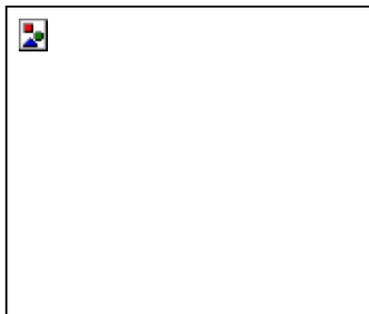


MINISTERE DE LA SANTE



BURKINA FASO

Unité-progrès-justice

PLAN NATIONAL DE LA PLANIFICATION FAMILIALE 2021-2025

Avril 2021

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|----------|
| TABLE DES MATIÈRES | 1 |
| INTRODUCTION | 3 |
| I. PROCESSUS D'ELABORATION | 4 |
| II. GENERALITES SUR LE BURKINA FASO | 5 |
| 2.1. GEOGRAPHIE ET ORGANISATION ADMINISTRATIVE..... | 5 |
| 2.2. DEMOGRAPHIE..... | 6 |
| 2.3. POLITIQUE | 8 |
| 2.4. ECONOMIE..... | 10 |
| 2.5. CONTEXTE SOCIAL ET CULTUREL | 10 |
| III. BILAN DE MISE EN ŒUVRE DU PNAPF 2017-2020 | 12 |
| 3.1. CREATION DE LA DEMANDE..... | 12 |
| 3.2. OFFRE ET ACCES AUX SERVICES..... | 12 |
| 3.3. SECURISATION DES PRODUITS CONTRACEPTIFS | 13 |
| 3.4. ENVIRONNEMENT HABILITANT, POLITIQUE ET FINANCEMENT..... | 13 |
| 3.5. COORDINATION, SUIVI ET EVALUATION..... | 13 |
| IV. ANALYSE DE LA SITUATION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE | 14 |
| 4.1. CREATION DE LA DEMANDE..... | 15 |
| 4.1.1. Connaissances et attitudes en matière de PF | 13 |
| 4.1.2. Comportements en matière de planification familiale | 14 |
| 4.1.3. Cibles prioritaires | 15 |
| 4.1.3.1. Adolescentes et les jeunes filles..... | 15 |
| 4.1.3.2. Prestataires..... | 15 |
| 4.1.3.3. Hommes | 16 |
| 4.1.4. Cartographie des besoins de l'utilisatrice | 16 |
| 4.1.5. Besoins particuliers des adolescents et jeunes | 17 |
| 4.1.6. Exposition aux médias et sources d'informations | 17 |
| 4.1.7. Utilisation des données probantes..... | 18 |
| 4.1.8. Capacité de l'écosystème CSC | 18 |
| 4.2. OFFRE ET ACCES AUX SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE..... | 20 |
| 4.2.1. Disponibilité des services de planification familiale..... | 20 |
| 4.2.2. Accessibilité des services de planification familiale | 22 |
| 4.2.3. Utilisation des services de planification familiale | 23 |
| 4.2.4. Qualité des services de planification familiale..... | 26 |
| 4.3. SECURISATION DES PRODUITS CONTRACEPTIFS | 27 |
| 4.4. ENVIRONNEMENT HABILITANT, POLITIQUE ET FINANCEMENT..... | 28 |
| 4.5. COORDINATION, SUIVI ET EVALUATION..... | 30 |
| V. LA SYNTHÈSE DES RENCONTRES DES PARTIES PRENANTES SUR L'ÉLABORATION DU PNPF 2021-2025 | 28 |
| VI. ACTIONS PRIORITAIRES | 31 |
| VII. CHAÎNE DES RÉSULTATS | 35 |
| CONCLUSION..... | 2 |
| LISTE DES DOCUMENTS CONSULTÉS | 2 |
| VIII. ANNEXE..... | 4 |

INTRODUCTION

I. PROCESSUS D'ELABORATION

L'élaboration du Plan national de la planification familiale (PNPF) 2021-2025 a été participative et a comporté plusieurs étapes.

❖ **Revue finale du Plan national d'accélération de la planification familiale (PNAPF) 2017-2020**

La revue du PNAPF a combiné deux : quantitative et qualitative.

L'approche quantitative a consisté en la collecte des données au niveau central et régional suivi de l'organisation d'atelier d'analyse, de consolidation et de finalisation d'ateliers regroupant l'ensemble des parties prenantes

L'approche qualitative s'est focalisée sur des entretiens et discussions avec les acteurs clés aux différents niveaux du système de santé. Les informations ont été par la suite analysées au cours des travaux de consolidation et de finalisation des données quantitatives.

❖ **Elaboration du rapport de la revue finale du PNAPF 2017-2020**

Les travaux d'analyse des données de la revue ont conduit à la rédaction du rapport finale suivant un modèle standard soumis à l'ensemble des pays membres du Partenariat de Ouagadougou. Ce rapport est assorti de d'actions prioritaires et de recommandations fortes pour faire face aux défis persistants identifiés.

❖ **Organisation du Comité de pilotage du PNAPF 2017-2020**

Cette étape a permis essentiellement de valider le rapport de la revue finale du PNAPF 2017-2020 et de définir les prochaines étapes pour l'élaboration du Plan national de la planification familiale (PNPF) 2021-2025.

❖ **Lancement officiel du processus d'élaboration du PNPF 2021-2025**

Placé sous la présidence du Ministre de la santé, le lancement a été l'occasion pour disséminer les résultats de la revue finale du PNAPF et mener des réflexions sur les modalités pratiques de l'élaboration du PNPF 2021_2025. A la suite du lancement des rencontres d'échanges ont été organisées avec des groupes particuliers : les adolescents et jeunes, le secteur privé et les organisations féminines de la société civile. Ces rencontres ont permis de formuler des recommandations touchant aux préoccupations particulières de ces organisations.

❖ **Mise en place des organes d'élaboration du PNPF 2021-2025**

Trois organes ont été mis en place dans le cadre de l'élaboration du PNPF 2021-2025. Il s'est agi de l'équipe opérationnelle chargée de la production au jour le jour, du comité technique de suivi qui valide les travaux de l'équipe opérationnelle et du comité de pilotage qui valide les travaux finaux. Ces comités sont multisectoriels et prennent en comptes les parties prenantes du domaine de la planification familiale.

❖ **Elaboration du PNPf 2021-2025**

Plusieurs ateliers ont été organisés pour l'élaboration du PNPf2021-2025. En plus du référentiel, des documents annexes ont été parallèlement élaborés au cours de ces ateliers. Il s'agit du plan de suivi-évaluation, du plan de communication et du plan de mobilisation des ressources.

L'organisation de rencontre avec les acteurs des Directions régionales de la santé Dans l'esprit de participation active et inclusive avec la prise en compte des réalités des régions et des districts, le document a été soumis aux acteurs régionaux.

❖ **Adoption du PNPf 2021-2025**

❖ **Dissémination du PNPf 2021-2025**

La dissémination du document a été faite à travers un atelier national regroupant l'ensemble des parties prenantes et des pools d'ateliers régionaux. L'organisation des pools d'ateliers régionaux vise à favoriser l'appropriation du plan ce qui facilitera sa mise en œuvre.

❖ **Journée de plaidoyer et de mobilisation des ressources du PNPf 2021-2025**

II. GENERALITES SUR LE BURKINA FASO

2.1. Géographie et organisation administrative

Le Burkina Faso est un pays sahélien enclavé, avec une superficie d'environ 274 200 Km². Il est limité au Nord et à l'Ouest par le Mali, au Nord et à l'Est par le Niger, au Sud-Est par le Bénin et au Sud par la Côte d'Ivoire, le Ghana et le Togo. Son climat est tropical et de type soudanien avec une pluviométrie moyenne annuelle variant de 300 mm au nord à plus de 1200 mm au sud-ouest.

Sur le plan administratif¹, il est organisé autour de treize (13) régions, quarante-cinq provinces (45), trois cent cinquante (350) départements, trois cent cinquante et une (351) communes et huit mille deux cent vingt-huit (8 228) villages. Les communes sont réparties en communes rurales au nombre trois cent deux (302) et en communes urbaines, quarante-neuf (49). Deux (02) des communes urbaines à statut particulier, celles de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso, sont subdivisées en arrondissements.

¹ Burkina Faso, « Politique nationale de décentralisation : document d'orientation de la décentralisation », cité par la Stratégie nationale de santé communautaire 2019-2023

2.2. Démographie

En 2019, le Burkina Faso comptait 20 487 979 habitants avec 51,7% de femmes (INSD, 2020)². Avec un taux d'accroissement de 2,93%, la population du pays a quasiment doublé entre 1996 et 2019 selon le 5ème RGPH (INSD 2020). La densité moyenne est de 75,1 habitants/km². Majoritairement rurale (73,7%), la population du pays présente un taux d'accroissement de 2,93%.

La pyramide des âges de la population a un profil dont la base est large et le sommet effilé. Ce qui traduit un niveau de fécondité élevé avec une forte mortalité. Cette population est majoritairement jeune. En effet, plus de 77,9% de la population a moins de 35 ans. Les enfants de moins de cinq (05) ans représentent 16,2% de la population totale. La population âgée de moins de 15 ans représente 45,3% de la population globale. A peine 3,4% de la population est âgée de 65 ans ou plus.

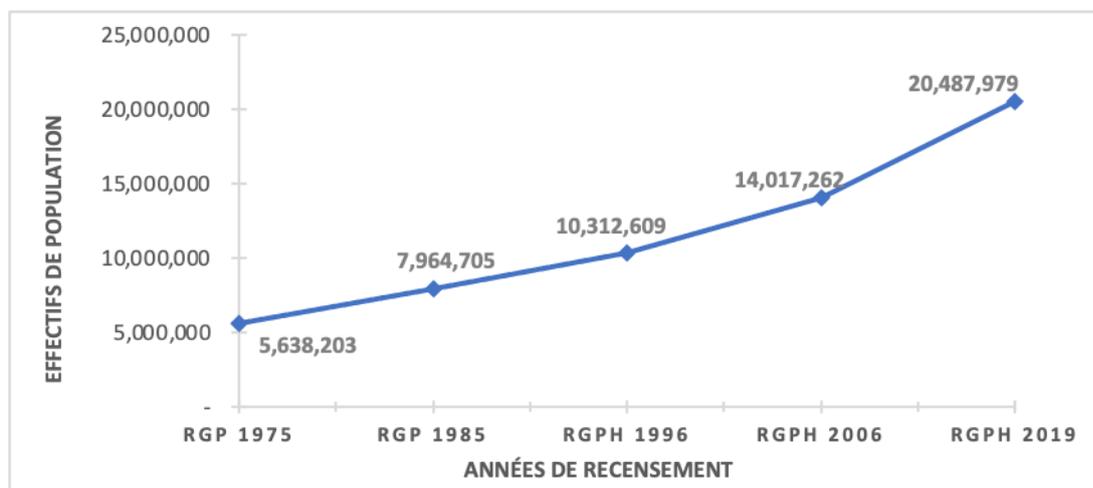
Or, il est établi qu'il existe un effet bénéfique direct entre la planification familiale et la quasi-totalité des objectifs de développement durable (ODD) (Rapport DemDiv 2019) ; outil central de développement, elle contribue à la réduction significative des mortalités et à la maîtrise de la fécondité. Le résultat est la transformation fondamentalement de la structure de la pyramide des âges par l'augmentation de la population active (15-64 ans) et la réduction sensible des populations dépendantes (enfants, vieilles personnes).

L'indice synthétique de fécondité (ISF) est passé de plus de 7 enfants par femme en 1985 à 5,4 en 2015 (INSD, 2016). Les données de l'EMDS 2015 montrent que le taux de fécondité générale (TFG) est de 173,9 pour 1000. Pour le cas spécifique des adolescentes (15-19 ans), le taux de natalité ou taux de fécondité est de 117 pour 1000. Ce résultat montre l'importance de la contribution des adolescentes à la fécondité au Burkina.

Il est plus élevé en milieu rural (5,8 enfants par femme) qu'en milieu urbain (3,7 enfants par femme). Selon PMA (2019), comparées à celles du milieu urbain, les femmes du milieu rural connaissent plus tôt leur premier rapport sexuel, se marient plus tôt et ont plus tôt leur premier enfant. En effet, dans le rapport PMA Burkina round 7 (2019), l'âge médian au premier rapport sexuel chez les femmes du milieu rural est de 17,3 ans, celui à la première union est de 19 ans et celui à la première naissance est de 20,7 ans alors qu'ils sont respectivement de 18,2 ans, 21 ans et de 21,7 ans. De plus ces femmes rurales adoptent leur première méthode PF après 3-4 enfants à 24,9 ans.

Le niveau de la mortalité générale au sein de la population est de 11,8 pour 1000 (INSD, 2016) avec une mortalité maternelle de 330 pour 100 000 naissances vivantes en 2015. Le ratio de mortalité était de 341 pour 100 000 naissances vivantes en 2010 (INSD et ICF International, 2012). En dépit de cette baisse, le

niveau reste encore élevé. Aussi la mortalité néonatale demeure élevée malgré la baisse observée ces dernières années. En effet, de 28 pour 1000 en 2010, le taux de mortalité néonatale est passé à 23,2 pour 1000 en 2015.



Graphique 1 : Evolution de l'effectif de la population du Burkina Faso de 1975 à 2019

2.3. Politique

Le Burkina Faso, depuis l'adoption de la Constitution du 2 juin 1991, s'est résolument inscrit dans une dynamique de démocratie à multipartisme intégral. En novembre 2020, l'organisation d'élections générales a consolidé le socle démocratique après une crise politico-sociale à rebondissements qui a secoué le pays de 2011 à 2015.

Le contexte politique actuel est caractérisé par une forte demande sociale (difficultés au niveau du système sanitaire, chômage...) dans un pays à ressources limitées. Cette demande de la population est également perçue au niveau de la sous-région. C'est ainsi que la Déclaration d'Abuja engage l'ensemble des États membres de la CEDEAO à consacrer au secteur de la santé au moins 15% de leur budget annuel.

En ce qui concerne la gouvernance administrative, malgré les réformes entreprises, l'Administration burkinabè reste confrontée à des défis tels que le maintien de la stabilité institutionnelle, sa modernisation, l'amélioration de l'offre des services et sa dépolitisation.

A partir de la fin de l'année 2015, le climat sécuritaire au Burkina Faso est mis à rude épreuve au regard de la recrudescence et la multiplicité des attaques armées perpétrées dans le pays, notamment dans les régions de la Boucle du Mouhoun, du Centre, du Centre-Est, du Centre-Nord, de l'Est, du Nord et du Sahel. Aujourd'hui, le pays est confronté à une crise sévère et multiforme due à l'impact sur la population civile du conflit et des violences liées aux activités croissantes des groupes armés et aux tensions intercommunautaires posant de considérables risques de sécurité

En dépit des difficultés, en matière de gouvernance politique, les progrès enregistrés concernent la création et le renforcement des institutions républicaines, la professionnalisation de la défense et de la sécurité, la consolidation de l'État de droit et le renforcement des droits humains, la contribution aux efforts de paix et de sécurité dans des pays tiers, la cohésion sociale et l'amélioration de la solidarité nationale³.

En ce qui concerne la planification familiale, le pays a adhéré aux engagements internationaux à travers des cadres de politiques de développement notamment la CIPD(1994), le Partenariat de Ouagadougou (2011), les Sommets de Londres (2012, 2017) et les Objectifs de développement durables (ODD), l'Agenda 2063 de l'Union Africaine, le Protocole de Maputo, le sommet de Nairobi (CIPD+25) en novembre 2019 et l'Action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents (2017) dont la diffusion a été faite en Ouganda pour la zone Afrique à laquelle le Burkina Faso a été partie prenante.

Au plan national, les référentiels du développement économique et social accordent une place importante à la planification familiale. Parmi ceux-ci nous pouvons citer :

- le Plan national de développement économique et social (PNDES) 2021-2025 ;

³ Ministère de la Santé, Plan national de développement sanitaire 2021-2030. Mai 2021

- le Dossier d'investissement SRMNEAN 2019 ;
- le Dossier d'investissement des trois résultats transformateurs 2021 ;
- la Politique nationale de population 2010-2030 ;
- la Stratégie nationale genre (SNG) 2020-2024 ;
- la Politique sectorielle santé 2018-2027 et son plan triennal glissant ;
- la Stratégie du programme budgétaire 056 santé publique 2020-2022 ;
- le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2011-2020
- le Document national d'orientation sur la délégation des tâches en SR/PF/VIH/Nutrition (2019) ;
- le Plan national d'accélération de la planification familiale 2017-2020 ;
- le Plan stratégique santé des adolescents et des jeunes 2016-2020 ;
- le Plan stratégique santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile des adolescents, des jeunes, et de la personne âgée (SRMNIA-PA) 2017-2020 ;
- la Stratégie de gratuité des soins et des services de planification familiale.

En outre, le ministère de la Santé s'est doté d'un Secrétariat technique chargé de l'accélération de la transition démographique (ST/ATD). Cette structure a pour mission la coordination multisectorielle de toutes les interventions de transition démographique.

Au plan juridique, le programme de PF est encadré par de nombreux textes législatifs et réglementaires à savoir :

- la loi n°23/94/ADP du 19 mai 1994 portant Code de santé publique qui autorise toutes les techniques et méthodes de planification familiale ;
- la loi n°049-2005/AN du 21 décembre 2005 portant santé de la reproduction qui clarifie les droits en matière de SR au Burkina ;
- la loi n°06-2015/AN portant prévention, répression et réparation des violences à l'égard des femmes et des filles et la prise en charge des victimes.

Ces textes sont orientés par les instruments juridiques internationaux auxquels le Burkina Faso a souscrit. Entre autres, il s'agit :

- de la déclaration universelle des droits de l'homme ;
- du Pacte International relatif aux droits civils et politiques ;
- du Pacte international relatif aux droits économiques sociaux et culturels ;
- de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF) ;
- du Protocole additionnel à la charte africaine des droits de l'homme relatif aux droits de la femme, assorti de son Plan d'action, de la Déclaration de la CIPD au Caire en 1994, également assorti de son Plan d'action.

