

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE

UNION – DISCIPLINE – TRAVAIL

**MINISTERE DE LA SANTE
ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA**



**PLAN STRATEGIQUE DE LA
PLANIFICATION FAMILIALE
2012–2016**

Vision

«

»

Juin 2012



TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

I -	PRESENTATION DE LA COTE D'IVOIRE.....	9
I . 1.	Situation géographique.....	9
I . 2.	Situation démographique.....	9
I . 3.	Contexte politique	9
I . 4.	Situation économique	10
I . 5.	Situation sanitaire	10
I.5.1.	Organisation du système de santé et infrastructures.....	10
I.5.2.	Ressources humaines	11
I.5.3.	Ressources financières.....	12
I.5.4.	Accessibilité des services de la santé de la reproduction.....	12
I.5.4.1.	Accessibilité géographique des services de la SR.....	12
I.5.4.2.	Mesures de la gratuité des services de la santé de la SR.....	13
I.5.5.	Partenariat.....	14
II -	SITUATION DE LA MORTALITE MATERNELLE ET NEONATALE	14
III -	SITUATION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE	15
III . 1.	Volonté politique	15
III . 2.	Cadre juridique	16
III . 3.	Etat des lieux / Utilisation de la planification familiale	16
III . 4.	Offre de PF.....	18
III.4.1.	Formation en planification familiale.....	18
III.4.1.1.	Ecole de base.....	18
III.4.1.2.	Formation continue.....	19
III.4.2.	Structures publiques	19
III.4.2.1.	Disponibilité des services de PF.....	19
III.4.2.2.	Capacité de fonctionnement et qualité des services de PF	22
III.4.3.	Structures des ONG	23
III.4.4.	Structures privées	25
III.4.5.	DBC	25
III.4.6.	Marketing social.....	26
III.4.7.	Sécurisation des produits contraceptifs.....	27
III.4.8.	Intégration Planification Familiale / VIH Sida	28
III.4.9.	Système d'information de gestion.....	28
III.4.10.	Financement de la PF	28
III . 5.	Demande de PF	30
III . 6.	Cadre de mise en œuvre, de suivi, d'évaluation et de coor PF...	31
III.6.1.	Ministère de la santé et de la lutte contre le Sida.....	31
III.6.1.1.	Niveau central	31
III.6.1.2.	Niveau intermédiaire et périphérique	32
III.6.2.	Partenaires	32
III.6.2.1.	Collectivités territoriales	33
III.6.2.2.	Organisations Non Gouvernementales	33

III.6.2.3.	Secteur privé sanitaire	33
III.6.2.4.	Partenaires au développement.....	33
IV -	FORCE CONTRAINTE ET FAIBLISSE DU PROG. DE PF	34
IV . 1.	Force du programme de la PF.....	34
IV . 2.	Contrainte et faiblesse du programme de la PF	35
IV . 3.	Opportunités	36
IV . 4.	Menaces.....	36
V -	DEFIS	36
VI -	VISION ET OBJECTIFS.....	38
VI . 1.	Vision.....	38
VI . 2.	But et objectifs du plan.....	38
VI.2.1.	But.....	38
VI.2.2.	Objectifs d'impact et de résultats	38
VII -	AXES STRATEGIQUES	39
VII . 1.	Amélioration Environnement juridique .. de la PF/VIH SIDA ...	39
VII . 2.	Renforcement et extension de l'offre de PF/VIH SIDA	39
VII . 3.	Amélioration de la qualité des services de PF	41
VII . 4.	Renforcement des capacités des individus et des ménages.....	42
VII . 5.	Mobilisation des ressources additionnelles et financement	43
VII . 6.	Recherche opérationnelle.....	43
VII . 7.	Renforcement de la coordination, du suivi et d'évaluation.....	43
VIII -	ÉLÉMENTS DE LA CHAÎNE DE RÉSULTATS	43
IX -	PLAN DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN	49
IX . 1.	Matrices du plan de mise en œuvre et de suivi.....	49
IX . 2.	Dispositif de suivi des activités et d'évaluation du plan	64
X -	PARTIES PRENANTES ET LEURS ROLES	66
X . 1.	Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida	67
X . 2.	Autres départements ministériels.....	67
X . 3.	Partenaires	68
X.3.1.	Collectivités territoriales, communautés et ménages	68
X.3.2.	Organisations Non Gouvernementales	68
X.3.3.	Secteur privé sanitaire	68
X.3.4.	Partenaires au développement.....	69
XI -	BUDGET DU PLAN STRATEGIQUE PF.....	70
XI . 1.	Budget synthétisé	70
XI . 2.	Budget semi détaillé.....	72
XI . 3.	Financement du plan stratégique PF	75

CONCLUSION

ANNEXES

LISTE DES ABREVIATIONS

AIBEF	: Association Ivoirienne pour le Bien-Être Familial
AIMAS	: Agence Ivoirienne de Marketing Social
ANADER	: Agence Nationale pour la Développement Rural
CAFOP	: Centre d'Animation et de Formation Pédagogique
CEDEAO	: Communauté des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CIDT	: Compagnie Ivoirienne pour le Développement Textile
CoGes	: Comité de Gestion
CRESARCI	: Cellule de Recherche en Santé de la Reproduction de Côte d'Ivoire
CSR	: Centre de Santé Rural
CSU	: Centre de Santé Urbain
DC-PNSR/PF	: Direction de Coordination du Programme National de la Santé de la Reproduction / Planification Familiale
DDS	: Direction Départementale de la Santé
DIPE	: Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation
DIEM	: Direction des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance
DRS	: Direction Régionale de la Santé
DSC	: Direction de la Santé Communautaire
EDS-CI	: Enquête Démographique et de Santé en Côte d'Ivoire
EIS-CI	: Enquête sur les Indicateurs du Sida en Côte d'Ivoire
ENSEA	: Ecole Nationale des Statistiques et de l'Economie Appliquée
ESPC	: Etablissement Sanitaire de Premier Contact
FSU	: Formation Sanitaire Urbaine
IEC/CCC	: Information, Education, Communication / Communication pour le Changement de Comportement
INFAS	: Institut National de Formation des Agents de Santé
INS	: Institut National de la Statistique
INSP	: Institut National de Santé Publique
ISF	: Indice Synthétique de Fécondité
MICS	: Enquête à Indicateurs Multiples par grappes
MSHP	: Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
MSP	: Ministère de la Santé Publique
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PF	: Planification Familiale
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNSSU	: Programme National de Santé Scolaire et Universitaire
PSP	: Pharmacie de la Santé Publique

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SAA : Soins Après Avortement
SONU : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SOU : Soins Obstétricaux d'Urgence
SONUB : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SOUC : Soins Obstétricaux d'Urgence Complets
SR : Santé de la Reproduction
SSP : Soins de Santé Primaires
UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

RESUME

INTRODUCTION

La croissance économique au lendemain de l'indépendance a permis de mettre en œuvre des infrastructures en faveur de la population. Ce développement économique a très largement compensé l'accroissement démographique de façon à dégager un gain important de revenu annuel par habitant. Au cours de cette période de croissance, le gouvernement avait une attitude pronataliste. La planification familiale n'était pas intégrée dans le Paquet Minimum des Activités (PMA) des services de santé.

La récession économique continue due en partie à la chute des prix des matières premières agricoles, enregistrée depuis la fin des années 1970, conjuguée à une croissance démographique exponentielle a fortement affecté le niveau de vie acquis de façon à installer dans le temps la pauvreté.

Durant cette période de récession économique, la mortalité maternelle est apparue comme un problème de santé publique en Côte d'Ivoire. En effet, en 1994, pour 100.000 naissances vivantes, on enregistrait plus 597 décès (EDS 94). Le faible recours à la contraception moderne (prévalence contraceptive de 5,7%) a constitué un facteur très significatif de cette mortalité maternelle.

La participation de la Côte d'Ivoire de la Conférence International sur la Population et le Développement a été un tournant décisif pour attirer l'attention du politique sur les questions de la santé sexuelle et reproductive. En effet, Le Gouvernement ivoirien qui a pris conscience de l'importance des problèmes démographiques et de santé. Il a donc adopté une attitude de plus en plus favorable vis à vis de la planification familiale qui s'est concrétisée en 1998 par l'adoption par le Gouvernement de la politique et du plan stratégique de la santé de la reproduction avec une priorité accordée à la planification familiale.

La mise en œuvre de ce programme a permis d'obtenir des résultats positifs dont on peut citer l'augmentation de la prévalence contraceptive pour les méthodes modernes qui était estimée en 1994 à 5,7% est passée en 1999 à 10%, soit une augmentation de 7,3 points. Ce résultat traduit la baisse de l'indice synthétique de fécondité qui est passée de 5,7% en 1994 à 5,2% en 1998, soit une diminution d'un demi-enfant en l'espace de 5 ans.

Depuis quelques années, on assiste à une nouvelle orientation dans les priorités et des ressources des gouvernements, se détournant des programmes de Planification Familiale et de santé de la reproduction. En effet, l'attention est dirigée vers la lutte contre le VIH/SIDA. La baisse d'intérêt et l'immense besoin non satisfait en planification familiale, ont justifié la tenue d'une conférence régionale, sur le repositionnement de la PF en Afrique de l'ouest en février 2005 à Accra au Ghana. Cette conférence a reconnu la PF comme une stratégie très efficace pour contribuer à la réalisation des Objectifs de Développement du Millénaire (ODM) liés à la santé des mères et des nourrissons en Afrique. Il faudra désormais considérer la planification familiale comme un véritable outil de développement. Il a été recommandé donc aux états d'œuvrer au

repositionnement de la PF pour contribuer à la réduction de la pauvreté dans notre zone ouest Africaine et, cela passe nécessairement par le plaidoyer pour un engagement fort des politiques et de la société civile dans sa pluralité.

On note par ailleurs que sous initiative de la communauté internationale, la Côte d'Ivoire a adopté un Cadre d'Accélération des OMD (CAO), comme modalité pour booster les progrès. La planification familiale constitue un des domaines prioritaires. C'est dans le cadre donc des mesures pour accélérer l'atteinte des résultats des OMD 4 et 5 que se situe ce document de repositionnement de la planification familiale.

I - PRESENTATION DE LA COTE D'IVOIRE

I . 1. Situation géographique

La Côte d'Ivoire est située en Afrique de l'Ouest, entre les 5° et 11° Nord et 3° et 8° ouest. Elle s'étend une superficie de 322 462 Km² et a pour frontières, le Golf de Guinée au Sud, le Mali et le Burkina Faso au Nord, le Ghana à l'Est, le Liberia et la Guinée à l'Ouest.

Le climat est de type tropical humide avec une pluviométrie annuelle variant entre 2 300 mm au sud et 900 mm au nord et des températures élevées dont la moyenne est de 30°C.

I . 2. Situation démographique

Selon les projections, la population de la Côte d'Ivoire est estimée à 22 millions en 2012 Cette population connaît une croissance rapide et soutenue avec un taux d'accroissement annuel estimé à 2,8% en 2006 (INS, 2006).

Le dynamisme démographique se caractérise par une fécondité forte et précoce (taux brut de natalité de 37,9‰) mais qui connaît une baisse : 7,2 enfants par femme en 1981, 5,2 en 1999 (EDSCI-II) et 4,6 en 2005 (EIS, 2005).

La population est jeune (60% a moins de 25 ans). Les moins de 15 ans et les 15 à 24 ans représentaient respectivement 43,5% et 21,3% de l'ensemble de la population en 1998. Les femmes représentent 49% de la population dont 51% sont en âge de procréer.

Les femmes en âge de procréer et les naissances attendues représentent respectivement 22% et 5% de la population en 2008 (INS, 2006).

Ces différents indicateurs montrent que le contexte démographique exerce une pression sur les ressources du secteur de la santé en termes de personnel de santé ainsi que d'infrastructures et d'équipement.

I . 3. Contexte politique

Le contexte politique est caractérisé par la crise militaro-politique de septembre 2002 qui avait entraîné la partition du pays. Le processus de normalisation a été

entamé a permis à la tenue des élections présidentielles dont la contestation des résultats a conduit à la crise post électorale. La situation actuelle semble apaisée. La politique prônée par le gouvernement actuel est la recherche de la paix, la réconciliation et la recherche de la croissance économique. Une Commission Dialogue Vérité Réconciliation a été mise en place. Son objectif est d'essayer de panser les plaies d'une décennie tourmentée.

I . 4. Situation économique

Les deux premières décennies de développement (1960-1980) ont constitué une période de croissance économique soutenue avec un taux annuel moyen de 7%. De 1980 à 1993, La récession économique continue a eu pour conséquences la réduction des dépenses dans la plupart des secteurs : santé, éducation, emploi, logement, avec pour effet, l'accentuation des difficultés que connaissaient les populations.

A partir de 1994, les effets combinés de la dévaluation du franc CFA et la mise en œuvre des programmes du gouvernement avec l'appui des partenaires au développement, ont permis à l'économie ivoirienne de renouer avec une croissance qui sera perturbée par le coup d'état de décembre 1999 et compromise par la rébellion du 19 septembre 2002. Le taux de croissance du PIB qui était positif (1,5%) en 1999 a chuté régulièrement pour atteindre jusqu'en 2004 où le pays a connu une croissance positive de 1,8 % en 2005.

L'on note une paupérisation de la population tant au niveau rural qu'au niveau urbain avec une frange importante de la population vivant sous le seuil de pauvreté. Entre 2002 et 2005, l'incidence de la pauvreté serait passée de 38,4% à 42,6%, soit une augmentation de plus de 4 points (PNDS, 2008).

L'enquête nationale de 2008 a révélé une dégradation de la situation avec la proportion des ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté qui a atteint 48,9% (INS, 2008). Avec cette détérioration des conditions de vie des populations, les populations arrivent difficilement à satisfaire leurs besoins de santé. La majorité (85% à 90%) de la population ne bénéficie d'aucune couverture sociale notamment les populations en zone rurale, les travailleurs du secteur informel... (PNDS, 2008).

I . 5. Situation sanitaire

I.5.1. Organisation du système de santé et infrastructures

Le système sanitaire de Côte d'Ivoire est organisé selon le modèle pyramidal avec deux versants : un versant administratif et un versant opérationnel. Le versant administratif sanitaire comprend 3 niveaux : le niveau central, le niveau régional fait des régions sanitaires et le niveau périphérique représenté par les districts sanitaires. Les districts sont confrontés à des difficultés de fonctionnement diverses, notamment la formation insuffisante pour la gestion (planification, exécution, suivi, supervision et évaluation), la faible mobilisation

des acteurs et des ressources (humaines, matérielles, logistiques, financière), la mise à disposition tardive des ressources ayant pour conséquences la faible capacité d'absorption desdites ressources. Le niveau régional est très insuffisamment équipé en personnel et en équipement pour apporter son appui aux districts.

Le versant opérationnel est composé d'infrastructures sanitaires classées en trois niveaux : le niveau primaire est composé de 1591 établissements sanitaires de premier contact (PNDS, 2008). Le niveau secondaire est composé de 77 établissements sanitaires de premier niveau de référence dont 58 hôpitaux généraux et 17 centres hospitaliers régionaux (PNDS, 2008). Le niveau tertiaire composé d'établissements sanitaires deuxième niveau de référence. Ils sont représentés par quatre Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), soit trois à Abidjan (Cocody, Treichville, Yopougon) et un à l'intérieur du pays (Bouaké) et des structures spécialisées.

Les secteurs privé, confessionnel et associatif s'intègrent dans ce système de santé avec secteur privé 653 officines de pharmacie, 813 infirmeries, 175 centres et cabinets médicaux, 75 cliniques, 11 polycliniques (PNDS, 2008). A cela, s'ajoutent les ONG qui interviennent dans la gestion et l'offre des services de santé.

De manière globale, la couverture en infrastructures demeure faible avec 1 ESPC pour 13831 habitants dans les régions et un déficit plus marqué pour les maternités en milieu rural.

I.5.2. Ressources humaines

L'étude sur la disponibilité, la qualité et l'utilisation des SONU en Côte d'Ivoire, réalisée en 2011, indique que 15607 agents de santé, toutes catégories confondues, sont en activité dans les établissements sanitaires. Les catégories les plus observées sont les infirmiers/infirmières (19%), les filles de salles (18%), les sages-femmes (14%) et les médecins généralistes (8%).

La répartition du personnel de santé en activité montre des disparités régionales, quelle que soit la catégorie considérée. En effet, les régions des Lagunes 1 (22%) et des Lagunes 2 (23%) détiennent à elles seules 45% de l'ensemble des agents de santé, toutes catégories confondues. La concentration est particulièrement forte chez les pédiatres (91%), sages-femmes puéricultrices (91%), médecins anesthésistes (88%) et gynécologues (85%). On constate par ailleurs qu'une sage-femme sur deux (52%) et un(e) infirmier(ère) sur trois (34%) se trouvent dans ces deux régions.

Par ailleurs, suivant la catégorie professionnelle, l'étude SONU indique que dans l'ensemble il y a un médecin pour 9 444 habitants, un infirmier pour 7 326 habitants et une sage-femme pour 8 258 habitants. D'importantes variations régionales apparaissent également. Il ressort en effet que le personnel de santé est davantage concentré dans les régions sanitaires des Lagunes 1 et 2 et dans une moindre mesure dans la région des Lacs.

I.5.3. Ressources financières

Tableau 1 : Evolution du budget de l'Etat et de la Santé de 2000 à 2012

Années	Budget Etat : 1 milliard F CFA	Budget Santé: 1 milliard F CFA	Rapport Santé/Etat (%)	Taux accroissement du budget santé (%)	Fonctionnement: 1 milliard F CFA	Investissement: 1 milliard F CFA	Part des investissements
2000	1 772,32	98,56	5,56		59,45	39,11	39,68
2001	1 284,08	74,16	5,78	- 24,76	54,21	19,95	26,90
2002	1 942,08	82,98	4,27	11,89	60,92	22,06	26,59
2003	1 418,08	76,66	5,41	- 7,61	58,86	17,80	23,22
2004	1 920,85	85,68	4,46	11,76	63,23	22,45	26,20
2005	1 734,10	71,44	4,12	- 16,62	60,57	10,87	15,22
2006	1 965,31	79,08	4,02	10,69	66,98	12,10	15,30
2007	2 112,55	85,48	4,05	8,09	70,87	14,60	17,09
2008	2 368,62	95,48	4,03	11,70	81,97	13,50	14,14
2009	2 529,50	109,82	4,34	15,02	89,07	20,75	18,89
2010	2 952,17	109,09	3,70	- 0,67	93,29	15,80	14,48
2011	3 050,00	105,60	3,46	- 3,20	91,26	14,34	13,58
2012	3 160,00	137,82	4,36	30,52	105,38	32,44	23,54

Source : DAF, MSLS, 2012

Le tableau l'indique que le budget de l'Etat et celui de la santé connaissent une croissance depuis 2000. Ils sont respectivement en 2012 de 3 160 et de 137,82 milliards de F CFA. Contrairement aux engagements pris par les Chefs d'Etats et de Gouvernements africains lors du Sommet d'Abuja au Nigeria en 2002, le budget alloué au secteur de la santé qui devrait être de 15% du budget global de l'Etat ne représente en moyenne que 4%. On constate une régression allant de 5,56% à 4,36% de 2000 à 2012. On note par ailleurs que les investissements ne représentent en moyenne que 21,11% du budget la santé et la tendance est à la régression.

I.5.4. Accessibilité des services de la santé de la reproduction

I.5.4.1. Accessibilité géographique des services de la santé de la reproduction

En termes d'accessibilité géographique aux infrastructures sanitaires, 44% de la population vivent dans un rayon de moins de 5 Km d'un centre de santé. Les populations qui doivent parcourir une distance de 5 à 15 Km pour accéder à une structure sanitaire représentent 27% tandis que 29% sont à plus de 15 km (PNDS, 2008). L'insuffisante accessibilité des services de la reproduction doit conduire au renforcement de la stratégie mobile au niveau des districts et l'usage de la communauté pour la distribution à base communautaire des produits SR.

