 | 18 750 000 | 18 750 000 | 18 750 000 | 18 750 000 | 93 750 000 |

PLAN D'ACTION NATIONAL BUDGÉTISÉ DE PLANIFICATION FAMILIALE 2024|2028

| | | | | | | |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| milieu scolaire avec les adolescentes des CEM couplée à la distribution de kit de dignité | | | | | | |
| <u>OSJ2 8</u> : Organiser 2 supervisions semestrielles intersectorielle sur SAJ (Santé et action sociale, Education, Association jeunes, Jeunesse, Famille et société civile etc....) | 36 852 658 | 36 852 658 | 36 852 658 | 36 852 658 | 36 852 658 | 184 263 290 |
| <u>OSJ2 9</u> : Doter les espaces dédiés aux adolescents et jeunes de kits d'autotest VIH | 12 000 000 | 12 000 000 | 12 000 000 | 12 000 000 | 12 000 000 | 60 000 000 |
| TOTAL OSJ2 | 180 278 508 | 101 278 508 | 101 278 508 | 101 278 508 | 101 278 508 | 585 392 540 |
| TOTAL OSJ | 415 040 923 | 157 441 858 | 136 278 508 | 127 230 208 | 121 278 508 | 957 270 005 |
| Intervention OSQ1 : Renforcement de la qualité de l'offre de services | | | | | | |
| <u>OSQ1 1</u> : Former des agents pour l'accueil et l'orientation des patients et de leurs accompagnants | 4 560 000 | 4 560 000 | 0 | 0 | 0 | 9 120 000 |
| <u>OSQ1 2</u> : Mettre en place un système de signalisation (panneaux, flèches, images...) pour une meilleure identification des services | 5 700 000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 700 000 |
| <u>OSQ1 3</u> : Mettre en place un système de numérotation des patients selon des numéros d'ordre tenant compte des urgences | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <u>OSQ1 4</u> : Aménager une salle d'attente propre, conviviale et confortable avec un téléviseur diffusant des messages sur la santé | 40 000 000 | 40 000 000 | 0 | 0 | 0 | 80 000 000 |
| <u>OSQ1 5</u> : Systématiser l'affichage des informations nécessaires pour tous les usagers : charte du malade, tarifs, horaires de prestation de service ; | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PLAN D'ACTION NATIONAL BUDGÉTISÉ DE PLANIFICATION FAMILIALE 2024|2028

| | | | | | | |
|---|----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|
| <u>OSQ1 6</u> : Tenir des séances d'information des usagers sur la charte du malade | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL OSQ1 | 50 260 000 | 44 560 000 | 0 | 0 | 0 | 94 820 000 |
| TOTAL OSQ | 50 260 000 | 44 560 000 | 0 | 0 | 0 | 94 820 000 |
| TOTAL OFFRE | 4 032 200 679 | 7 824 059 648 | 11 402 146 263 | 3 359 900 343 | 3 440 499 268 | 30 058 806 202 |

I AXE 2 : Renforcement de la création de la demande

| | AN 1 (2024) | AN 2 (2025) | AN 3 (2026) | AN 4 (2027) | AN 5 (2028) | TOTAL |
|--|---------------------|-------------------|--------------------|-------------------|-------------|--------------------|
| Intervention CD1 : Renforcement de la commission de la communication et du plaidoyer en SRMNIA-N | | | | | | |
| <u>Activité CD1-1</u> : Faire la cartographie des interventions et des intervenants à tous les niveaux afin d'avoir une synergie d'action plus forte | 20 423 075 | 16 221 922 | 0 | 0 | 0 | 36 644 997 |
| <u>Activité CD1-2</u> : Standardiser et disséminer les outils et matériels des interventions de communication et créer des points d'intégration à d'autres composantes mère-enfant | 20 866 225 | 13 192 400 | 539 900 000 | 0 | 0 | 573 958 625 |
| <u>Activité CD1-3</u> : Elaborer et disséminer un guide national de messages sur la PF | 31 723 825 | 28 477 622 | 117 900 000 | 0 | 0 | 178 101 447 |
| <u>Activité CD1-4</u> : Elaborer et mettre en œuvre un plan média intégré au niveau national avec des déclinaisons régionales | 20 922 800 | 4 200 000 | 12 040 000 | 39 500 000 | 0 | 76 662 800 |
| <u>Activité CD1-5</u> : Organiser, documenter et suivre les réunions du cadre de coordination | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| SOUS TOTAL CD | 1 93 935 925 | 62 091 944 | 669 840 000 | 39 500 000 | 0 | 865 367 869 |