2.4. Economie

Le Burkina Faso est un pays à faible revenu dont l'économie repose essentiellement sur l'Agriculture. Son économie se caractérise par sa forte vulnérabilité. L'activité économique évolue dans un contexte sociopolitique et sanitaire difficile, marqué par la persistance des attaques terroristes entraînant un déplacement interne des populations avec 1,147,699 déplacés internes au 31 Mars 2021 (HCRUN), la poursuite des revendications sociales et la crise sanitaire liée à la COVID-19 (surveillance multilatérale au sein de l'UEMOA 2020).

Le taux de croissance du PIB réel ressortirait à 1,4% en 2020 contre 5,7% en 2019. Pour un seuil de pauvreté estimé à 154 061 FCFA, l'incidence de la pauvreté est ressortie à 40,1% en 2014 contre 46,4% en 2003. Ces faibles niveaux des indicateurs, contribuent à expliquer la position qu'occupe le Burkina dans le classement de l'Indice de développement humain (IDH). En effet, avec un IDH de 0,452 le Burkina est classé 182^e sur 189 pays en 2019 ([Source UNPA](#)).

Tenant compte du milieu de résidence, la pauvreté est très prononcée en milieu rural, avec une incidence de 47,5% contre 13,6% en milieu urbain.. La pauvreté en milieu rural contribue à 92 % à l'incidence de la pauvreté. Il existe des écarts importants de l'indice de pauvreté entre les zones urbaines et rurales et selon les régions du pays. La cartographie régionale de la pauvreté en 2014 montre des disparités régionales allant de 9,3 % dans la région du Centre à 70,4% dans la région du Nord (Burkina Faso, 2016). Ces écarts détermineraient la persistance des inégalités d'accès aux soins de santé ainsi qu'à la planification familiale.

Selon les comptes nationaux de santé 2011-2019 (MS, 2021), le budget de l'Etat consacré à la santé a augmenté au cours de la période de mise en œuvre du PNDS 2011-2020. En valeur absolue, cette part est passée de 280 870 000 000 FCFA en 2011 à 528 900 000 000 en 2019. La part du budget de l'Etat consacré au secteur de la santé est passée de 9,1% en 2011 à 11,57% en 2020.

2.5. contexte Social et culturel

Le Burkina Faso compte environ 67 groupes ethnolinguistiques pratiquant des religions diverses dont les trois principales sont l'islam (60,5%), le christianisme (23,2%) et l'animisme (15,3%), (OUEDRAOGO et RIPAMA, 2009). Cette population majoritairement rurale (73,7%) reste attachée aux valeurs traditionnelles. Organisés en communautés, ces groupes ont une diversité de pratiques qui ont forgé des traditions solides et établi des systèmes de rapports de genre variés.

Le patriarcat est le système de parenté dominant qui confère à l'homme tous les pouvoirs, bien souvent au détriment de la femme : pouvoir de gestion des biens familiaux et d'accès aux bénéfices ainsi que la gestion de sa sexualité et le recours aux soins. Selon INSD et ICF International (2012), pour les soins de santé de la femme, les décisions sont prises, dans la majorité des cas, principalement par le conjoint (75 %). Le faible pouvoir de décision des femmes pourrait constituer une

barrière à la demande des services de PF. Des résultats d'une étude portant sur les déterminants psychosociaux dans le dépistage du VIH chez les femmes enceintes au cours des soins prénatals ont montré que dans la commune de Tiébélé, dans 68,1% des cas, ce sont les partenaires sexuels hommes qui prennent les décisions pour l'accès aux soins de santé (ZOUBIRE, 2015).

Ces groupes, en majorité, aspirent à une famille nombreuse parce qu'elle peut constituer un facteur important de production économique et de prestige social. En effet, sur le plan social, l'enfant est considéré comme un capital économique et un facteur de reproduction sociale de l'espèce. Il représente pour les parents un indicateur de réussite sociale dans la mesure où il est une garantie pour la continuité de l'espèce et de la gestion du patrimoine familial. Sur le plan économique, les enfants et les jeunes constituent une source pour l'économie familiale. Ce qui pousse les parents, exerçant notamment dans le secteur agricole à avoir plus d'enfants (SIE TIOYE et BAHAN, 2009).

Selon les données du RGPH 2006, les langues nationales sont les principales langues de communication. En effet, elles sont utilisées par la quasi-totalité de la population (96,8%). Selon le sexe, 96,6% des hommes et 97,1% des femmes utilisent ces langues. Le taux de masculinité est de 93,4 ; ce qui traduit une prédominance des femmes par rapport aux hommes. Les langues les plus utilisées sont le mooré (50,5%), le fulfulde (9,3%), le goulmancéma (6,1%), le dioula (4,9%), le bissa (3,2%), le bwamu (2,1%) ; toutes les autres langues représentant chacune moins de 2% (OUEDRAOGO et RIPAMA, 2009).

En 2014, l'enquête multi sectorielle **révèle une proportion de 2,4% de femme vivant avec un handicap et 2,5% d'hommes avec un handicap.**

La persistance des comportements inégalitaires entre hommes et femmes est fortement liée au faible niveau de scolarisation et d'alphabétisation des populations, notamment en zone rurale. Malgré les progrès enregistrés ces dernières années, l'accès à l'éducation de base demeure limité au Burkina Faso. Le taux brut de scolarisation du primaire est de 90,7 % pour l'année scolaire 2017-2018. Pour la même période le taux global d'achèvement au primaire est de 63% ; il est de 67,6 % chez les filles et de 58,8 % chez les garçons. Pour le post primaire ce taux est de 40,6% dont 42,1% chez les filles et 39,2% soit une parité de Filles/Garçons de 1,1%. Si cette tendance est positive pour les filles au primaire et au post primaire, elle est par contre négative au secondaire. En effet, le taux global d'achèvement est de 14,8% avec 11,9% chez les filles et 17,7% chez les garçons⁴.

⁴ Annuaire statistique MENAPLN 2018, Année scolaire 2017-2018

III. BILAN DE MISE EN ŒUVRE DU PNAPF 2017-2020

Le Plan national d'accélération de la planification familiale (PNAPF) 2017-2020 a été élaboré et mis en œuvre dans la perspective d'augmenter la prévalence contraceptive moderne de 22,5% en 2015 à 32% en 2020 chez les femmes en union. Il répond ainsi à l'objectif stratégique de l'axe 2 du Plan national de développement économique et social (PNDES) 2016-2020 qui est de « Promouvoir la santé des populations et accélérer la transition démographique ».

Dans le PNAPF 2017-2020, il était prévu d'adresser au total dix-neuf (19) défis répartis dans cinq axes que sont :

- Création de la demande avec six (6) défis ;
- Offre et accès aux services avec cinq (5) défis ;
- Sécurisation des produits contraceptifs avec un (1) défi ;
- Environnement habilitant, politique et financement avec six (6) défis ;
- Coordination, suivi et évaluation avec un (1) défi.

Sa mise en œuvre a permis d'enregistrer quelques résultats probants par axe selon le rapport de la revue du PNAPF 2017-2020 (MS, 2020). De façon générale, les résultats de cette revue montrent qu'aucun défi n'a été relevé au cours de la période 2017-2020.

3.1. Création de la demande

Sur un total de six (6) défis retenus pour cet axe, deux (2) ont été jugés diminués au regard des efforts fournis par les différents acteurs sur le terrain : la faible information des femmes sur la PF et de l'insuffisance d'information sur la SRAJ.

Cependant, quatre (4) défis ont été jugés persistants. Il s'agit de la faible qualité de l'information sur la contraception adressée d'une part aux femmes et de l'autre aux adolescents et jeunes, de l'insuffisance de l'intégration de l'éducation complète à la sexualité dans les curricula de formation dans les établissements d'enseignement et de la faible implication des hommes dans la planification familiale (PF).

Les résultats des entretiens réalisés avec les acteurs au cours de la revue ont révélé d'autres défis en rapport avec la « création de la demande ». On peut citer, la difficulté de parler de la santé de la reproduction/PF (SR/PF) en milieu scolaire, la persistance des pesanteurs socioculturelles et le faible accès des jeunes couples à l'information.

3.2. Offre et accès aux services

Concernant cet axe, sur cinq (5) défis retenus, quatre (4) ont été jugés diminués au regard des interventions des acteurs. Il s'agit de l'insuffisance d'accès des adolescents et jeunes, y compris ceux marginalisés et en situation de vulnérabilité, à la contraception, de la faible qualité de services de PF, du faible accès à la PF d'une part des femmes rurales et de l'autre de celles vivant en milieu péri-urbain.

L'insuffisance de convivialité dans l'offre de la contraception aux adolescents et jeunes reste le seul défi persistant de l'axe « offre et accès aux services ».

En plus de ces défis, l'analyse des entretiens de terrain a révélé que le contexte d'insécurité et les mouvements d'humeurs (grèves) affectent la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation des services de PF. Ces entretiens ont révélé, par ailleurs, que l'insuffisance des ressources (personnel qualifiée, équipement et matériel) constitue un obstacle à l'offre des services de PF.

3.3. Sécurisation des produits contraceptifs

La persistance des ruptures de stocks de produits contraceptifs dans les formations sanitaires est le seul défi retenu dans le PNAPF 2017-2020 pour l'axe « sécurisation des produits contraceptifs ». En considération des actions menées sur terrain pour rendre disponibles les produits contraceptifs, ce défi a été jugé diminué.

Les résultats des entretiens réalisés avec les acteurs montrent que le retard dans le remboursement des fonds de gratuité des soins aux formations sanitaires pourrait exacerber la persistance de ces ruptures.

3.4. Environnement habilitant, politique et financement

Pour ce qui est de cet axe, sur six (6) défis identifiés dans le PNAPF 2017-2020, seul un (1) est toujours persistant notamment l'insuffisance et la méconnaissance des droits en matière de SR/PF (y compris la loi SR) par les femmes, les prestataires de santé et autres intervenants. A l'opposé, cinq (5) défis ont été jugés diminués au regard des résultats des interventions sur le terrain. Il s'agit de :

- la faible implication des autres secteurs ministériels et institutions en faveur de la PF ;
- la faible prise en compte des besoins des jeunes dans les politiques de SR/PF ;
- l'insuffisance du rôle de veille de la Société civile face aux engagements en faveur de la PF ;
- l'insuffisance du financement de PF ;
- la faible accessibilité financière des jeunes à la contraception.

Selon les résultats de l'enquête qualitative, l'absence d'un plan de mobilisation de ressources, de table ronde des bailleurs, et la faible dissémination et appropriation du PNAPF 2017-2020 constituent un goulot d'étranglement à la mise en œuvre des activités de PF.

3.5. Coordination, suivi et évaluation

L'insuffisance dans la coordination, le suivi-évaluation des activités de planification familiale est l'unique défi retenu pour l'axe « coordination, suivi et évaluation ». De plus, bien que cela ne fût pas clairement défini dans le plan, l'absence de formalisation des activités de gestion des connaissances dans le cadre du PNAPF devrait être une préoccupation majeure.

Au regard des interventions mises en œuvre, ce défi a été jugé diminué d'une part et d'autre part, il s'avère que la gestion des connaissances n'est pas dûment prise en charge. Les résultats de l'enquête qualitative enseignent que l'absence de cartographie dynamique des interventions et leur faible documentation et capitalisation, ainsi que leur partage approprié en interne comme en externe constituent des goulots d'étranglement au suivi, à l'évaluation et à la gestion des connaissances du programme de PF.

IV. ANALYSE DE LA SITUATION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

Le Burkina Faso a connu des progrès importants au cours de la dernière décennie concernant la PF, en témoignent la hausse progressive de la prévalence contraceptive et une baisse continue des besoins non satisfaits. Malgré ces progrès, de nombreux facteurs continuent de constituer des obstacles.

L'analyse de la situation est faite selon les axes du plan PNAPF 2017-2020 qui sont : création de la demande, offre et accès de produits de PF, sécurisation des produits contraceptifs, environnement habilitant, politique et financement, coordination, suivi et évaluation.

4.1.Création de la demande

La création de la demande constitue un pan très important du PNPf. Elle repose sur le modèle socio-écologique ainsi que sur la capacité des acteurs à concevoir et mettre en œuvre et à suivre des activités efficaces de changement social et comportemental.

Bien qu'il existe certaines données sur la demande des services de PF, on constate qu'elles demeurent insuffisantes et ne sont toujours pas utilisées pour définir des stratégies et orienter la prise de décisions. Par ailleurs, il subsiste des gaps en matière d'études ou de recherches sur le comportement pour l'utilisation des services de PF (hommes, femmes, jeunes, prestataires). La production des données à l'échelle nationale apparaît alors comme un chemin critique pour atteindre convenablement les résultats escomptés en matière de PF.

L'évaluation des capacités des acteurs en matière de CSC au Burkina Faso (2020), montre des capacités insuffisantes aux phases principales du processus CSC (conception, mise en œuvre et suivi/évaluation), et la nécessité d'un renforcement des capacités en CSC des ressources humaines de l'écosystème.

4.1.1. Connaissances et attitudes en matière de PF

Les résultats de l'EDSBF-MICS IV ont montré que la quasi-totalité des femmes (97%) et des hommes (97,4%) connaissaient au moins une méthode contraceptive quelconque (INSD et ICF International, 2012). Cependant, cette connaissance est apparente, car seul le condom masculin était la méthode contraceptive la plus connue. La persistance attitudes et pratiques au niveau individuel et communautaire sont dues entre autre au fait que plus de 40% de femmes ont des idées fausses sur la planification familiale, tout comme 43% des adolescentes et les jeunes (15-24 ans). . (Round 7 du PMA)

L'attitude des burkinabé à l'égard de la PF se traduit également par des besoins non satisfaits qui ont augmenté de 2018 à 2020 de 18 à 21% avant de retomber à 18% (PMA Round 6, 7 et 8).. Cette augmentation puis stagnation pourrait s'expliquer entre autres par une insuffisance de la qualité de l'information et de la communication, les mythes et rumeurs sur la planification familiale, une insuffisance de la qualité l'offre de service. Elle peut aussi s'expliquer par un possible besoin croissant des burkinabé à adopter une méthode PF.

En outre, la même enquête a relevé que le désir d'avoir des enfants chez les femmes est un fait culturel et social important, l'enfant étant considéré comme un capital social, économique et un facteur de pérennisation de l'espèce.

4.1.2. Comportements en matière de planification familiale

Au Burkina Faso, les femmes rurales adoptent leur première méthode tardivement après leur troisième enfant (3,3) contre 1,5 en milieu urbain. Cela a un impact sur l'ISF car ces femmes auront d'autres enfants au cours de leur vie procréative.

Au Burkina Faso, le pouvoir décisionnel de la femme reste toujours faible concernant sa propre santé. En effet, selon PMA2020 Round 8, seulement 43% de femmes ont décidé seule de l'adoption de leur méthode, 19% l'ont adoptée en cachette (round7), 11% n'utilisent pas de méthode à cause du refus de leur conjoint/partenaire (round7). De même, la communication au sein du couple reste faible avec seulement 45% de prise décision concertée pour l'adoption d'une méthode PF.

Bien que l'on observe le recrutement de nouvelles utilisatrices des méthodes de PF, 35% d'entre elles ont arrêté l'utilisation de leur méthode pour diverses raisons dont 17% liées effets secondaires. Le rôle des prestataires et la qualité des prestations restent un facteur très important dans le recrutement et le maintien des utilisatrices. PMA round 8, montre que l'IIM+est de 35%. Cet indice peut être un facteur de renforcement de la confiance de l'utilisatrice au système de soins et renforcer sa résilience à maintenir sa méthode même en cas de survenue d'effets secondaires.

4.1.3. Cibles prioritaires

4.1.3.1. Adolescentes et jeunes filles

Les attitudes et comportements des adolescentes et des jeunes vis-à-vis de la PF doivent être compris et utilisés pour mieux les atteindre. Selon PMA2020 round 7, 47% des 15-19 ans et 45% des 20-24 ans des jeunes affirment que ceux d'entre eux qui utilisent la contraception ont des mœurs légères ou que la contraception est pour les femmes mariées. Le projet (re)solve a réalisé une étude de segmentation dans 3 pays dont le Burkina Faso sur les adolescentes et jeunes filles (15-24 ans). Cette étude a permis d'identifier 6 segments prioritaires pour le PNPF (voir annexe).

4.1.3.2. Prestataires

Les prestataires constituent un maillon essentiel du continuum des soins de PF et constituent l'interface de l'utilisatrice avec le système de santé. Leurs attitudes et leurs comportements sont aussi assujettis aux mêmes règles et normes sociales socio-religieuses à considérer pour les aider à dépasser les préjugés et autres considérations quant à la fourniture de services PF en général et en particulier aux adolescents et aux jeunes. Une étude de segmentation sur prestataires menée par Cambert Collective (2019) concernant la prestation de service aux adolescents et aux jeunes a abouti aux conclusions:

- 66% estiment que fournir des services contraceptifs aux jeunes les préoccupe par rapport à la réputation de leur centre de santé dans la communauté ;
- 35% pensent que les jeunes ne sont pas capables de choisir la méthode qui leur convient le mieux ;
- 60% pensent que les méthodes contraceptives sont plus appropriées pour les femmes de plus de 25 ans ;
- 31% pensent que leur religion considère que c'est un péché pour les jeunes filles non mariées d'utiliser la contraception.

Cette segmentation a permis de déterminer six segments permettant ainsi de mieux cibler les comportements des prestataires (voir annexe).