I.5.4.2. Mesures de la gratuité des services de la santé de la reproduction

L'Initiative de Bamako a mis un terme à la situation de gratuité des soins et a conduit à la contribution des populations à la prise en charge de leurs problèmes de santé. Les prestations de santé et les médicaments ont été désormais payants. Les difficultés d'accès aux soins ont conduit progressivement les populations au recours à la médecine traditionnelle qui est devenue une pratique très courante au point où le gouvernement a dû développer un programme national de promotion de la médecine traditionnelle.

Une décision gouvernementale a instauré en avril 2011 pour l'exemption de paiement, à titre exceptionnel et pour une période déterminée, des frais de prise en charge médicale des usagers dans les établissements sanitaires sur l'ensemble du territoire national au sortir de la grave crise post électorale. La mesure de gratuité des soins a porté sur les activités de soins (consultations et admissions en urgence, hospitalisations, actes chirurgicaux, accouchements normaux, accouchements par césarienne, et autres prestations); les activités para cliniques (examen de laboratoire, examen de radiographie) et les médicaments et intrants.

En terme de résultat, la mesure de gratuité des soins a fait observer, selon le rapport d'évaluation de la gratuité des soins de santé en Côte d'Ivoire (Juin 2011), une augmentation (par rapport à l'année 2010) du nombre des accouchements normaux (10860, soit 31% d'augmentation), et de celui des accouchements par césarienne dans les hôpitaux de référence des districts (726, soit 15% d'augmentation). On constate donc une augmentation de 94% du taux des accouchements assistés par du personnel qualifié, du fait de la gratuité dans les établissements sanitaires de deuxième niveau de référence (CHU). Au niveau des établissements sanitaires de premier niveau de référence (CHR/HG) cette augmentation est de 17,29%. Quant aux établissements sanitaires de premier contact (ESPC), l'augmentation du taux des accouchements assistés par du personnel qualifié est de 17,38%. Ce qui donne un taux d'augmentation global de 31,25% en l'espace d'un mois (Mai 2011). On a noté par ailleurs un engouement à l'utilisation des services de PF. Avec cette augmentation, la mesure de gratuité a permis de réduire les risques de décès maternels liés à la grossesse et à l'accouchement.

La mesure de gratuité a connu un engouement certain pour les populations bénéficiaires, mais certains obstacles se dressent dans sa mise en œuvre effective sur le terrain. L'on peut citer entre autres, l'insuffisance médicament et d'intrants pour les examens, le manque d'adhésion de certains prestataires, la faiblesse du dispositif de suivi (y compris supervision) et de contrôle de la mesure de gratuité, l'insuffisance d'analyse approfondie des conditions de mise en œuvre de la politique de gratuité des SONU (ciblage, modalités de financement...), la faiblesse des ressources disponibles et le retard dans leur mise à disposition.

La stratégie de la gratuité générale des services de santé qui a évolué en 2012 en stratégie de la gratuité ciblée qui prend en compte les soins de la mère et de l'enfant. Les produits contraceptifs ne font pas parties de cette gratuité ciblée.

Au regard de l'insuffisance de visibilité sur l'impact la gratuité, il souhaitable pour le moment que la mesure de la gratuité ne couvre pas les produits contraceptifs. Toute fois une dérogation pourrait être faite pour les indigents et les personnes vivant avec le VIH.

I.5.5. Partenariat

La Côte d'Ivoire a une longue expérience de partenariat, notamment avec les associations confessionnelles (hôpitaux et autres établissements sanitaires confessionnels). Il s'est développé ces dernières années sous l'impulsion du Ministère en charge de la santé, un mouvement de renforcement du partenariat avec les associations communautaires et les organisations non gouvernementales nationales ou internationales. Le partenariat le plus agissant est observé dans le domaine de la lutte contre le VIH/Sida avec l'intervention des ONG nationales et internationales. Dans le domaine de la planification familiale, un partenariat s'est développé avec des ONG nationales dont l'AIBEF et l'AIMAS.

Les partenariats qui demandent à être renforcés davantage sont ceux avec le secteur sanitaire privé de type lucratif et les autres secteurs de développement. De même, les comités de gestion des établissements de santé (COGes) sont encore trop timides dans leur mission de cogestion et d'interface entre les populations et les acteurs du secteur de la santé.

En outre, l'on note des partenariats avec d'autres acteurs tels que les collectivités territoriales (mairies, conseils généraux). Cependant, l'analyse de la collaboration entre ces différents acteurs a révélé des difficultés qu'il faut améliorer.

II - SITUATION DE LA MORTALITE MATERNELLE ET NEONATALE

Le ratio de mortalité maternelle est de 543 décès /100.000 naissances vivantes (EIS 2005). Cette mortalité est essentiellement due à des causes médicales directes telles que les hémorragies (36,1%), les dystocies (20,3%), l'hypertension artérielle (18,2%), les complications de l'avortement (14,8%), et les infections du post-partum (4,8%). Les causes indirectes sont le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose et l'anémie.

La situation de la santé de la mère est caractérisée par une insuffisance de la surveillance de la grossesse (CPNI1 : 87% CPN4 : 45%), de l'assistance à l'accouchement par un personnel de santé (64,05% DIPE, 2010), de la prise en charge des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence, des services et soins postnataux et une faible utilisation des services de planification familiale.

Le ratio de mortalité néonatale précoce est très élevé (41‰). En 2005, ce taux représentait 35% des décès infanto juvéniles. L'EDS 1998 a révélé que parmi les

décès néonataux, 11% surviennent le jour de naissance, 36% entre 0 et 1 jour alors que 61% au cours de la première semaine de vie. La transmission mère-enfant du VIH, l'alimentation de l'enfant né de mère vivant avec le VIH ainsi que les orphelins du fait du sida constituent également des problèmes majeurs.

III - SITUATION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

III . 1. Volonté politique

La planification familiale a été introduite en Côte d'Ivoire en 1979 par l'AIBEF. C'est véritablement en 1991 que le gouvernement va être sensible à la question de la planification familiale comme moyen de lutte contre la mortalité maternelle et la fécondité précoce. Cette prise de conscience nationale a été renforcée à la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) qui s'est déroulée au Caire en 1994 et qui a vu la participation de la Côte d'Ivoire. Suite à cette conférence, le Gouvernement a adopté le concept de la Santé de la Reproduction. D'un point de vue institutionnel, la volonté politique du Gouvernement s'est concrétisée par la mise en place, au niveau central, d'un Bureau National de Coordination de la Planification Familiale (BNCPF) en 1991 qui est devenu successivement en 1994 Direction de la Population et du Développement Social, et en 1996 Direction de la Coordination de la Santé de la Reproduction et de la Planification Familiale.

La Côte d'Ivoire s'est dotée de la première Déclaration de Politique Nationale de Population en 1997, de la première Déclaration de Politique et du premier Plan Stratégique Nationaux de la Santé de la Reproduction en 1998. On par ailleurs l'existence de documents traduisant l'engagement politique du pays (1998 révisés en 2009) : Politique nationale de SR ; Programme nationale de SR ; Normes et protocoles de la SR ; Feuille de route pour accélérer la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles, néonatales et infantiles ; Stratégie Nationale de plaidoyer en faveur du repositionnement de la PF. Plan stratégique pour la sécurisation des produits de la SR, plan d'action 2008 2012 pour la programmation du condom masculin et féminin pour la prévention du VIH et des grossesses non désirées ; plan d'action de MAPOUTO, Plan stratégique de la SR ; Cadre d'Accélération de l'OMD5 ; document cadre d'orientation du processus de réorganisation des services pour une intégration effective des interventions de SR y compris la PF et les outils de formation ; document cadre de mise en œuvre de la DBC.

Cette volonté politique du gouvernement n'est pas suivie d'engagement financier. On note par ailleurs que la volonté politique du gouvernement de promouvoir la planification familiale est soutenue par les partenaires au développement dont UNFPA, AFD, Union Européenne, OMS qui apportent un appui considérable a la promotion de la PF. On constate aujourd'hui que les Partenaires sont de plus en plus sensibles à la question de la promotion de la PF.

III . 2. Cadre juridique

Les législations, services, politiques et programmes respectueux des droits humains doivent refléter les principes fondés sur les droits et notamment l'autonomisation, la participation, la non-discrimination. L'analyse des textes juridique en Côte d'Ivoire, relève que l'insuffisance de certains textes juridiques n'a pas permis de faire véritablement la promotion de la santé de la reproduction et de permettre à la femme d'exercer pleinement ses droits dans le domaines de la sexualité et de la reproduction.

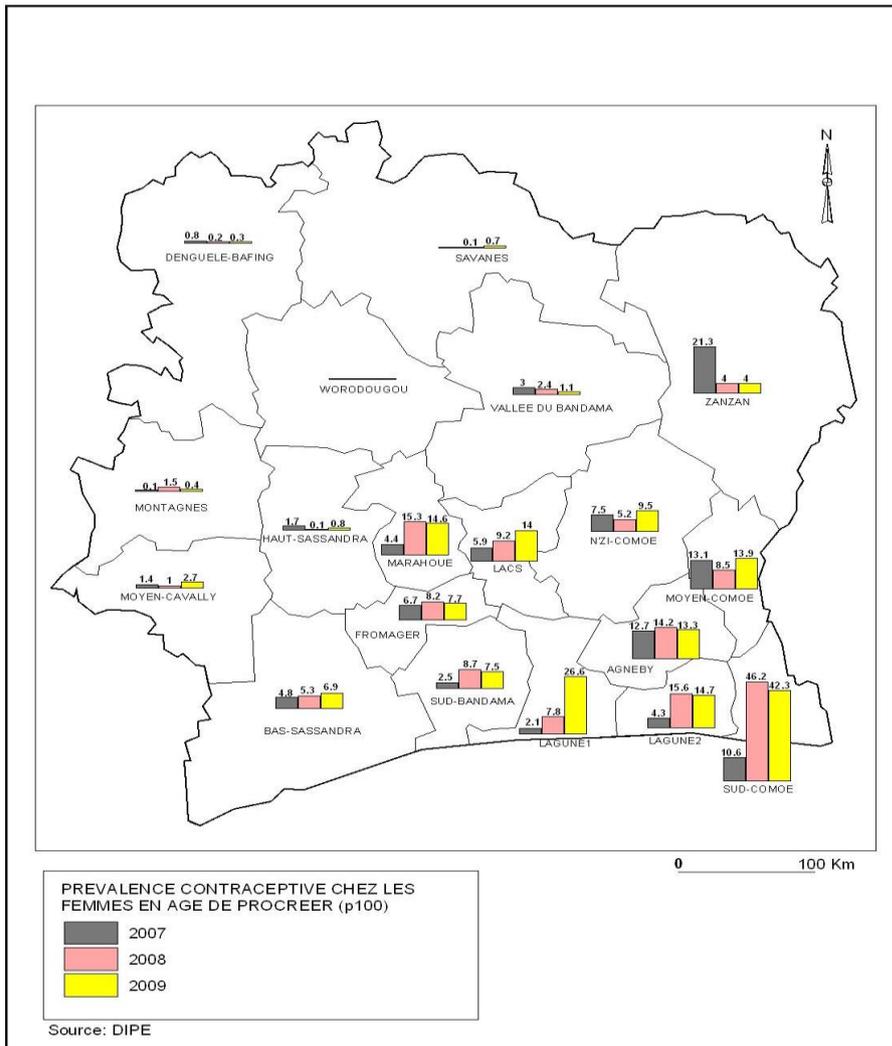
Dans le domaine de planification familiale, on note des insuffisances une absence d'un cadre juridique appropriée. Les textes qui existent dans ce domaine permettent l'utilisation des contraceptifs de façon libre, interdisent la castration, la stérilisation et l'avortement.

Afin de mieux promouvoir la santé sexuelle et reproductive, un avant projet de loi sur la santé de la reproduction a été élaboré en 2002. La saturation de crise qu'a connue le pays n'a pas permis son adoption à l'Assemblée Nationale. Il est donc temps de réviser ce document et de le soumettre aux députés.

III . 3. Etat des lieux / Utilisation de la planification familiale

La planification familiale comme le démontrent différentes études, réduit les décès maternels de 40% à 25% et permet une diminution allant jusqu'à 20 % des décès chez les enfants. En Cote d'Ivoire, l'utilisation des méthodes modernes de contraception chez les femmes demeure très restreinte. Le taux de prévalence contraceptive est passé de 5,7% à 10% de 1994 à 1998 (EDS, 98), puis de 5,37% en 2007 à 9,5% en 2009 (RSS, 2007-2009). La carte ci-dessous montre la répartition régionale de la prévalence contraceptive en Côte d'Ivoire, de 2007 à 2009.

Carte 1: Prévalence contraceptive en Côte d'Ivoire, de 2007 à 2009



Cette évolution de la prévalence contraceptive en dents de scie est liée à la situation de crise que le pays a traversée et à une insuffisance de l'offre des services de PF. Les besoins non satisfaits en PF concernent les femmes en union non utilisatrices de la contraception et qui ne désirent plus d'enfant. En Côte d'Ivoire le niveau des besoins non satisfait est évalué 29%.

Selon l'étude sur les avortements, réalisée par AIBEF en 2008, plus de 70 % des personnes interrogées ont déclaré avoir déjà entendu parler d'au moins une méthode de contraception. Cette proportion est moins élevée chez les femmes que chez les hommes (67,6 % chez les femmes contre 74,1 % chez les hommes). Les différences constatées entre les hommes et les femmes en matière de connaissance des méthodes de contraception peuvent être imputables au niveau d'instruction.

Les méthodes contraceptives les plus connues sont, par ordre d'importance : la pilule (89,9 % chez les femmes et 74,4 %chez les hommes), le préservatif masculin (48,3 % chez les femmes et 80,2 % chez les hommes) et les injectables (39,6 % chez les femmes et 24,1 % chez les hommes). A ces méthodes, on peut citer le préservatif

féminin (14,6 % chez les femmes et 13,3 % chez les hommes) et l'abstinence périodique (5,6 % chez les femmes et 20,5 % chez les hommes). Les proportions de femmes et d'hommes qui connaissent les autres méthodes modernes telles que l'implant, le DIU/stérilet ou les spermicides n'excèdent pas 10 %.

On observe qu'en Côte d'Ivoire, une partie importante de la population a recours à l'avortement dans le cas des grossesses non désirées (41,5%). Les jeunes sont les plus touchés par ce problème de santé publique et ils pratiquent les interruptions de grossesses dans de mauvaises conditions (AIBEF, 2008). Le moyen le plus utilisé pour l'interruption volontaire de grossesse chez les jeunes est l'intervention médicale, suivie des médicaments traditionnels oraux faits de décoction de plante et des boissons gazeuses associée à d'autres produits. L'avortement provoqué apparaît pour ce segment de la population comme la « mesure corrective » suppléant la non utilisation d'une méthode de planification. Entre autres facteurs, ce phénomène semble procéder d'une faible perception des risques encourus.

La problématique de l'éducation sexuelle auprès des jeunes et de leur prise en charge est liée à l'insuffisance des services de santé reproductive centrés sur les besoins des adolescents et des jeunes. La prise en charge des problèmes de santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes est confrontée à l'insuffisance de la disponibilité, de l'accessibilité, et de la qualité des services offerts. Seuls les adolescents et les jeunes en milieu scolaire bénéficient de l'assistance spécifique à travers 50 services de santé scolaire et universitaire (SSSU).

III . 4. Offre de PF

III.4.1. Formation en planification familiale

III.4.1.1. Ecole de base

L'enseignement de la planification familiale aux médecins, infirmiers et sages-femmes et autres personnels de santé apparaît actuellement comme très peu satisfaisant dans les écoles de formation de base pour insuffisance de personnel d'encadrement, de matériels didactiques et de l'organisation des stages.

- **UFR des sciences médicales**

La formation des médecins généralistes est très insuffisante pour permettre à ceux-ci de fournir toutes la gamme des méthodes contraceptifs. L'enseignement théorique est très limité, le matériel pédagogique vétuste et incomplet et il n'existe pas de formation pratique.

S'agissant de la formation de CES en gynécologie, le nombre d'heures consacrées à la PF est très suffisant et est enseignée durant les 4 ans de formation. Les médecins gynécologues reçoivent une formation pratique relativement suffisante. On cependant note une insuffisance de matériels pédagogiques.

- **INFAS**

Les élèves infirmiers et sages-femmes reçoivent à l'INFAS une formation théorique sur les généralités sur la contraception, le bilan en consultation de planification

familiale, le counseling en PF, les méthodes naturelles de planification familiale, la méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée (MAMA), les méthodes modernes de contraception (COC, COP, CIP, Implant/norplants, DIU, CCV), la contraception d'urgence et la gestion d'un centre de PF.

En plus de ces domaines, les enseignants souhaiteraient que les composantes suivantes de la PF soient enseignées : causerie de groupe ; la prévention des infections; critères d'éligibilité médicale des contraceptifs; les droits des clients ; PF en situation d'urgences; la gestion du système d'information.

Le Cours magistral, les démonstrations en salle de cours, l'utilisation de vidéo projecteur sont utilisés pour l'enseignement de la PF. Comme autres stratégies pour améliorer l'enseignement de la PF, les travaux en petits groupes, les projections en conférence, les jeux de rôle et la causerie de groupe ont été proposé.

Le volume horaire alloué à l'enseignement de la PF est de 191 heures, réparties en cours théoriques et en stages pratiques. Les besoins horaires se chiffrent à plus 20 heures des travaux pratiques. Le matériel pédagogique utilisé actuellement pour l'enseignement de la PF est constitué de vidéo projecteur et échantillon de préservatifs, de contraceptifs, et de DIU. Le nombre d'enseignants formés pour la PF est insuffisant (1 enseignant pour 566 élèves) et ils n'ont pas eu de cours de recyclage. La formation pratique est très peu satisfaite pour faute d'encadrement et pour insuffisance de sites de stage.

En résumé, les problèmes des écoles de base sont relatifs à l'insuffisance de matériel pédagogique, d'enseignants qualifiés et de stage pratique.

III.4.1.2. **Formation continue**

La formation continue est réalisée par toutes les parties prenantes de la planification familiale. La DC-PNSR/PF assure la coordination de cette formation. Elle est responsable de l'élaboration des documents de formation et veille à leur application. Il n'existe pas de plan de formation que permettrait d'obtenir une visibilité sur les besoins de formation continue et les moyens de les couvrir dans les court, moyen et long termes.

Sur le terrain, on observe que le contenu de la formation, le nombre d'heures consacrées à cet enseignement, les différents aspects de la planification familiale, les méthodes pédagogiques utilisées, les stratégies de validité de la formation théorique et pratique, varient d'une structure à l'autre. On note enfin une insuffisance des lieux de stage adéquats.

III.4.2. **Structures publiques**

III.4.2.1. **Disponibilité des services de PF**

La Côte d'Ivoire, en adoptant la planification familiale en 1991 s'est fixée pour objectifs entre autres de l'intégrer dans toutes les structures de santé. Elle s'est

engagée en outre à offrir des soins axés sur les besoins des populations de façon à leur permettre de jouir de leurs droits en matière de sexualité et de reproduction.

Dans l'ensemble, un peu plus de la moitié des structures sanitaires visitées (soit 60%) offre des services de planification familiale (Enquête SONU, 2010). Si dans la plupart des régions sanitaires, la disponibilité de services de PF se concentre entre 50% et 84% (Lacs), trois régions se distinguent particulièrement par de faibles niveaux. Il s'agit des régions du Worodougou (11%), des Montagnes (38%) et des Savanes (48%).

Parmi la gamme de produits contraceptifs disponibles en Côte d'Ivoire, les injectables et les contraceptifs oraux sont plus offerts par les structures sanitaires, avec des proportions respectives de 94% et 88%. En outre, les méthodes de barrière (préservatif masculin, préservatif féminin, cape/diaphragme) sont offertes à hauteur de 52%, tandis que le dispositif intra-utérin (DIU) et les spermicides/mousse/gelée le sont respectivement à 9% et 7%. Par ailleurs, les méthodes naturelles (calendrier, glaire cervicale, température, ...) sont aussi conseillées dans 44%, et les méthodes permanentes (stérilisation féminine et masculine), dans 3% des structures de santé.