PLAN D'ACTION NATIONAL BUDGÉTISÉ DE PLANIFICATION FAMILIALE 2024|2028

| | | | | | | |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------|----------------------|
| <u>Activité CD2-1</u> : Mener des Recherche-Action sur les déterminants sociaux et comportementaux des hommes vis-à-vis de la PF | 18 335 655 | 16 221 922 | 16 221 922 | 0 | 0 | 50 779 499 |
| <u>Activité CD2-2</u> : Mettre en œuvre l'approche centrée sur l'être humain_(HCD) afin d'identifier des solutions endogènes pour l'implication des hommes en faveur de la PF et des normes de genre | 12 500 000 | 5 000 000 | 0 | 220 000 000 | 0 | 237 500 000 |
| <u>Activité CD2-3</u> : Mettre à l'échelle la stratégie de « la Famille Idéale » | 37 698 740 | 75 000 000 | 0 | 0 | 0 | 112 698 740 |
| <u>Activité CD2-4</u> : Mettre à échelle la stratégie « Ecole des maris » | | 195 965 955 | | 0 | 0 | 195 965 955 |
| <u>Activité CD2-5</u> : Renforcer les interventions médiatiques et communautaires sur la Planification Familiale (PF) visant les hommes et le couple | 225 000 000 | 414 000 000 | 245 000 000 | 178 800 000 | 0 | 1 062 800 000 |
| <u>Activité CD2-6</u> : Renforcer l'engagement des leaders religieux, les chefs traditionnels et les leaders d'opinion en faveur de la PF | 24 000 000 | 24 000 000 | 24 000 000 | 24 000 000 | 24 000 000 | 120 000 000 |
| <u>SOUS TOTAL CD-2</u> | 317 534 395 | 730 187 877 | 285 221 922 | 422 800 000 | 24 000 000 | 1 779 744 194 |
| Intervention CD3 : Renforcement de la communication visant les adolescents/jeunes | | | | | | |
| <u>Activité CD3-1</u> : Identifier et mettre en œuvre un paquet d'activités selon l'approche centrée sur l'être humain (HCD) et basées sur des solutions endogènes par et pour les adolescents/jeunes | 63 521 400 | 180 000 000 | 15 000 000 | 0 | 0 | 258 521 400 |

PLAN D'ACTION NATIONAL BUDGÉTISÉ DE PLANIFICATION FAMILIALE 2024|2028

| | | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| <u>Activité CD3-2</u> : Développer et mettre à échelle des stratégies et concepts innovants tel que «New deal », « Mon engagement pour la PF» basés sur la gestion du cycle menstruel | 0 | 116 122 955 | 0 | 0 | 0 | 116 122 955 |
| <u>Activité CD3-3</u> : Renforcer les capacités des acteurs à tous les niveaux sur la SRAJ/PF (Prestataires dans les structures sanitaires, prestataires niveau des universités et collèges, acteurs communautaires, médiatiques, religieux...) | 194 838 750 | 175 000 000 | 7 000 000 | 0 | 0 | 376 838 750 |
| <u>Activité CD3-4</u> : Développer de manière inclusive et mettre en œuvre des outils numériques pour renforcer la communication avec les adolescents et les jeunes en tenant compte de l'existant (chat bot) et plateforme de référencement... | 37 000 000 | 60 000 000 | 37 500 000 | 30 000 000 | 0 | 164 500 000 |
| <u>Activité CD3-5</u> : Renforcer et mettre en œuvre des interventions communautaires à haut impact (Causeries éducatives, dialogues communautaires, dialogues intergénérationnels) | 12 000 000 | 110 000 000 | 167 000 000 | 167 000 000 | 145 000 000 | 601 000 000 |
| <u>Activité CD3-6</u> : Développer des partenariats stratégiques à travers «Mon Engagement pour la PF» avec des entreprises, des structures privées de santé, influenceurs en ligne, des leaders d'opinion, sportifs, hommes de médias en faveur de la SR/ PF pour les adolescents et les jeunes ; | | 90 000 000 | 35 000 000 | 35 000 000 | | 160 000 000 |

PLAN D'ACTION NATIONAL BUDGÉTISÉ DE PLANIFICATION FAMILIALE 2024|2028

| | | | | | | |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------------------|
| <u>Activité CD3-7</u> : Elaborer et mettre en œuvre la stratégie nationale de communication digitale sur la SR/PF pour les adolescents et jeunes | 56 521 400 | 7 000 000 | 180 000 000 | 15 000 000 | 0 | 258 521 400 |
| <u>Activité CD3-8</u> : Evaluer régulièrement la mise en œuvre des stratégies de communication visant la SR/PF des ado/ jeunes à travers des enquêtes CAP | 0 | 7 000 000 | 7 000 000 | 7 000 000 | 0 | 21 000 000 |
| SOUS TOTAL CD-3 | 363 881 550 | 745 122 955 | 448 500 000 | 254 000 000 | 145 000 000 | 1 956 504 505 |
| Intervention CD4 : Renforcement de la communication ciblant les personnes handicapées | | | | | | |
| <u>Activité CD4-1</u> : Renforcer les capacités d'un pool de prestataires et d'acteurs communautaires sur les méthodes Brailles et de langage des signes en collaboration avec les associations des personnes handicapées | 20 000 000 | 15 051 700 | 0 | 0 | 0 | 35 051 700 |
| <u>Activité CD4-2</u> : Elaborer/ mettre à jour des supports et outils de communication sur la PF afin de les adopter aux besoins communicationnels des personnes handicapées | 0 | 0 | 9 956 700 | 0 | 0 | 9 956 700 |
| <u>Activité CD4-3</u> : Promouvoir les stratégies innovantes adaptées aux personnes handicapées notamment l'auto soin | 0 | 0 | 18 000 000 | 18 000 000 | 18 000 000 | 54 000 000 |
| <u>Activité CD4-4</u> : Nouer des partenariats stratégiques avec des associations faitières de personnes handicapées pour la mise en œuvre d'intervention médiatiques et communautaires | 7 000 000 | 7 000 000 | 7 000 000 | 7 000 000 | 7 000 000 | 35 000 000 |