4.1.3.3. Hommes

Les hommes en tant que clients, partenaires et acteurs de changement constituent une cible très importante pour favoriser le soutien à la femme dans l'adoption d'une méthode PF et dans le changement de normes sociales concernant la SR de façon générale et la PF en particulier. En 2017, Transform PHARE a mené une étude sur l'implication des hommes dans la PF. Cette étude note que cinq dynamiques motivent les attitudes et comportements des hommes en matière de PF:

- la perception de la sexualité et de la masculinité: une pression que peuvent ressentir les hommes à se comporter envers les femmes d'une certaine façon, afin de montrer leur masculinité ;
- les normes sociales: des pressions sociales exercées sur les hommes et les couples en matière d'espacement des naissances. Les valeurs religieuses entre aussi en ligne dans ce cadre ;
- les dynamiques de couple: il s'agit de la dynamique de pouvoir et de la qualité de la communication au sein du couple ;
- les connaissances et l'accès aux services: les hommes reçoivent des informations conflictuelles de PF provenant de sources différentes ; l'accès peut être restreint parce que les hommes ne se sentent pas à l'aise dans les centres de santé où ils peuvent recevoir des informations sur la santé de la reproduction ;
- les considérations économiques: les moteurs économiques évoluent au cours de la durée de vie et selon le lieu de résidence.

1.1.3.4 - Les femmes, les personnes handicapées, les personnes déplacées internes et les réfugiés.

A ces segments particuliers ci-dessus, sont à considérer, les femmes de plus de 25 ans, les personnes handicapées, les déplacés internes et les réfugiés. Ces segments aussi importants qu'ils soient ne disposent pas de données suffisantes comme ceux sus-cités pour une meilleure définition des interventions de communication. Leur prise en compte est à la fois indispensable, constitue aussi une question d'équité et de droits humains.

4.1.4. Cartographie des besoins de l'utilisatrice

La femme évolue dans un environnement socio-écologique complexe avec des besoins informels et communicationnels dynamiques en fonction des moments clés dans le continuum des soins décrit dans le « [Modèle de cercle continu des soins](#) » c'est-à-dire « avant le service », « pendant le service » et « après le service ». Aussi, la revue du PNAPF 2017-2020 a mis en exergue que la plupart des activités de communication se situaient dans la phase « avant le service » du continuum de

soins pouvant être souligner le déficit informationnels pendant le service avec les prestataires et après le service pour la gestion des effets secondaires par exemple. Anticiper et axer les interventions sur les besoins de l'utilisatrice permet de mieux transformer les connaissances en attitudes et les attitudes en comportements.



4.1.5. Exposition aux médias et sources d'informations

Selon les données du PMA-2020 (round 8), les femmes s'informent sur la PF auprès des prestataires ou les agents de santé communautaire soit 13% chez les 15-19 ans, 29% chez les 20-24 ans et 29% chez les 25-49 ans. Ces chiffres sont en baisse par rapport au round 7 (respectivement 15, 33 et 33%) à la situation COVID-19 soit à la qualité des prestations de service de PF.

Quant aux sources d'exposition et à la fréquence d'écoute, EDSBF-MICS IV, rapporte que plus de 45% des femmes burkinabé écoutent la radio au moins une fois par semaine contre plus de 20% pour la TV. Les hommes, quant à eux, écoutent la radio au moins une fois par semaine à près de 67% contre plus de 27% pour la TV. Ces taux d'exposition sont assujettis au facteur lieu de résidence.

L'exposition des femmes et des hommes à la gamme des méthodes contraceptives modernes reste encore insuffisante de façon générale avec un net progrès dans les villes du fait des médias. En effet, 63% des femmes ont déclaré avoir été exposées aux messages médiatiques sur la PF au cours de la même période dont 59,2% en milieu rural et 75,9% en milieu urbain (Cité par Annuaire statistique 2019, Ministère de la Santé).

L'environnement numérique du Burkina Faso est propice à une utilisation optimale des outils et applications numériques pour induire, renforcer le changement social et de comportement. En effet :

- il y a 21,5 millions de lignes téléphoniques avec un taux de pénétration de 101,5% ;
- 1, 6 millions de personnes atteignables via Facebook dont 28,6% de femmes et 71,4% d'hommes ;
- L'utilisation des réseaux sociaux connaît une progression annuelle d'environ 400.000 utilisateurs.

Défis prioritaires retenus

- Insuffisance quantitative et qualitative des supports et approches de communication pour un changement social et comportemental (CSC) en faveur de la PF
- Persistance des pesanteurs sociales et culturelles individuelles et communautaires associées à la PF
- Faible implication des hommes, leaders communautaires dans la PF
- Faible accès des adolescents, des jeunes et des groupes marginalisés à l'information de qualité sur la SRAJ

4.2. Offre et accès aux services de planification familiale

4.2.1. Disponibilité des services de planification familiale

Le système de santé du Burkina Faso comprend trois niveaux dans sa structuration administrative : le niveau central composé des structures centrales et rattachées, le niveau intermédiaire comprenant 13 directions régionales de la santé et le niveau périphérique constitué de 70 districts sanitaires qui sont les entités opérationnelles les plus décentralisées du système national de santé. Les structures publiques de soins sont organisées en trois niveaux qui assurent des soins primaires, secondaires et tertiaires (DGESS, 2020).

Le premier niveau correspond au district sanitaire qui comprend deux échelons de soins : le premier échelon est le centre de santé et de promotion sociale (CSPS) et le deuxième échelon qui renvoie au centre médical avec antenne chirurgicale (CMA). Le deuxième niveau est représenté par le centre hospitalier régional (CHR). Le troisième niveau est constitué par le centre hospitalier universitaire. Le premier échelon du premier niveau de soins est appuyé par le niveau communautaire à travers la mise à contribution des agents de santé à base communautaire (ASBC). Il existe d'autres structures publiques de soins tels que les services de santé des armées et les services de santé des travailleurs.

En plus des structures publiques, le Burkina Faso compte des établissements privés de santé créés, ouverts et exploités par des personnes physiques (professionnels de santé) et morales (les confessions religieuses, les associations à base communautaires et d'organisations non gouvernementales (ONG), les fondations, les mutuelles qui viennent en appui au ministère de la santé en matière d'offre des services de PF.

Cependant, certaines structures privées ne sont pas assez outillées en matière d'offres des méthodes contraceptives surtout de longue durée d'action. Par ailleurs, l'offre de services de SR/PF n'est pas adaptée aux besoins spécifiques des adolescents et jeunes y compris ceux marginalisés et en situation de vulnérabilité. Plusieurs raisons expliquent cette situation. En effet, il y a une insuffisance et une inadaptation des centres de santé pour l'offre des services spécifiques aux adolescents (infrastructures, équipement, organisation, personnel). L'insuffisance dans l'organisation et le fonctionnement des centres jeunes et les centres de santé scolaires et universitaires est souvent un handicap à l'accès aux services de SR/PF à ces jeunes.

Les jeunes marginalisés et en situation de vulnérabilité (personnes handicapées, professionnels de sexe, jeunes en milieu rural) n'ont pas souvent accès à la contraception de leur choix. Les services conviviaux sont faiblement intégrés dans les CSU et les centres de santé y compris les sites abritant les PDI au profit des adolescents et jeunes. En outre, les centres de santé et CSU ne disposent pas d'assez de capacités (compétences, équipement, infrastructures) en approches jeunes. A cela s'ajoute le faible recours à l'utilisation des services de la planification

familiale par les personnes handicapées à cause de l'inaccessibilité aux services de PF, les pesanteurs socioculturelles et les rumeurs sur les effets indésirables des produits contraceptifs.

C'est dans ce sens qu'il faut renforcer les compétences des prestataires des structures publiques et privées en stratégie « amie des jeunes » pour prendre en compte la spécificité des besoins des adolescents et jeunes (y compris ceux marginalisés et en situation de vulnérabilité) à la PF.

Les résultats de l'enquête SARA 2018 (DGESS/MS, 2019) révèlent qu'en 2018, 85% des formations sanitaires (FS) offraient des services de PF contre 90% en 2016 et 91% en 2014. La disponibilité des contraceptifs oraux combinés, les implants et les pilules anticonceptionnelles d'urgence était respectivement de 84% ; 82% et 68% dans les FS.

La crise sécuritaire a conduit à la fermeture de certains centres de santé, et au fonctionnement à minima de certaines formations sanitaires avec le déplacement important de personnes majoritairement constituées de femmes et d'enfants. La crise humanitaire qui se traduit par des déplacements massifs de population, toutes choses qui affectent profondément le fonctionnement des services sociaux de base en limitant l'accès des adolescent-e-s et jeunes aux services de SRAJ en général et de planification familiale de qualité, particulièrement au niveau des sites d'accueil des PDIs (Ivanova et al., 2018). Si les services sont disponibles, ils ne sont pas souvent de la plus haute qualité et ne sont pas bien adaptés aux besoins spécifiques des personnes déplacées (Casey et al. 2015) en particulier les adolescents et les jeunes.

Par ailleurs, la crise sanitaire de la maladie à coronavirus a contribué à accroître les difficultés d'accès aux services de santé et surtout de PF des populations. L'Institut Guttmacher (2020) a montré que la pandémie de COVID-19 sur les services de Santé sexuelle et reproductive dans les pays à revenus faibles et moyens dont le Burkina Faso (PRFM) pourrait se traduire par une baisse proportionnelle de 10% de l'utilisation de méthodes contraceptives réversibles à courte et longue durée d'action en raison d'un accès réduit et entraînerait 49 millions de femmes additionnelles ayant un besoin non satisfait de contraceptifs modernes et 15 millions de grossesses non désirées supplémentaires au cours d'une année. Cela s'expliquerait par le fait que les populations ont peur de contracter des maladies en se rendant dans les centres ou disent que les mesures de distanciation sociale augmentent considérablement les délais d'attente, ce qui rend l'accès aux services peu pratique (Laouan, 2020). En outre, il y a une tendance à la réorientation des ressources destinées au financement des programmes de SR/PF vers la COVID-19. Cette situation si elle devrait perdurer, aura pour conséquence immédiate la réduction des services de SR/PF avec un impact direct sur la Santé sexuelle et reproductive des populations.

Aussi, la capacité opérationnelle des FS enquêtées à maintenir la continuité des soins et des services de PF en situation de COVID-19 était relativement faible. En effet, seulement 49,6% des FS enquêtées (publiques et privées) disposaient de directives et outils de gestion des données de PF, du personnel de santé formé en

PF, d'un minimum d'équipement en PF, de médicaments et méthodes de PF et de mesures pour rendre accessibles les soins et les services de PF (OPTIONS, 2020).

En considération de ce qui précède, les parties prenantes recommandent :

- le renforcement des capacités des structures privées de santé dans la mise en œuvre des activités de PF/SR (équipements médicotechnique, intrants, consommables etc.) ;
- la dynamisation des infirmeries scolaires ;
- l'implication des femmes pour l'accompagnement des adolescents et jeunes pour un accès aux services de SRPF de qualité ;
- le renforcement des capacités des acteurs pour la mise en œuvre du dispositif minimum d'urgence en SR ;
- la mise à disposition des directives sur SR et COVID 19.

4.2.2. Accessibilité des services de planification familiale

En vue d'améliorer l'accessibilité financière, l'utilisation des services de santé de qualité et contribuer ainsi à la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile, le Gouvernement burkinabè a instauré, depuis 2016, la gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de cinq ans et celle de la PF en 2019. Sur le plan géographique, au Burkina Faso, en 2018, il fallait parcourir en moyenne 5,9 km pour accéder à un FS. En effet, le rayon moyen d'action théorique y compris le privé était estimé à 5,6 km en 2020 (DGESS/MS, 2020). Ceci peut avoir des répercussions sur l'utilisation des services.

Au côté des structures publiques, plusieurs ONG/associations et établissements privés de santé viennent en appui au Ministère de la santé par le renforcement de compétences et l'offre des services de PF. Elles offrent aux populations des services de PF en stratégie fixe et en stratégies mobiles en milieu rural et en milieu péri urbain.

D'autres acteurs font le marketing social avec la distribution des préservatifs masculins et féminins et le renforcement de la création de la demande.

Dans la perspective de renforcer l'offre des méthodes contraceptives, les partenaires techniques et financiers, les structures privées et les organisations de la société civile appuient le Ministère de la santé dans la mise en œuvre d'approches innovantes telles que la Semaine nationale de planification familiale (SNPF), l'école des maris modèles, la PF du post partum (PF/PP), la délégation des tâches y compris l'auto injection du DMPA-SC. A ce jour, 35 districts sanitaires sont couverts en auto injection du DMPA-SC.

La délégation des tâches au niveau communautaire est effective dans cinq (05) régions et couvrent vingt-huit (28) districts sanitaires.

Quant à la délégation des tâches au niveau des formations sanitaires (Agents de Première Ligne) elle est effective dans huit (08) régions dont trente-six (36) districts sanitaires.

4.2.3. Utilisation des services de planification familiale

L'utilisation des méthodes contraceptives modernes restent relativement basse malgré les efforts faits pour la promotion de la PF. Le graphique 1 montre une légère augmentation du taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes entre 2015 et 2016 et sa diminution entre 2016 à 2018 (MS, 2016 ; 2017 ; 2018 et 2019)⁵. Cette baisse pourrait s'expliquer, entre autres, par la persistance des facteurs socioculturels, le faible accès géographique et financier des services de PF et à la faible qualité des services de PF et surtout aux modes de collectes.

Tableau I: Taux (%) d'utilisation de méthodes contraceptives de 2015 à 2020

| Année | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|--|------|------|------|------|------|------|
| Taux (%) d'utilisation des méthodes contraceptives | 31,1 | 31,7 | 27,5 | 24,9 | ND | 22,4 |

Sources : Annuaire statistiques 2015-2020

Selon l'INSD et ICF International (2012), le niveau d'instruction des femmes constitue un autre facteur différentiel pour un recours à l'utilisation de la contraception. Selon les données de l'EMDS 2015, la prévalence contraceptive est respectivement de 20,6%, 35,1 et 46,3% pour aucun niveau, le niveau primaire et le niveau secondaire et plus. Les femmes en union qui ont un niveau d'instruction plus élevé recourent plus à la PF que celles qui n'ont aucun niveau d'instruction. Le niveau de pauvreté influe également sur la prévalence contraceptive. Selon l'EMDS 2015, la prévalence contraceptive est de 14,3% dans le quintile le plus pauvre et de 42,5% dans le quintile le plus riche.

En plus du niveau d'instruction, d'autres facteurs socioculturels expliquent le recours à la contraception moderne au Burkina Faso. Il s'agit de l'exposition des femmes aux médias et de l'attitude du mari/partenaire en matière de contraception. En effet, les femmes en union dont le mari/partenaire n'approuve pas la contraception ont moins de chance d'utiliser une méthode moderne de contraception que celles dont le mari/partenaire en est favorable. Aussi, les femmes en union qui ne sont pas exposées aux médias ont moins de chance de pratiquer une méthode moderne de contraception que celles qui en sont exposées (OUOBA, 2016).

La prévalence contraceptive moderne chez les femmes en union était de 22,5% (INSD, 2015). Les résultats des enquêtes de PMA Burkina montrent une évolution graduelle de cette prévalence depuis 2015 pour atteindre 30,7% en 2018. En 2019, elle était de 28,1%, soit une régression de 2,6 points (graphique 2) avant de revenir à 31,9% en 2020 (ISSP, 2016 ; 2017 ; 2018 ; 2019 ; 2020 ; 2021). Cette baisse pourrait s'expliquer entre autres, par les mouvements d'humeurs que le Ministère de

la santé a connu en 2019, le contexte sécuritaire précaire, entraînant le déplacement des populations et le fonctionnement à minima de certaines FS.



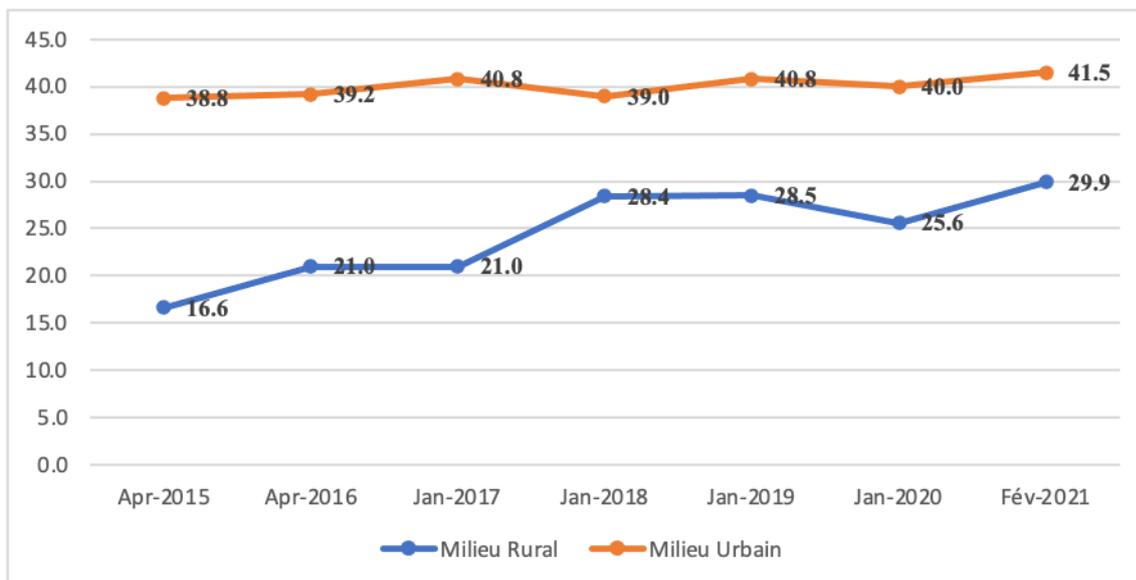
Graphique 2 : Évolution de la prévalence contraceptive de 2015 à 2020

Bien que la tendance globale montre une hausse significative du TPCm depuis 2015, elle reste non seulement loin des objectifs qui entraîneraient une possible réduction de la fécondité en vue de la capture du « *dividende démographique* » et elle cache dans le même temps des disparités importantes selon les caractéristiques des femmes et le milieu de résidence. En effet, le graphique 3 montre une prévalence plus faible en milieu rural, bien qu'évolutive par rapport au milieu urbain. Il montre aussi une stagnation de la prévalence dans le milieu urbain depuis quelques années.