Par rapport au niveau de soins, on note que les services de PF sont offerts dans plus de la moitié des établissements quel que soit leur niveau. 75% aux établissements sanitaires de deuxième niveau de référence offrent ce type de service. Ce sont dans les ESPC (60%) que la PF est moins offerte.

Tableau 2 : Répartition en pourcentage des établissements sanitaires par région sanitaire et niveau de soins selon le type de méthodes de PF offerte

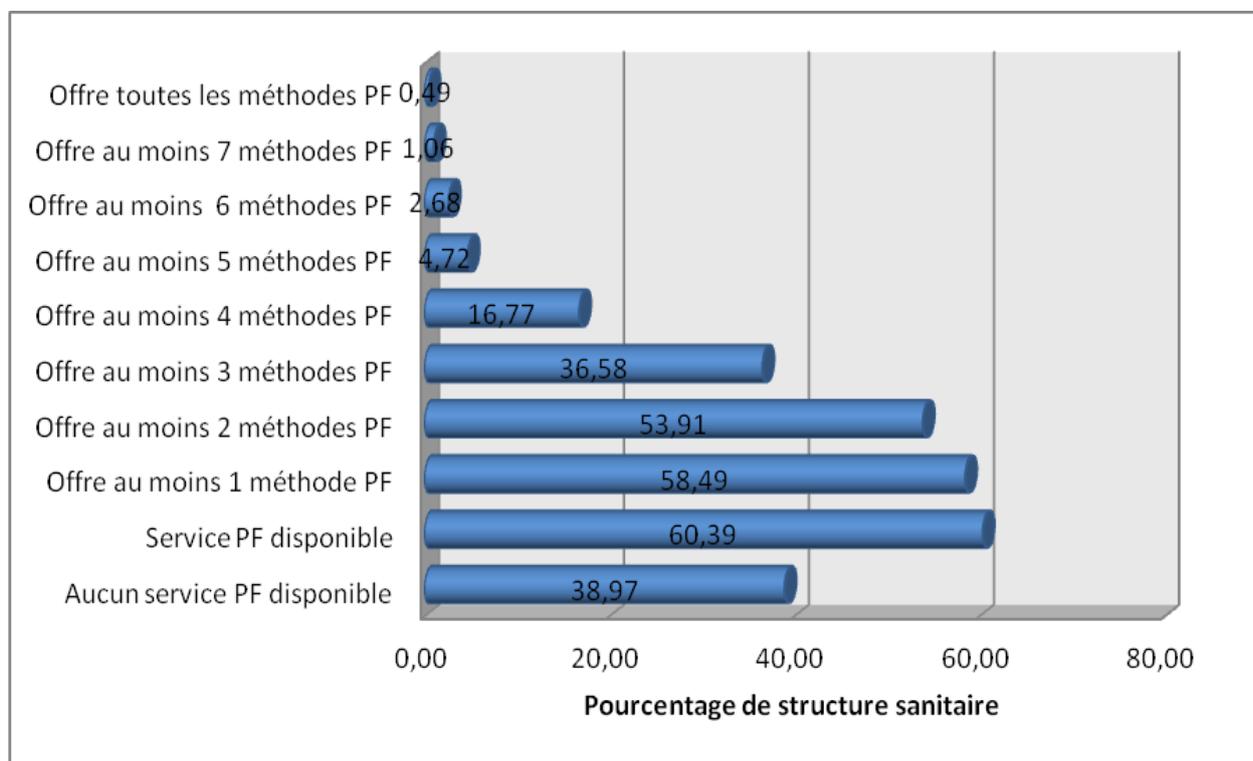
Région sanitaire	Méthode de planification familiale								Total structures concernées
	Contra-ceptifs oraux	Contra-ceptifs injectables	Méthodes de barrière	Dispositif intra-utérin	Im-plants	Spermi-cides/mousse /gelée	Métho-des naturel-les	Méthodes perman-tes	
Agnéby	92,5	95	45	7,5	0	7,5	60	0	40
Bas-Sassandra	100	100	50,7	13,4	3	4,5	47,8	7,5	67
Bafing-Denguélé	44	96	52	0	0	0	20	0	25
Haut-Sassandra	85,7	96,4	67,9	10,7	3,6	7,1	25	0	28
Fromager	92,7	100	46,3	7,3	2,4	9,8	12,2	0	41
Lacs	96	98	60	10	6	6	66	2	50
Lagunes 1	94,8	97,4	51,9	15,6	10,4	9,1	44,2	5,2	77
Lagunes 2	94,6	89,3	55,4	26,8	16,1	17,9	48,2	12,5	56
Marahoué	97,5	100	62,5	17,5	2,5	10	70	2,5	40
Montagnes	75	90,6	53,1	3,1	0	3,1	34,4	0	32
Moyen-Cavally	88,5	92,3	69,2	3,8	0	0	23,1	0	26
N'zi-Comoé	93,5	95,2	27,4	9,7	0	8,1	22,6	3,2	62
Moyen-Comoé	94,1	97,1	41,2	0	2,9	5,9	26,5	0	34
Savanes	50	92,6	37	1,9	0	3,7	24,1	3,7	54
Sud-Bandama	100	47,5	77,5	5	0	0	72,5	2,5	40
Sud-Comoé	97,3	100	54,1	10,8	0	13,5	70,3	2,7	37
Vallée du Bandama	75,9	98,1	48,1	3,7	0	1,9	33,3	0	54
Worodougou	50	100	50	0	0	0	0	0	2
Zanzan	90,2	95,1	54,1	1,6	0	11,5	63,9	0	61

Niveau de soins									
ESPC	87,5	93,5	50,4	5,1	1,3	5,6	42,7	0,8	750
1 ^{er} niveau de référence	93,2	97,3	61,6	46,6	17,8	20,5	53,4	23,3	73
2 ^{ème} niveau de référence	100	100	100	100	100	66,7	33,3	33,3	3
Ensemble	88,0	93,8	51,6	9,1	3,1	7,1	43,6	2,9	826

Source : INS, Enquête SONU, 2010

L'analyse des données indique que sur l'ensemble des 857 structures sanitaires dans lesquelles les services de planification familiale sont disponibles, 830 offrent effectivement les services de planification familiale soit 58.49% par rapport à l'effectif total. On constate que dans environs une trentaine de structures, les services de PF sont disponibles mais pour des raisons diverses, ces structures n'offre aucun service PF. On note par ailleurs que seulement 7 structures soit 0.49% offre toute les méthodes contraceptives.

Graphique1: Disponibilité et offre des services PF dans les structures sanitaires



Source : Enquête SONU, 2010

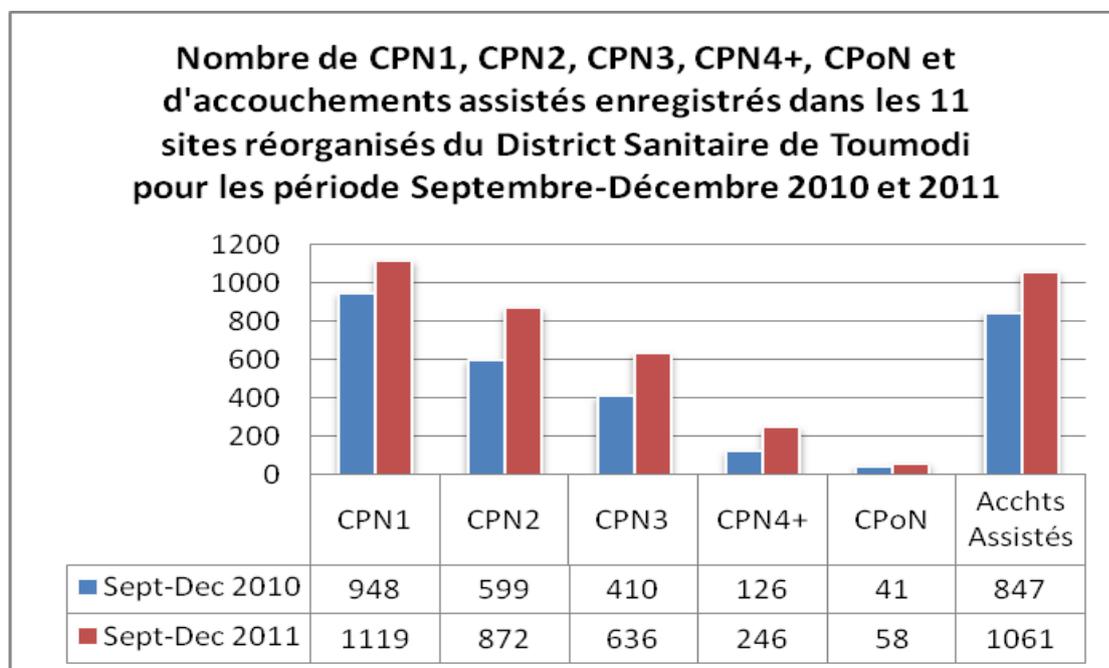
Les facteurs liés à une insuffisante intégration des services de Planification familiale sont :

- L'insuffisante activité de mobilisation des DR, DD et des prestataires pour l'intégration de la PF dans les activités des structures de santé ;
- Les activités de PF sont insuffisamment suivies pour monter attirer l'attention des niveaux central et opérationnel ;
- Le versement des ristournes aux prestataires du secteur public par l'AIBEF est perçu aujourd'hui comme un droit. Là où les ristournes ne sont pas perçues, les services de PF sont moins disponibles ;

- Les prestataires et les gestionnaires en pharmacie sont très peu informés et sensibilisés sur l'acquisition, la gestion des produits contraceptifs.

Afin d'améliorer la disponibilité de services de qualité, le Ministère de santé et de la lutte contre le sida avec l'appui de UNFPA a entrepris de réorganiser les services de santé de la reproduction dans les districts en vue d'une intégration effective de services clés de SR tel la planification familiale, afin d'en améliorer l'accès et la disponibilité et par conséquent, l'utilisation. Elle se fonde sur le principe que l'intégration permet l'offre d'un paquet complet qui rend les services disponibles, améliorant ainsi l'accessibilité qui ensemble avec l'application d'un processus d'amélioration de la qualité suscitent l'utilisation par les populations. En 6 mois d'intervention dans 63 structures sanitaires, les indicateurs de santé de la reproduction sont en nette progression comme le témoigne la figure 2 ci-dessous (début de l'intervention : septembre 2011).

Graphique 2 : Comparaison des niveaux d'utilisation des services de CPN



III.4.2.2. Capacité de fonctionnement et qualité des services de PF

Les établissements sanitaires publics connaissent dans leur ensemble des besoins en équipements et matériels pour l'offre des services de planification familiale. Les équipements et matériels des établissements sanitaires sont en général insuffisants et vétustes. Par exemple, à Abidjan 23,2% des services de santé maternelle n'ont pas de tensiomètres et de pèse-personnes (DC-PNSR/PF, 2006).

On constate par ailleurs depuis quelques années, une dégradation de la qualité des soins et services. Un audit clinique sur les "échappées belles" (CRESAR/CI, 2001) relève que l'insuffisance de la qualité des soins est majoritairement attribuée au personnel, au suivi de l'organisation et de la gestion des soins.

Tableau 3 : Niveau de réalisation des gestes en consultation de PF

Gestes effectués	Fréquence de réalisation (%)
Education pour la santé	60
Prise du poids	60
Pouls	0
T.A	60
Recherche Anémie	60
Recherche Exophtalmie	0
Recherche Ictère	40
Recherche Goitre	0
Examen des seins	60
Examen des membres inférieurs	40
Examen gynécologique	60
Recherche Infection	60
Offre de méthodes contraceptive selon les critères d'éligibilité	60
Offre du CD VIH	60
Explication sur le suivi de la méthode choisie	60
Prise en charge des effets secondaires	60

L'étude d'analyse situationnelle (AS, UNFPA-2011) relève dans le tableau ci-dessus que lors des soins en PF, les gestes recommandés sont insuffisamment réalisés. Les gestes relatifs à la l'examen du pouls, la recherche de l'exophtalmie et du goitre n'ont pas été réalisés du tout.

Les actions de supervision et de contrôle pour améliorer la situation sont insuffisantes. Les rencontres périodiques entre les acteurs des structures périphériques et celles de référence pour améliorer la qualité des soins ne sont pas tenues. Les agents fautifs ou responsables de fautes lourdes ne sont pas souvent sanctionnés.

III.4.3. Structures des ONG

Parmi les organisations non gouvernementales intervenant dans la fourniture des services de planification familiale, on note l'AIBEF qui a été créée le 11 septembre 1979 par des personnes sensibilisées aux questions de mortalité maternelle et de grossesses précoces en Côte d'Ivoire. L'AIBEF est affiliée à la Fédération Internationale pour la Planification Familiale.

Tableau 4 : Répartition des cliniques, structures, entreprises et points de distribution par antenne régionale

Antennes	Cliniques	Structures*	Entreprises	Point de distribution	Total
Abidjan	2	6	17	0	25
Bondoukou	0	1	0	3	4
Bouaké	1	0	0	17	18
Daloa	1	1	1	3	6
Daoukro	0	0	0	1	1
Korhogo	1	0	2	12	15
Man	0	0	0	1	1
San Pedro	1	0	1	1	3
Yamoussoukro	0	1	0	4	5
Total	6	9	21	42	78

*Structures ministères Santé Défense

Source : Plan stratégique AIBEF

L'AIBEF compte en 2011 neuf (9) antennes régionales sur 19 régions de Côte d'Ivoire. Ce sont : Région des Lagunes, Région des Lacs, Région du N'zi Comoé, Région du Haut Sassandra, Région du Bas Sassandra, Région du Zanzan, Région de la Vallée du Bandama, Région des Savanes et Région des 18 Montagnes avec 6 cliniques, 9 structures de l'Etat, 21 entreprises où l'AIBEF offre des prestations de PF, et 42 points de distribution.

L'AIBEF bénéficie d'une image de marque auprès de ses partenaires nationaux et internationaux et des populations. Elle a formalisé des accords avec des radios de proximité en vue de la promotion de la SSR au sein des populations.

Lors de la signature de la Convention en 1991, entre l'USAID et la Côte d'Ivoire qui était à ses débuts dans la planification familiale, il a été décidé que l'AIBEF apporte son appui et son expertise dans l'installation des services de planification familiale dans les structures de santé publique. Dès lors, L'AIBEF s'est installée dans les structures qu'elle a permis l'ouverture de la PF, verticalisant ainsi la PF au sein de ces structures.

Le Ministère en charge de la Santé, ayant pris conscience de cette situation et dans (l'esprit de la segmentation des marchés) le souci d'éviter la superposition des offres de PF, a permis la réhabilitation du siège de l'AIBEF et la construction de 6 antennes régionales, l'avec l'appui de la Banque Mondiale pour la mise en œuvre du Projet de Développement des Services de Santé Intégrés (PDSSI). Mais jusqu'à ce jour, l'AIBEF intervient dans les structures du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida.

Les obstacles majeurs de l'AIBEF se résument à : (i) Insuffisance de ressources financières pour la mise en œuvre des activités planifiées ; (ii) Faible promotion de la SMI ; (iii) Faible intégration de certaines activités de SR; (iv) faible couverture nationale ; (v) ruptures fréquentes de certains produits contraceptifs.

Pour la période 2012-2016, l'AIBEF ambitionne dans ses zones d'intervention, de contribuer à :

- Améliorer les Connaissances, attitudes et pratiques des populations en matière la Planification Familiale et les soins de santé maternelle
- Réduire les risques de morbidité et de mortalités maternelles, néonatales et infantiles
- Réduire les obstacles et barrières liés à l'accès des jeunes aux services de SSR
- Réduire l'incidence des complications liées aux avortements

III.4.4. Structures privées

La Côte d'Ivoire dispose d'un tissu important d'établissements privés repartis inégalement sur l'ensemble du Pays. On constate que l'offre des services de planification familiale est peu intégrée des ces structures.

S'agissant des pharmacies privées, on note une relative disponibilité des produits contraceptifs et une insuffisance dans la prescription des produits contraceptifs.

Cette insuffisance de l'offre des services de planification familiale dans le privé résulte de l'insuffisance de sa promotion dans le grand public.

III.4.5. DBC

Les programmes de distribution à base communautaire (DBC) rapprochent les services des communautés, réduisent les iniquités et contribuent ainsi à satisfaire la demande pour les contraceptifs. Dans tous les endroits où ces programmes sont mis en œuvre, , ils suscitent un accroissement de la demande de services de planification familiale. Ils apportent de l'information et des services de proximité en planification familiale aux individus là où ils vivent, au lieu d'attendre d'eux qu'ils se rendent dans des centres de santé ou ailleurs pour bénéficier de ces services.

La Côte d'Ivoire dispose d'un important réseau d'agents de santé communautaire qui sont insuffisamment utilisés pour promouvoir la santé en général et la planification familiale en particulier. Il est opportun d'engager cette frange de la communauté dans les stratégies à base communautaire afin d'accroître l'accès, l'offre et la demande de services. Pour ce faire, le Ministère de la santé et de la lutte contre le sida en collaboration avec UNFPA a élaboré un document cadre de mise en œuvre de la DBC et des outils d'étude CAP et de formation pour l'offre de produits non prescriptibles et le réapprovisionnement des femmes. La mise en œuvre de la stratégie dans 2 districts avec 60 agents de santé communautaire a permis en 3 semaines d'intervention de recruter 270 femmes demandeuses de contraception – dont 150 se sont effectivement rendues dans les centres de santé pour recevoir la première prescription - et de distribuer 9000 préservatifs masculins et 720 préservatifs féminins. Cette expérience débutante démontre par ces résultats précoces que le besoin en planification familiale existe et des approches novatrices devraient être mise en place pour en améliorer l'accès et réduire les occasions manquées.

III.4.6. Marketing social

Le marketing social est la conception et la mise en œuvre de programmes visant à influencer les comportements de groupes cibles à des fins sociales. Le marketing social emprunte l'essentiel de ses techniques au marketing commercial. Son but ultime est d'accroître l'impact sanitaire à la base, en couplant des campagnes de motivation pour le changement de comportement à des politiques adéquates de prix et de distribution de produits et services de santé à travers le circuit commercial. Grâce à ce mécanisme, des contraceptifs abordables, attrayants et disponibles en temps et en lieu ont été offerts sur tout le territoire national. Le marketing social a contribué au cours de ces 20 dernières années, à la prévention de milliers de cas de contamination à VIH et de naissances non planifiées.

En Côte d'Ivoire, le Programme de Marketing Social des contraceptifs est mis en œuvre par l'Agence Ivoirienne de Marketing Social (AIMAS).. Outre son siège social sis à Abidjan-Cocody, l'AIMAS dispose d'un entrepôt d'une aire de stockage de produits de douze (12) mois et de deux (2) antennes régionales respectivement à Yamoussoukro et à Daloa permettant de déployer les activités sur tout le territoire national. Elle possède également un centre de communication audio-visuelle performant offrant une variété de produits aux ONG ainsi qu'aux organismes de développement établis en Côte d'Ivoire ou dans la sous-région. L'AIMAS a produit de nombreux films à succès tels que « Sida dans la Cité », « Amah Dja Foulé », « Aka Ne Deme » qui ont été diffusés dans plusieurs pays en Afrique. Elle a parachevé en 2011 la réalisation d'un feuilleton télévisé de 21 épisodes intitulé « *Ma femme mon amie* » qui sert d'épine dorsale à une campagne multimédia sur la planification familiale.

En dépit de la crise socio-politique qui a bouleversé le système commercial et contraint nombre de sociétés à limiter l'exercice de leurs activités à la zone Sud du pays, l'AIMAS a vendu sur tout le territoire national de 2002 à 2011, plus de 277 millions de préservatifs masculins et 12 millions de pilules contraceptives à travers le circuit pharmaceutique. Ces performances en font le leader incontesté des marchés des condoms masculins et des pilules contraceptives en Côte d'Ivoire avec des parts de marché respectives de 89% et 75%.