| | | | | | | | |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| <u>Activité CD4-5</u> : Mener une étude sur les déterminants sociaux et comportementaux sur la SR/PF des personnes handicapées | | 11 740 520 | | | | | 11 740 520 |
| SOUS TOTAL CD-4 | 27 000 000 | 33 792 220 | 34 956 700 | 25 000 000 | 25 000 000 | | 145 748 920 |
| Intervention CD5 : Renforcement de la communication visant les femmes | | | | | | | |
| <u>Activité CD5-1</u> : Développer un kit digital pour les acteurs communautaires dans les langues locales (Bajenu Gox, ASBC) | 10 000 000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 000 000 |
| <u>Activité CD5-2</u> : Renforcer les capacités des acteurs communautaires sur la PF (Bajenu Gox, ASBC, OCB.....) | 0 | 14 776 335 | 14 776 335 | 14 776 335 | 14 776 335 | 14 776 335 | 59 105 340 |
| <u>Activité CD5-3</u> : Renforcer les activités médiatiques, de mobilisation et d'engagement communautaires (VADI, dialogue communautaires, calebasses ...) en collaboration avec les associations et groupements communautaires féminins | 39 500 000 | 39 500 000 | 39 500 000 | 39 500 000 | 39 500 000 | 39 500 000 | 197 500 000 |
| <u>Activité CD5-4</u> : Développer des activités de promotion de la PF au cours d'événements sociaux (mariage, baptême...) | 7 900 000 | 7 900 000 | 7 900 000 | 7 900 000 | 7 900 000 | 7 900 000 | 39 500 000 |
| <u>Activité CD5-5</u> : Renforcer les capacités des communicateurs traditionnels sur la PF au cours d'évènements sociaux (mariages, baptêmes...) | 6 000 000 | 6 000 000 | 6 000 000 | 6 000 000 | 6 000 000 | 6 000 000 | 30 000 000 |
| <u>Activité CD5-6</u> : Créer une plateforme digitale pour l'enrôlement des femmes dans la PF | 2 000 000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 000 000 |
| TOTAL CD-5 | 65 400 000 | 68 176 335 | 338 105 340 |

PLAN D'ACTION NATIONAL BUDGÉTISÉ DE PLANIFICATION FAMILIALE 2024|2028

| | | | | | | |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------|----------------------|
| <u>Activité CD7-3</u> : Célébrer les journées / semaines consacrées telles que la journée mondiale de la contraception, la semaine de la mère et de l'enfant | 25 000 000 | 25 000 000 | 25 000 000 | 25 000 000 | 25 000 000 | 125 000 000 |
| <u>Activité CD7-4</u> : Intégrer la PF dans la plateforme de gestion des rumeurs | 16 500 000 | 0 | 0 | 16 500 000 | 0 | 33 000 000 |
| <u>Activité CD7-5</u> : Contractualiser avec les médias, des opérateurs de télécommunication, les acteurs communautaires, des agences de production audiovisuelle au niveau régional et district pour la mise en œuvre d'un paquet d'activité sur la PF | 124 600 000 | 124 600 000 | 124 600 000 | 124 600 000 | 124 600 000 | 623 000 000 |
| <u>Activité CD7-6</u> : Renforcer les capacités des professionnels des médias pour leur engagement dans la PF | 7 500 000 | 7 500 000 | 0 | 0 | 0 | 15 000 000 |
| SOUS TOTAL CD-7 | 214 600 000 | 198 100 000 | 190 600 000 | 207 100 000 | 190 600 000 | 1 001 000 000 |
| Intervention CD8 : Mettre en œuvre la stratégie du paquet porteur en lien avec l'initiative challenge | | | | | | |
| <u>Activité CD8-1</u> : Organiser dans chaque région un atelier de présentation des résultats de l'évaluation du projet ISSU et de la stratégie du paquet porteur | 11 200 000 | 11 200 000 | 11 200 000 | 11 200 000 | 11 200 000 | 56 000 000 |
| <u>Activité CD8-2</u> : Organiser un atelier national de définition des composantes du paquet porteur | 0 | 18 000 000 | 0 | 0 | 0 | 18 000 000 |
| <u>Activité CD8-3</u> : Assurer la dissémination du paquet porteur | 0 | 0 | 25 000 000 | 0 | 0 | 25 000 000 |
| SOUS TOTAL CD-8 | 11 200 000 | 29 200 000 | 36 200 000 | 11 200 000 | 11 200 000 | 99 000 000 |
| TOTAL CD | 1 121 551 870 | 1 912 085 760 | 1 781 180 106 | 1 077 845 742 | 516 531 213 | 6 409 194 691 |