Outre ces constats, d'autres réalités liées aux mouvements de populations consécutifs à la crise sécuritaire, ont engendré d'autres vulnérabilités qui limitent l'accès de certaines femmes aux services de planification familiale. Ces résultats montrent que les ambitions pour le maintien d'une hausse de la prévalence contraceptive devraient tout autant maintenir les efforts déjà en court pour un meilleur accès des femmes du milieu rural à la contraception, mais aussi explorer d'autres stratégies pour l'amélioration de l'offre pour les femmes en milieu urbain et les autres groupes de femmes vulnérables.

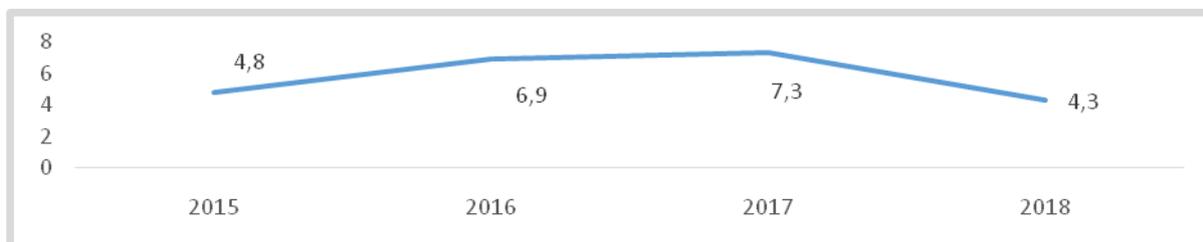
Cette stagnation de la prévalence pourrait s'expliquer par le manque de pérennisation des acquis du secteur privé de santé, l'insuffisance de renforcement des capacités des officines et dépôts pharmaceutiques pour leur implication effective dans l'offre des services PF.

Enfin, les besoins de PF dans les zones périurbaines sont énormes vue la concentration des populations dans ces sites alors que l'offre des services PF y est limitée du fait de l'absence de stratégie adaptée.



Graphique 3 : Évolution de la prévalence contraceptive moderne chez les femmes en union de 2015 à 2020.

Selon les résultats du projet de Jhpiego intitulé « Extension durable de la planification familiale du post partum au Burkina Faso en 2020 », on note une évolution progressive de la proportion d'accouchées qui ont adopté une méthode contraceptive avant de quitter la maternité de 2015 à 2017. Cependant, cette proportion a connu une baisse entre 2017 et 2018 (graphique 3). Parmi les raisons liées à cette situation, on peut citer la réaffectation de prestataires formés et la grève des prestataires.

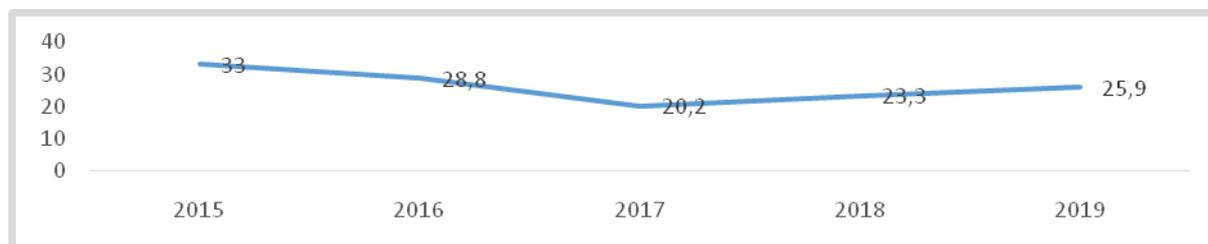


Graphique 4 : Évolution de la proportion d'accouchées qui ont adopté une méthode contraceptive avant de quitter la maternité de 2015 à 2018

Le niveau relativement faible de cet indicateur pourrait s'expliquer par le fait que toutes les FS n'offrent pas la DIUPP, lié à l'insuffisance de compétences et de matériel. En effet, les résultats de la mise en œuvre du Projet Planification Familiale du Post Partum (PFPP) montrent que la proportion d'accouchées qui ont adopté une méthode contraceptive de longue durée d'action (MLDA) avant de quitter la maternité a connu une augmentation dans les FS des zones d'intervention par le projet passant de 13,3% en 2016 à 21% en mars 2020.

Les besoins non satisfaits (BNS) en PF restent élevés. En effet, selon les données de PMA Burkina, le taux de besoins non satisfaits pour l'ensemble des femmes en

union de 15-49 ans était de 33% en 2015. Le graphique 4 présente les tendances de cet indicateur au cours de la période 2015-2020. Il montre qu'il y a une baisse progressive des BNS de 2015 à 2017. A partir de 2017, on constate leur augmentation jusqu'en 2019.



Graphique 5 : Évolution des besoins non satisfaits en PF de 2015 à 2020 selon PMA Burkina (2020 à compléter)

Cette situation pourrait s'expliquer, entre autres, par la persistance des facteurs socioculturels notamment l'opposition de la famille, le faible accès géographique et financier des services de PF et à la faible qualité des services de PF et l'insuffisance dans la disponibilité permanente des produits contraceptifs.

4.2.4. Qualité des services de planification familiale

Au niveau des formations sanitaires, les prestataires de services de PF devraient assurer des services complets à leur clientèle en leur fournissant le maximum d'informations utiles, concernant entre autres, la gamme des méthodes contraceptives existantes, leurs contraintes ainsi que sur leurs effets indésirables et leurs contre-indications éventuelles (INSD et ICF International, 2012). Ces informations ont non seulement pour but d'aider les femmes à faire un choix éclairé mais aussi de permettre de corriger et de combattre les préjugés/mythes concernant les méthodes contraceptives.

Globalement, les résultats de la plateforme de recherche PMA ont montré qu'en 2020, près de la moitié (43,8%) des utilisatrices récentes n'ont pas reçu des informations sur les effets secondaires de leur méthode contraceptive pendant la consultation. Ces résultats montrent aussi que plus d'un tiers (38,8%) des utilisatrices n'ont pas reçu des informations sur une autre méthode autre que celle qu'elles utilisent actuellement et seulement 67,7% ont reçu des informations sur la possibilité de changer une méthode dans le futur.

Ces résultats démontrent globalement une insuffisance dans la qualité du counseling offert aux utilisatrices par les prestataires. Cette insuffisance dans la qualité du counseling demeure un défi majeur pour l'offre des services de planification familiale car elle joue un rôle important dans la discontinuation (abandon) des méthodes contraceptives dont les effets indésirables en constituent une des principales raisons.

A travers l'expérience des effets indésirables à laquelle ces utilisatrices ne sont pas préparées, elles constituent un mauvais relais pour les potentielles futures

utilisatrices. Toutefois, les clients de la PF ont une bonne perception des aspects relationnels des services de PF. En effet, 98,7% des clients affirment avoir été traités avec courtoisie par les prestataires de soins en 2019. Cette proportion est similaire au 98,3% rapportés en 2018. La quasi-totalité des clients sont satisfaits de l'attitude globale du prestataire de santé à son égard (99,5% en 2018). Seulement 9% contre 13,1% en 2018 des clients indiquent avoir été obligés par les prestataires de soins à accepter une méthode de PF.

On note, néanmoins, que d'une manière générale, la quasi-totalité des clients est satisfaite du service reçu le jour de l'enquête (98,3%) et tous seraient prêts à revenir dans la formation sanitaire (98,0%) ou à recommander la formation sanitaire à leurs familles ou à leurs amis (98,6%) en 2019. Il faut toutefois relever que cette enquête de satisfaction de par sa collecte de données dans la formation sanitaire pourrait avoir une influence sur les réponses des clients (IRSS 2019 enquête de disponibilité).

Défis prioritaires

- Insuffisance d'offre de services adaptés aux besoins spécifiques des adolescents et jeunes (y compris ceux marginalisés et en situation de vulnérabilité) à la PF
- Faible qualité et sécurité de l'offre des services de PF
- Faible accessibilité des populations aux services de SR/PF y compris dans le contexte sécuritaire et sanitaire

4.3. Sécurisation des produits contraceptifs

De façon générale, on note une bonne disponibilité des produits contraceptifs dans les différents points de prestation de services au cours de la période de 2017 à 2020, même si la tendance semble être à la baisse au fil des trois années (IRSS, 2020). En effet, selon les résultats de l'enquête de disponibilité des produits de santé de la reproduction dans les formations sanitaires (FS) réalisée en 2020 au Burkina Faso, 96,5% des FS avaient au moins trois méthodes en stock censées être offertes le jour de l'enquête.

Cette proportion était de 99% en 2017, 97,8% en 2018 et de 97,2% en 2019. Selon le niveau, ce pourcentage est beaucoup plus faible dans les formations sanitaires de niveau secondaire où seulement 94,5% disposaient d'au moins trois méthodes contraceptives le jour de l'enquête de 2020.

Au cours de la même enquête (IRSS, 2020), le pourcentage de FS ayant eu en stock au moins trois méthodes contraceptives modernes selon les directives nationales durant les trois derniers mois était de 94,8%. Ce pourcentage est en baisse continue par rapport aux années précédentes où il était de 96,2% en 2019 et de 97,8% en 2018.

Selon les rapports d'activités de l'UNFPA (MS, 2021), au regard de la dégradation du contexte sécuritaire, des kits de santé de la reproduction ont été distribués dans les formations sanitaires (FS) qui abritent des personnes déplacées internes (PDI). Il s'agit du kit 1 (condoms masculins et féminins), du Kit 2 (Matériel pour accouchement hygiénique individuel), kit3 (prise en charge des conséquences du viol), kit4 (contraceptifs oraux combinés (COC) et des injectables), Kit 5 (Traitement des infections sexuellement transmissibles) Kit 6 (matériel médical pour accouchement), kit 7 (dispositif intra utérin),Kit 11 (boîte de césarienne et consommables) et Kit 12 (matériel et consommables pour la transfusion sanguine).

Malgré l'importance des consommables dans l'offre des services de PF, les rapports de suivi et de supervision montrent leur rupture dans les FS. Ces ruptures seraient, entre autres, dues à l'insuffisance dans la gestion des stocks et à la fréquence d'approvisionnement des formations sanitaires.

Défi prioritaire retenu

- Faible disponibilité des produits contraceptifs, consommables et équipements medicotechniques aux points de prestation de services PF
- Dégradation continue de la disponibilité des produits dans les points de prestations de service
-

4.4. Environnement habilitant, politique et financement

Dans la perspective de booster les indicateurs de PF, le Burkina Faso a adhéré à FP2020 et au Partenariat de Ouagadougou (PO). Dans ce cadre, il a pris des engagements qui sont arrivés à terme en décembre 2020. Le processus de réengagement en cours permettra au pays de se doter de nouveaux engagements en plus de ceux qu'il a pris au Sommet de Nairobi (CIPD+25) en novembre 2019.

Ces nouveaux engagements devraient tenir compte de l'Agenda 2063 de l'Union Africaine (2010). En rappel, cet agenda « engage les Etats membres à intégrer les droits à la santé sexuelle et reproductive, la planification des naissances et les services de lutte contre le VIH/ SIDA à travers le renforcement de la mise en œuvre des engagements antérieurs pris pour améliorer l'état de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, la garantie de l'intégration nécessaire pour faciliter les synergies entre les programmes relatifs au VIH/SIDA, à la tuberculose, à la santé maternelle, néonatale et infantile ».

En termes de partenariats en matière de PF (cf. mapping des partenaires, annexe1), le Ministère de la santé bénéficie de l'appui d'un réseau de partenaires dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et le financement des interventions de PF.

Concernant le financement de la PF, il a connu une hausse remarquable durant la période de 2011 à 2018 variant de 1,0 milliard de FCFA à 8,9 milliards de FCFA avec une hausse moyenne de 2 milliards par an (MS, 2021). Cette tendance a régressé en 2016 avant de rebondir pour atteindre 9,3 milliards en 2018. La tendance

évolutive s'expliquerait en partie par la mise en œuvre du Plan de relance de la PF 2013-2015 et le Plan national d'accélération de la PF de 2017-2020 qui ont suscité une bonne mobilisation de ressources financières durant lesdites périodes avec un temps de chevauchement entre 2015 et 2017.

Les dépenses de la PF sont majoritairement supportées par les PTF dont la contribution moyenne est estimée à 60% sur la période 2011 à 2018. Les ressources extérieures ont connu une hausse progressive depuis 2012 avec un pic en 2015 soit une part contributive de 92,8% des dépenses de la PF. Aussi, des ressources mobilisables auprès des ministères qui concernés par les questions de planification familiale, les institutions et le secteur privé (santé et non santé) qui constituent d'énormes opportunités de financement sont pratiquement inexistantes. Ces institutions, dans la quasi-totalité, ne disposent pas des référentiels nationaux et les instruments juridiques en matière de PF et ne s'approprient donc pas des contenus. La participation des ménages aux dépenses de la PF reste également faible durant les cinq dernières années (globalement 34,9% des revenus des ménages étaient consacrés à la santé en 2019). Cette situation pourrait s'expliquer par la subvention de la PF supportée par les finances publiques.

Défis prioritaires retenus

- Faible implication des ministères connexes, institutions et secteur privé en faveur de la PF
- Faible disponibilité et application des politiques, textes législatifs et réglementaires en faveur de la SR/PF
- Faible financement domestique de la PF

4.5. Coordination, suivi et évaluation

En matière de gouvernance, il existe au niveau central des organes d'orientation, de coordination et de suivi des interventions spécifiques à la PF. Il s'agit du comité de pilotage (COFIL) et des groupes thématiques. Aux niveaux intermédiaire et périphérique, ces attributions sont prises en compte par les instances statutaires existantes que sont le Comité technique régional de santé (CTRS), la rencontre ICP/ECD et le Conseil de santé du district (CSD). L'amélioration continue de l'efficacité des interventions en matière de PF nécessite un renforcement du fonctionnement des organes du cadre institutionnel notamment le COFIL, les groupes thématiques, les CTRS et les CSD.

En dépit de l'appui conséquent de PTF en matière de PF, des difficultés subsistent dans la coordination des interventions des acteurs sur le terrain avec des disparités de couverture géographique. Aussi, les résultats de la revue du PNAPF 2017-2020 (MS, 2020) révèlent une insuffisance dans l'alignement de certains partenaires sur les priorités nationales en matière de PF. Une plus grande efficacité des interventions de PF nécessite une meilleure coordination des interventions des partenaires pour une couverture équitable du territoire.

Défis prioritaires

- Faible suivi-évaluation et de capitalisation des données de PF des parties prenantes (qualité des données, disponibilité des données actualisées, études/recherche sur PF)
- Insuffisance dans la coordination inter et intra sectorielle en matière de PF (COFIL, groupes thématiques, rencontre bilan SR, CTRS, CSD, ICP/ECD...)

V. ACTIONS PRIORITAIRES

L'identification des actions prioritaires a été faite à partir de l'analyse des défis, notamment les causes jugées essentielles. Ensuite à partir des causes, des actions prioritaires ont été proposées.

Les actions prioritaires identifiées pour relever les défis sont définies dans le tableau II suivant les différents axes.