L'opération de marketing social exécutée par l'AIMAS est soutenue par des donateurs tels que la KfW (bailleur de fonds le plus important), le Fonds Mondial, PEFPPAR et Vivo Energie Côte d'Ivoire.

Les Couples-Années-Protection produits par l'AIMAS au cours de l'année 2011 sont récapitulés dans le tableau suivant :

Tableau 5 : Couples-Années- Protection (CAP) par produit en 2011 :

PRODUITS	VENDUS	GRATUIT	TOTAL	CAP
Condoms masculins	23 715 352	679 943	24 395 295	294 203
Condoms féminins	11 133	15 308	26 441	220
Pilules	2 037 294	3 996	2 041 290	145 806
Injectables	11 276	15 999	27 275	6 819
Contraception d'urgence	77 400	70	77 470	3 874
TOTAL				360 013

Source : rapport AIMAS 2011

Les problèmes suivants sont relevés dans la mise en œuvre des activités : la faible taux d'exécution des activités programmatiques et faible taux d'absorption du budget ; la sous-exploitation du centre audiovisuel ; l'insuffisance de mise en œuvre des stratégies de pérennisation ; l'absence de Service suivi/évaluation et l'insuffisance des activités de communication interpersonnelle et mass media.

La vision de l'AIMAS est de contribuer d'ici à 2016, à produire un impact mesurable sur le bien-être sanitaire des populations par la promotion de la SR/PF ainsi que la lutte contre le VIH/SIDA.

Les objectifs sont :

- Renforcer les capacités des prescripteurs et prestataires en PF.
- Améliorer la distribution des contraceptifs en Côte d'Ivoire par la promotion de l'Approche du Marché Total auprès des intervenants du secteur de la SR/PF
- Augmenter la prévalence contraceptive par le développement d'une franchise sociale des méthodes de longue durée notamment du DIU
- Accroître l'utilisation des condoms par la promotion d'une nouvelle marque de condoms masculins baptisée *Complice* et positionnée auprès des jeunes de 15-24 ans comme une méthode de double protection contre les grossesses non désirées et le VIH.

III.4.7. Sécurisation des produits contraceptifs

Les problèmes de rupture fréquente des produits de la santé de la reproduction a conduit la Côte d'Ivoire à adopter et à mettre en œuvre le plan de sécurisation des produits de la santé de la sante de la reproduction y compris ceux de la PF sur la période 2008-2012. La mise en œuvre de ce plan devrait permettre au pays de disposer des produits de bonne qualité auprès des clients. Les résultats obtenus de la mise en œuvre de ce plan reste insuffisante. En effet, les problèmes relatifs à l'engagement de l'Etat dans l'acquisition des contraceptifs ; l'insuffisance de la coordination des activités de SR à tous les niveaux ; l'insuffisance des ressources financières allouées ; la faible disponibilité des produits ; la fable capacité de gestion des produits SR ; la faible accessibilité aux services de la SR/PF ne sont pas résolus.

Les facteurs liés à ces résultats sont : la situation de crise qu'a connue le pays, la faible appropriation du plan de sécurisation par la PSP, la faible mobilisation des ressources.

III.4.8. Intégration Planification Familiale / VIH Sida

Le niveau d'intégration de la Planification Familiale / VIH Sida n'est pas suffisant. Cette situation est due à ;

- L'absence de guide/manuel de référence de l'intégration des interventions de la PF et VIH ;
- L'absence de réglementation intégrant la PF/VIH pour la prise en charge des Personnes Hautement Vulnérables (professionnels du sexe (PS)...)
- L'inexistence de mécanisme conjoint de planification entre les acteurs de mise en œuvre chargés du VIH et ceux de la PF ;
- L'insuffisance d'appropriation des activités d'intégration PF-VIH par les districts ;
- L'insuffisance de personnels formés aux modules PF et VIH ;
- L'insuffisance de matériel et d'équipement pour la mise en œuvre des activités intégrées PF et VIH.

III.4.9. Système d'information de gestion

La Côte d'Ivoire dispose au sein du Ministère en charge de la santé, d'un service d'information pour la gestion qui a pour mission de collecter, exploiter et produire des rapports périodiques. On constate à ce niveau un retard dans la réalisation de cette mission. Au delà de la planification familiale, on constate que les supports de collecte des données sont en rupture depuis des années, les personnes ne sont pas suffisamment formées à la collecte des données, une insuffisance d'information fiable, complète et précise en temps opportun sur tous les aspects du programme pour prendre des décisions appropriées concernant les performances et le fonctionnement du programme, un manque d'uniformisation des instruments de la collecte des données entre les différents intervenants de la PF, les informations produites par le système d'informations sont de mauvaise qualité.

III.4.10. Financement de la PF

La contribution de l'Etat au Programme de Santé de la Reproduction est passée de 2 millions de F CFA en 1993 à 690 millions en 1994, 50 millions environ de 2002 à 2006, 70 millions de 2007 à 2011 et est de 800 millions en 2012. La ligne dédiée à l'acquisition des produits contraceptifs n'a jamais excédé les 20 millions de F CFA. Ces montants alloués au programme ne sont pas, la plus part du temps, utilisés pour des raisons d'insuffisance d'approvisionnement de la régie financière. On note en outre que chaque année, l'Etat soutient les ONG telles que l'AIBEF et l'AIMAS.

Tableau 6: Financement des produits contraceptifs en \$ US

INSTITUTION	ANNEES						TOTAL	TOTAL(%)
	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL		
IPPF	64268	72 144	10 077	86 523	5322	238334	4,57	
NU PAIX	27 006					27006	0,52	
PSI	219 788					219788	4,21	
UNFPA	1219308	583004	102 113	965 497	470 610	3340532	64,01	
USAID	161 733	150809	121 595		494 151	928288	17,79	
KFW					464 673	464673	8,90	
TOTAL	1692103	805957	233 785	1 052 020	1434756	5218621	100,00	
TAUX ACCROISSEMENT		-52,37	-70,99	349,99	36,38			

L'acquisition des produits contraceptifs est l'œuvre des partenaires au développement. Au cours des cinq dernières années, \$ 5 218 621 ont été investis dans l'approvisionnement national des produits contraceptifs. Les partenaires les actifs sont l'UNFPA qui contribue à elle seule de 64% suivie de l'USAID (17, %). On constate sur le tableau ci-dessus que le montant des investissements dans l'acquisition des produits ne suit pas une allure régulière. De 2007 à 2009, on assiste à une chute des investissements et qui ont repris de 2009 à 2011.

La quantification des besoins en produits contraceptifs fait l'objet chaque année de plusieurs rencontres avec toutes les parties prenantes publiques, privées et ONG. La quantification est faite sur la base des données de distribution au lieu des données de consommation qui sont très souvent non disponibles. Les objectifs de résultat sont également utilisés dans la quantification des produits contraceptifs. Les besoins en produits contraceptifs pour les cinq années sont résumés dans le tableau suivant. Ces besoins prennent en compte les données des ONG.

Tableau 7 : le besoins en produits contraceptifs

PRODUITS	Année 2012 : TPC 10%		Année 2013 : TPC 12%		Année 2014 : TPC 14%	
	QTE	Coût	QTE	Coût	QTE	Coût
LO FEMENAL (cycle)	2 733	765 187	3 378	945 771	4 059	1 136 501
MICROGYNON (cycle)	520	145 537	642	179 883	772	216 160
MICROLUT (cycle)	48	14 508	60	17 932	72	21 548
NorLevo 0,75 (Pack de 2)	99	12 328	122	15 237	146	18 310
DEPO PROVERA (ampoule)	286	220 496	354	272 533	425	327 494
NORISTERAT (ampoule)	449	610 868	555	755 033	667	907 298
Seringues	736	51 487	909	63 638	1 092	76 471
JADELLE (implant+trocarterd)	2	50 823	3	62 817	4	75 485
DIU COPPER TCU380 A	5	1 352	6	1 670	7	2 007
TOTAL		1871 233		2312 844		2779 267

PRODUITS	Année 2015 : TPC 16%		Année 2016 : TPC 18%		Total	
	QTE	Coût	QTE	Coût	QTE	Coût
LO FEMENAL (cycle)	4 778	1 337 824	5 536	1 550 204	20 484	5 735 487
MICROGYNON (cycle)	909	254 451	1 053	294 845	3 896	1 090 876
MICROLUT (cycle)	85	25 366	98	29 392	362	108 747
NorLevo 0,75 (Pack de 2)	172	21 553	200	24 975	739	92 402
DEPO PROVERA (ampoule)	501	385 507	580	446 706	2 146	1 652 736
NORISTERAT (ampoule)	785	1 068 019	910	1 237 567	3 367	4 578 785
Seringues	1 286	90 018	1 490	104 308	5 513	385 921
JADELLE (implant+trocarter)	4	88 857	60	1 261 293	73	1 539 275
DIU COPPER TCU380 A	8	2 363	132	39 538	156	46 930
TOTAL		3 271 595		4 949 291		15 184 229

III . 5. Demande de PF

De plus en plus, on constate une demande croissante de produit contraceptifs car le taux de prévalence contraceptive est passé de 5,37% en 2007 à 9,5% en 2009 (RSS, 2007-2009) Cette demande est encore contrainte par les pressions socio-culturelles. En effet, l'influence des confessions religieuses est toujours importante et guide une bonne part des comportements des familles. Leurs positions vis à vis de la procréation sont résolument natalistes. Pour une partie importante de la population, la pratique de la contraception est synonyme d'encouragement du libertinage sexuel. Les confessions religieuses sont les premières à accréditer cette thèse par souci de défendre les valeurs traditionnelles et morales. Les hommes en grand nombre se rangent également derrière cet argument pour rejeter la planification familiale.

La famille nombreuse demeure encore pour certains le modèle pour de multiples raisons. La faible implication des hommes dans la problématique de la planification familiale fait qu'ils sont le plus souvent mal informés des différentes méthodes existantes et manifestent peu d'intérêt pour la planification familiale. Le Ministère de la santé et de la lutte contre le SIDA, en collaboration avec UNFPA est en train de mettre en œuvre une phase introductive d'une approche d'implication des hommes dans les interventions de SR notamment en PF dénommée « école des maris ». Cette expérience sera suivie de manière rapprochée et les leçons immédiates seront tirées pour décider de l'expansion.

Le programme de planification familiale souffre au plus haut point de la propagation de fausses rumeurs sur les effets des méthodes de contraception. Les femmes ont honte et peur que la famille ou les voisins soient au courant de leur démarche et souvent elles renoncent pour cela à se présenter dans les services de PF.

Toutes ces assertions sont confirmées par l'étude qualitative sur les connaissances, attitudes, pratiques et perceptions de la communauté en matière

de planification familiale dans les districts sanitaires de Yamoussoukro et Toumodi. Cette étude a été réalisée et financée par le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) en 2011. Au niveau de l'état de connaissance des jeunes hommes (15-19 ans) et femmes (19-24 ans) sur la planification familiale, deux tendances se dégagent. La première, de loin, la plus représentée est constitué de certains jeunes qui ne savent rien de la planification familiale et, la deuxième, amenée par une frange des jeunes filles et des jeunes hommes qui eux sont relativement bien informés sur la PF. Les adultes, quel que soit leur sexe ont une bonne connaissance sur la planification familiale.

Les obstacles à l'utilisation des méthodes contraceptives sont :

- le manque d'information exacte sur la planification familiale ;
- la méconnaissance des services de planification familiale disponible ;
- l'analphabétisme et la méconnaissance des moyens modernes de contraception ;
- les informations erronées véhiculées sur la planification familiale ;
- le faible pouvoir de décision de la femme en matière de sexualité : « quelque soit la raison invoquée par la femme en union pour le refus de rapport sexuel, la femme est passible d'une amende » ;
- la non disponibilité des produits de PF dans les services de santé des localités visitées
- le coût élevé des produits contraceptifs ;
- La précocité des rapports sexuels chez les jeunes ;
- Les interdits et croyances religieuses au sein des communautés qui limitent l'utilisation de produits contraceptifs

Face à ces contraintes liées à la demande, Il n'existe pas de programme national cohérent et efficace d'information et de communication pour le changement de comportement. En effet, les activités menées en la matière le sont de façon sectorielle. On note une insuffisance de supports de communication, de spots publicitaires, de débats sur les questions de planification familiale.

III . 6. Cadre de mise en œuvre, de suivi, d'évaluation et de coordination des planification familiale

III.6.1. Ministère de la santé et de la lutte contre le Sida

Plusieurs structures interviendront dans la mise en œuvre des activités de la santé de la reproduction. Toutefois, la responsabilité première incombe au Ministère en charge de la Santé, à travers la DC-PNSR/PF qui doit jouer son rôle de leadership de sorte que les différentes parties prenantes interviennent conformément aux dispositions en vigueur et à leurs missions tout en développant la multisectorialité.

III.6.1.1. Niveau central

Toutes les directions centrales et institutions spécialisées du Ministère en charge de la santé œuvrent à la mise en œuvre du plan stratégique de la santé de la

reproduction. Tous les programmes nationaux travaillent en étroite collaboration. Chaque programme spécifique, en fonction de ses missions, participera à la résolution des problèmes nationaux de la santé de la reproduction. On constate toute fois une verticalisation des interventions.

De manière spécifique, la Direction de Coordination du Programme National de la Santé de la Reproduction (DC-PNSR) est l'organe de coordination et d'impulsion de la mise en œuvre de la politique nationale de la santé de la reproduction. A ce titre la mise en œuvre du plan stratégique de la santé de la reproduction doit faire l'objet de :

- L'élaboration d'un plan de travail annuel avec toutes les parties prenantes ;
- La mobilisation des ressources ;
- Du suivi régulier selon les mécanismes de suivi, de l'évaluation et de coordination existants en vue d'apprécier le niveau d'atteinte des objectifs et de procéder au réajustement nécessaire. Or le fonctionnement actuel de ces différents mécanismes, selon le niveau, est peu fonctionnel pour identifier les problèmes, de proposer des solutions et de mobiliser les ressources.

La DC-PNSR/PF, en tant que structure coordinatrice des activités de la santé de la reproduction réalise très peu d'actions pour le suivi, l'évaluation et la coordination des interventions. Les données produites par la DIPE et les résultats d'enquête sont très peu utilisés pour améliorer les interventions. Les réunions de suivi, de concertation et de coordination sont très rarement réalisées pour identifier les problèmes, de proposer des solutions. L'insuffisance de concertation entre la DC-PNSR/PF et les Directions Régionales et les Districts sanitaires, les autres parties prenantes ne permet pas à ceux-ci de s'approprier des documents stratégiques dont le Cadre d'Accélération des OMD. Il en résulte que chaque intervenant évolue selon sa propre vision et son mécanisme propre.

III.6.1.2. Niveau intermédiaire et périphérique

Les Directions Régionales de la Santé chargées de la coordination, de la supervision, du suivi et de l'évaluation des activités des directions départementales intègrent très peu les questions relatives à la PF. Les Directions Départementales de la Santé ne reçoivent pas ou ne recherchent pas suffisamment les orientations et les directives pour la mise en œuvre des activités de PF au niveau local, pour assurer la promotion de la qualité des soins, animer et coordonner les activités des structures sanitaires publiques et privées et pour assurer la mobilisation des ressources. Le mécanisme actuel de suivi des activités ne les obligent pas à rendre compte périodiquement de l'état de mise du plan stratégique SR, d'identifier les problèmes et rechercher les solutions.

III.6.2. Partenaires

La mise en œuvre nécessite l'intervention des collectivités territoriales, des Organisations Non Gouvernementales, des associations professionnelles et autres

structures privées, des communautés et l'ensemble des partenaires au développement.

III.6.2.1. **Collectivités territoriales**

Les collectivités territoriales (Conseils municipaux et Conseils Généraux de département), les communautés et les ménages chargés du développement sanitaire au niveau local sont insuffisamment informées et outillées pour développer des actions à haut impacts sur la santé des populations. Des actions de plaidoyer du niveau central, des DR, DD et ONG en direction des collectivités territoriales doivent être renforcées pour qu'ils puissent apporter leurs appuis à la mise en œuvre du plan stratégique PF.

III.6.2.2. **Organisations Non Gouvernementales**

Les Organisations non Gouvernementales constituent des relais importants pour la promotion de la Santé et la mobilisation des populations. Selon leurs domaines d'interventions, elles apportent leur appui à la mise en œuvre des activités de la santé. Très tôt, le Ministère en charge de la Santé a vu l'intérêt de la stratégie de la segmentation des marchés pour mieux couvrir les besoins des populations en matière de PF. Ainsi il a permis à l'AIBEF de d'acquérir son siège et six cliniques à l'intérieur du pays pour éviter la juxtaposition de deux offres de PF dans une structure publique de santé. Il a également permis à l'AIMAS de développer ses interventions dans le secteur privé. Aujourd'hui on constate que cette segmentation du marché n'est plus respectée, car l'AIBEF intervient toujours dans les structures du Ministère en charge de la santé. Cette action est favorisée par les prestataires qui perçoivent des ristournes de l'AIBEF sur la vente des produits contraceptifs.

III.6.2.3. **Secteur privé sanitaire**

Le secteur privé est insuffisamment impliqué dans la mise en œuvre des activités de PF. Cette implication doit être renforcée aussi bien au niveau des prestations des soins qu'au niveau du financement du secteur de la santé de la reproduction y compris la planification familiale. Les statistiques sanitaires du secteur privé devront être régulièrement intégrées dans le système d'information.

III.6.2.4. **Partenaires au développement**

Les partenaires au développement et les organismes de coopération bilatérale et multilatérale (Banque Mondiale, UNFPA, OMS, UNICEF, USAID...) apportent à l'Etat leur appui technique, matériel et financier nécessaire dans la mise en œuvre des activités de la santé de la reproduction. On constate une insuffisance de coordination des interventions de ceux-ci.

La crise qu'a connue le pays a permis à certains partenaires de faire des interventions directes sans passer par le niveau central. Ce mode d'intervention a permis en situation d'urgence d'améliorer les capacités d'intervention du système de santé. La Côte d'Ivoire a traversé la situation de crise et commence à renouer

avec la croissance. Il est plus que nécessaire d'impliquer la partie nationale dans la mise en œuvre des interventions.

IV - FORCE CONTRAINTE ET FAIBLAISSE DU PROGRAMME DE LA PF

IV . 1. Force du programme de la PF

Les facteurs constituant les forces pour le programme de la PF sont principalement:

- Existence d'une volonté politique du gouvernement de promouvoir la planification familiale ;
- Des partenaires au développement dont UNFPA, AFD, Union Européenne, OMS, apportent un appui considérable a la promotion de la PF ;
- Les Partenaires de plus en plus sensibles pour la PF ;
- Existence de documents traduisant l'engagement politique du pays (1998 révisés en 2009) : Politique nationale de SR ; Programme nationale de SR ; Normes et protocoles de la SR ; Feuille de route pour accélérer la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles, néonatales et infantiles ; Stratégie Nationale de plaidoyer en faveur du repositionnement de la PF. Plan stratégique pour la sécurisation des produits de la SR, plan d'action 2008 2012 pour la programmation du condom masculin et féminin pour la prévention du VIH et des grossesses non désirées ; plan d'action de MAPOUTO, Plan stratégique de la SR ; Cadre d'Accélération de l'OMD5
- Existence d'un document cadre d'orientation du processus de réorganisation des services pour une intégration effective des interventions de SR y compris la PF et les outils de formation
- Existence d'un document cadre de mise en œuvre de la DBC, d'un protocole d'étude CAP et d'outils de formation des agents de santé communautaires et leurs superviseurs.
- Existence d'un partenariat pour la PF avec des ONG dont l'AIBEF, l'AIMAS et l'Association pour l'Autopromotion de la Santé Urbaine (ASAPSU) ;
- L'existence de personnel qualifié en technologie contraceptive/ gestion des produits contraceptifs. (Formation introduite à la formation de base des sages femmes depuis 1998)
- Plus 850 des établissements sanitaires (60%) offrent les services de PF
- Le marketing social des produits contraceptifs avec une couverture nationale du programme qui contribue à une part importante du taux de prévalence contraceptive (condom, pilule Confiance et Dépo-Provera) ;
- Existence d'une gamme variée de méthodes contraceptives (Pilule, injectables, implants, DIU et Méthodes barrières) dans le secteur public et privé dont certaines subissent des ruptures fréquentes ;
- Existence d'une variété de supports audiovisuels ayant pour thème la PF (Boîtes à image, affiches, dépliants, télé-films etc.)