I Axe 3 : Sécurisation des produits PF

| | AN 1 (2024) | AN 2 (2025) | AN 3 (2026) | AN 4 (2027) | AN 5 (2028) | TOTAL |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------------------|
| Intervention SS 1 : Appui à la relance de la stratégie «Yeksi naa» et autres initiatives en faveur de la disponibilité de la gamme des produits PF de qualité par niveau | | | | | | |
| <u>Activité SS1-1</u> : Réhabiliter et mettre aux normes les magasins de stockage des intrants et produits de la PF | 72 020 748 | 72 020 748 | | | | 144 041 496 |
| <u>Activité SS1-2</u> : Organiser des ateliers de quantification des produits PF | 41 396 320 | 41 396 320 | 41 396 320 | 41 396 320 | 41 396 320 | 206 981 600 |
| <u>Activité SS1-3</u> Organiser des ateliers de révision des outils de gestion des produits | 8 107 550 | 42 000 000 | | | | 50 107 550 |
| <u>Activité SS1-4</u> : Organiser les ateliers régionaux de partage du plan de relance du “Yeksinaa” | 35 000 000 | 340 000 000 | 30 000 000 | 30 000 000 | | 435 000 000 |
| <u>Activité SS1-5</u> : Assurer le contrôle de qualité des produits PF dans le système d’approvisionnement | 65 104 936 | 89 525 872 | 89 525 872 | 89 525 872 | 108 525 872 | 442 208 424 |
| TOTAL SS1 | 221 629 554 | 584 942 940 | 160 922 192 | 160 922 192 | 149 922 192 | 1 278 339 070 |
| Intervention SS2 : Renforcement de la capacité des prestataires et acteurs communautaires sur la gestion logistique des produits contraceptifs | | | | | | |
| <u>Activité SS2-1</u> : Organiser la formation des ICP, SFE, les pharmaciens et les dépositaires sur la gestion des stocks dans les structures sanitaires publiques et privées | 12 359 667 | 158 000 000 | | | | 170 359 667 |
| <u>Activité SS2-2</u> : Organiser la formation des acteurs communautaires sur la gestion logistique | 12 359 667 | 158 000 000 | | | | 170 359 667 |
| <u>Activité SS2-3</u> : Organiser des supervisions post-formation | | | 75 000 000 | 75 000 000 | | 150 000 000 |

PLAN D'ACTION NATIONAL BUDGÉTISÉ DE PLANIFICATION FAMILIALE 2024|2028

| | | | | | | |
|---|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------|--------------------|
| <u>Activité SS2-4</u> : Organiser des évaluations périodiques de la performance du système de distribution des produits PF | 50 000 000 | 50 000 000 | 50 000 000 | 50 000 000 | 50 000 000 | 250 000 000 |
| <u>Activité SS2-5</u> : Mettre en place une plateforme digitale de gestion logistique (des paquets de formation des vidéos etc.) | 10 000 000 | | | | | 10 000 000 |
| TOTAL SS2 | 84 719 334 | 366 000 000 | 125 000 000 | 125 000 000 | 50 000 000 | 750 719 334 |
| Intervention SS3 : Amélioration des plans de préparation et de riposte face aux urgences intégrant le dispositif minimum d'urgence (DMU) prenant en compte la PF | | | | | | |
| <u>Activité SS3-1</u> : Renforcer les capacités des acteurs sur la quantification des besoins en contexte d'urgence humanitaire | 7 500 000 | 7 500 000 | | | | 15 000 000 |
| <u>Activité SS3-2</u> : Organiser dans chaque région l'identification des besoins de mise en place du DMU | 14 000 000 | 8 000 000 | 25 000 000 | | | 47 000 000 |
| <u>Activité SS3-3</u> : Acquérir et mettre en place les intrants destinés à la mise en œuvre du DMU au niveau des sites bénéficiaires | | 7 500 000 | 100 000 000 | | | 107 500 000 |
| <u>Activité SS3-4</u> : Organiser une supervision dans chaque RM sur la disponibilité des produits destinés à la DMU | 22 400 000 | 22 400 000 | 22 400 000 | 22 400 000 | 22 400 000 | 112 000 000 |
| <u>Activité SS3-5</u> : Faire le plaidoyer pour l'intégration des produits PF dans la liste d'urgence et celle destiné à l'approvisionnement des cliniques privés | | 4 700 000 | | | | 4 700 000 |
| TOTAL SS3 | 43 900 000 | 50 100 000 | 147 400 000 | 22 400 000 | 22 400 000 | 286 200 000 |