Tableau II : Actions prioritaires par axe du PNPF2021-2025

| Défi | Action prioritaires |
|---|--|
| Faible qualité de la communication pour un changement social et comportemental | <p>A1. Renforcement des actions de communication de qualité au cours des interventions en PF (SNPF, campagnes média, journées spécifiques PF, activités de routine) prenant en compte les droits en matière de PF*</p> <p>A2. Organisation de campagnes nationales mass-médias sur la PF</p> <p>A3. Intégration et utilisation des messages de PF dans les activités de sensibilisation des réseaux, coopératives, des groupements communautaires (femmes, jeunes, personnes handicapées) que les corps de métiers (salons de coiffure, couture et autres) à travers la CIP</p> <p>A4. Utilisation de la plateforme des grands événements nationaux (Journée du paysan, FESPACO, SIAO, SNC, Tour du Faso, Journée internationale de la femme...) pour la promotion de la SR/PF à travers des messages clés basés sur la segmentation socioprofessionnelle et lieu de résidence</p> <p>A5. Renforcement des capacités des prestataires sur les techniques de CIP (counseling, causerie...)</p> <p>A6. Production et diffusion de messages clés en segmentant les femmes par milieu de résidence, par catégorie socioprofessionnelle et par groupe social y compris celles vivant avec un handicap</p> |
| Persistance des perceptions et attitudes négatives individuelles et communautaires associées à la PF | <p>A1. Mise en œuvre de stratégies innovantes d'implication des hommes pour la promotion de la PF (« école des maris et futurs époux, Approche IFC...)</p> <p>A2. Plaidoyer en direction des élus locaux, leaders communautaires et notables en vue d'accroître leur engagement sur les bienfaits de la PF</p> <p>A3. Implication des leaders religieux et coutumiers dans la mobilisation communautaire des hommes en faveur de la PF</p> <p>A4 : Renforcement des capacités des structures en matière de communication/approches de communication</p> <p>A5. Renforcement des actions de sensibilisation des adolescents et des jeunes à travers les plateformes accessibles, les pairs éducateurs dans les milieux scolaires et non scolaires</p> |
| Faible accès des adolescents, des jeunes et des groupes marginalisés à l'information de qualité sur la SRAJ | <p>A1. Renforcement des capacités des enseignants et des pairs éducateurs en EVF</p> <p>A2. Relecture des modules d'EVF prenant en compte les adolescents et les jeunes non scolarisés</p> <p>A3. Renforcement des compétences des prestataires sur le counseling</p> <p>A4. Extension de l'EVF à l'échelle nationale</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>A5. Renforcement de sensibilisation des adolescents et jeunes sur la SSR à travers des campagnes de communication et le réseau d'éducation par les pairs</p> <p>A6. Utilisation des TIC, de la plateforme de la jeunesse et les grands évènements culturels impliquant les jeunes pour la promotion de la SRAJ</p> |
| Insuffisance d'offre de services adaptés aux besoins spécifiques des adolescents et jeunes (y compris ceux marginalisés et en situation de vulnérabilité) à la contraception | <p>A1. Renforcement des capacités des CSU et des centres jeunes à offrir des services adaptés aux besoins des adolescents et des jeunes en milieu scolaire et extra-scolaire</p> <p>A2. Renforcement des capacités des jeunes leaders sur les meilleures pratiques d'offre de services en milieu scolaire et extra-scolaire</p> <p>A3. Renforcement de la prise en charges en matière de contraception des personnes handicapées (visuelles, auditives, physique, mentales...) et des victimes de VBG</p> <p>A4. Intégration de l'offre de la contraception dans les centres et infirmeries scolaires pour favoriser l'accès aux services de la SSR aux adolescents et jeunes en milieu scolaire et extrascolaire (équipements, intrants...)</p> <p>A5. Renforcement des sorties d'offres des services PF au profit des PDI</p> |
| Faible qualité et sécurité de l'offre des services de PF | <p>A1. Renforcement et mise à échelle du système d'assurance de qualité des services dans les formations sanitaires</p> <p>A2. Renforcement des compétences (counseling spécifique, technologie contraceptive, supervision formative, mentorat) et équipement des structures pour l'offre des services PF de qualité</p> <p>A3. Intégration de la Planification Familiale lors des travaux pratiques à l'école de base (laboratoire de compétences)</p> <p>A4. Renforcement de l'intégration de la PF dans les points de prestations des services y compris les services de santé des armées et du privé</p> <p>A5. Extension de la délégation des tâches au niveau des structures et au niveau communautaire</p> |
| Faible accessibilité des populations aux services de SR/PF y compris dans le contexte humanitaire (sécuritaire et sanitaire) | <p>A1. Extension des stratégies novatrices (délégation des tâches au niveau communautaire, dans les FS et les officines, auto-injection au DMPA-Sc</p> <p>A2. Renforcement des sorties d'offres des services PF au profit des femmes en milieu rural et péri urbains y compris les groupes marginalisés et en situation de vulnérabilité (personnes handicapées, professionnels de sexe, jeunes en milieu carcéral, sur les sites</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>d'orpaillage, personnes déplacées internes)</p> <p>A3. Renforcement des capacités des structures pour l'offre des prestations</p> <p>A4. Intégration de l'offre de service PF dans les groupements féminins et les centres d'apprentissage de métier (salon de coiffure, atelier de couture, menuiserie...)</p> <p>A5. Renforcement de capacités des officines privées</p> <p>A6. Renforcement de la franchise sociale en matière de PF</p> <p>A7. Plaidoyer auprès des structures privées pour leur implication dans la mise en œuvre de la gratuité</p> <p>A8 : mise en œuvre du Dispositif minimum 'urgence (DMU)</p> |
| <p>Faible disponibilité des produits contraceptifs, consommables et équipements médicotechniques aux points de prestation de services PF</p> | <p>A1. Renforcement des compétences des agents en gestion de la logistique contraceptive</p> <p>A2. Renforcement des capacités de stockage des dépôts</p> <p>A3. Renforcement des capacités des districts à assurer les activités de suivi et supervision</p> <p>A4. Pré positionnement à temps des fonds de gratuité de PF</p> <p>A5. Amélioration du système de réapprovisionnement des ASBC et relais communautaires en produits contraceptifs,</p> |
| <p>Faible implication des ministères connexes, institutions et secteur privé en faveur de la PF</p> | <p>A1. Plaidoyer à l'endroit des ministères connexes, institutions et du secteur privé sur l'importance de la PF</p> <p>A2. Plaidoyer à l'endroit des autorités du MS pour l'appropriation de l'outil FP-ODD-DEMDIV</p> <p>A3. Plaidoyer à l'endroit des autorités gouvernementales pour ériger le ST/ATD en Secrétariat permanent</p> <p>A4. Implication effective des ministères connexes, institutions et du secteur privé dans les interventions en faveur de la PF</p> <p>A5. Participation effective des ministères connexes, institutions et du secteur privé à la mobilisation des ressources et à la mise en œuvre du Plan</p> |
| <p>Faible disponibilité et application des politiques, textes législatifs et réglementaires en faveur de la SR/PF</p> | <p>A1. Vulgarisation des politiques, textes législatifs et réglementaires auprès de parties prenantes (Départements ministériels, services déconcentrés, collectivités locales, société civile, PTF et communautés)</p> <p>A2. Plaidoyer auprès des décideurs en impliquant la société civile, PTF et communautés pour l'application effective et suivi des textes et règlements en faveur de la PF</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>A3. Elaboration des directives par les autorités sanitaires autorisant l'implication des officines privées en faveur de la PF</p> <p>A4. Prise en compte de l'évolution des besoins des adolescents et jeunes dans leurs différents segments, dans les politiques publiques de développement</p> |
| Faible financement domestique de la PF | <p>A1. Plaidoyer auprès des collectivités territoriales et des partenaires du secteur privé pour appui au financement de la PF</p> <p>A2. Plaidoyer pour la sécurisation et l'alimentation de la ligne budgétaire pour l'achat des produits contraceptifs</p> <p>A3. Elaboration et mise en œuvre d'un plan de mobilisation des ressources domestiques</p> <p>A4. Renforcement de l'autonomie financière de la société civile pour assurer une veille</p> |
| Insuffisance dans la coordination inter et intra sectorielle en matière de PF | <p>A1. Dissémination à temps du plan PF à toutes les parties prenantes</p> <p>A2. Suivi régulier et continu de la mise en œuvre du plan PF</p> <p>A3. Mise en place d'un mécanisme de capitalisation des données des interventions menées par les OSC, le privé, les PTF</p> <p>A4. Tenue régulière des rencontres statutaires des instances de coordination ((COPIL, groupes thématiques, rencontre bilan SR, CTRS, CSD, ICP/ECD...))</p> |

VI. CHAINE DES RÉSULTATS

Les résultats attendus du PNPf 2021-2025 après la mise en œuvre des interventions prioritaires sont présentés suivant le tableau ci-dessous :

Tableau III : Chaine des résultats selon les axes du PNPF2021-2025

| Problème prioritaire | Produit | Effet | Impact | |
|---|--|---|--|--|
| Création de la demande | | | | |
| Faible qualité de la communication pour un changement social et comportemental | Les capacités des structures sont renforcées pour assurer une communication de qualité | L'utilisation des services de PF s'est améliorée | La prévalence contraceptive moderne chez les femmes en union est passée de 31,9% en 2020 à 41,3% en 2025 | |
| | La segmentation des messages est réalisée pour mieux prendre en compte les besoins spécifiques de chaque cible (milieux de résidence, groupes sociaux y compris les handicapés, catégorie socioprofessionnelle...) | | | |
| | Les supports de CSC sont adaptés aux besoins spécifiques des groupes et des cibles | | | |
| | Les stratégies innovantes d'implication des hommes ont connu une extension pour une meilleure adhésion de ces derniers à la PF | | | |
| Persistance des perceptions et attitudes défavorables à la PF | Les hommes, les leaders religieux et coutumiers, les jeunes scolarisés ou non, les personnes handicapées et les autres groupes spécifiques sont engagés en faveur de la PF | Les couples et les individus adoptent des comportements favorables à la planification familiale | | |
| | Les femmes, les adolescents et jeunes et les hommes ont des attitudes positives pour s'engager en faveur de la PF | | | |
| Faible accès des adolescents, des jeunes et des | Les capacités des enseignants et des pairs éducateurs sont renforcées en EVF pour | Les adolescents et jeunes ont accès à des informations de | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| groupes marginalisés à l'information de qualité sur la SRAJ | accompagner les jeunes à une sexualité responsable | qualité sur la SRAJ | |
| | Les plateformes de jeunesse pour la promotion de la SSRAJ sont dynamiques pour répondre aux besoins d'orientation des jeunes en matière de sexualité responsable | | |
| | La santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes non scolarisés est prise en compte dans les modules d'EVF pour répondre aux besoins d'orientation des jeunes en matière de sexualité responsable | | |
| Offre et accès aux services de PF | | | |
| Insuffisance d'offre de services adaptés aux besoins spécifiques des adolescents et jeunes (y compris ceux marginalisés et en situation de vulnérabilité) pour une sexualité responsable | Les capacités des centres de santé, centres jeunes et centres de santé scolaire et universitaire sont renforcées pour l'offre de services de contraception adaptés aux besoins des adolescents et des jeunes | L'offre de services de contraception adaptés aux besoins spécifiques des adolescents et jeunes est améliorée | La prévalence contraceptive moderne chez les femmes en union est passée de 31,9% en 2020 à 41,3% en 2025 |
| | Les besoins spécifiques en matière de PF des personnes handicapées (visuelles, auditives, physique, mentales), des PDI et des victimes de VBG sont pris en compte pour satisfaire chaque groupe | | |
| | La couverture géographique des stratégies novatrices (délégation des tâches au niveau communautaire, dans les FS et les officines, stratégie mobile, auto-injection au DMPA-Sc) est accrue pour améliorer l'accessibilité aux services de PF | | |
| Faible qualité et sécurité de l'offre des services de PF | Les capacités des services de PF en matière d'assurance qualité sont renforcées pour une offre de qualité. | L'offre de services de PF sécurisé et de qualité est renforcée | |

| | | | |
|---|---|---|--|
| | L'offre des services de PF de qualité est effective dans les structures publiques et privées de santé y compris les services des armées pour satisfaire les clients | | |
| Faible accessibilité des populations aux services de SR/PF y compris dans le contexte humanitaire (sécuritaire et sanitaire) | <p>La mise en œuvre de l'approche jeune leaders sur les meilleures pratiques d'offre de service PF a connu une extension dans les établissements pour répondre aux besoins des jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive</p> <p>L'offre de service de PF est renforcée dans le contexte humanitaire (DIU) et les zones à accès difficile pour accroître l'accessibilité à la contraception</p> | L'accessibilité des populations aux services de SR/PF y compris dans le contexte humanitaire (sécuritaire et sanitaire) est améliorée | |
| Sécurisation des produits contraceptifs | | | |
| Faible disponibilité des produits contraceptifs, consommables et équipements medicotechniques aux points de prestation de services PF | <p>L'approvisionnement suffisant en produits contraceptifs, consommables médicaux et équipement medicotechnique est assurée pour garantir la disponibilité des services de PF</p> <p>La qualité des produits contraceptifs, des consommables médicaux et des services logistiques est assurée tout au long de la chaîne d'approvisionnement pour garantir la sécurité des produits</p> <p>Le système d'information en gestion logistique des produits de santé y compris les produits contraceptifs est assuré pour garantir la disponibilité des produits PF</p> <p>Le système de surveillance et de remise à niveau des stocks des produits contraceptifs est renforcé pour minimiser les</p> | La disponibilité des produits contraceptifs, des équipements et matériels médico techniques aux points de prestation de services PF est améliorée | La prévalence contraceptive moderne chez les femmes en union est passée de 31,9% en 2020 à 41,3% en 2025 |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | ruptures de stocks | | |
| Environnement habilitant, politique et financement | | | |
| Faible implication des ministères connexes, institutions et secteur privé en faveur de la PF | L'ancrage institutionnel de la planification familiale est relevé pour assurer une meilleure coordination des interventions intersectorielles | L'implication des ministères connexes, des institutions et du secteur privé dans la PF est effective | La prévalence contraceptive moderne chez les femmes en union est passée de 31,9% en 2020 à 41,3% en 2025 |
| | La participation des parties prenantes identifiées est assurée à toutes les étapes du plan pour une meilleure appropriation (élaboration, mise en œuvre, suivi et évaluation) | | |
| Faible disponibilité, adaptation et application des politiques, textes législatifs et réglementaires en faveur de la SR/PF | Les politiques, textes législatifs et réglementaires adaptés sont disponibles auprès de toutes les parties prenantes pour créer un environnement favorable à la PF | Les clients et les prestataires s'approprient les droits et les devoirs en matière de S/PF | |
| | L'appropriation des politiques, textes législatifs et réglementaires, et des outils sur la PF par l'ensemble des parties prenantes est effective pour garantir les droits en matière de PF | | |
| Faible financement domestique de la PF | Un mécanisme de mobilisation des ressources domestiques est disponible pour accroître les ressources financières en faveur de la PF | Les financements domestiques en faveur de la PF sont accrus | |
| | Des financements sont alloués à la PF pour assurer la pérennité des interventions | | |
| Coordination et Suivi-évaluation | | | |
| Faible suivi-évaluation et capitalisation des données de PF | Des outils de suivi et d'évaluation du plan sont élaborés pour assurer sa mise en œuvre efficace | Des données probantes actualisées en matière de PF sont | est en union femmes moderne chez les femmes en union moderne |

| | | | |
|--|--|---|--|
| des parties prenantes | Un mécanisme de gestion des connaissances et des données probantes est disponible pour faciliter la prise de décisions basée sur les évidences | disponibles | |
| Insuffisance dans la coordination nationale des interventions en matière de PF | Des cadres de concertations multisectorielles sont mis en place pour une meilleure coordination des interventions | La coordination des interventions en PF est assurée | |
| | Les organes de coordination au niveau central, intermédiaire et périphérique du Plan PNPF sont fonctionnels pour assurer le management du plan | | |

Théorie de changement

| Défis | Actions | Produits | Changements intermédiaires | Changement ultime |
|--|--|--|--|--|
| Faible qualité de la communication pour un changement social et comportemental | <p>A1. Renforcement des actions de communication de qualité au cours des interventions en PF (SNPF, campagnes média, journées spécifiques PF, activités de routine) prenant en compte les droits en matière de PF</p> <p>A2. Organisation de campagnes nationales mass-médias sur la PF</p> <p>A3. Intégration et utilisation des messages de PF dans les activités de sensibilisation des réseaux, coopératives, des groupements communautaires (femmes, jeunes, personnes handicapées) que les corps de métiers (salons de coiffure, couture et autres) à travers la CIP</p> <p>A4. Utilisation de la plateforme des grands événements nationaux (Journée du paysan, FESPACO, SIAO, SNC, Tour du Faso, Journée internationale de la femme...) pour la promotion de la SR/PF à travers des messages clés basés sur la segmentation socioprofessionnelle et lieu</p> | Les capacités des structures sont renforcées pour assurer une communication de qualité | L'utilisation des services de PF s'est améliorée | <p>La prévalence contraceptive moderne chez les femmes en union est passée de 31,9% en 2020 à 41,3% en 2025</p> |
| | | La segmentation des messages est réalisée pour mieux prendre en compte les besoins spécifiques de chaque cible (milieux de résidence, groupes sociaux y compris les handicapés, catégorie socioprofessionnelle...) | | |
| | | Les stratégies innovantes d'implication des hommes ont connu une extension pour une meilleure adhésion de ces derniers à la PF | | |
| | | Les besoins des adolescents et jeunes en matière de communication sont adaptés pour l'adoption d'un comportement | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|--|
| | <p>de résidence</p> <p>A5. Renforcement des capacités des prestataires sur les techniques de CIP (counseling, causerie...)</p> <p>A6. Production et diffusion de messages clés en segmentant les femmes par milieu de résidence, par catégorie socioprofessionnelle et par groupe social y compris celles vivant avec un handicap</p> | sexuel responsable | | |
| <p>Persistance des perceptions et attitudes défavorables à la PF</p> | <p>A1. Mise en œuvre de stratégies innovantes d'implication des hommes pour la promotion de la PF («école des maris et futurs époux, Approche IFC...)</p> <p>A2. Plaidoyer en direction des élus locaux, leaders communautaires et notables en vue d'accroître leur engagement sur les bienfaits de la PF</p> <p>A3. Implication des leaders religieux et coutumiers dans la mobilisation communautaire des hommes en faveur de la PF</p> <p>A4 : Renforcement des capacités des structures en matière de communication/approches de communication</p> <p>A5. Renforcement des actions de sensibilisation des adolescents et des</p> | <p>Les hommes, les leaders religieux et coutumiers, les jeunes scolarisés ou non, les personnes handicapées et les autres groupes spécifiques sont favorables pour s'engager en faveur de la PF</p> | <p>Les couples et les individus adoptent des comportements favorables à la planification familiale)</p> | |
| | | <p>Les femmes, les adolescents et jeunes et les hommes ont des attitudes positives pour s'engager en faveur de la PF</p> | | |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| | jeunes à travers les plateformes accessibles, les pairs éducateurs dans les milieux scolaires et non scolaires | | | |
| Faible accès des adolescents, des jeunes et des groupes marginalisés à l'information de qualité sur la SRAJ | <p>A1. Renforcement des capacités des enseignants et des pairs éducateurs en EVF</p> <p>A2. Relecture des modules d'EVF prenant en compte les adolescents et les jeunes non scolarisés</p> <p>A3. Renforcement des compétences des prestataires sur le counseling</p> <p>A4. Extension de l'EVF à l'échelle nationale</p> <p>A5. Renforcement de sensibilisation des adolescents et jeunes sur la SSR à travers des campagnes de communication et le réseau d'éducation par les pairs</p> <p>A6. Utilisation des TIC, de la plateforme de la jeunesse et les grands événements culturels impliquant les jeunes pour la promotion de la SRAJ</p> | <p>Les capacités des enseignants et des pairs éducateurs sont renforcées en EVF pour accompagner les jeunes à une sexualité responsable</p> <p>Les plateformes de jeunesse pour la promotion de la SSRAJ sont dynamiques pour répondre aux besoins d'orientation des jeunes en matière de sexualité responsable</p> <p>La santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes non scolarisés est prise en compte dans les modules d'EVF pour répondre aux besoins d'orientation des jeunes en matière de sexualité responsable</p> | Les adolescents et jeunes ont accès à des informations de qualité sur la SRAJ | |
| Insuffisance d'offre de services adaptés aux besoins spécifiques des adolescents et | <p>A1. Renforcement des capacités des CSU et des centres jeunes à offrir des services adaptés aux besoins des adolescents et des jeunes en milieu scolaire et extra-scolaire</p> <p>A2. Renforcement des capacités des</p> | Les capacités des centres de santé, centres jeunes et centres de santé scolaire et universitaire sont renforcées pour | L'offre de services de contraception adaptés aux besoins spécifiques des | La prévalence contraceptive moderne chez les femmes en union est passée de 31,9% en 2020 à 41,3% en 2025 |