- A l'AIBEF, (i) L'AIBEF bénéficie d'une image de marque auprès de ses partenaires nationaux et internationaux et des populations ; (ii) Formalisation d'accords avec des radios de proximité en vue de la promotion

de la PF au sein des populations; (iii) L'AIBEF dispose de plusieurs centres de prestation et de deux (2) centres de formation (Abidjan, Daloa).

- A l'AIMAS, existence de (i) Centre audiovisuel et des compétences techniques ; (ii) Personnel compétent et expérimenté dans le marketing social des produits de santé ; (iii) Expertise dans la distribution des produits ; (iv) Confiance du bailleur principal et de l'Etat de Côte d'Ivoire vis-à-vis de l'AIMAS ; (v) Bonne politique de distribution assurant une meilleure couverture nationale ; (vi) Bonne pratique de recouvrement des coûts ; (vi) Notoriété des produits et services de l'AIMAS ; (vii) Bonne gestion financière et programmatique.

IV . 2. Contrainte et faiblesse du programme de la PF

Les faiblesses relevées dans le programme de la PF sont :

- Insuffisance de moyens financiers. Cette situation s'est aggravée avec la crise socio-politique. Elle a une conséquence sur l'extension des activités de PF
- La ligne budgétaire alloué par l'état au programme SR y compris la planification familiale est très insuffisant ;
- Ligne budgétaire allouée par l'état pour l'achat des contraceptifs est quasi inexistant ;
- La baisse de la qualité des services de PF ;
- La PSP ne commande pas de contraceptifs bien que ceux-ci fassent partie des médicaments essentiels ;
- Faible accessibilité et disponibilité des services de PF ;
- La faible qualité de la logistique contraceptive
- Les agents de santé sortis des écoles de base n'ont la compétence pour la fourniture de toute la gamme des méthodes contraceptives ;
- Insuffisance de campagnes de sensibilisation ayant pour conséquence la persistance des comportements socioculturelles néfastes à la santé ;
- Absence de loi favorisant la planification familiale ;
- Insuffisance de suivi des activités de PF
- Manque de plan pour la formation continue
- A l'AIBEF :(i) Insuffisance de ressources financières pour la mise en œuvre des activités planifiées ; (ii) Faible promotion de la SMI ; (iii) Faible intégration de certaines activités de SR; (iv) faible couverture nationale ; (v) ruptures fréquentes de certains produits contraceptifs.
 - o A l'AIMAS : (i) Faible taux d'exécution des activités programmatiques et faible taux d'absorption du budget ; (ii) Sous-exploitation du centre audiovisuel ; (iii) Insuffisance de communication institutionnelle ; (iv) Forte dépendance vis-à-vis d'un seul bailleur ; (v) Insuffisance de stratégies de pérennisation ; (vi) Insuffisance d'activité de communication interpersonnelle et mass media.

IV . 3. Opportunités

La PF pourrait tirer partie des opportunités offertes par :

- l'environnement favorable aux actions de plaidoyer et de communication :
- L'autonomisation renforcée des collectivités décentralisées en matière de développement local (districts autonomes, conseils généraux, municipalités.)
- la floraison des media de proximité à moindre coût et formés pour les programmes de santé
- La volonté affichée du gouvernement d'œuvrer au repositionnement de la PF
- l'appui des partenaires au développement (UNFPA, OMS, UNICEF, KfW, PEPFAR, ...)
- L'environnement international favorable
- Existence d'une demande en contraception (29% de besoins non satisfaits en PF)
- L'Existence de structures privées possédant des fondations ou œuvrant dans le domaine de la SR/PF pour un partenariat public-privé (laboratoires pharmaceutiques, fondation MTN, Orang e etc.)
- L'engagement de la Côte d'Ivoire pour la déclaration d'ABUJA de 2001 pour l'accroissement à 15% du budget national alloué de la santé, dont 5% à la SR
- L'existence de document d'orientation de la mise en œuvre de la et d'outils de formation
- La réorganisation des services de santé de la reproduction en cours dans les districts avec intégration systématique de la planification familiale
- A l'AIBEF : La prise en compte dans le DSRP du volet santé de la reproduction ; Existence d'un partenaire principal (IPPF) ; Appui de l'Etat à travers l'affectation de personnel et l'octroi de subvention, appui des collectivités territoriales,
- A l'AIMAS : Réorganisation de l'AIMAS ; expérience et expertise en matière de marketing social soutenues par un bailleur important (KfW) qui est disposé à financer une 4^e phase de programme future devant accorder un accent particulier à la promotion de la PF. La phase IV inclura une approche novatrice qui est la franchise sociale des méthodes de longue durée.

IV . 4. Menaces

Les menaces pour la mise en œuvre effective du plan stratégique PF sont :

- Instabilité politique du pays
- Dépendance trop forte des bailleurs
- Retard dans la mise en disposition des fonds de l'état-

V - DEFIS

Les défis de la Planification familiale d'ici à 2016 restent l'augmentation de la prévalence contraceptive de 8% à 18%, la réduction de l'Indice Synthétique de Fécondité (03 enfants), la réduction de 20% des grossesses non désirées et des avortements provoqués.

Les domaines prioritaires pour le repositionnement de la PF sont par ordre de priorité :

1. Le renforcement des capacités et l'intégration de la PF/VIH Sida dans tous les établissements sanitaires :

- 1.1. La disponibilité des produits contraceptifs ;
- 1.2. La prise et la promotion d'un arrêté qui oblige dans un délai raisonnable les responsables des DR et district à faire intégrer les services de PF/VIH Sida ;
- 1.3. Installation de la PF/VIH Sida dans toutes les structures publiques et dans certaines du privé et des ONG ;
- 1.4. La révision et le passage rapide à l'échelle de la réorganisation des services pour une intégration effective et systématique de la PF/VIH SIDA dans toutes les structures sanitaires afin d'avoir un impact sur les indicateurs nationaux ;
- 1.5. Le renforcement du système de suivi et de supervision des prestataires et des gestionnaires des services pour une plus grande disponibilité des services de PF/VIH SIDA ;
- 1.6. La recherche et l'obtention de l'engagement de l'Etat dans l'acquisition des produits contraceptifs ;
- 1.7. Le renforcement de la formation en PF/VIH SIDA dans les écoles de base ;
- 1.8. L'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de formation continue des prestataires cliniques basée sur les formateurs de district
- 1.9. Le renforcement de la qualité de la gestion de la logistique contraceptive et la recherche et l'obtention de l'engagement de l'Etat dans l'acquisition des produits contraceptifs ;
- 1.10. Le développement des services à base communautaire des produits contraceptifs dans les aires de santé avec l'appui des ONG ;
- 1.11. Le renforcement du marketing social de produits contraceptifs et l'intégration des autres produits de PF ;
- 1.12. Un renforcement du plateau technique (Matériels médicaux, Contraceptifs et accessoires, supports de prestation et de gestion, supports de communication...)

2. La Communication et Mobilisation Sociale:

- 2.1. La réalisation des activités de recherche pour apprécier les obstacles liés à la faible utilisation de la PF ;
- 2.2. La recherche de l'implication des hommes et des leaders communautaires dans les interventions de PF
- 2.3. L'élaboration et la mise en œuvre du plan de mobilisation en faveur de la PF

2.4. La production, la diffusion de message en faveur de la PF et l'organisation des campagnes de sensibilisation pour le changement comportement.

3. La coordination, le suivi et l'évaluation des stratégies et activités de PF/VIH Sida :

3.1. Une meilleure coordination sectorielle pour mieux rentabiliser les investissements faits par l'état et ses partenaires

3.2. Un meilleur Suivi et Evaluation des interventions

4. Le cadre juridique de la politique de PF/VIH Sida:

4.1. La révision de l'avant projet de loi sur la SR

4.2. Le vote et la promotion de la loi sur la SR

VI - VISION ET OBJECTIFS

VI . 1. Vision

La vision de la Côte d'Ivoire en matière de planification familiale est conforme à celle relative à la santé de la reproduction : « *Une Côte d'Ivoire où aucune femme ne meurt en donnant la vie et où chaque personne naît, en bonne santé et vit une sexualité et une reproduction saines¹*».

VI . 2. But et objectifs du plan

VI.2.1. But

Le présent plan stratégique de la planification familiale est élaboré conformément au plan stratégique de la santé de la reproduction et au Cadre d'Accélération des OMD. Son but est d'œuvrer avec les autres plans et programmes en vue d'améliorer la santé et le bien-être des individus et des populations dans la perspective d'un développement durable.

De façon particulière, le présent plan stratégique de la planification familiale vise la réduction significative de la morbidité et de la mortalité liées à la sexualité et à la reproduction des populations vivant en Côte d'Ivoire.

VI.2.2. Objectifs d'impact et de résultats

Afin d'atteindre le but recherché, le Plan stratégique de la planification familiale s'assigne les objectifs d'impacts et de résultats suivants sur la période 2012-2016.

¹ Politique Nationale de la Santé de la Reproduction, novembre 2008

OBJECTIFS D'IMPACT	OBJECTIFS DE RESULTAT
1. Réduire de 543 à 272 le ratio de décès maternel	1.1 Accroître de 8% à 18% la prévalence contraceptive chez les femmes en âge de procréer 1.2 Réduire de 20% le taux des avortements provoqués et le taux de grossesses précoces chez les adolescentes et les jeunes
2. Réduire de 50% la morbidité des femmes et jeunes et des hommes liée à la sexualité et à la reproduction	2.1 Réduire de 10% le taux de prévalence de l'infertilité et de l'infécondité chez les femmes de
3. Augmenter de 50% les activités de soutien à la planification familiale	3.1. Augmenter les ressources financières pour couvrir au moins 50% des besoins de financement de la planification familiale 3.2. Assurer la coordination, le suivi et l'évaluation des activités dans tous les districts sanitaires

VII - AXES STRATEGIQUES

Le plan stratégique de la planification familiale sera mis en œuvre selon les axes stratégiques suivants :

- Amélioration de l'environnement juridique, réglementaire et institutionnel de la SR
- Renforcement et extension de l'offre des services de PF/VIH Sida et de la gestion de la logistique contraceptive
- Amélioration de la qualité des services de PF/VIH SIDA
- Renforcement des capacités des individus et des ménages
- Mobilisation des ressources additionnelles et financement du plan
- Promotion de la recherche opérationnelle dans des domaines d'intérêts en planification familiale permettant de développer des approches novatrices
- Renforcement de la coordination, du suivi et d'évaluation

VII . 1. Amélioration de l'environnement juridique, réglementaire et institutionnel de la PF/VIH SIDA

Il s'agira de faire adopter une loi pour la promotion de la santé de la reproduction et de la planification familiale et de renforcer les cadres réglementaires pour l'offre des services de PF. La loi, une fois adoptée, devra faire l'objet de vulgarisation au sein des populations.

VII . 2. Renforcement et extension de l'offre des services de PF/VIH SIDA

Le renforcement des services de PF/VIH Sida consistera à assurer la continuité des services du Ministère de la santé et de la Lutte contre le Sida, de l'AIBEF et de l'AIMAS par le réapprovisionnement en contraceptifs, la formation des prestataires

cliniques et IEC/CCC, le suivi et la supervision

L'extension des services de la PF/VIH Sida aura pour objet principal l'amélioration du réseau de centres offrant des services de PF. Cette extension partira des chefs lieux de district vers la périphérie en passant par les chefs lieux de département et de sous-préfecture. L'extension des services de PF se fera également à travers la réorganisation des services de santé qui assurera l'intégration systématique de la PF dans toutes les structures sanitaires.

L'extension des services de PF/VIH Sida permettra d'assurer la disponibilité de la PF dans tous les établissements sanitaires. Sur la durée du programme, il sera créé un service de PF complet dans chacune des capitales de région, des chefs-lieux de district sanitaires. Un service de PF est dit « complet » quand le service, placé sous la responsabilité d'un médecin (gynécologue), offre toute la gamme des méthodes contraceptives y compris les implants et le service de dépistage et de prise en charge du VIH Sida. Dans les établissements sanitaires de premier contact, le paquet minimum de produits contraceptifs à offrir sont : les spermicides et préservatifs, les contraceptifs oraux et les injectables. En outre ces ESPC fourniront les services de dépistage de VIH. Les structures sanitaires privées seront également touchées par l'extension des services de PF/VIH Sida.

Il faudra, en outre, intégrer dans les points de prestation de services les méthodes de double protection, la contraception d'urgence, les services conviviaux pour les jeunes et de créer des centres d'écoute pour les adolescents et des jeunes.

Une attention particulière sera accordée à la revitalisation des structures sanitaires et à la sécurisation des produits de la santé de la reproduction.

La stratégie du Marketing Social sera renforcée pour mettre à la disposition de la population des produits contraceptifs attrayants à un prix social. L'AIMAS prévoit à partir de 2013, en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA, la mise en œuvre d'un projet pilote de franchise sociale à travers un réseau 20 à 30 centres de santé de plusieurs catégories à Abidjan. Cela promouvra davantage les services de qualité en PF et particulièrement les contraceptifs réversibles de longue durée tels que les DIU. Le marketing social des DIU favorisera, grâce aux campagnes CCC une importante demande informée au sein des populations pour cette méthode de PF.

Au niveau communautaire, la disponibilité et l'accessibilité des produits contraceptifs nécessiteront l'extension des services à base communautaire complétés. Elle permettra une prise en charge effective des populations à la base en utilisant les ressources matérielles et humaines présentes dans la communauté. L'avantage de ce type de distribution est le rapprochement des méthodes contraceptives des populations.

Les pharmacies privées seront des partenaires importants, car elles fournissent les méthodes contraceptives à la population. Elles seront donc impliquées dans l'exécution du programme de planification familiale.

La qualité des services est reconnue comme une stratégie transversale dans tous les processus de gestion (pilotage, services ou production et soutien). Dans le domaine de la PF, la qualité est une approche incontournable et requiert de tous les acteurs un engagement pour son succès. Aussi, les expériences d'approches qualités existantes doivent être redynamisées au profit des bénéficiaires des services offerts.

VII . 3. Amélioration de la qualité des services de PF

Il s'agit surtout de rendre acceptables et utilisables de façon libre les services de santé dans les établissements publics, privés et des ONG. Pour ce faire, les éléments suivants seront utilisés pour suivre et évaluer la qualité et l'efficacité des services de PF :

1. Respect des normes et procédures de planification familiale dans toutes les structures offrant les services de PF

Il s'agira de prime à bord de disposer dans tous les établissements sanitaires les documents des normes et procédures révisés des services de faire appliquer. Il sera donc question de réviser les documents actuels, de faire une large diffusion de ce document de référence. Le renforcement des activités de supervision devrait permettre une meilleure application des normes et procédures révisées.

2. Gamme élargie des méthodes contraceptives

Le programme disposera du plus large éventail possible de méthodes contraceptives, adaptées aux besoins des groupes spécifiques et en rapport direct avec les préférences des utilisateurs et introduira les techniques de pointe dans le domaine de la contraception dans la mesure où elles sont permises

3. Qualité de l'information aux utilisateurs

Cette information devra être claire, précise, pertinente, complète, objective et adaptée. Elle inclura une information sur les avantages, les contre-indications, l'utilisation, les effets secondaires et leur prise en charge, les possibilités de référence. L'information portera également sur la prévention des MST/SIDA.

4. Compétence professionnelle du personnel du service

Pour que le personnel de santé soit prêt à dispenser les méthodes modernes de planification familiale au sortir des écoles de base et pour éviter les frais importants de recyclage et de formation locale, les modules de formation en PF seront revus et actualisés. Un plan de formation continue sera élaboré et mis en œuvre.

5. Qualité de la relation interpersonnelle entre les utilisateurs et le personnel

Les relations entre le personnel prestataire de services de planification familiale et les accepteurs doivent être cordiales et surtout basées sur la courtoisie la discrétion et le respect mutuel. L'accepteur en PF n'est pas un malade, il ne reviendra dans le service que s'il a été accueilli avec amabilité et traité avec courtoisie durant tout son passage dans le service.

6. Disponibilité pour répondre aux besoins quotidiens

Cette disponibilité porte d'une part sur la ponctualité et l'assiduité du personnel sur les lieux du travail et d'autre part sur la disponibilité du matériel de prestation de service et des contraceptifs.

7. Diversification et l'intégration des services

Les services de Planification familiale doivent être diversifiés et prendre en compte les autres éléments de la santé reproductive pour répondre aux besoins de tous. L'on doit pouvoir trouver des services en la matière au goût de chacun : vertical ou intégré. L'intégration permettra surtout de toucher différents publics cibles en fonction de leur fréquentation habituelle des services sanitaires et sociaux. Par exemple PMI et maternités pour les femmes, Centres de santé médico-sociales pour les jeunes, et dispensaires pour les hommes.

8. Supervision régulière.

Cette supervision permettra de savoir que le niveau acceptable de performance est bien acquis par le personnel prestataire de services. Il vérifiera également la disponibilité de l'équipement du matériel et des contraceptifs. La supervision s'inquiétera enfin de l'opinion que les bénéficiaires ont des services qui leur sont proposés.

VII . 4. Renforcement des capacités des individus et des ménages

Il s'agira de renforcer les capacités des individus, des ménages et des communautés en matière de santé et droit sexuel et reproductif. La sensibilisation au bien-être familial passe par la prise de conscience de la population des problèmes mortalité maternelle et aux problèmes socio-économiques provoqués par la forte croissance démographique. De cette prise de conscience doit découler un nouveau comportement notamment en matière de maîtrise de la fécondité. Des actions seront entreprises pour lutter contre les obstacles à l'utilisation des méthodes contraceptives. Les communautés seront mobilisées dans la distribution des produits contraceptifs.

VII . 5. Mobilisation des ressources additionnelles et financement du plan

Il s'agira de porter à l'attention du Gouvernement, des décideurs, des partenaires, des collectivités territoriales, des communautés et des populations, le fardeau que représente la mortalité et la morbidité chez les femmes, les mères, les nouveau-nés, les adolescents et jeunes et les hommes afin d'augmenter l'engagement et l'allocation des ressources nécessaires pour améliorer la qualité des soins et l'utilisation des services. Des partenariats stratégiques seront développés pour impliquer les différentes parties prenantes. Un plan de mobilisation des ressources devra être élaboré et mis en œuvre. Il s'agit de renforcer le plaidoyer envers l'assemblée nationale et le gouvernement pour la création et l'alimentation substantielle d'une ligne budgétaire pour la PF afin d'évoluer vers un transfert du financement extérieur des contraceptifs vers un financement par l'Etat et assurer la pérennité du programme

VII . 6. Recherche opérationnelle

La recherche opérationnelle est indispensable pour l'identification et la démonstration de la faisabilité opérationnelle d'interventions innovantes à gain rapide dont la mise en œuvre à l'échelle permet d'accroître l'impact sur les indicateurs nationaux. Les domaines de recherche dont l'intérêt est manifeste portent sur l'expansion de la contribution communautaire à l'offre de services de PF, la motivation des agents communautaires et d'autres sujets qui peuvent être identifiés au cours de la mise en œuvre du plan stratégique. Dans le cadre de ces recherches, les leçons seront tirées rapidement en 6 mois pour décider de l'extension de l'approche.