PLAN D'ACTION NATIONAL BUDGÉTISÉ DE PLANIFICATION FAMILIALE 2024|2028

| | | | | | | |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| <u>Activité EF1-3</u> : Tenir des sessions d'orientation avec la commission de révision de modules de formation pour la prise en compte des volets tels le développement personnel et l'entreprenariat (renforcement de l'autonomisation des jeunes très tôt) | 7 166 017 | | | | | 7 166 017 |
| <u>Activité EF1-4</u> : Réviser le Manuel de procédures de l'ANACMU en intégrant la prise en charge de la PF | | 5 758 400 | | | | 5 758 400 |
| <u>Activité EF1-5</u> : Appuyer la réforme des textes de loi sur les compagnies d'assurance, les mutuelles de santé et les IPM afin d'intégrer le remboursement et la prise en charge des prestations de PF et les produits contraceptifs | | | 6 248 400 | | | 6 248 400 |
| <u>Activité EF1-6</u> : Organiser des sessions de révision du décret d'application de la loi SR pour autoriser l'offre de PF par les pharmaciens privés | | 6 468 400 | 6 468 400 | | | 12 936 800 |
| <u>Activité EF1-7</u> : Mener des activités de plaidoyer en faveur de la signature du décret d'application de la loi SR/PF | 5 928 250 | 5 928 250 | 5 928 250 | 5 928 250 | 5 928 250 | 29 641 250 |
| <u>Activité EF1-8</u> : Diffuser et partager les textes révisés | 4 438 000 | 4 438 000 | 4 438 000 | 4 438 000 | 4 438 000 | 22 190 000 |
| TOTAL EF1 | 27 032 267 | 32 093 050 | 32 583 050 | 19 866 250 | 19 866 250 | 131 440 867 |
| Intervention EF 2 : Amélioration du cadre de collaboration et de suivi des engagements des différentes parties prenantes | | | | | | |
| <u>Activité EF2-1</u> : Renforcer les cadres multisectoriels de collaboration et de plaidoyer sur la PF à tous les niveaux | | 82 160 000 | | | | 82 160 000 |
| <u>Activité EF2-2</u> : Former les MCR, les MCD, les autorités administratives/et locales et, la société civile sur le "motion tracker" pour un meilleur suivi des engagements | 15 000 000 | 15 000 000 | 15 000 000 | | | 45 000 000 |

PLAN D'ACTION NATIONAL BUDGÉTISÉ DE PLANIFICATION FAMILIALE 2024|2028

| | | | | | | |
|---|-------------------|--------------------|-------------------|-------------------|------------------|--------------------|
| <u>Activité EF2-3</u> : Organiser dans chaque région des activités de plaidoyer en faveur de la PF comme droit fondamental des populations cibles | 14 000 000 | | | | | 14 000 000 |
| <u>Activité EF2-4</u> : Assurer le monitoring financier dans les évaluations de la DPF (taux d'exécution des crédits alloués par l'Etat, financement par les Collectivités territoriales et les Comités de Développement sanitaire, contribution de la société civile, financement par les PTF) | | 6 200 000 | | 6 200 000 | | 12 400 000 |
| <u>Activité EF2-5</u> : Renforcer le mécanisme de suivi sur les engagements des parties prenantes (financement, loi SR, religieux, engagements pays) | 1 680 000 | 1 764 000 | 1 852 200 | 1 944 810 | 2 042 051 | 9 283 061 |
| <u>Activité EF2-6</u> : Renforcer le Plaidoyer pour la modification des articles 111 du code de la famille et 300 du code pénal relatifs à l'âge légal du mariage | 5 394 317 | 5 664 032 | 5 947 234 | 6 244 596 | 6 556 826 | 29 807 005 |
| TOTAL EF2 | 36 074 317 | 110 788 032 | 22 799 434 | 14 389 406 | 8 598 877 | 192 650 066 |
| Intervention EF 3 : Renforcement de la participation des religieux | | | | | | |
| <u>Activité EF3-1</u> : Harmoniser et disséminer les argumentaires religieux sur la PF | 15 000 000 | 15 000 000 | 15 000 000 | 15 000 000 | 15 000 000 | 75 000 000 |
| <u>Activité EF3-2</u> : Renforcer les capacités des acteurs religieux et communautaires de santé sur la SRAJ/PF | 10 000 000 | 10 000 000 | 10 000 000 | 10 000 000 | 10 000 000 | 50 000 000 |
| <u>Activité EF3-3</u> : Mener des activités de plaidoyer de haut niveau à l'endroit des guides religieux (Khalifes généraux, évêques...) | 5 394 317 | 5 664 032 | 5 947 234 | 6 244 596 | 6 556 826 | 29 807 005 |
| <u>Activité EF3-4</u> : Élaborer et mettre en œuvre des plans d'action avec les associations de religieux pour la mise en œuvre d'activités de plaidoyer et de communication | 50 000 000 | 52 500 000 | 55 125 000 | 57 881 250 | 60 775 313 | 276 281 563 |

| | | | | | | |
|---|------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| sur les argumentaires religieux (prêches, causeries, émissions radio et TV, live sur les réseaux sociaux ...) | | | | | | |
| TOTAL EF3 | 80 394 317 | 83 164 032 | 86 072 234 | 89 125 846 | 92 332 139 | 431 088 568 |
| TOTAL EF | 143 500 901 | 226 045 114 | 141 454 718 | 123 381 502 | 120 797 266 | 755 179 501 |