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| jeunes (y compris ceux marginalisés et en situation de vulnérabilité) pour une sexualité responsable | jeunes leaders sur les meilleures pratiques d'offre de services en milieu scolaire et extra-scolaire, A3. Renforcement de la prise en charges en matière de contraception des personnes handicapées (visuelles, auditives, physique, mentales...) et des victimes de VBG A4. Intégration de l'offre de la contraception dans les centres et infirmeries scolaires pour favoriser l'accès aux services de la SSR aux adolescents et jeunes en milieu scolaire et extrascolaire (équipements, intrants,...) A5. Renforcement des sorties d'offres des services PF au profit des PDI | l'offre de services de contraception adaptés aux besoins des adolescents et des jeunes Les besoins spécifiques en matière de PF des personnes handicapées (visuelles, auditives, physique, mentales), des PDI et des victimes de VBG sont pris en compte pour satisfaire chaque groupe La couverture géographique des stratégies novatrices (délégation des tâches au niveau communautaire, dans les FS et les officines, stratégie mobile, auto-injection au DMPA-Sc) s'est accrue pour améliorer l'accessibilité aux services de PF | adolescents et jeunes est améliorée | |
| Faible qualité et sécurité de l'offre des services de PF | A1. Extension des stratégies novatrices (délégation des tâches au niveau communautaire, dans les FS et les officines, auto-injection au DMPA-Sc | Les capacités des services de PF en matière d'assurance qualité sont renforcées pour une offre de qualité. | L'offre de services de PF sécurisé et de qualité est | |

| | | | | |
|---|---|---|--|--|
| | <p>A2. Renforcement des sorties d'offres des services PF au profit des femmes en milieu rural et péri urbains y compris les groupes marginalisés et en situation de vulnérabilité (personnes handicapées, professionnels de sexe, jeunes en milieu carcéral, sur les sites d'orpaillage, personnes déplacées internes)</p> <p>A3. Renforcement des capacités des structures pour l'offre des prestations</p> <p>A4. Intégration de l'offre de service PF dans les groupements féminins et les centres d'apprentissage de métier (salon de coiffure, atelier de couture, menuiserie...)</p> <p>A5. Renforcement de capacités des officines privées</p> | <p>L'offre des services de PF de qualité est effective dans les structures publiques et privées de santé y compris les services des armées pour satisfaire les clients</p> | <p>renforcée</p> | |
| <p>Faible accessibilité des populations aux services de SR/PF y compris dans le contexte humanitaire (sécuritaire et sanitaire)</p> | <p>A1. Extension des stratégies novatrices (délégation des tâches au niveau communautaire, dans les FS et les officines, auto-injection au DMPA-Sc</p> <p>A2. Renforcement des sorties d'offres des services PF au profit des femmes en milieu rural et péri urbains y compris les</p> | <p>La mise en œuvre de l'approche jeunes leaders sur les meilleures pratiques d'offre de service PF a connu une extension dans les établissements pour répondre aux besoins des jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive</p> | <p>L'accessibilité des populations aux services de SR/PF y compris dans le contexte humanitaire (sécuritaire et sanitaire) est améliorée</p> | |

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| | <p>groupes marginalisés et en situation de vulnérabilité (personnes handicapées, professionnels de sexe, jeunes en milieu carcéral, sur les sites d'orpaillage, personnes déplacées internes)</p> <p>A3. Renforcement des capacités des structures pour l'offre des prestations</p> <p>A4. Intégration de l'offre de service PF dans les groupements féminins et les centres d'apprentissage de métier (salon de coiffure, atelier de couture, menuiserie...)</p> <p>A5. Renforcement de capacités des officines privées</p> <p>A6. Renforcement de la franchise sociale en matière de PF</p> <p>A7. Plaidoyer auprès des structures privées pour leur implication dans la mise en œuvre de la gratuité</p> | <p>L'offre de service de PF est renforcée dans le contexte humanitaire et les zones à accès difficile pour accroître l'accessibilité à la contraception</p> | | |
| <p>Faible disponibilité des produits contraceptifs, consommables et équipements médicotechniques aux points de prestation de</p> | <p>A1. Renforcement des compétences des agents en gestion de la logistique contraceptive</p> <p>A2. Renforcement des capacités de stockage des dépôts</p> | <p>L'approvisionnement suffisant en produits contraceptifs, consommables médicaux et équipement médicotechnique est assurée pour garantir la disponibilité des services de PF</p> | <p>La disponibilité des produits contraceptifs, des équipements et matériels médico</p> | <p>La prévalence contraceptive moderne chez les femmes en union est passée de 31,9% en 2020 à 41,3% en 2025</p> |

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| services PF | <p>A3. Renforcement des capacités des districts à assurer les activités de suivi et supervision</p> <p>A4. Prépositionnement à temps des fonds de gratuité de PF</p> <p>A5. Amélioration du système de réapprovisionnement des ASBC et relais communautaires en produits contraceptifs,</p> | <p>La qualité des produits contraceptifs, des consommables médicaux et des services logistiques est assurée tout au long de la chaîne d'approvisionnement pour garantir la sécurité des produits</p> | techniques aux points de prestation de services PF est améliorée | |
| Faible implication des ministères connexes, institutions et secteur privé en faveur de la PF | <p>A1. Plaidoyer à l'endroit des ministères connexes, institutions et du secteur privé sur l'importance de la PF</p> <p>A2. Plaidoyer à l'endroit des autorités du MS pour l'appropriation de l'outil FP-ODD-DEMDIV</p> <p>A3. Plaidoyer à l'endroit des autorités gouvernementales pour ériger le ST/ATD en Secrétariat permanent</p> <p>A4. Implication effective des ministères connexes, institutions et du secteur privé dans les interventions en faveur de la PF</p> | <p>L'ancrage institutionnel de la planification familiale est relevé pour assurer une meilleure coordination des interventions intersectorielles</p> | L'implication des ministères connexes, des institutions et du secteur privé dans la PF est effective | |
| | | <p>La participation des parties prenantes identifiées est assurée à toutes les étapes du plan pour une meilleure appropriation (élaboration, mise en œuvre, suivi et évaluation)</p> | | |

| | | | | |
|--|--|---|--|---|
| | A5. Participation effective des ministères connexes, institutions et du secteur privé à la mobilisation des ressources et à la mise en œuvre du Plan | | | |
| Faible disponibilité, adaptation et application des politiques, textes législatifs et réglementaires en faveur de la SR/PF | <p>A1. Vulgarisation des politiques, textes législatifs et réglementaires auprès de parties prenantes (Départements ministériels, services déconcentrés, collectivités locales, société civile, PTF et communautés)</p> <p>A2. Plaidoyer auprès des décideurs en impliquant la société civile, PTF et communautés pour l'application effective et suivi des textes et règlements en faveur de la PF</p> <p>A3. Elaboration des directives par les autorités sanitaires autorisant l'implication des officines privées en faveur de la PF.</p> <p>A4. Prise en compte de l'évolution des besoins des adolescents et jeunes dans leurs différents segments, dans les politiques publiques de développement</p> | <p>Les politiques, textes législatifs et réglementaires adaptés sont disponibles auprès de toutes les parties prenantes pour créer un environnement favorable à la PF</p> <p>L'appropriation des politiques, textes législatifs et réglementaires, et des outils sur la PF par l'ensemble des parties prenantes est effective pour garantir les droits en matière de PF</p> | Les clients et les prestataires s'approprient les droits et les devoirs en matière de S/PF | |
| Faible financement domestique de la PF | <p>A1. Plaidoyer auprès des collectivités territoriales et des partenaires du secteur privé pour appui au financement de la PF</p> <p>A2. Plaidoyer pour la sécurisation et</p> | Un mécanisme de mobilisation des ressources domestiques est disponible pour accroître les ressources financières en faveur de la PF | Les financements domestiques en faveur de la PF sont accrus | La prévalence contraceptive moderne chez les femmes en union est passée de 31,9% en 2020 à 41,3% en 2025 |

| | | | | |
|---|--|--|---|--|
| | <p>l'alimentation de la ligne budgétaire pour l'achat des produits contraceptifs</p> <p>A3. Elaboration et mise en œuvre d'un plan de mobilisation des ressources domestiques</p> <p>A4. Renforcement des capacités des acteurs de la société civile en matière de mobilisation de financements domestiques</p> | Des financements sont alloués à la PF pour assurer la pérennité des interventions | | |
| Faible suivi-évaluation et capitalisation des données de PF des parties prenantes | <p>A1. Mettre en place un dispositif de suivi du plan</p> <p>A2. Capitaliser les résultats de la mise en œuvre du plan</p> <p>A3. Assurer le partage de connaissances</p> | <p>Des outils de suivi et d'évaluation du plan sont élaborés pour assurer sa mise en œuvre efficace</p> <p>Un mécanisme de gestion des connaissances et des données probantes est disponible pour faciliter la prise de décisions basée sur les évidences</p> | Des données probantes actualisées en matière de PF sont disponibles | La prévalence contraceptive moderne chez les femmes en union est passée de 31,9% en 2020 à 41,3% en 202 |
| Insuffisance dans la coordination nationale des interventions en matière de PF | <p>A1. Dissémination à temps du plan PF à toutes les parties prenantes</p> <p>A2. Suivi régulier et continu de la mise en œuvre du plan PF</p> <p>A3. Mise en place d'un mécanisme de capitalisation des données des interventions menées par les OSC, le privé, les PTF</p> <p>A4. Tenue régulière des rencontres statutaires des instances de coordination ((COPIL, groupes thématiques, rencontre bilan SR, CTRS, CSD, ICP/ECD...))</p> | <p>Des cadres de concertations multisectorielles sont mis en place pour une meilleure coordination des interventions</p> <p>Les organes de coordination au niveau central, intermédiaire et périphérique du Plan PNPF sont fonctionnels pour assurer le management du plan</p> | La coordination des interventions en PF est assurée | |

VII. IDENTIFICATION DES ACTIVITES

Tableau IV : identification des activités au regard des actions prioritaires

7.1. Création de la demande

| Défis | | Actions prioritaires | N° | Activités | Brève description de la démarche de réalisation |
|--|--|---|----|---|---|
| Faible qualité de la communication pour un changement social et comportemental | Améliorer l'utilisation des services de PF | A1. Renforcement des actions de communication de qualité au cours des interventions en PF (SNPF, campagnes média, journées spécifiques PF, activités de routine) prenant en compte les droits en matière de PF | 1 | Renforcer les capacités en CSC des acteurs de l'écosystème | Il s'agira de former un pool de formateurs qui va réaliser ensuite des formations en cascade y compris le niveau communautaire : Organiser une formation de 40 formateurs Nationaux en 02 sessions Organiser une session de 20 participants par région, Former 17688 ASBC. Reproduire les Kits et matériels de formation |
| | | | | Réaliser une étude de segmentation sur la PF au Burkina (conduite de l'étude et restitution) | Cette étude permettra de donner plus d'information sur les utilisatrices de la PF, leurs besoins spécifiques en termes d'information et de canaux |
| | | | 2 | Elaborer un guide de messages en prenant en compte les différents segments identifiés au Burkina Faso | Faire un répertoire des guides existants. Harmoniser les contenus en prenant en compte les spécificités des groupes cibles en un atelier national d'élaboration de 05 jours Un atelier de validation de 02 jours |
| | | | 3 | Adapter le guide des messages aux personnes handicapées (langage des signes, braille, etc.) | Organiser trois ateliers d'adaptation du guide en langage des signes et en braille au profit de personnes handicapées Reproduire et disséminer le guide lors des ateliers de formation en CSC |
| | | | 4 | Elaborer un plan média intégré | Organiser un atelier d'élaboration du plan national annuel de diffusion prenant en compte toutes les diffusions quelque soit le type de média Organiser un atelier national de dissémination du plan de diffusion |

| | | | | | |
|--|--|--|----|--|---|
| | | | | Réaliser une sortie annuelle de suivi du plan de diffusion dans les 13 régions | |
| | | | 5 | Elaborer et mettre à jour les supports (boîtes à images, affiches flyers, spots, microprogrammes, tracks) de communication sur la PFPP, les Droits de la cliente, les ados et jeunes, la PF Post Abortum,...), | Inventorier les supports de communication existant, Organiser un atelier de mise à jour et d'élaboration si besoin est en tenant compte des différentes thématiques Recruter des agences pour la mise à jour et la production de nouveaux supports |
| | | | 6 | Pré tester les supports élaborés ou adaptés | Recruter un bureau d'étude pour réaliser les pré-test et faire intégrer les conclusions des pré-test sur les supports par les agences |
| | | | 7 | Diffuser et disséminer les supports et outils de communication produit en fonction des segments clés | Organiser une présentation du contenu des outils aux parties prenantes, Reproduire les supports. Réaliser les affichages et les diffusions à partir du plan média intégré |
| | | | 8 | Mener une recherche sur les déterminants comportementaux de l'utilisation des services de PF ? (facteurs idéationnels, recherche formative) | Elaborer le protocole de recherche, le soumettre au comité d'éthique pour approbation. Recruter un bureau d'étude pour la réalisation de la recherche. Disséminer les résultats Mettre à jour les différentes activités en fonction des résultats obtenus |
| | | A2. Organisation de campagnes nationales mass-médias sur la PF | 10 | Elaborer une stratégie globale de communication pour les campagnes en SR/PF | Recruter un consultant pour l'élaboration de la stratégie Organiser un atelier de validation de la stratégie Organiser un atelier de dissémination de la stratégie |

| | | | | | |
|--|--|--|----|---|--|
| | | | 11 | Organiser des campagnes de communication lors des journées célébrées (JNP, JIJ, JIC) de la PF | Organiser des rencontres précampagne pour définir les activités de la campagne Elaborer les messages en fonction des supports et des canaux de communication Produire des supports de communication Mettre en œuvre les activités déclinées (caravanes, conférences, émissions radio interactives, diffusion de messages sur les réseaux sociaux, matchs de football, handball, etc.) Evaluer la campagne Organiser un atelier bilan de la campagne |
| | | | | Plaider pour l'insertion des questions de SRPF comme une thématique principale du Forum National des jeunes | Elaborer un argumentaire de plaidoyer à l'endroit du Ministre de la jeunesse (CNJ) Organiser des rencontres de plaidoyer avec le Ministère de la jeunesse Assurer le suivi des rencontre des plaidoyer |
| | | | 12 | Organiser une campagne de communication sur les réseaux sociaux | Préparer la stratégie digitale pour orienter les activités à mener lors de la campagne Elaborer les messages et les pré tester Produire les supports/outils (visuels, capsules) Constituer un réseau d'influenceur Poster les supports sur les réseaux sociaux Sponsoriser/booster les posts Assurer le suivi des diffusions des post et des interactions Evaluer la campagne |
| | | | 13 | Organiser deux campagnes régionales sur la PF (région où les indicateurs semblent basses) | Organiser des réunions précampagnes Organiser une journée de concertation avec les champions régionaux de SR Adapter les messages aux régions concernées Produire les supports et gadgets des campagnes (affiches, banderoles, Tee short, Casquettes, dépliant Diffuser des messages sur les radios, télévision, presse écrite, réseaux sociaux une semaine avant et durant la |

| | | | | | |
|--|--|--|----|--|---|
| | | | | <p>campagne Organiser les activités de sensibilisation sur la PF dans les régions concernées</p> <p>Assurer la couverture médiatique de la campagne</p> <p>Organiser les supervisions de la mise en œuvre de la campagne</p> <p>Evaluer la campagne</p> <p>Organiser des bilans de la campagne en cascades</p> | |
| | | | 14 | Organiser des plateaux téléés et radios | |
| | | | 15 | Organiser un concours national meilleures productions journalistiques sur la PF chaque année au prix Galian | <p>Rédiger une note conceptuelle Organiser les rencontres de plaidoyer Elaborer les conditions générales de participation</p> |
| | | | 16 | Organiser un concours annuel (Mon engagement pour la PF) de meilleurs posts (poèmes, slam, capsules, affiches,) digitaux sur la PF sur les réseaux sociaux | <p>Rédiger une note conceptuelle Elaborer les conditions générales de participation avec fixation de prix Concevoir les visuels et les capsules Organiser le lancement national sur Facebook live promouvoir le concours avec des posts sponsorisés</p> |
| | | | | Créer un label PF Qualité + pour les centres de santé | |
| | | | | Organiser un concours régional et national pour les meilleurs prestataires de services pour les adolescents et les jeunes (Bâtir l'avenir de pathfinder) | <p>Répertorier les approches qualité/prestation des services SRAJ</p> <p>Mettre en place un comité d'organisation du concours dans chaque région et au niveau national</p> <p>Rédiger la note conceptuelle</p> <p>Elaborer les conditions générales de participation avec fixation des prix</p> |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | | <p>Promouvoir le concours auprès des structures de santé publiques et privées</p> <p>Organiser une cérémonie de lancement du concours dans chaque région</p> <p>Organiser une cérémonie de remise des prix dans chaque région</p> <p>Organiser une cérémonie de remise des prix au niveau national entre les lauréats des régions</p> |
| | | | Mettre à jour les informations PF sur le serveur vocal interactif (SVI) 321 | <p>Organiser un atelier d'élaboration des messages pour le SVI 321</p> <p>Enregistrer les versions audio des messages élaborés</p> <p>Pré tester les messages enregistrés</p> <p>Mettre en ligne sur le service SVI 321</p> <p>Promouvoir le contenu PF sur le SVI 321</p> |
| | | | Créer un centre d'appel (numéro vert) pour le Ministère de la santé | <p>Cartographier les plateformes qui existent en la matière</p> <p>Organiser un atelier de concertation avec les responsables de ces plateformes</p> <p>Elaborer les manuels de procédure</p> <p>Elaborer la charte qualité du centre d'appel</p> <p>Elaborer la stratégie de promotion du centre</p> <p>Elaborer les scripts pour les téléopérateurs</p> <p>Former les téléopérateurs</p> <p>Consulter l'ARCEP</p> <p>Etablir un partenariat avec les opérateurs de téléphonies</p> <p>Concevoir les visuels, spots, etc</p> <p>Promouvoir le numéro vert</p> |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | A3: Organisation de deux éditions de SNPF par an | | Organiser deux fois par an la SNPF | <p>Organiser des réunions précampagnes</p> <p>Organiser une journée de concertation avec les champions nationaux de SR</p> <p>Produire les supports et gadgets des campagnes (affiches, banderoles, Tee shirt, Casquettes, dépliant)</p> <p>Diffuser des messages sur les radios, télévision, presse écrite, reseaux sociaux une semaine avant et durant la SNPF</p> <p>Organiser les activités de mobilisation et d'engagements communautaires sur la PF dans les 70 districts une semaine avant et durant la SNPF</p> <p>Assurer la couverture médiatique de la SNPF</p> <p>Organiser les supervisions de la mise en œuvre de la SNPF</p> <p>Evaluer la SNPF</p> <p>Organiser des bilans de la SNPF en cascades</p> |
| | | | | | |
| | | A4. Utilisation de la plateforme des grands événements nationaux (Journée du paysan, FESPACO, SIAO, SNC, | | Participer aux grands évènements nationaux notamment la Journée du paysan, le FESPACO, le SIAO, la | <p>Etablir un partenariat avec les comités d'organisation de ces évènements</p> <p>Produire des supports (affiches, banderole, flyers, tracks, les panneaux publicitaires, les contenus audiovisuels) de communication</p> <p>Assurer la</p> |