VII . 7. Renforcement de la coordination, du suivi et d'évaluation

Sur la base des indicateurs adoptés pour les différents groupes cibles, un plan de suivi et d'évaluation est élaboré et mis en œuvre au niveau national, régional et départemental.

VIII - ÉLÉMENTS DE LA CHAÎNE DE RÉSULTATS

En rapport avec les différents résultats, les interventions prioritaires sont énumérées ci-dessous.

Éléments de la chaîne de résultats	
Impact	Le ratio de décès maternel est réduit de 543 à 272 décès maternels pour 100000 naissances vivantes
Résultat intermédiaire 1	la prévalence contraceptive chez les femmes en âge de procréer augmente de 8,5% à 18%
Résultat immédiat 1.1	Les populations sont informées sur les dispositions juridiques réglementaire et institutionnel qui sont favorables à la pratique de la PF
Extrant 1.1	L'environnement juridique, réglementaire et institutionnel de la pratique de la contraception est amélioré

Activités	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intégrer les questions liées à la planification familiale dans la loi sur la SR 2. Faire voter la loi SR 3. Diffuser la loi en faveur de la SR. 4. Réviser les textes réglementaires pour alléger les conditions d'importation des produits contraceptifs.
Résultat immédiat 1.2	Les populations ont accès aux services de PF, même dans les localités les plus reculées
Extrant 1.2	Les services de PF de qualité sont disponibles dans toutes les structures santé (publique, ONG et privée) et dans les communautés à travers la DBC et le marketing social
Activités	<ol style="list-style-type: none"> 1. Réviser et disséminer les documents de référence 2. Réviser les curricula de formation dans les écoles de formation de base 3. Equiper les écoles de formation de base en matériels didactiques 4. Introduire la démarche qualité dans l'offre des services 5. Réaliser et vulgariser les travaux de recherche et les bonnes pratiques pour leur application 6. Sensibiliser les prestataires pour une prise de conscience professionnelle et pour l'élimination des pratiques entraînant un surcoût des services 7. Appuyer l'intégration de la planification familiale dans toutes les structures sanitaires publiques et privées, dans les services de santé scolaire et universitaire, du secteur privé, des entreprises, des forces de défense et de sécurité, les infirmeries des établissements scolaires (formation et équipements). 8. Former 166 formateurs régionaux et départementaux en planification familiale 9. Former 3500 prestataires en en planification familiale et en SIG/PF. 10. Fournir à tous les ESPC (1000), les équipements et matériels additionnels nécessaires en planification familiale. 11. Assurer régulièrement l'approvisionnement en produits contraceptifs. 12. Renforcer les compétences nationales en gestion de la logistique contraceptive 13. Renforcer le suivi de la gestion de la logistique contraceptive à travers la mise en œuvre d'un mécanisme de suivi régulier 14. Expérimenter l'approche de la franchise sociale des méthodes de longue durée 15. Elargir le Marketing social des autres produits contraceptifs.
Résultat immédiat 1.3	Les populations féminines, les jeunes et les hommes de toutes les religions et ethnies sont favorables à la pratique libre et éclairée de la PF
Extrant 1.3	Les populations féminines, les jeunes et les hommes de toutes les religions et ethnies sont informés des avantages et inconvénients de la PF
Activités	<ol style="list-style-type: none"> 1. Produire les supports de communication interpersonnelle et de masse.

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Réaliser des causeries débats et d'entretiens conseils (counselling) dans les services de PF 3. Former 40000 agents de santé communautaires, accoucheuses traditionnelles et autres membres des communautés à la promotion de la planification familiale. 4. Organiser des campagnes de sensibilisation des populations et des communautés pour l'intérêt de la planification familiale. 5. Organiser les services à base communautaire des produits SR. 6. Développer et mettre en œuvre un plan de communication pour la PF 7. Renforcer les capacités des communautés (ASC, accoucheuses traditionnelles...) à la promotion de la PF.
Résultat immédiat 1.4	Les solutions pour résoudre les problèmes liés à l'offre des services au niveau communautaire et à l'implication des hommes dans les interventions de la PF sont mises en œuvre
Extrant 1.4	La recherche opérationnelle a permis de connaître les problèmes liés à l'offre des services au niveau communautaire et à l'implication des hommes dans les interventions de la PF
Activités	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conduire une recherche opérationnelle sur l'offre de services intégrés à base communautaires 2. Conduire une recherche opérationnelle sur la motivation des agents de santé communautaire dans l'offre de services intégrés 3. Conduire une recherche opérationnelle sur l'implication des hommes dans les interventions de SR/planification familiale

Éléments de la chaîne de résultats	
Impact	Le ratio de décès maternel est réduit de 543 à 272 décès maternels pour 100000 naissances vivantes
Résultat intermédiaire 2	Le taux des avortements provoqués et des grossesses précoces chez les adolescentes et les jeunes sont réduits de 20%
Résultat immédiat 2.1	Les adolescentes et les jeunes sont informés sur les dispositions juridiques qui sont favorables à la pratique de la PF
Extrant 2.1	L'environnement juridique prend en compte les avortements en cas de viol
Activités	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organiser des activités de plaidoyer en direction du gouvernement pour la réduction des coûts des soins de santé sexuelle et reproductive de tous les adolescents et jeunes dans tous les établissements sanitaires. 2. Réviser les textes de loi pour la prise en compte de la légalisation de l'avortement pour certains cas (viol, inceste, anomalie du fœtus...).
Résultat immédiat 2.2	Les adolescents et jeunes ont accès aux services conviviaux de PF
Extrant 2.2	Les services conviviaux de PF pour les adolescents et jeunes sont disponibles
Activités	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborer le plan stratégique pour la promotion de la santé des adolescents.

	<p>2. Elaborer les standards des services de santé sexuelle et reproductive adaptés aux besoins des adolescents.</p> <p>3. Créer 50 centres d'écoute et de conseils pour l'encadrement des jeunes en matière de droit et de santé sexuels et reproductifs et des compétences de la vie.</p> <p>4. Affecter 150 agents (3 par district) dans les centres d'écoute, de conseils et de soins aux adolescents/jeunes dans 50 districts.</p> <p>5. Former 150 agents (animateurs) des centres d'écoute et de conseils et du service de santé des adolescents/jeunes (techniques de communication interpersonnelle, ...).</p> <p>6. Fournir aux hôpitaux de référence et à 100 centres de santé urbain, des équipements, matériels, médicaments et intrants stratégiques nécessaires à la prise en charge des problèmes des adolescents et jeunes.</p> <p>7. Equiper en matériel médical pour la SR les 50 SSSU fonctionnels.</p> <p>8. Intégrer la planification familiale dans les activités des 50 SSSU fonctionnels et des infirmeries des écoles.</p> <p>9. Approvisionner régulièrement les 50 SSSU et les infirmeries en produits contraceptifs.</p> <p>10. Former 2 agents de santé des 50 SSSU concernés à la technologie contraceptive adaptée aux adolescents et aux jeunes.</p> <p>11. Renforcer la collaboration entre les services de consultations des hôpitaux de référence des 50 districts et les centres d'écoute de conseils des ado/jeunes.</p> <p>12. Doter les 50 centres d'écoute et de conseils ado/jeunes d'équipements nécessaires pour leur fonctionnement efficient (distributeurs automatiques de condoms, télévision, magnétoscope, ordinateur, imprimante, photocopieuses)</p> <p>13. Fournir des services intégrés dans les hôpitaux de référence des 83 districts sanitaires pour la prise en charge des problèmes des adolescents et jeunes (IST, tests de grossesse, soins, conseils et soutien psychologique)</p> <p>14. Etablir des partenariats stratégiques entre les centres d'écoute/conseils, les SSSU et les services de référence des 83 districts sanitaires.</p>
Résultat immédiat 2.3	Les adolescentes et les jeunes de toutes les religions et ethnies sont favorables à la pratique libre et éclairée de la PF
Extrant 2.3	Les adolescentes et les jeunes de toutes les religions et ethnies sont informés sur les conséquences des grossesses précoces, les avortements provoqués et les avantages de la PF
Activités	<p>1. Former 500 pairs éducateurs des lycées et collèges y compris les lycées professionnels et les CAFOP pour 50 districts sanitaires.</p> <p>2. Former 2 leaders et 4 volontaires communautaires dans chaque aire de santé.</p> <p>3. Produire et reproduire les supports de communication interpersonnelle et de masse.</p> <p>4. Organiser des activités de sensibilisation des parents pour la promotion de la communication sur la sexualité au sein des ménages et familles.</p>

	5. Organiser une campagne nationale d'information et de sensibilisation par an sur les conséquences des grossesses précoces et des avortements provoqués.
	6. Mener des séances de sensibilisation sur les conséquences des grossesses précoces et des avortements provoqués dans les écoles, aux abords des marchés et autres lieux publics dans les 83 districts sanitaires.
	7. Mener des séances de sensibilisation dans les commissariats et brigades de gendarmerie pour l'application des textes législatifs en matière de pratiques néfastes à la SR des adolescents et jeunes (MGF, unions précoces, avortements, viol...)

Éléments de la chaîne de résultats	
Impact	Le ratio de décès maternel est réduit de 543 à 272 décès maternels pour 100000 naissances vivantes
Résultat intermédiaire 3	Le taux de prévalence de l'infertilité et de l'infécondité chez les femmes et les hommes est réduit de 10%
Résultat immédiat 3.1	Les populations ont accès aux services de prise en charge des cas d'infertilité et d'infécondité
Extrant 3.1	Les services de prise en charge des cas d'infertilité et d'infécondité sont disponibles dans les établissements sanitaires de référence
Activités	1. Equiper 83 hôpitaux de référence des districts en matériel médical spécifique pour la prise en charge des cas d'infécondité et d'infertilité (glairé, synéchie, spermogramme...).
	2. Former 186 agents de santé pour la prise en charge des cas d'infertilité.
	3. Equiper 1 CHU en matériel pour l'aide médicale à la procréation (AMP).
	4. Former 2 biologistes, 2 gynécologues et 2 échographistes du CHU de Cocody pour la procréation médicalement assistée.
Résultat immédiat 3.2	Les connaissances et attitudes des femmes, des jeunes et des hommes sont améliorées pour prévenir les IST responsables des cas d'infertilité et d'infécondité
Extrant 3.2	Les femmes, les hommes et les jeunes sont informés sur les risques encourus en cas d'IST insuffisamment prise en charge
Activité	1. Organiser des activités d'information et de sensibilisation des femmes, des jeunes et des hommes sur les IST insuffisamment prises charge et l'infertilité et l'infécondité

Éléments de la chaîne de résultats	
Impact	Le ratio de décès maternel est réduit de 543 à 272 décès maternels pour 100000 naissances vivantes
Résultat intermédiaire 4	Les ressources financières ont augmenté et couvrent au moins 50% des besoins de planification familiale
Résultat immédiat 4.1	Les ressources financières disponibles sont utilisées pour la mise en œuvre du plan stratégique PF en tenant compte de la bonne gouvernance
Extrant 4.1	Des fonds sont mobilisés auprès de l'Etat, des collectivités décentralisées, du secteur privé, des ménages, des partenaires au développement pour la mise en œuvre du plan stratégique PF
Activités	<ol style="list-style-type: none"> 1. Développer un plan de mobilisation de ressources (Etat, collectivités décentralisées, partenaires au dvt). 2. Mettre en œuvre le plan de mobilisation de ressources pour l'exécution du plan (Etat, collectivités décentralisées, partenaires au développement). 3. Mener des activités de plaidoyer en direction du Gouvernement pour la mobilisation des ressources additionnelles pour la sécurisation des produits de la SR 4. Concevoir et produire des supports de communication pour la sécurisation des produits 5. Organiser des campagnes de sensibilisation des prestataires et des gestionnaires en pharmacie pour améliorer le recouvrement de coûts et des médicaments. 6. Organiser une campagne nationale pour sensibiliser sur les conséquences de la rupture des produits de la SR (par an)

Éléments de la chaîne de résultats	
Impact	Le ratio de décès maternel est réduit de 543 à 272 décès maternels pour 100000 naissances vivantes
Résultat intermédiaire 5	Les ressources financières ont augmenté et couvrent au moins 50% des besoins de planification familiale
Résultat immédiat 5.1	La coordination, le suivi et l'évaluation des activités à tous les niveaux (central, régional et district) sont assurées
Extrant 5.1	Le suivi, l'évaluation et la coordination sont parfaitement assurés. Les problèmes entravent la bonne marche du plan sont identifiés et les solutions sont apportées
Activités	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborer un plan de suivi et évaluation des activités de PF 2. Mettre en œuvre le plan de suivi et évaluation des activités de PF y compris la gestion des contraceptifs 3. Renforcer le comité de coordination de la PF à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. 4. Produire les rapports périodiques de la mise en œuvre des activités à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. 5. Doter la DC-PNSR/PF de 2 véhicules 4x4 pour la coordination, le suivi et évaluation 6. Organiser la participation de 10 agents aux réunions et formations

	internationales sur PF.
	7. Recruter le personnel additionnel pour le programme.
	8. Assurer le fonctionnement de la DC-PNSR/PF, AIBEF, AIMAS
	9. Organiser des journées de bilan annuel et de planification, au niveau district et national, de la mise en œuvre du plan PF.
	10. Assurer la supervision des activités au niveau opérationnel.
	11. Assurer le suivi de la mise en œuvre du plan.
	12. Réaliser l'évaluation à mi-parcours du plan.
	13. Réaliser l'évaluation finale du plan.

IX - PLAN DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN

Le plan sera mis en œuvre sur la période 2012-2016.

IX . 1. Matrices du plan de mise en œuvre et de suivi

Le plan de sa mise en œuvre est décrit dans les matrices ci-après.

Tableau 8 : Matrices du plan de mise en œuvre et de suivi

Résultat intermédiaire 1	La prévalence contraceptive chez les femmes en âge de procréer a augmenté de 8,5% à 18%
---------------------------------	---

Résultat immédiat 1.1	Les populations sont informées sur les dispositions juridiques réglementaire et institutionnel qui sont favorables à la pratique de la PF
Extrant 1.1	L'environnement juridique, réglementaire et institutionnel de la pratique de la contraception est amélioré

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		2	3	4	5	6			
1. Elaborer et faire adopter une loi en faveur de la SR.	DC-PNSR		X				Abidjan	Nombre d'activités réalisées pour l'élaboration et l'adoption d'une loi en faveur de la SR.	Une loi en faveur de la SR est adoptée
2. Diffuser la loi en faveur de la SR.	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	National	Nombre d'activités réalisées pour la diffusion de la loi en faveur de la SR	La loi en faveur de la SR est connue par au moins 50% de la population
3. Réviser les textes réglementaires pour alléger les conditions d'importation des produits contraceptifs.	DC-PNSR		X				Abidjan	Nombre d'activités réalisées pour réviser les textes pour alléger les conditions d'importation des produits contraceptifs.	Les obstacles liés à l'importation des produits contraceptifs sont allégés

Résultat immédiat 1.2

Les populations ont accès aux services de PF, même dans les localités les plus reculées

Extrant 1.2

Les services de PF de qualité sont disponibles dans toutes les structures santé (publique, ONG et privée) et dans les communautés à travers la DBC et le marketing social

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		2	3	4	5	6			
1. Réviser et disséminer les documents de référence PF	DC-PNSR/PF	X	X				Abidjan	Nombre d'activités réalisées pour la révision et la dissémination des documents de référence PF	Les documents de référence PF sont révisés et disséminés
2. Réviser les curricula de formation dans les écoles de formation de base	INFAS	X					Abidjan	Nombre d'activités réalisées pour la révision curricula de formation dans les écoles de formation de base	Les curricula de formation dans les écoles de formation de base sont révisés
3. Equiper les écoles de formation de base en matériels didactiques PF	INFAS		X	X			National	Nombre d'écoles de formation de base équipées en matériels didactiques PF	Les écoles de formation de base en matériels didactiques PF sont équipées
4. Introduire la démarche qualité dans l'offre des services	DC-PNSR/PF		X	X	X	X	National	Indicateurs qualité des soins	La qualité des services s'est améliorée
5. Réaliser et vulgariser les travaux de recherche et les bonnes pratiques pour leur application	DIPE	X	X	X	X	X	National	Nombres études réalisées	Les fondements des problèmes sont connus et les bonnes pratiques ont diffusés
6. Sensibiliser les prestataires pour une prise de conscience professionnelle et pour l'élimination des pratiques entraînant un surcoût des services	DGA, DSC	X	X	X	X	X	National	Nombre d'activités de sensibilisation des prestataires pour une prise de conscience professionnelle et pour l'élimination des pratiques entraînant un surcoût des services, réalisées	6. Sensibiliser les prestataires pour une prise de conscience professionnelle et pour l'élimination des pratiques entraînant un surcoût des services
7. Appuyer l'intégration de la planification familiale dans tous les services de santé publique et privé, les	DC-PNSR, DD, AIBEF		X	X	X	X	District	Nombre de services de services de santé publique et privé santé scolaire et	Tous les services de santé scolaire et universitaire et des forces

services de santé scolaire et universitaire, du secteur privé, des entreprises, des forces de défense et de sécurité, les infirmeries des établissements scolaires (formation et équipements).								universitaire, du secteur privé, des entreprises, des forces de défense et de sécurité, les infirmeries des établissements scolaires ayant intégré la planification familiale	de défense et de sécurité, 20% des services de santé du secteur privé et des entreprises, 70% des infirmeries des établissements scolaires ont intégré la planification familiale
8. Former 166 formateurs régionaux et départementaux en planification familiale	DC-PNSR, DR	X	X				Régions	Nombre de personnes formées par région et département	Chaque région et district dispose d'une équipe de formateurs
9. Former 3500 prestataires en planification familiale y compris SIG/PF.	DD, AIBEF	X	X	X	X	X	Régions	Nombre de prestataires formés en planification familiale y compris SIG/PF	Chaque structure dispose de prestataires formés
10. Fournir aux structures de santé les équipements et matériels additionnels nécessaires en planification familiale	DC-PNSR, DD, AIBEF	X	X	X	X	X	Structures de santé	Nombre de structures ayant reçu des équipements et matériels additionnels	Chaque structure dispose des équipements et matériels nécessaires à la PF
11. Assurer régulièrement l'approvisionnement en produits contraceptifs.	DC-PNSR, DD, AIBEF	X	X	X	X	X	Structures de santé	Nombre de jours de rupture de stock	Chaque structure dispose toujours des produits contraceptifs.
12. Renforcer les compétences nationales en gestion de la logistique contraceptive	PSP	X	X	X	X	X	Structures de santé	Nombre de personnes formées	Les compétences nationales en gestion de la logistique contraceptive sont améliorées
13. Renforcer le suivi de la gestion de la logistique contraceptive à travers la mise en œuvre d'un mécanisme de suivi régulier	PSP, DC-PNSR/PF, AIBEF	X	X	X	X	X	Structures de santé	Nombre d'activités réalisées	Le mécanisme de la gestion logistique est fonctionnel
14. Expérimenter l'approche de la franchise sociale des méthodes de longue durée	AIMAS	X	X	X			Structures de santé	Nombre de structure de santé qui bénéficie de l'approche de la franchise sociale des méthodes de longue durée	La performance des services est améliorée
15. Élargir le Marketing social des autres produits contraceptifs.	AIMAS	X	X	X	X	X	National	Nombre de produits contraceptifs ayant intégré le Marketing social	les pilules, les injectables et le DIU ont intégrés le Marketing social

Résultat immédiat 1.3	Les populations féminines, les jeunes et les hommes de toutes les religions et ethnies sont favorables à la pratique libre et éclairée de la PF
Extrant 1.3	Les populations féminines, les jeunes et les hommes de toutes les religions et ethnies sont informés des avantages et inconvénients de la PF