I Axe 5 : Intensification de la mobilisation des ressources et du financement durable

| | AN 1 (2024) | AN 2 (2025) | AN 3 (2026) | AN 4 (2027) | AN 5 (2028) | TOTAL |
|--|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------|
| Intervention MRF 1 : Amélioration du financement domestique de la PF | | | | | | |
| <u>Activité MRF1-1</u> : Mettre à jour la stratégie de mobilisation des ressources pour la PF ; | 13 000 000 | | | | | 13 000 000 |
| <u>Activité MRF1-2</u> : Appuyer l'union des associations des élus locaux à mettre en place un groupe de thématique sur les questions de SR/PF pour porter le plaidoyer auprès de leur père pour la mobilisation de ressources financières locales | 10 000 000 | | | | | 10 000 000 |
| <u>Activité MRF1-3</u> : Orienter ce groupe thématique sur l'importance de la PF dans le développement local et le plaidoyer de la PF pour la mobilisation des ressources | | 15 000 000 | | | | 15 000 000 |
| <u>Activité MRF1-4</u> : Organiser des sessions de plaidoyer pour le financement local de la PF (Etat, Parlementaire, collectivités territoriales, secteur privé national, CDS...) et le renforcement d'une ligne budgétaire dédiée à la SR/PF | | 10 000 000 | 10 000 000 | 10 000 000 | 10 000 000 | 40 000 000 |

PLAN D'ACTION NATIONAL BUDGÉTISÉ DE PLANIFICATION FAMILIALE 2024|2028

| | | | | | | |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| <u>Activité MRF2-5</u> : Mettre en place un mécanisme alternatif de financement de la PF | 500 000 | 500 000 | 500 000 | 500 000 | 500 000 | 2 500 000 |
| TOTAL MRF1 | 23 500 000 | 25 500 000 | 10 500 000 | 10 500 000 | 10 500 000 | 80 500 000 |
| Intervention MRF 2 : Plaidoyer pour un accroissement progressif et régulier des ressources domestiques auprès du secteur privé | | | | | | |
| <u>Activités MRF2-1</u> : Organiser des activités de plaidoyer avec le secteur privé pour l'allocation de ressources financières à travers la RSE pour la SR/ PF promotion et la réhabilitation des espaces conviviaux (espaces ados/jeunes, CCA...) | 4 244 317 | 4 244 317 | | | | 8 488 634 |
| <u>Activité MRF2-2</u> : Etablir un partenariat avec le secteur privé, les associations professionnelles pour le financement des activités PF ; | | | | | | 0 |
| TOTAL MRF2 | 4 244 317 | 4 244 317 | | | | 8 488 634 |
| Intervention MRF 3 : Mobilisation du financement par les collectivités territoriales et les CDS | | | | | | |
| <u>Activités MRF3-1</u> : Organiser un atelier national de marketing du modèle TCI en collaboration avec l'UAL et le ministère des collectivités territoriales | 16 000 000 | | | | | 16 000 000 |
| <u>Activité MRF3-2</u> : Organiser dans chaque région un atelier de marketing du modèle TCI et de partage des résultats au Sénégal | 42 000 000 | | | | | 42 000 000 |
| <u>Activité MRF3-3</u> : Organiser dans chaque région, des sessions de formation des Collectivités territoriales et des Comités de Développement sanitaire sur la PF et ses différents enjeux | | 17 025 750 | 17 025 750 | 17 025 750 | | 51 077 250 |
| <u>Activité MRF3-4</u> : Organiser des sessions de plaidoyer pour l'intégration de la PF comme priorité dans les plans locaux de développement des communes (PLD) | | | | | | 0 |

PLAN D'ACTION NATIONAL BUDGÉTISÉ DE PLANIFICATION FAMILIALE 2024|2028

| | | | | | | |
|---|--------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| à travers l'allocation d'une ligne budgétaire en sa faveur | | | | | | |
| <u>Activité MRF3-5</u> : Organiser dans chaque région, au moins une fois/année une journée de levée de fonds pour le financement de la PF avec une forte implication des jeunes et de la société civile auprès des CT et des CDS... | 14 000 000 | 14 700 000 | 15 435 000 | 16 206 750 | 17 017 088 | 77 358 838 |
| TOTAL MRF3 | 72 000 000 | 31 725 750 | 32 460 750 | 33 232 500 | 17 017 088 | 186 436 088 |
| Intervention MRF 4 : Suivi des engagements des acteurs (Etat, CT, PTF et secteur privé) par rapport au financement de la PF) | | | | | | |
| <u>Activité MRF4-1</u> : Elaborer un mécanisme de suivi de la mobilisation des ressources financières et de l'exécution des dépenses de la PF | | | | | | 0 |
| <u>Activité MRF4-2</u> : Assurer le suivi de l'alimentation et de l'utilisation effective de la ligne budgétaire dédiée à l'achat de consommables et produits contraceptifs | | | | | | 0 |
| <u>Activité MRF4-3</u> : Mener des évaluations semestrielles des financements et des dépenses de la PF | 4 900 000 | 5 145 000 | 5 402 250 | 5 672 363 | 5 955 981 | 27 075 594 |
| <u>Activité MRF4-4</u> : Documenter et diffuser les bonnes pratiques sur la mobilisation des ressources domestiques pour la PF | 5 194 317 | 5 454 032 | 5 726 734 | 6 013 071 | 6 313 724 | 28 701 878 |
| TOTAL MRF4 | 10 094 317 | 10 599 032 | 11 128 984 | 11 685 434 | 12 269 705 | 55 777 472 |
| TOTAL MRF | 109 838 634 | 72 069 099 | 54 089 734 | 55 417 934 | 39 786 793 | 331 202 194 |