| | | | | | |
|---|---|--|--|---|---|
| | | Tour du Faso, Journée internationale de la femme...) pour la promotion de la SR/PF à travers des messages clés basés sur la segmentation socioprofessionnelle et lieu de résidence | | SNC, le Tour du Faso, les NAK | couverture médiatique de la participation Animer des stands |
| | | A5. Renforcement des capacités des prestataires sur les techniques de CIP (counseling, causerie...) | | Former les prestataires sur les techniques de CIP | Elaborer un kit de formation en CIP comportant les différents domaines BALANCE PLUS causeries, VAD, ...) Inventorier les outils existants Organiser un atelier d'élaboration de nouveaux kits Organiser un atelier de validation des nouveaux kits Reproduire le kit Former des formateurs sur le kit Former les prestataires en cascades Superviser les prestataires sur l'utilisation des techniques de CIP sur le terrain Evaluer l'impact du renforcement de qualité sur la qualité de service |
| | | | | Organiser chaque semestre une évaluation de la satisfaction des clients via les what'apps, téléphone, SMS | |
| Persistance des attitudes défavorables en matière de PF | Amener les couples et les individus à adopter des comportements favorables à la planification | A1. Mise en œuvre de stratégies innovantes d'implication des hommes pour la promotion de la PF (« école des maris et futurs époux, Approche IFC, père Burkimbila...) | | Évaluer la mise en œuvre de l'approche IFC, père Burkimbila au cours de la première année du plan | Recruter un consultant Organiser un atelier de validation du rapport Disséminer le rapport Sélectionner le ou les approches à mettre en œuvre |
| | | | | Implémenter l'école des | Former les personnes ressources sur la stratégie |

| | | | | | | |
|--|--------------------------|--|--|---|---|--|
| | familiale/contraception) | | | maris dans 10 districts sanitaires supplémentaires | Assurer la mise en œuvre de la stratégie à travers une contractualisation avec des ONG Tenir une rencontre d'information des autorités administratives, des acteurs sanitaires et autres secteurs au développement sur l'implication des hommes dans chaque région/district Organiser une rencontre de plaidoyer avec les leaders communautaires dans chaque village sur l'implication des hommes et l'identification d'époux pour devenir des pairs éducateurs §Former 15 époux modèles et de 15 futurs époux par village en 5 jours sur les différentes thématiques (SR, genre, droit, compétences de vie et techniques d'éducation) §Doter les époux formés de kits pour la sensibilisation et de matériel pour leur distinction et leur rencontre §Tenir une rencontre semestrielle bilan dans chaque CSPS | |
| | | | | Elaborer/Adapter et mettre œuvre une stratégie communautaire impliquant le couple sur les questions SR/PF | | |
| | | A2. Plaidoyer en direction des élus locaux, leaders communautaires et notables en vue d'accroître leur engagement sur les bienfaits de la PF | | | Renforcer la capacité des élus locaux sur la SRPF au Burkina Faso | |
| | | | | | Elaborer le plan de plaidoyer | |
| | | | | | Réaliser les sessions de plaidoyer en CSC | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | Faire le suivi des sessions de plaidoyer CSC | |
| | A3. Implication des leaders religieux et coutumiers dans la mobilisation communautaire des hommes en faveur de la PF | | | Mettre à jour le RAPID Burkina | |
| | | | | Traduire en langue le RAPID Burkina | |
| | | | | Reproduire le RAPID traduit pour acteurs | |
| | | | | Renforcer les capacités des acteurs | |
| | | | | Réaliser des prêches, seront, dialogues communautaires autour de la question PF et religion | |
| | | | | Elaborer le plan de plaidoyer | |
| | | | | Réaliser les sessions de plaidoyer | |
| | | | | Faire le suivi des sessions de plaidoyer | |
| | | | | Organiser des dialogues intergénérationnels | |
| | | | | Organiser des dialogues communautaires sur la PF | |
| | | A4 : Renforcement des capacités des structures en matière de communication/approches | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | de communication | | | |
| | | A5. Renforcement des actions de sensibilisation des adolescents et des jeunes à travers les plateformes accessibles, les pairs éducateurs dans les milieux scolaires et non scolaires | | Elaborer des outils standardisés de CIP des adolescents et jeunes pour les pairs éducateurs | |
| | | | | Elaborer un livret national des informations clés de SRPF pour adolescents et jeunes | |
| | | | | Transcrire en audio dans les langues le livret national des informations clés de SRPF pour les adolescents et jeunes | |
| | | | | Reproduire le livret national des informations clés de SRPF pour les adolescents et jeunes | |
| | | | | Promouvoir et disséminer le livret national des informations clés de SRPF pour les adolescents et jeunes | |
| | | | | Renforcer les capacités des acteurs sur les outils harmonisés de CIP | |

| | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|
| | | | | Organiser des sessions de CIP avec le groupe cible | | |
| | | A4. Intégration et utilisation des messages de PF dans les activités de sensibilisation des réseaux, coopératives, des groupements communautaires (femmes , jeunes, personnes handicapées) ainsi que les corps de métiers (salons de coiffure, couture et autres) à travers la CIP | | | | |
| Faible accès des adolescents, des jeunes et des groupes marginalisés à l'information de qualité sur la SRAJ | Améliorer l'accès des adolescents et jeunes à des informations de qualité sur la SRAJ | A1. Renforcement des capacités des enseignants et des pairs éducateurs en EVF | | Elaborer les curricula de formation en EVF | | |
| | | | | Former les formateurs en EVF | | |
| | | | | Former les acteurs et des pairs éducateurs en EVF | | |
| | | | | Suivi et évaluation de l'EVF | | |
| | | | A2. Relecture des modules d'EVF prenant en compte les adolescents et les jeunes non scolarisés | | | |
| | | | | | | |
| | | | A3. Renforcement des compétences des prestataires sur le counseling | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| | A4. Extension de l'EVF à l'échelle nationale | | Elaborer un plan de plaidoyer pour la mise à l'échelle | |
| | | | Créer des cadres de concertation multisectoriel des acteurs (APE, AME, MENPLN, MJ, MFSNFAH, MJE, MESRI, MS...) pour le passage à l'échelle de l'EVF | |
| | | | Insérer les modules d'EVF dans les curricula de formation de base des ENEP, ENSP, des écoles de formation | |
| | A5. Renforcement de sensibilisation des adolescents et jeunes sur la SSR à travers des campagnes de communication et le réseau d'éducation par les pairs | | Organiser de théâtres fora, des projection de films-documentaires, | |
| | | | Organiser des caravanes de sensibilisation | |
| | | | Organiser des causeries éducatives | Organiser des dialogues communautaires dans les districts sanitaires Réaliser des activités de sensibilisation dans les établissements et centres de formation professionnelle sur la contraception chez les adolescents et jeunes à travers la contractualisation avec une ONG par région |
| | | | Organiser des thé-débats | |

| | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|
| | | A6. Utilisation des TIC, de la plateforme de la jeunesse et les grands évènement culturels impliquant les jeunes pour la promotion de la SRAJ | | Développer une application Android SRAJ | |
| | | | | Créer un répertoire des sites ou des pages de réseaux sociaux (facebook, tweeter, WhatsApp, blogs, Instagram, Messenger) | |
| | | | | Créer une section SRAJ dans le catalogue numérique CSC du Ministère de la santé | |
| | | | | Créer et animer un centre d'information interactive WhatsApp Bot (Messenger Bot) | |
| | | | | Créer et animer un compte de réseau social (Facebook, Instagram, tweeter, WhatsApp) sur la PF pour le ministère de la santé | |
| | | | | Organiser un Forum National des jeunes sur la SRPF | |
| | | Prendre en compte le ministère de la justice, de la femme, de l'environnement dans les cadre de concertation | | | |

7.2. Offre et accès aux services

| Défis | Objectifs | Actions prioritaires | N° | Activités | Brève description de la démarche de réalisation |
|--|---|--|----|---|---|
| Insuffisance d'offre de services adaptés aux besoins spécifiques des adolescents et jeunes (y compris ceux marginalisés et en situation de vulnérabilité) pour une sexualité responsable | Améliorer l'environnement et les prestations d'offre de contraception destinées aux adolescents et jeunes dans (50%) des points de prestation de services 2021-2025 | A1. Renforcement des capacités des centres jeunes à offrir des services adaptés aux besoins des adolescents et des jeunes en milieu scolaire et extra-scolaire | 1 | Affecter dans les centres de santé scolaires et universitaires, les centres d'écoute jeune et les centres de formation professionnelle du personnel motivé et compétents | |
| | | | 2 | Doter les centres de santé scolaires et universitaires, les centres d'écoute jeunes et les centres de formation professionnelle en matériel médicotechnique (tables d'examens, tensiomètre, boîte d'insertion/retrait implant/DIU...) pour l'offre de prestations en PF | |
| | | | 3 | Doter les centres d'écoute jeunes en matériel d'animation | |
| | | | 4 | Former les prestataires des centres scolaires et universitaires, des centres d'écoute jeunes et des centres de formation professionnelle en PF/clinique | |
| | | | 5 | Former les prestataires des centres scolaires et universitaires, des centres d'écoute jeunes et des centres de formation professionnelle en programme d'orientation sur la santé des adolescents et jeunes | |
| | | | 6 | Former les acteurs des établissements d'enseignement et des centres de formation professionnelle sur l'Education à la Vie Familiale | |
| | | | 7 | Former les acteurs des établissements d'enseignement et des centres de formation professionnelle sur le programme d'orientation sur la santé des adolescents et des jeunes | |
| | | A2. Renforcement des capacités des jeunes leaders sur les meilleures pratiques d'offre de services en milieu scolaire et extra-scolaire, | 1 | Identifier et mettre en place des Jeunes Champions SR/PF (JCSR/PF) dans les établissements scolaires, universitaires et des centres de formation professionnelle des districts par les organisations de jeunesse | |
| | | | 2 | Orienter les JCSR/PF des établissements sur la SSR/PF | |

| | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|
| | | | | Campagne digitale (sur les réseaux sociaux & WhatsApp-Tchat & Tweet-up) (CD) | |
| | | | | Organiser une fois par trimestre des consultations gratuites pour les adolescents et jeunes en SSR (PF, Dépistage et prise en charge IST/VIH) 1 par trimestre dans un réseau intégré d'apprentissage (RIA) - Uniquement dans la capitale (Offre) | |
| | | | | Intégrer les activités de SR/PF aux activités de célébration de la Journée Mondiale de la Jeunesse : Offre de services durant 1 jour de JSPF dans chaque RIA (Offre) | |
| | | | | Réunion annuelle de partage d'expérience entre les jeunes champions SR/PF (JC/SRPF) et les réseaux des jeunes ambassadeurs SR/PF (RJASR/PF) (Coordination) | |
| | | | 3 | Renforcer les compétences des jeunes leaders sur l'offre du condom, Pilule, DMPA-SC en milieu scolaire | |
| | | | 4 | Doter les jeunes leaders en Kit DBC | |
| | | | 5 | Identifier les leaders des jeunes non scolarisés | |
| | | | 6 | Orienter les leaders des jeunes non scolarisés sur la SSR/PF | |
| | | | 7 | Renforcer les compétences des jeunes leaders sur l'offre du condom, Pilule, DMPA-SC en milieu extra-scolaire | |
| | | A3. Renforcement de la prise en charges en matière de contraception des personnes handicapées (visuelles, auditives, physique, mentales...) et des victimes de VBG | 1 | Assurer l'offre des services de contraception aux adolescents et aux jeunes marginalisés et vulnérables à travers la contractualisation avec les ONG spécialisées dans chaque région | |
| | | | 2 | Former les agents de santé des infirmeries des écoles inclusives sur la PF clinique | |
| | | | 3 | Doter les infirmeries des écoles inclusives en produits contraceptifs | |
| | | | 4 | Doter les infirmeries des écoles inclusives en matériels médicotechnique | |
| | | | 5 | Doter les infirmeries des écoles inclusives des supports de collecte des données | |
| | | | 6 | Renforcer les compétences et les capacités des | |

| | | | | | |
|-------------------|--------------|--|---|---|--|
| | | | | prestataires sur les droits des personnes handicapées, les techniques d'approches et de communications interpersonnelles des différents types d'handicaps | |
| | | | | Plaidoyer pour l'aménagement des structures de soins adaptées aux personnes handicapées (Environnement) | |
| | | | | Orienter les prestataires de soins sur les violences basées sur le genre | |
| | | | | Orienter les prestataires sur l'identification systématique des besoins des clientes en PF (CD) | |
| | | | | Organiser les visites guidées de sites dans les districts sanitaires (CD et Mobilisation des ressources) | |
| | | A4. Intégration de l'offre de la contraception dans CSU, les infirmeries scolaires, les centres de formation professionnelle pour favoriser l'accès aux services de la SSR aux adolescents et jeunes en milieu scolaire et extrascolaire (équipements, intrants) | 1 | Former les prestataires des CSU, des infirmeries scolaires, des centres de formation professionnelle sur la PF | |
| | | | 2 | Equiper les CSU, les infirmeries scolaires, les centres de formation professionnelle en matériels médicotechniques | |
| | | | 3 | Doter les CSU, les infirmeries scolaires, les centres de formation professionnelle en produits contraceptifs et consommables | |
| | | | | Orienter les prestataires sur l'identification systématique des besoins des clientes en PF (CD) | |
| | | A5. Renforcement des sorties d'offres des services PF au profit des PDI | 1 | Réaliser des stratégies avancées par les formations sanitaires au niveau des sites PDI pour l'offre de PF | |
| | | | 2 | Réaliser des stratégies mobile par les ONG/ associations locales des DS pour l'offre de PF au niveau des sites PDI | |
| | | | 3 | Mettre en place des postes de santé avancés intégrant l'offre de PF au niveau des sites PDI | |
| | | | 4 | Former les prestataires des structures sanitaires publiques, privées et les services de santé de l'armée sur le dispositif minimum d'urgence (DMU) | |
| | | | 5 | Doter les FS en kits DMU | |
| Faible qualité et | Renforcer la | A1. Renforcement et mise | 1 | Former des formateurs régionaux en prévention et | |

| | | | | | |
|--|---|--|---|---|--|
| sécurité de l'offre des services de PF | qualité et la sécurité des services de PF | à échelle du système d'assurance de qualité des services de PF dans les formations sanitaires publiques y compris les services de santé des armées et les structures privées | | contrôle des infections associées aux soins (PCIAS) | |
| | | | 2 | Former les prestataires sur la PCIAS | |
| | | A2. Renforcement des compétences (counseling spécifique, PF Clinique, supervision formative, mentorat) et équipement des structures pour l'offre des services PF de qualité | 1 | Organiser des ateliers régionaux de formation sur le mentorat dans les régions | |
| | | | 2 | Doter selon les besoins 50 centres de santé/an/région en kits d'insertion et de retrait de DIU du post-partum, DIU d'intervalle et kit de retrait d'implant | |
| | | | 3 | Former 30 prestataires/an/DS en PF clinique | |
| | | | 4 | Orienter les acteurs du niveau central et régional en 1jour sur le counseling équilibré Plus | |
| | | | 5 | Orienter les prestataires des formations sanitaires publiques et privées y compris les services de l'armée en 1jour sur le counseling équilibré Plus | |
| | | | 6 | Reproduire les cartes conseils de l'équilibré plus pour les formations sanitaires | |
| | | | 7 | Reproduire le disque sur les critères d'éligibilité médical de l'OMS version révisée pour les FS | |
| | | A3. Renforcement des travaux pratiques à l'école de base (laboratoire de compétences) sur la PF | 1 | Organiser les TP sur la PF chaque année dans les écoles de santé de base publiques et privées | |
| | | | 2 | Doter les écoles de santé publiques et privées en modèle anatomique dans chaque région | |
| | | | 3 | Doter en intrants (Consommables et produits contraceptifs) pour les TP en PF dans les écoles de santé publiques et privées dans chaque région | |
| | | | 4 | Doter les laboratoires de compétence des écoles de santé publiques et privées dans chaque région en matériels médicotéchnique pour les TP en PF | |
| | | | 5 | Apporter un appui technique aux écoles de santé publiques et privées pour la réalisation des TP en PF dans chaque région | |