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		2	3	4	5	6			
1. Produire les supports de communication interpersonnelle et de masse.	DC-PNSR, DD, AIBEF, AIMAS	X	X	X	X	X	Abidjan	Nombre de supports de communication interpersonnelle et de masse produits	Chaque structure dispose des supports de communication interpersonnelle et de masse
2. Réaliser des causeries débats et d'entretiens conseils (counselling) dans les services de PF	DC-PNSR, DD, PPS, AIBEF, AIMAS	X	X	X	X	X	District	Nombre d'activités réalisées	80% des populations sont informées sur l'intérêt des services de PF
3. Former 40000 agents de santé communautaires, accoucheuses traditionnelles et autres membres des communautés à la promotion de la planification familiale.	DD, PPS, AIBEF	X	X	X	X	X	District	Nombre de personnels formés à la promotion de la santé maternelle et infantile	40000 aires de santé dispose d'agents de santé communautaires, d'accoucheuses traditionnelles formés en PF
4. Organiser des campagnes de sensibilisation des populations et des communautés pour l'intérêt de la planification familiale.	DC-PNSR, DD, AIBEF, AIMAS	X	X	X	X	X	National	Nombre de campagnes de sensibilisation des populations et des communautés sur l'intérêt de la PF	80% des populations sont informées sur l'intérêt de la PF
5. Organiser les services à base communautaire des produits SR.	AIBEF, DD, PPS	X	X	X	X	X	District	Nombre de service à base communautaire des produits PF mis en place	Toutes les aires de santé disposent de service à base communautaire des produits PF
6. Développer et mettre en œuvre un plan de communication pour la PF	DC-PNSR/PF, AIBEF, AIMAS	X	X	X	X	X	National	Nombre d'activités réalisées	Les populations pratiquent la PF

Résultat immédiat 1.4	Les solutions pour résoudre les problèmes liés à l'offre des services au niveau communautaire et à l'implication des hommes dans les interventions de la PF sont mises en œuvre
Extrant 1.4	La recherche opérationnelle a permis de connaître les problèmes liés à l'offre des services au niveau communautaire et à l'implication des hommes dans les interventions de la PF

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		2	3	4	5	6			
1. Conduire une recherche opérationnelle sur l'offre de services intégrés à base communautaires	DIPE, DC-PNSR, AIBEF		X				District	Niveau de réalisation de l'étude	Les problèmes identifiés et les solutions apportées
2. Conduire une recherche opérationnelle sur la motivation des agents de santé communautaire dans l'offre de services intégrés	DIPE, DC-PNSR, AIBEF		X				District	Niveau de réalisation de l'étude	Les problèmes identifiés et les solutions apportées
3. Conduire une recherche opérationnelle sur l'implication des hommes dans les interventions de SR/planification familiale	DIPE, DC-PNSR, AIBEF		X				District	Niveau de réalisation de l'étude	Les problèmes identifiés et les solutions apportées

Résultat intermédiaire 2	Le taux des avortements provoqués et des grossesses précoces chez les adolescentes et les jeunes sont réduits de 20%
Résultat immédiat 2.1	Les adolescentes et les jeunes sont informés sur les dispositions juridiques qui sont favorables à la pratique de la PF
Extrant 2.1	L'environnement juridique prend en compte les avortements en cas de viol

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		2	3	4	5	6			
1. Organiser des activités de plaidoyer en direction du gouvernement pour la réduction des coûts des soins de santé sexuelle et reproductive de tous les adolescents et jeunes dans tous les établissements sanitaires.	DC-PNSR/PF		X	X	X		Abidjan	Nature et nombre d'activités de plaidoyer réalisées pour réduire les coûts des soins de santé sexuelle et reproductive de tous les adolescents et jeunes dans tous les établissements sanitaires.	Les adolescents et jeunes ont bénéficié d'une réduction des coûts de soins de santé sexuelle et reproductive dans tous les établissements sanitaires.
2. Réviser les textes de loi pour la prise en compte de la légalisation de l'avortement pour certains cas (viol, inceste, anomalie du fœtus...).	Cabinet, DC-PNSR		X	X			Abidjan	Nature et nombre d'activités de plaidoyer réalisées pour réviser les textes de loi	La loi est révisée et prend en compte la légalisation de l'avortement pour certains cas (viol, inceste, anomalie du fœtus...).

Résultat immédiat 2.2	Les adolescents et jeunes ont accès aux services conviviaux de PF
Extrant 2.2	Les services conviviaux de PF pour les adolescents et jeunes sont disponibles

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		2	3	4	5	6			
1. Elaborer le plan stratégique pour la promotion de la santé des adolescents.	Ministère jeunesse, PNSSSU, AIBEF, AIMAS	X					Abidjan	Niveau d'élaboration du plan stratégique pour la promotion de la santé des adolescents	Le plan stratégique pour la promotion de la santé des adolescents est mise en œuvre

2. Elaborer les standards des services de santé sexuelle et reproductive adaptés aux besoins des adolescents.	PNSSSU, DC-PNSR, AIBEF, AIMAS	X					Abidjan	Niveau d'élaboration des standards des services de santé sexuelle et reproductive adaptés aux besoins des adolescents	Les standards des services de santé sexuelle et reproductive adaptés aux besoins des adolescents est disponible
3. Créer 50 centres d'écoute et de conseils pour l'encadrement des jeunes en matière de droit et de santé sexuels et reproductifs et des compétences de la vie.	PNSSSU, AIBEF		X	X			District	Nombre de centres d'écoute et de conseils pour l'encadrement des jeunes en matière de droit et de santé sexuels et reproductifs	50 centres d'écoute et de conseils pour l'encadrement des jeunes en matière de droit et de santé sexuels et reproductifs sont fonctionnels
4. Affecter 150 agents (3 par district) dans les centres d'écoute, de conseils et de soins aux adolescents/jeunes dans 50 districts.	Ministère en charge de la jeunesse			X	X		District	Nombre d'agents (3 par centre) affectés	150 agents (3 par district) affectés dans les centres d'écoute
5. Former 150 agents (animateurs) des centres d'écoute et de conseils	AIBEF			X	X	X	District	Nombre d'animateurs des centres d'écoute et de conseils formés	Chaque centre d'écoute et de conseils dispose d'agents formés.
6. Fournir aux structures de référence, cliniques ONG et à 50 centre de santé urbain des équipements, matériels, médicaments et intrants stratégiques nécessaires à la prise en charge des problèmes des adolescents et jeunes.	DC-PNSR, DD, AIBEF		X	X	X	X	District	Nombre de structures de référence, cliniques ONG et centres de santé urbain ayant reçu des équipements et matériels additionnels	Les structures de référence, cliniques ONG et 50 centres de santé urbain disposent des équipements et matériels
7. Equiper en matériel médical pour la SR les 50 SSSU fonctionnels.	PNSSSU, DC-PNSR		X	X	X	X	District	Nombre de structures ayant reçu des équipements	Les 50 SSSU fonctionnels sont équipés.
8. Intégrer la planification familiale dans les activités des 50 SSSU fonctionnels et des infirmeries des écoles.	PNSSSU, DC-PNSR		X	X	X	X	District	Nombre de structures SSSU ayant intégré la planification familiale	Les structures SSSU ont intégré la planification familiale
9. Approvisionner régulièrement les 50 SSSU et les infirmeries en produits contraceptifs.	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	District	Nombre de rupture de stock des produits contraceptifs	Les produits contraceptifs nécessaires à la PF sont disponibles dans toutes les 50 SSSU

10. Former 2 agents de santé des 50 SSSU concernés à la technologie contraceptive adaptée aux adolescents et aux jeunes.	PNSSSU, DC-PNSR		X	X	X		District	Nombre d'agents des SSSU formés à la technologie contraceptive adaptée aux adolescents et aux jeunes.	Chaque SSSU dispose d'agents formés à la technologie contraceptive adaptée aux adolescents et aux jeunes,
11. Renforcer la collaboration entre les services de consultations des hôpitaux de référence des 50 districts et les centres d'écoute de conseils des ado/jeunes.	PNSSSU, DC-PNSR	X	X	X	X	X	District	Nombre de rencontres entre les services de consultations des hôpitaux de référence des 50 districts et les centres d'écoute de conseils des ado/jeunes	La collaboration est renfermée entre les services de consultations des hôpitaux de référence des 50 districts et les centres d'écoute de conseils des ado/jeunes.
12. Doter les 50 centres d'écoute et de conseils ado/jeunes d'équipements nécessaires pour leur fonctionnement efficient (distributeurs automatiques de condoms, télévision, magnétoscope, ordinateur, imprimante, photocopieuses)	DD, AIBEF		X	X	X	X	District	Nombre de centres d'écoute et de conseils ayant reçu des équipements et matériels additionnels pour leur fonctionnement efficient	Chaque centre d'écoute et de conseil dispose des équipements et matériels nécessaires pour son fonctionnement efficient
13. Fournir des services intégrés dans les hôpitaux de référence des 83 districts sanitaires pour la prise en charge des problèmes des adolescents et jeunes (IST, tests de grossesse, soins, conseils et soutien psychologique)	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	District	Nombre d'hôpitaux de référence des 83 districts sanitaires offrant des services intégrés pour la prise en charge des problèmes des adolescents et jeunes (IST, tests de grossesse, soins, conseils et soutien psychologique)	Les hôpitaux de référence des 83 districts sanitaires offrent des services intégrés pour la prise en charge des problèmes des adolescents et jeunes (IST, tests de grossesse, soins, conseils et soutien psychologique)
14. Etablir des partenariats stratégiques entre les centres d'écoute/conseils, les SSSU et les services de référence des 83 districts sanitaires.	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	District	Nombre de partenariats stratégiques établis entre les centres d'écoute/conseils, les SSSU et les services de référence des 83 districts sanitaires.	Tous les districts ont établis des partenariats stratégiques établis entre les centres d'écoute/conseils, les SSSU et les services de référence des 83 districts sanitaires

Résultat immédiat 2.3	Les adolescentes et les jeunes de toutes les religions et ethnies sont favorables à la pratique libre et éclairée de la PF
Extrant 2.3	Les adolescentes et les jeunes de toutes les religions et ethnies sont informés sur les conséquences des grossesses précoces, les avortements provoqués et les avantages de la PF

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		2	3	4	5	6			
1. Former 500 pairs éducateurs des lycées et collèges y compris les lycées professionnels et les CAFOP pour 50 districts sanitaires.	Ministère de l'éducation nationale, DC-PNSR, DD		X	X	X		District	Nombre de pairs éducateurs formés	Chaque district dispose de pairs éducateurs formés dans les lycées et collèges, lycées professionnels et CAFOP,
2. Former 2 leaders et 4 volontaires communautaires dans chaque aire de santé.	DD, AIBEF		X	X	X	X	District	Nombre de leaders et volontaires communautaires formés	Chaque aire de santé dispose de leaders et volontaires communautaires formés,
3. Produire et reproduire les supports de communication interpersonnelle et de masse.	DC-PNSR, AIBEF, AIMAS		X	X			Abidjan	Nombre et types de supports produits	80% des parents sont sensibilisés sur l'importance de la communication sur la sexualité au sein des ménages et familles.
4. Organiser des activités de sensibilisation des parents pour la promotion de la communication sur la sexualité au sein des ménages et familles.	DC-PNSR, DD, AIBEF		X	X	X	X	District	Nombre d'activités réalisées pour sensibiliser les parents sur la communication sur la sexualité au sein des ménages et familles.	80% des parents sont sensibilisés sur l'importance de la communication sur la sexualité au sein des ménages et familles.
5. Organiser une campagne nationale d'information et de sensibilisation par an sur les conséquences des grossesses précoces et des avortements provoqués.	DC-PNSR, DD, AIBEF		X	X	X	X	District	Nombre de campagnes nationales réalisées pour informer et sensibiliser sur les conséquences des grossesses précoces et des avortements provoqués.	80% des populations sont informées sur les conséquences des grossesses précoces et des avortements provoqués.

6. Mener des séances de sensibilisation sur les conséquences des grossesses précoces et des avortements provoqués dans les écoles, aux abords des marchés et autres lieux publiques dans les 83 districts sanitaires.	DD, PPS, AIBEF		X	X	X	X	District	Nombre d'activités réalisées pour sensibiliser sur les conséquences des grossesses précoces et des avortements provoqués	80% des populations sont informées sur les conséquences des grossesses précoces et des avortements provoqués,
7. Mener des séances de sensibilisation dans les commissariats et brigades de gendarmerie pour l'application des textes législatifs en matière de pratiques néfastes à la SR des adolescents et jeunes (MGF, unions précoces, avortements, viol...)	DC-PNSR, DD		X	X	X	X	District	Nombre d'activités réalisées dans les commissariats et brigades de gendarmerie pour sensibiliser pour l'application des textes législatifs en matière de pratiques néfastes à la SR	60% des commissariats et brigades de gendarmerie sont sensibilisés pour l'application des textes législatifs en matière de pratiques néfastes à la SR

Résultat intermédiaire 3	Le taux de prévalence de l'infertilité et de l'infécondité chez les femmes et les hommes est réduit de 10%
Résultat immédiat 3.1	Les populations ont accès aux services de prise en charge des cas d'infertilité et d'infécondité
Extrant 3.1	Les services de prise en charge des cas d'infertilité et d'infécondité sont disponibles dans les établissements sanitaires de référence

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		2	3	4	5	6			
1. Equiper 19 hôpitaux de référence des districts en matériel médical spécifique pour la prise en charge des cas d'infécondité et d'infertilité (glaire, synéchie, spermogramme...).	DC-PNSR, DR			X	X		District	Nombre d'hôpitaux de référence ayant reçu des équipements et matériels additionnels	Chaque hôpital régional de référence dispose des équipements et matériels nécessaires pour la PEC des cas d'infécondité et d'infertilité.
2. Former 186 agents de santé pour la prise en charge des cas d'infertilité.	DC-PNSR, DR			X	X	X	District	Nombre de personnels formés pour la prise en charge des cas d'infertilité	Chaque hôpital de district dispose du personnel formé pour la PEC des cas d'infertilité
3. Equiper 1 CHU en matériel pour l'aide médicale à la procréation (AMP).	DC-PNSR, DR				X	X	CHU	Nombre de CHU ayant reçu des équipements et	Un CHU dispose des équipements et matériels

									matériels additionnels pour l'AMP	nécessaires pour l'AMP
4. Former 2 biologistes, 2 gynécologues et 2 échographistes du CHU de Cocody pour la procréation médicalement assistée.	DC-PNSR, DR					X		Régions	Nombre de biologistes, gynécologues et échographistes formés pour la procréation médicalement assistée.	Le CHU de Cocody dispose de biologistes, gynécologues et échographistes formés pour la procréation médicalement assistée.

Résultat immédiat 3.2	Les connaissances et attitudes des femmes, des jeunes et des hommes sont améliorés pour prévenir les IST responsables des cas d'infertilité et d'infécondité
Extrant 3.2	Les femmes, les hommes et les jeunes sont informés sur les risques encourus en cas d'IST insuffisamment prise en charge

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		2	3	4	5	6			
1. Sensibiliser les populations à la prévention de l'infertilité	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	District	Nombre d'activités réalisées pour la prévention de l'infertilité	60% des populations sont informées sur la prévention de l'infertilité

Résultat intermédiaire 4	Les ressources financières ont augmenté et couvrent au moins 50% des besoins de planification familiale
Résultat immédiat 4.1	Les ressources financières disponibles sont utilisées pour la mise en œuvre du plan stratégique PF en tenant compte de la bonne gouvernance
Extrant 4.1	Des fonds sont mobilisés auprès de l'Etat, des collectivités décentralisées, du secteur privé, des ménages, des partenaires au développement pour la mise en œuvre du plan stratégique PF

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		2	3	4	5	6			
1. Développer un plan de mobilisation de ressources (Etat, collectivités décentralisées, partenaires au	DC-PNSR/PF	X					Abidjan	Niveau de développement du plan de mobilisation des ressources	Le plan de mobilisation des ressources est mis en œuvre. Des ressources

développement).									supplémentaires sont mobilisées
2. Mettre en œuvre le plan de mobilisation de ressources pour l'exécution du plan (Etat, collectivités décentralisées, partenaires au développement).	DC-PNSR/PF	X	X	X	X	X	District	Nombre d'activités de plaidoyer de mobilisation des ressources en direction des groupes cibles réalisées	Des ressources additionnelles sont mobilisées
3. Mener des activités de plaidoyer en direction du Gouvernement pour la mobilisation des ressources additionnelles pour la sécurisation des produits de la SR	DC-PNSR/PF	x	x				Abidjan	Nature et nombre d'activités de plaidoyer réalisées pour mobiliser les ressources additionnelles pour la sécurisation des produits de a SR	Les produits de la SR sont sécurisés
4. Concevoir et produire des supports de communication pour la sécurisation des produits	DC-PNSR /PF	X	X	X	X	X	Abidjan	Nombre et types de supports produits	Les supports de communication sur la sécurisation des produits
5. Organiser des campagnes de sensibilisation des prestataires et des gestionnaires en pharmacie pour améliorer le recouvrement de coûts de prestations et des médicaments.	PNSR/PF	X	X	X	X	X	National	Nombre de campagnes organisées	Le recouvrement des coûts des prestations et des médicaments est amélioré
6. Organiser une campagne nationale pour sensibiliser sur les conséquences de la rupture des produits de la SR (par an)	PNSR/PF	X	X	X	X	X	National	Nombre de campagnes organisées	Les cibles connaissent les conséquences des ruptures des produits de la SR. Les produits de la SR sont disponibles

Résultat immédiat 5.2	La coordination, le suivi et l'évaluation des activités à tous les niveaux (central, régional et district) sont assurées
Extrant 5.2	Le suivi, l'évaluation et la coordination sont parfaitement assurés. Les problèmes entravent la bonne marche du plan sont identifiés et les solutions sont apportées

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		2	3	4	5	6			

1. Elaborer un plan de suivi et évaluation des activités de santé de la reproduction.	DC-PNSR /PF	X					Abidjan	Niveau de réalisation du plan de suivi	Le plan de suivi ainsi que les indicateurs de suivi sont disponibles
2. Mettre en œuvre le plan de suivi et évaluation des activités de santé de la reproduction.	DC-PNSR /PF, DD, DR	X	X	X	X	X	Niveau central et opérationnel	Niveau de réalisation du plan de suivi	Le plan de suivi ainsi que les indicateurs de suivi sont disponibles
3. Renforcer le comité de coordination de la SR à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.	DC-PNSR/PF	X	X				District	Nombre d'activités de coordination menées	La coordination des activités SR est améliorée
4. Produire les rapports périodiques de la mise en œuvre des activités à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.	DC-PNSR/PF, DD, DR AIBEF, AIMAS	X	X	X	X	X	District	Nombre de rapports produits par rapport au nombre prévu	Le niveau de mise en œuvre des activités est déterminé
5. Doter la DC-PNSR/PF de 3 véhicules 4x4 pour la coordination, le suivi et évaluation de la mise en œuvre du plan.	DIEM, DC-PNSR/PF		X				Abidjan	Nombre de véhicules 4X4 achetés	Les activités de coordination, de suivi et d'évaluation se réalisent aisément
6. Organiser la participation de 30 agents aux réunions et formations internationales sur la santé de la reproduction.	DC-PNSR/PF	X	X	X	X	X	Etranger	Nombre d'agents ayant participé aux réunions et formations internationales	Les agents ont eu leur capacité renforcée sur les différentes thématiques
7. Recruter le personnel additionnel pour le programme.	DRH, PNSR/PF	X	X				Abidjan	Nombre de personnels additionnels recrutés	La DCPNSR est opérationnelle
8. Appuyer le fonctionnement de la DC-PNSR/PF.	DC-PNSR/PF	X	X	X	X	X	Abidjan	Nombre de services disponibles et fonctionnels	La DCPNSR est opérationnelle
9. Organiser des journées de bilan annuel et de planification, au niveau district et national, de la mise en œuvre du plan SR.	DC-PNSR/PF, DD, DR, AIBEF, AIMAS	X	X	X	X	X	District	Nombre de journées bilan et de planification organisées	Niveau de mise en œuvre des activités déterminées et Plans d'actions sont disponibles
10. Assurer la supervision des activités au niveau opérationnel.	DD, DR, AIBEF, AIMAS	X	X	X	X	X	District	Proportion d'activités de supervisions réalisées	Le niveau de mise en œuvre du plan est apprécié (indicateurs de processus, de résultats disponibles)
11. Assurer le suivi de la mise en œuvre du plan.	DC-PNR/PF, DD, DR, AIBEF, AIMAS	X	X	X	X	X	District	Nombre d'activités de suivi réalisées	Le niveau de mise en œuvre du plan est apprécié (indicateurs de processus, de résultats disponibles)

12. Réaliser des études sur les connaissances, attitudes et pratiques culturelles récurrentes en matière d'utilisation PF	DC-PNSR, DD, AIBEF, AIMAS		X				District	Niveau de réalisation de l'étude	Les connaissances, attitudes et pratiques culturelles récurrentes en matière de PF ont connues
13. Réaliser l'évaluation à mi-parcours du plan.	DC-PNR/PF, AIBEF, AIMAS			X			District	Niveau de réalisation de l'évaluation à mi parcours	Le niveau de mise en œuvre du plan est évalué (principaux indicateurs disponibles)
14. Réaliser l'évaluation finale du plan.	DC-PNR/PF, AIBEF, AIMAS					X	District	niveau de réalisation de l'évaluation	Le niveau de mise en œuvre du plan est évalué (principaux indicateurs disponibles)

IX . 2. Dispositif de suivi des activités et d'évaluation du plan

La mise en œuvre du plan de la PF fera l'objet d'un suivi régulier selon les mécanismes de suivi, de l'évaluation et de coordination existants en vue d'apprécier le niveau d'atteinte des objectifs et de procéder au réajustement nécessaire.