PLAN D'ACTION NATIONAL BUDGÉTISÉ DE PLANIFICATION FAMILIALE 2024|2028

| | | | | | | |
|--|-------------------|--------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| <u>Activité GG2-3</u> : Réviser des outils de gestion pour intégrer les nouveaux besoins du programme prenant en compte la PF chirurgicale et la segmentation des cibles | 9 238 800 | 9 238 800 | 9 238 800 | 9 238 800 | 9 238 800 | 46 194 000 |
| <u>Activité GG2-4</u> : Rendre disponible les outils de gestion révisés de manière synchrone au niveau des régions, | 10 000 000 | 10 000 000 | 10 000 000 | 10 000 000 | 10 000 000 | 50 000 000 |
| <u>Activité GG2-5</u> : archiver les données à tous les niveaux | 25 000 000 | 25 000 000 | 25 000 000 | 25 000 000 | 25 000 000 | 125 000 000 |
| <u>Activité GG2-6</u> : Digitaliser les outils de gestion SR/PF | 13 272 000 | 13 272 000 | 13 272 000 | 13 272 000 | 13 272 000 | 66 360 000 |
| TOTAL GG2 | 75 612 800 | 329 945 400 | 75 612 800 | 75 612 800 | 75 612 800 | 632 396 600 |
| Intervention GG3 : Capitalisation des données du privé et du niveau communautaire dans le DHIS2 | | | | | | |
| <u>Activité GG3-1</u> : Doter les structures privées des outils de gestion révisés | 15 000 000 | 15 000 000 | 15 000 000 | 15 000 000 | 15 000 000 | 75 000 000 |
| <u>Activité GG3-2</u> : Rendre disponible des outils de gestion au niveau communautaire | 4 000 000 | 4 000 000 | 4 000 000 | 4 000 000 | 4 000 000 | 20 000 000 |
| <u>Activité GG3-3</u> : Former les prestataires du secteur privé et du niveau communautaire sur le SIG, le manuel de procédures PF et la gestion du fichier PF. | | 65 465 500 | | | | 65 465 500 |
| <u>Activité GG3-4</u> : Assurer le suivi de la capitalisation des données | 13 272 000 | 13 272 000 | 13 272 000 | 13 272 000 | 13 272 000 | 66 360 000 |
| TOTAL GG3 | 32 272 000 | 97 737 500 | 32 272 000 | 32 272 000 | 32 272 000 | 226 825 500 |
| Intervention GG4 : Amélioration des mécanismes de suivi | | | | | | |
| <u>Activité GG4-1</u> : Élaborer et mettre en œuvre le plan de suivi-évaluation du PANB PF3 | 15 000 000 | | | | | 15 000 000 |

| Intervention GG6 : Mise en place d'un mécanisme de gestion des connaissances | | | | | | |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------------------|
| <u>Activité GG6-1</u> : Promouvoir la dissémination et l'utilisation des résultats de recherche dans la prise de décision | | 25 000 000 | | | | 25 000 000 |
| <u>Activité GG6-2</u> : Promouvoir la documentation et le partage d'expériences à tous les niveaux | 62 691 895 | 62 691 895 | 62 691 895 | 62 691 895 | 62 691 895 | 313 459 475 |
| TOTAL GG6 | 62 691 895 | 87 691 895 | 62 691 895 | 62 691 895 | 62 691 895 | 338 459 475 |
| TOTAL AAGP | 465 196 695 | 816 211 795 | 471 413 695 | 471 413 695 | 471 413 695 | 2 695 649 575 |

Annexe 2 : Méthodes de calcul des indicateurs

I Taux de mortalité maternelle

- L'objectif fixé pour les ODD 2030 est de moins de 140 décès pour 100000 naissance vivante pour tous les pays.
- Progression totale = Situation de référence 2017 (234) – l'objectif de OOD 2030 (140)
- Progression moyenne annuelle = Progression totale / 8ans
- Cible annuelle = Situation de référence – progression moyenne annuelle

I Taux de mortalité néonatale

- L'objectif fixé pour les ODD 2030 est de moins de 12 décès pour 1000 naissance vivante pour tous les pays.
- Progression totale = Situation de référence 2019 (21) – l'objectif de OOD 2030 (12)
- Progression moyenne annuelle = Progression totale / 12 ans
- Cible annuelle = Situation de référence – progression moyenne annuelle
- Pour les autres indicateurs se référer dans la feuille « Projection Indicateurs » dans le classeur du cadre de performance PNPF3

I Pour les indicateurs TPC et les besoins non satisfaits des FAR et des adolescentes/ Jeunes femmes