Le fonctionnement de ces différents mécanismes permettra, selon le niveau, d'apprécier l'état d'avancement du plan y compris l'état de l'acquisition des produits contraceptifs (plans d'actions annuelles, activités programmées...), d'identifier les problèmes, de proposer des solutions et de mobiliser les ressources.

Selon l'organisation actuelle du Ministère en charge de la santé, il incombe à la Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation (DIPE) la responsabilité première du suivi et de l'évaluation de l'action sanitaire du Gouvernement. Ainsi, la DIPE produira les données du système national d'information sanitaire nécessaires à l'évaluation du plan en s'appuyant sur les indicateurs nationaux.

En plus, la DC-PNSR/PF Programme national de santé de la reproduction et planification familiale (PNSR/PF), en tant que la structure coordinatrice des activités de la planification familiale développera une stratégie de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du plan à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (central, régional et district) :

Les rapports produits périodiquement par les différents intervenants (rapports d'activités, de supervision...), les données produites par le système national d'information sanitaire et les enquêtes dont les EDS serviront à l'analyse de l'Etat d'avancement de la mise en œuvre et de la prise de décision.

En outre, pour permettre à la stratégie de suivi et d'évaluation de mesurer le niveau de réalisation des objectifs fixés par le plan en vue d'une réprogrammation éventuelle, l'évaluation de la mise en œuvre du plan sera réalisée selon les deux étapes suivantes :

- une évaluation à mi-parcours à la fin de 2014
- une évaluation finale à la fin de 2016.

L'évaluation se fera sur la base d'un protocole produit par le Ministère en charge de la Santé en collaboration avec les partenaires.

• Indicateurs de suivi

Les différentes évaluations porteront sur les paramètres suivants :

- la disponibilité des services de PF;
- l'accessibilité des services de PF ;

- la qualité des services de PF ;
- le niveau intégration des services de PF ;
- l'utilisation des méthodes de PF (anciens et nouveaux utilisateurs) ;
taux d'accroissement de l'utilisation des méthodes de contraception
- l'impact des actions d'information et de sensibilisation ;
- le nombre de nouveaux utilisateurs en PF ;
- Le nombre d'anciens utilisateurs en PF ;
- Le nombre femmes protégées contre une grossesse
- Le couple année protection
- Taux de rupture en contraceptifs
- Taux de mobilisation des ressources financières
- Besoins non satisfaits en contraception

Les indicateurs de processus et de résultats permettant le suivi du plan sont contenus dans le plan de mise en œuvre ci-dessus. En ce qui concerne les indicateurs de résultat retenus pour le suivi, ils sont présentés dans le tableau ci-après :

Tableau 9 : Liste des indicateurs d'impact et de résultats

INDICATEURS		DEFINITION	RYTHME DE CALCUL ET DE COLLECTE	NIVEAU ACTUEL	NIVEAU ATTENDU FIN 2016
INDICATEURS D'IMPACT					
1	Ratio de Mortalité maternelle	Nombre de décès maternels pour 100.000 naissances vivantes	Tous les 5 ans lors des EDS et tous les 10 ans pour les RGPH	543/100 000 (2005)	272/100 000
2	Taux de mortalité néonatale	Nombre de décès dans la période néonatale pour 1000 naissances	Tous les 5 ans lors des EDS	41‰ (2005)	22‰
3	Indice synthétique de fécondité	Nombre moyen d'enfants par femme à la fin de sa période procréative.	Tous les 5 ans lors des EDS	4,6 (2005)	3,0
INDICATEURS DE résultats					

4	Prévalence de la contraception (toutes méthodes modernes)	Nombre de femmes en âge de procréer utilisant une méthode de contraception sur le nombre total de femmes en âge de procréer	Tous les 5 ans lors des EDS	8 %	18%

INDICATEURS		DEFINITION	RYTHME DE CALCUL ET DE COLLECTE	NIVEAU ACTUEL	NIVEAU ATTENDU FIN 2016
INDICATEURS DE PROCESSUS					
5	Proportion des populations favorables à la PF	Nombre d'individus favorables à la PF par rapport à la population totale	Enquête		80%
6	Proportion d'établissements sanitaires offrant les services de PF	Nombre d'établissements sanitaires par rapport au total des établissements	Rythme annuel par le SIG	60%	100%
7	Proportion d'établissements sanitaires disposant de ressources humaines qualifiées	Nombre d'établissements sanitaires disposant de ressources humaines qualifiées par rapport au total des établissements par niveau Premier niveau : Sage – Femmes/infirmiers	Rythme annuel par le SIG	-	90%
8	Proportion du budget de l'état alloué au secteur santé	Montant du Budget de la santé par rapport au montant du budget global Etat de la même année	Annuel	6% (2007)	10%
9	Proportion du budget du secteur de la santé allouée à la PF	Budget alloué à la santé maternelle et néonatale sur le budget de la santé	Annuel	-	5%

X - PARTIES PRENANTES ET LEURS ROLES

Plusieurs structures interviendront dans la mise en œuvre du plan. Toutefois, la responsabilité première incombe au Ministère en charge de la Santé. Les différents secteurs interviendront conformément aux dispositions en vigueur, à leurs missions en développant la multisectorialité.

X . 1. Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida

Le Ministère en charge de la Santé est responsable de la mise en œuvre du plan. Tous les niveaux de la pyramide sanitaire y compris les institutions de formation et de recherche interviendront dans la mise en œuvre du plan.

Au niveau central, toutes les directions centrales, institutions et les programmes de santé et impliquées dans la PF œuvreront à la mise en œuvre du plan. De manière spécifique, la Direction de Coordination du Programme National de la Santé de la Reproduction (DC-PNSR) est l'organe de coordination et d'impulsion de la mise en œuvre de la politique nationale de la santé de la reproduction. A ce titre, cette structure assure, en collaboration avec les autres programmes, l'administration, la coordination, l'animation, la mobilisation des ressources, le suivi et l'évaluation des activités permettant d'atteindre les objectifs de la politique nationale.

Au niveau intermédiaire et périphérique, Les Directions Régionales de la Santé seront chargées de la coordination, de la supervision, du suivi et de l'évaluation des activités des directions départementales. Les Directions Départementales de la Santé seront chargées de la mise en œuvre du plan au niveau local, d'assurer la promotion de la qualité des soins, d'animer et de coordonner les activités des structures sanitaires publiques et privées, d'assurer la mobilisation des ressources. Elles veilleront à assurer la liaison avec les autorités politiques, administratives et coutumières et à assurer la bonne marche des comités de suivi.

X . 2. Autres départements ministériels

Le Ministère en charge de la Santé va promouvoir l'approche multisectorielle dans la mise en œuvre du plan stratégique de la PF qui verra l'intervention des autres départements ministériels. Ces Ministères sont:

- le ministère en charge de l'économie et des finances;
- le ministère en charge de l'éducation;
- le ministère en charge de la jeunesse;
- le ministère en charge de la famille, de la femme et des affaires sociales;
- le ministère en charge de la communication;
- le ministère en charge de la justice;
- le ministère en charge de la défense et de la sécurité;
- le ministère en charge du VIH/sida;
- le ministère en charge de la planification;
- le ministère en charge de la fonction publique;
- le ministère en charge des infrastructures et des travaux publics.

X . 3. Partenaires

La mise en œuvre nécessitera l'intervention des collectivités territoriales, des Organisations Non Gouvernementales, des associations professionnelles et autres structures privées, des communautés et l'ensemble des partenaires au développement.

X.3.1. Collectivités territoriales, communautés et ménages

Les collectivités territoriales (Conseils municipaux et Conseils Généraux de département), les communautés et les ménages sont également chargés du développement sanitaire au niveau local. Elles apporteront leurs appuis à la mise en œuvre du plan stratégique de la PF.

Les individus, les ménages, les familles et les communautés, les associations communautaires œuvreront à l'atteinte des objectifs à travers leurs actions de promotion de la santé sexuelle et reproductive. Dans cette optique, tous les intervenants de la médecine traditionnelle seront les acteurs dans la mise en œuvre.

X.3.2. Organisations Non Gouvernementales

Les Organisations non Gouvernementales constituent des relais importants pour la promotion de la Santé et la mobilisation des populations. Selon leurs domaines d'interventions, elles apporteront leur appui à la mise en œuvre du plan.

L'AIBEF aura pour mission d'accroître le réseau de ses cliniques dans les autres régions du pays. Elle apportera son appui à l'intégration de la PF dans les services de santé des entreprises, dans les établissements sanitaires privés et dans les clubs de santé des établissements scolaires. Elle sera également impliquée dans la distribution des produits contraceptifs à base communautaire L'ASAPSU et les autres ONG intervenant seront renforcées dans la fourniture des services de PF/VIH Sida.

L'AIMAS aura pour mission d'intensifier les actions de marketing social des produits contraceptifs afin de les mettre à la disposition des populations du pays. Son centre de communication audio-visuel sera utilisé pour la promotion de la PF. Elle appuiera la Ministère de la santé à l'expérimentation de l'approche de la franchise sociale des méthodes de longue durée.

X.3.3. Secteur privé sanitaire

Le secteur privé sera impliqué dans la mise en œuvre du plan. Cette implication devra s'étendre aussi bien aux prestations des soins qu'au financement du secteur de la santé de la reproduction. Les statistiques

sanitaires du secteur privé devront être régulièrement intégrées dans le système d'information.

X.3.4. Partenaires au développement

Les partenaires au développement et les organismes de coopération bilatérale et multilatérale (Banque Mondiale, UNFPA, OMS, UNICEF, USAID...) apporteront à l'Etat leur appui technique, matériel et financier nécessaire dans la mise en œuvre du programme. Ils appuieront à la partie nationale à la coordination des activités de PF/VIH Sida.

XI - BUDGET DU PLAN STRATEGIQUE PF

Le coût global du plan est estimé, pour les cinq (5) ans, à **21 818 834 000 F CFA**. Le budget produit à l'aide du logiciel Excel, se répartit selon les extrants comme suit :

XI . 1. Budget synthétisé

Tableau 10 : Budget synthétisé du Programme (Montants en 1.000 F CFA)

	ANNEES					TOTAL
	2 012	2 013	2 014	2 015	2 016	
Résultat intermédiaires 1: Les populations sont informées sur les dispositions juridiques, réglementaires et institutionnelles qui sont favorables à la pratique de la PF	4 842	16 958	2 075	1 383	692	25 950
Résultat intermédiaires 2: Les populations y compris les jeunes ont accès aux services de PF même dans les localités les plus reculées	1 703 504	3 867 047	3 584 404	4 150 546	4 093 833	17 399 334
Résultat intermédiaires 3 : Les populations féminines, les jeunes et les hommes de toutes les religions et ethnies sont favorables à la pratique libre et éclairée de la PF	992 806	951 986	660 792	520 319	359 097	3 485 000
Résultat intermédiaires 4 : Les solutions pour résoudre les problèmes liés à l'offre des services au niveau communautaire et à l'implication des hommes dans les interventions de la PF sont mises en œuvre	-	31 125	31 125	-	-	62 250

Résultat intermédiaires 5 : Les ressources financières disponibles sont utilisées pour la mise en œuvre du plan stratégique PF en tenant compte de la bonne gouvernance	9 150	4 150	4 150	4 150	4 150	25 750
Résultat intermédiaires 6 : La coordination, le suivi et l'évaluation des activités à tous les niveaux (central, régional et district) sont assurées	160 600	205 600	151 450	151 450	151 450	820 550
TOTAL	2 870 901	5 076 867	4 433 995	4 827 849	4 609 222	21 818 834

XI . 2. Budget semi détaillé

Tableau 11: Répartition du budget selon les objectifs de résultat, les stratégies et par année

RESULTATS	ANNEES					TOTAL
	2 012	2 013	2 014	2 015	2 016	
1. La prévalence contraceptive chez les femmes en âge de procréer a augmenté de 8,5% à 18%	2 617 835	2 638 925	2 367 537	2 204 607	2 800 030	12 628 934
Résultat intermédiaires : Les populations sont informées sur les dispositions juridiques, réglementaires et institutionnelles qui sont favorables à la pratique de la PF	4 842	16 458	2 075	1 383	692	25 450
Résultat intermédiaires : Les populations y compris les jeunes ont accès aux services de PF même dans les localités les plus reculées	1 668 604	1 893 064	1 882 170	1 874 113	2 593 283	9 911 234
Résultat intermédiaires : Les populations féminines, les jeunes et les hommes de toutes les religions et ethnies sont favorables à la pratique libre et éclairée de la PF	944 389	698 278	452 167	329 111	206 056	2 630 000
Résultat intermédiaires : Les solutions pour résoudre les problèmes liés à l'offre des services au niveau communautaire et à l'implication des hommes dans les interventions de la PF sont mises en œuvre	-	31 125	31 125	-	-	62 250

2. Le taux des avortements provoqués et des grossesses précoces chez les adolescentes et les jeunes sont réduits de 20%	34 900	1 560 275	1 537 275	1 026 775	972 775	5 132 000
Résultat intermédiaires : Les populations sont informées sur les dispositions juridiques, réglementaires et institutionnelles qui sont favorables à la pratique de la PF	-	500	-	-	-	500
Résultat intermédiaires : Les populations y compris les jeunes ont accès aux services de PF même dans les localités les plus reculées	34 900	1 340 650	1 349 400	849 400	826 650	4 401 000
Résultat intermédiaires : Les populations féminines, les jeunes et les hommes de toutes les religions et ethnies sont favorables à la pratique libre et éclairée de la PF	-	219 125	187 875	177 375	146 125	730 500
3. Les ressources financières ont augmenté et couvrent au moins 50% des besoins de planification familiale	48 417	667 917	373 583	1 440 867	680 817	3 211 600
Résultat intermédiaires : Les populations y compris les jeunes ont accès aux services de PF même dans les localités les plus reculées	-	633 333	352 833	1 427 033	673 900	3 087 100
Résultat intermédiaires : Les populations féminines, les jeunes et les hommes de toutes les religions et ethnies sont favorables à la pratique libre et éclairée de la PF	48 417	34 583	20 750	13 833	6 917	124 500

4. Les ressources financières ont augmenté et couvrent au moins 50% des besoins de planification familiale	9 150	4 150	4 150	4 150	4 150	25 750
Résultat intermédiaires : Les ressources financières disponibles sont utilisées pour la mise en œuvre du plan stratégique PF en tenant compte de la bonne gouvernance	9 150	4 150	4 150	4 150	4 150	25 750
Résultat intermédiaires : La coordination, le suivi et l'évaluation des activités à tous les niveaux (central, régional et district) sont assurées	160 600	205 600	151 450	151 450	151 450	820 550

XI . 3. Financement du plan stratégique PF

L'État continuera à accorder une priorité au développement des actions sociales et particulièrement à la lutte contre la pauvreté. Ainsi, il mobilisera toutes les ressources tant intérieures qu'extérieures afin de pouvoir atteindre les objectifs que le plan stratégique s'est assignés.

Les sources de financement sont :

- Contributions de l'État
- Apports des ménages et des communautés
- Participation directe du secteur privé
- Contributions des partenaires au développement.

CONCLUSION

Le plan stratégique de la planification familiale est un plan quinquennal pour accélérer la résolution des problèmes liés aux droits des individus en matière régulation des naissances. Il vise à réduire la mortalité maternelle et la fécondité en passant par l'augmentation du nombre d'utilisation des services de PF. Sa mise en œuvre se fera à travers les cinq axes stratégiques suivants :

- Amélioration de l'environnement juridique, réglementaire et institutionnel de la santé de la reproduction
- Renforcement et extension de l'offre et de la qualité des services de PF
- Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés en matière de santé et droit sexuel et reproductif
- Mobilisation de ressources additionnelles
- Renforcement du système de coordination, de suivi et d'évaluation

Le présent plan repose sur les orientations définies par la politique nationale de la SR et prend en compte sur les politiques et plans en vigueur de lutte contre la pauvreté et les décès maternels et infantiles. Il intègre la feuille de route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile, le Cadre d'Accélération des Objectifs du Millénaire pour le Développement et constitue un document de référence pour tous les intervenants dans le domaine de la santé de la reproduction. L'atteinte des objectifs du plan stratégique de PF dépend de la volonté politique de mobiliser effectivement les ressources pour sa mise en œuvre.

DOCUMENTS DE REFERENCES

1. **AIBEF, IPPF (2008)** : Connaissances, attitudes et pratiques de l'avortement provoqué clandestin en Côte d'Ivoire.
2. **IPPF/région Afrique (1997)** : Conférence de Cotonou sur l'élimination des barrières juridiques à la santé sexuelle et reproductive en Afrique francophone
3. **Institut National de la Statistique (2006)** : Enquête par grappes à indicateurs multiples, 2006 (MICS).
4. **Institut National de la Statistique et Ministère de la lutte contre le SIDA (2005)** : Enquête sur les indicateurs du SIDA, Côte d'Ivoire 2005.
5. **Institut National de Statistique (1999)** : Recensement général de la population et de l'habitat 1998.
6. **Institut National de la Statistique et Macro International (1999)**: Enquête démographie et de santé 1998-1999 Côte d'Ivoire.
7. **Institut National de la Statistique et Macro International (1994)**: Enquête démographie et de santé Côte d'Ivoire.
8. **Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (2008)**: Plan national de développement sanitaire 2010-2014, Tome I.
9. **Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (2008)**: Politique nationale de la santé de la reproduction.
10. **Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, DC-PNSRPF/OMS (2007)**: Feuille de route pour accélérer la réduction de la morbidité et mortalité maternelles, néonatales et infantiles 2008-2015.
11. **Ministère d'Etat, Ministère du Plan et du Développement (2006)**: Population et développement : défis pour la Côte d'Ivoire, rapport national sur l'état et le devenir de la population de la Côte d'Ivoire (REPCI).
12. **Ministère de la Santé publique (1998)** : Déclaration de politique de politique nationale de la santé de la reproduction en Côte d'Ivoire.
13. **République de Côte d'Ivoire (1982)** : Code pénal.
14. **République de Côte d'Ivoire (2000)** : Constitution de la République de Côte d'Ivoire du 23 juillet 2000.
15. **Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida** : Cadre d'Accélération des Objectifs du Millénaire pour le Développement, mai 2012

ANNEXES

- Budget détaillé
- Liste des membres du Comité de rédaction
- Liste des participants à l'atelier de validation