- Horizon temporelle = 8ans
- Progression totale = : Situation de référence de 2019 – objectif de 2028
- Progression moyenne annuelle = Progression totale/ Horizon temporelle
- Cibles attendues annuelle = Situation de référence + progression moyenne annuelle
- Cependant pour avoir les cibles 15-19 ans et 20 – 24 ans, nous avons procédé ainsi :
- Projection de la population de 2028 = Projection de FAR de 2028 / le coefficient SRAJ
- Coefficient de la population 10,28% pour les 15- 19 ans
8,97 % pour les 20- 24 ans
- FAR attendues 15 – 19 ans = Pop attendue 2028 * 48,75%

- FAR attendue 20- 24 ans = Pop attendue 2028 *49,13

I Objectifs régionaux de TPC

- Le Sénégal a pris l'engagement de porter en 2028, son taux de prévalence à 46% équivalent à 1 473 804 de femmes utilisatrices en union. Ce taux de prévalence contraceptive attendu découle de la contribution de chaque région.

Tableau IX: Tableau : Projection des TPC par région (Source Tableaux régionaux EDS 2018-2019 ANSD EDS 2019)

| Région | Réalisati on TPC en 23 | Population régionale en 2023 | Populatio n des femmes 2023 | % FAR en 2023 | % FARU en 2023 (EDS 2023) | Population FARU en 2023 | Actives de 2023 | Contributi ons par région sur les actives en 2023 | TPC attendu en 2028 | Population régionale en 2028 | Population FARU en 2028 | Actives attendues en 2028 | Ecart de TPC entre 2023 et 2028 | Pas de progression moyenne et an |
|-------------|------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|---------------------|------------------------------------|-------------------------------|--------------------|---|---------------------------|------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---|---|
| Dakar | 36,4% | 4004425 | 1 985 666 | 26,3% | 53,6% | 563 423 | 205 086 | 28,3% | 69,4% | 4 394 690 | 618 333 | 429 426 | 33,0% | 6,6% |
| Ziguinchor | 23,3% | 617568 | 298 585 | 22,4% | 51,1% | 70 595 | 16 449 | 2,3% | 44,4% | 678313 | 77 538 | 34 441 | 21,1% | 4,2% |
| Diourbel | 16,6% | 2080332 | 1 050 581 | 24,1% | 69,5% | 347 867 | 57 746 | 8,0% | 29,9% | 2 416 820 | 404 133 | 120 913 | 13,3% | 2,7% |
| Saint-Louis | 31,2% | 1202438 | 591 554 | 24,5% | 67,4% | 198 315 | 61 874 | 8,5% | 58,1% | 1352946 | 223 138 | 129 558 | 26,9% | 5,4% |
| Tambacounda | 8,0% | 987154 | 483071 | 22,1% | 75,4% | 164 568 | 13 165 | 1,8% | 14,4% | 1152262 | 192 093 | 27 567 | 6,4% | 1,3% |
| Kaolack | 24,0% | 1336718 | 661 808 | 23,8% | 71,9% | 228 742 | 54 898 | 7,6% | 43,5% | 1545364 | 264 446 | 114 950 | 19,5% | 3,9% |
| Thiès | 33,3% | 2463679 | 1206703 | 24,5% | 58,4% | 352 647 | 117 431 | 16,2% | 61,7% | 2785507 | 398 713 | 245 888 | 28,4% | 5,7% |
| Louga | 15,8% | 1125910 | 561 965 | 24,5% | 74,7% | 205 806 | 32 517 | 4,5% | 29,0% | 1285401 | 234 960 | 68 088 | 13,2% | 2,6% |
| Fatick | 27,1% | 906922 | 453057 | 22,5% | 64,8% | 132 464 | 35 898 | 4,9% | 49,1% | 1048070 | 153 080 | 75 166 | 22,0% | 4,4% |
| Kolda | 22,4% | 914797 | 446 887 | 22,9% | 77,7% | 162 986 | 36 509 | 5,0% | 40,5% | 1 060 295 | 188 909 | 76 445 | 18,1% | 3,6% |
| Matam | 10,9% | 831632 | 403523 | 21,8% | 70,8% | 128 240 | 13 978 | 1,9% | 19,8% | 960814 | 148 160 | 29 269 | 8,9% | 1,8% |
| Kaffrine | 25,5% | 820404 | 404 521 | 22,2% | 82,3% | 149 960 | 38 240 | 5,3% | 44,9% | 974684 | 178 161 | 80 070 | 19,4% | 3,9% |
| Kédougou | 18,0% | 245147 | 112890 | 21,5% | 75,1% | 39 546 | 7 118 | 1,0% | 32,7% | 282307 | 45 540 | 14 905 | 14,7% | 2,9% |
| Sédhiou | 18,0% | 589264 | 286 683 | 21,8% | 68,9% | 88 306 | 15 895 | 2,2% | 32,4% | 685045 | 102 659 | 33 282 | 14,4% | 2,9% |
| Sénégal | 25,6% | 18 126 390 | 8 947 494 | 24,9% | 64,3% | 2 833 464 | 725 367 | | 46,0% | 20 622 518 | 3 301 809 | 1 518 832 | 20,4% | 4,1% |