| | | | | | |
|--|--|---|----|--|--|
| | | A4. Renforcement de l'intégration de la PF dans les points de prestations des services y compris les services de santé des armées et du privé | 1 | Orienter les prestataires des points de prestations des services y compris les services de santé des armées et du privé sur l'identification systématique des besoins des clientes en PF | |
| | | | 2 | Reproduire les supports ISBC pour les points de prestations des services y compris les services de santé des armées et du privé | |
| | | | 3 | Doter les points de prestations des services y compris les services de santé des armées et du privé en contraceptifs | |
| Faible accessibilité des populations aux services de SR/PF y compris dans le contexte humanitaire (sécuritaire et sanitaire) | Améliorer l'accessibilité des services de SR/PF y compris dans les zones à sécurité précaire | A1. Extension des stratégies novatrices (délégation des tâches au niveau communautaire, dans les FS et les officines, auto-injection au DMPA-Sc) | 1 | Former tous les Infirmiers Brevetés, les AIS et accoucheuses sur l'offre des méthodes de longue durée | |
| | | | 2 | Réaliser des sorties de mentorat dans le cadre de la DT en PF | |
| | | | 3 | Réaliser des sorties de supervision post formation sur l'offre des méthodes de longue durée en PF | |
| | | | 4 | Doter les formations sanitaires en kits d'insertion /retrait implant/DIU intervalle/DIU PP | |
| | | | 5 | Former tous les ASBC sur l'offre du préservatif, du DMPA-SC l'initiation de la pilule | |
| | | | 6 | Réaliser des sorties de supervision post formation de la DT au niveau des ASBC | |
| | | | 7 | Doter les ASBC en kits DBC | |
| | | | 8 | Organiser des cérémonies de présentation des ASBC à la communauté dans chaque commune | |
| | | | 9 | Orienter les acteurs des officines sur l'offre du DMPA-SC et l'auto-injection du DMPA-SC | |
| | | | 10 | Doter les officines des supports de collectes de | |

| | | | | | |
|--|--|---|----|--|--|
| | | | | données sur le DMPA-SC | |
| | | | 11 | Orienter sur site les prestataires des formations sanitaires des DS sur l'auto-injection DMPA-SC | |
| | | | 12 | Orienter les élèves en fin de formation dans les écoles de santé publiques et privées sur l'auto-injection DMPA-SC | |
| | | | 13 | Reproduire les outils de l'auto-injection du DMPA-SC | |
| | | | 14 | Diffusion des outils de l'auto injection du DMPA-SC au niveau des formations sanitaires publiques et privées | |
| | | | | Former les acteurs de la coordination santé, action humanitaire, justice et sécurité au niveau des 13 régions sur le DMU | |
| | | | | Mettre à la disposition des zones humanitaires les kits 1 (A et B), 4, 7 (A et B) | |
| | | | | Assurer le suivi de l'utilisation des kits sur le terrain | |
| | | A2. Renforcement des sorties d'offres des services PF au profit des femmes en milieu rural et péri urbains y compris les groupes marginalisés et en situation de vulnérabilité (personnes handicapées, professionnels de sexe, jeunes en milieu carcéral, sur les sites d'orpaillage, personnes déplacées internes) | 1 | Réaliser des stratégies avancées par les formations sanitaires au niveau des sites d'orpaillage pour l'offre de PF en milieu rural | |
| | | | 2 | Réaliser des stratégies mobiles par les associations/ONG au niveau des sites d'orpaillage pour l'offre de PF en milieu rural et péri urbains | |
| | | | 3 | Réaliser des activités d'offre de PF en collaboration avec les associations/ONG des personnes handicapées à l'endroit de leurs membres | |
| | | | 4 | Réaliser en collaboration avec les services | |

| | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|
| | | | | pénitentiaires des activités d'offre de PF en milieu carcéral | |
| | | | 5 | Intégrer l'offre de la PF dans les infirmeries des services pénitentiaires | |
| | | | 6 | Organiser des journées spéciales PF pour l'offre des méthodes contraceptives dans les FS | |
| | | | 7 | Organiser 2 fois par an la SNPF pour l'offre des méthodes contraceptives dans les FS | |
| | | | 8 | Mettre en place des postes de santé avancés intégrant l'offre de PF au niveau des sites d'orpillage | |
| | | A3. Renforcement des capacités des structures pour l'offre des prestations | 1 | Doter les FS publiques, privées et les services de l'armée en matériel médicotechnique (tables d'examens, tensiomètre, boîte d'insertion/retrait implant/DIU...) pour l'offre de prestations en PF | |
| | | | 2 | Former les prestataires FS publiques, privées et les services de l'armée en PF clinique | |
| | | | 3 | Doter les FS publiques, privées et les services de l'armée en matériels d'insertion/ retrait implant, DIU d'intervalle/ DIU PP pour l'offre de PF | |
| | | | 3 | Former les prestataires des FS publiques, privées et les services de l'armée en programme d'orientation sur la santé des adolescents et jeunes | |
| | | | 4 | Doter les FS privées et les services de l'armée en support de collecte des données en PF | |
| | | | 5 | Organiser des supervisions post formation prestataires des FS publiques, privées et les services de l'armée en PF clinique | |
| | | A4. Intégration de l'offre de service PF dans les groupements féminins et les centres d'apprentissage de métier (salon de coiffure, atelier de couture, menuiserie...) | 1 | Orienter les responsables des groupements féminins et les centres d'apprentissage de métier sur les causeries éducatives (CD) | |
| | | | 1 | Identifier les leaders des groupements féminins et les centres d'apprentissage de métier (salon de coiffure, atelier de couture, menuiserie...) | |

| | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|
| | | | 2 | Renforcer les compétences des leaders des groupements féminins et les centres d'apprentissage de métier (salon de coiffure, atelier de couture, menuiserie...) sur l'offre du condom, Pilule, DMPA-SC | |
| | | | 3 | Doter les leaders des groupements féminins et les centres d'apprentissage de métier (salon de coiffure, atelier de couture, menuiserie...) en Kit DBC | |
| | | | 4 | Réaliser la supervision post formation des leaders des groupements féminins et les centres d'apprentissage de métier (salon de coiffure, atelier de couture, menuiserie...) sur l'offre du condom, Pilule, DMPA-SC | |
| | | A5. Renforcement de capacités des officines privées | 1 | Signer une convention entre les officines privées et le MS pour l'offre du DMPA-SC, de la pilule et le préservatif | |
| | | | | Orienter les acteurs des officines sur l'offre du DMPA-SC, de la pilule et le préservatif | |
| | | | 2 | Doter les officines des supports de collectes de données sur le DMPA-SC | |
| | | | 3 | Réaliser la supervision post formation des acteurs des officines sur l'offre du DMPA-SC, de la pilule et le préservatif | |
| | | A6. Renforcement de la franchise sociale en matière de PF | 1 | Réaliser un diagnostic des FS dans le cadre de la franchise sociale en matière de PF | |
| | | | | Relire les directives sur la prise en compte de la gratuité de la PF au niveau du sous-secteur privé conventionné et non conventionné (Politique Environnement) | |
| | | | | Orienter les acteurs du sous-secteur privé confessionnel et non confessionnel sur les directives sur la prise en compte de la gratuité de la PF (Politique Environnement) | |
| | | | | Elaborer le répertoires des structures privées franchisées (Politique Environnement) | |
| | | | 2 | Former les prestataires des structures privées | |

| | | | | | |
|--|--|--|---|---|--|
| | | | | franchisées sur la PF clinique y compris l'auto injection du DMPA-SC | |
| | | | 3 | Doter les structures privées franchisées en outil de formation de l'auto injection DMPA-SC | |
| | | | 4 | Doter les structures privées franchisées en des supports de collectes de données | |
| | | | 5 | Réaliser la supervision post formation des prestataires des structures privées franchisées sur la PF clinique y compris l'auto-injection du DMPA-SC | |
| | | A7. Plaidoyer auprès des structures privées pour leur implication dans la mise en œuvre de la gratuité (Coordination) | 1 | | |

7.3. Sécurisation des produits

| Défis | Objectifs | Actions prioritaires | | Activités | Brève description de la démarche de réalisation | | |
|--|--|--|---|---|---|--|--|
| Faible disponibilité des produits contraceptifs, consommables et équipements médicotecniques aux points de prestation de services PF | Objectif 1: Améliorer la disponibilité des produits contraceptifs, des équipements et matériels médicaux techniques au PPS | A1. Renforcement des compétences des agents en gestion de la logistique contraceptive | 1 | Former les nouveaux acteurs de la chaîne d'approvisionnement sur le système d'information en gestion logistique (SIGL) intégré y compris les ONG/Associations | | | |
| | | | 2 | Assurer la supervision des acteurs sur le SIGL intégré | | | |
| | | | 3 | Former les nouveaux acteurs de la chaîne d'approvisionnement sur le NetSIGL | | | |
| | | | 4 | Renforcer les compétences des acteurs des districts ,de régions et du niveau central sur le logiciel de quantification des intrants(PIPELINE;Quantimed...) | | | |
| | | | 5 | Orienter les acteurs sur le nouvel outil de collecte des données de la surveillance hebdomadaire | | | |
| | | | 6 | Assurer trimestriellement la validation des données des contraceptifs (TAC) des régions de la CAMEG et des ONG/Associations au niveau régional et national | | | |
| | | | 7 | Réaliser trimestriellement l'inventaire des produits contraceptifs dans les agences CAMEG | | | |
| | | | 8 | Réaliser une fois par an l'inventaire des produits contraceptifs dans les agences CAMEG, les DRD et les ONG et association | | | |
| | | | | A2. Renforcement des capacités de stockage des dépôts | 1 | Réhabiliter tous les DRD et DMEG pour répondre aux normes de stockage des produits contraceptifs | |
| | | | | | 2 | Equiper les DRD et DMEG pour répondre aux normes de stockage des produits contraceptifs | |

| | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|
| | | A3. Renforcement des capacités des districts à assurer les activités de suivi et supervision | 1 | Acquérir les produits contraceptifs en quantité suffisante selon les prévisions des ateliers TAC | |
| | | | 2 | Former les gestionnaires des produits contraceptifs des régions et des districts sur la supervision formative (Cascade, Boucle du Mouhoun, Centre Nord, Est, Hauts Bassins, Nord, Sahel) | |
| | | | 3 | Organiser trimestriellement des sorties de suivi de la supervision formative | |
| | | | 4 | Assurer mensuellement la supervision formative des dépôts MEG par les districts sanitaires | |
| | | | 5 | Assurer une fois par trimestre le réapprovisionnement des districts en produit contraceptifs | |
| | | | 6 | Doter les districts sanitaires en matériel informatique pour la gestion des données des produits contraceptifs | |
| | | A4. Pré positionnement à temps des fonds de gratuité de PF(politique) | | | |
| | | A5. Amélioration du système de réapprovisionnement des ASBC et relais communautaires en produits contraceptifs, | 1 | Doter les ASBC et les relais communautaires en produits contraceptifs | |
| | | | 2 | Former les ASBC sur le système de rapportage des données | |
| | | | 3 | Assurer la transmission hebdomadaire des produits SR/PF | |
| | | | 4 | Réapprovisionner une fois par mois les ASBC ET RELAIS COMMUNAUTAIRES t en produits contraceptifs | |
| | | | 5 | Superviser les ASBC et les relais communautaires sur la gestion des produits contraceptifs | |
| | | | 6 | Intégrer les données communautaires (ASBC) dans le NetSIGL | |

| | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|
| | | Surveillance et remise à niveau des stocks des produits contraceptifs | | Assurer la surveillance hebdomadaire pour le suivi et la notification des stocks et des ruptures de stocks des produits contraceptifs | |
| | | | | Assurer le fonctionnement des mécanismes de mobilisation et de redistribution rapide des stocks | |
| | | | | Réaliser l'enquête sur la disponibilité des produits SR/ contraceptifs tous les 2 ans | |
| | | | | Réaliser une remise à niveau des stocks de produits contraceptifs dans l'ensemble des formations sanitaires du pays | |

7.4. Politique, environnement habilitant, financement

| Défis | Objectifs | Actions prioritaires | N° | Activités | Breve description de la démarche de réalisation |
|--|---|---|----|---|---|
| Faible implication des ministères connexes, institutions et secteur privé en faveur de la PF | Améliorer l'implication des ministères connexes, des institutions et du secteur privé | A1. Plaidoyer à l'endroit des ministères connexes, institutions et du secteur privé sur l'importance de la PF | 1 | Mettre en place une cellule de plaidoyer au niveau du ST-ATD (DSF, SC, DPES) | Une cellule composée du Ministre de la santé, du ST/ATD, du groupe technique PF, de la société civile, de la DSF, DCPM, DPES Faire le plaidoyer auprès des chefs d'établissement pour l'intégration de l'offre de PF dans les CSU, les infirmeries scolaires, les centres de formation professionnelle Plaidoyer pour l'aménagement des structures de soins adaptées aux personnes handicapées+ |
| | | | 2 | Former la cellule sur la démarche de plaidoyer (Analyse de la situation, Elaboration de message, suivi des engagements) | En une session de 5 jours au profit de 10 personnes à Ouagadougou |
| | | | 3 | Elaborer/actualiser des outils et directives de plaidoyer | une cellule composée de 10 personnes sera chargée de l'élaboration en 3 jours sous le leadership du Ministre de la santé à Ouagadougou |
| | | | 4 | organiser une rencontre d'orientation une fois par an à l'endroit des premiers responsables des institutions sur l'importance de la PF au Burkina | La rencontre se tiendra en 3 jours à Manga et concernera 150 personnes des ministères connexes, des institutions, du secteur privé et de la société privée (Jeunesse, MENA, MESS, Femme, MATD, Economie numérique, Justice, Communication, a présidence du Faso, la primature, les institutions nationales, les leaders administratifs, traditionnels, religieux et élus) |
| | | | 5 | Organiser des sessions d'orientation des autres acteurs des ministères connexes, | les sessions se tiendront en une journée au niveau national, régional, et concerneront |

| | | | | | |
|--|--|--|---|---|---|
| | | | | institutions et du secteur privé sur sur l'importance de la PF | 200 acteurs des ministères connexes, des institutions, du secteur privé et de la société privée |
| | | | 6 | assurer le fonctionnement de l'équipe de plaidoyer | Rendre disponible des ressources pour le fonctionnement de l'équipe (local, carburant, équipements...) |
| | | | | Publier une déclaration à l'occasion de la journée mondiale de la population consacrée par l'ONU chaque 11 juillet | Déclaration préparée par l'équipe technique, lue et publiée par le ministre de la santé dans les médias de la place et sur les sites des ministères et institutions |
| | | | | Commémorer la journée mondiale de la contraception chaque 26 septembre | Lancement officiel, journées portes ouvertes, création de l'offre et de la demande de service de PF |
| | | A2. Plaidoyer à l'endroit des autorités du MS pour l'appropriation des résultats de l'outil FP-ODD-DEMDIV, les modèles RAPID, DemDiv et ImpactNow | 1 | Elaborer des guides d'orientation sur les Outils de modélisation et de prise de décision | les guides seront élaboré au cours d'une séance de travail de 05 jours à Koudougou et concernera 20 personnes du ministère de la santé en collaboration avec les ONG intervenant dans la PF |
| | | | 2 | Organiser 06 sessions de formation au profit des 25 acteurs du MS(sur les Outils FP-ODD DEMDIV) intervenant dans la PF | les sessions se tiendront en trois jours à Ouagadougou et concernera 25 personnes du ministère de la santé |
| | | | 3 | Organiser des sessions d'orientations sur les évidences montrées par les outils (les modèles RAPID, DemDiv et ImpactNow) | |
| | | | 4 | Réaliser une fois par an des sorties de suivi de la prise en compte des évidences montrées en matière de FP par les outils(FP-ODD-DEMDIV les modèles RAPID, DemDiv et ImpactNow) | |
| | | | 5 | Organiser un atelier de restitution des résultats des sorties de suivi une fois par an | |
| | | A3. Plaidoyer à l'endroit des autorités gouvernementales | 1 | Organiser trois rencontres de travail avec les autorités du gouvernement (Présidence, et Premier ministre, | |

| | | | | | |
|--|--|--|-------|--|--|
| | | pour ériger le ST/ATD en Secrétariat permanent | | Ministère de la santé) | |
| | | | 2 | Plaidoyer pour l'adoption d'un décret portant création du SP-ATD | |
| | | | 3 | Rendre fonctionnel le SP/ATD | |
| | | A4. Implication effective des ministères connexes, institutions et du secteur privé dans les interventions en faveur de la PF | 1 | Mettre en place des points focaux PF au niveau des ministères connexes, institution et du secteur privé responsable de MEO du plan | |
| | | | 2 | Organiser une session de formation par an au profit des points focaux PF des Ministères , institutions et du secteur privé | |
| | | | 3 | Rencontre d'orientation avec la commission du genre, de l'action sociale et de la santé (CGASS)de l'Assemblée National(AN) | |
| | | | | Organiser une rencontre d'orientation d'une journée avec les champions PF au Burkina | |
| | | | | Organiser des rencontres régionales une fois par an avec les leaders d'opinion sur l'implication des hommes en matière de PF | |
| | | A5. Participation effective des ministères connexes, institutions et du secteur privé à la mobilisation des ressources et à la mise en œuvre du Plan | N°... | | |
| | | | | Organiser une table ronde des bailleurs de fonds pour la mobilisation des ressources avec la participation effective des | Organiser des rencontres régionales une fois par an avec les leaders d'opinion sur l'implication des hommes en matière de PF |

| | | | | | |
|--|--|---|--------|--|--|
| | | | | Ministères connexes, institutions et secteur privé | |
| | | | 1 | Mettre en œuvre le plan de Matching fund | |
| | | | 2 | Rendre opérationnel un dispositif de suivi et de mobilisation effective des ressources | |
| | | | 3 | Organiser XXX atelier d'information sur les ressources mobilisées dans le cadre de la mise en œuvre du Plan | |
| | | | N° ... | Suivre à travers le Motion Tracker la mise en œuvre des engagements du Burkina Faso en matière de SDSR (FP2020, GFF...) | |
| | | | | Organiser des rencontres de lobbying auprès de PTF ciblés pour le financement du Plan National PF | |
| | | | | Participer aux rencontres nationales de valorisation de la contribution des ONG et associations de développement organisées par ST/ATD | |
| Faible disponibilité et application des politiques, textes législatifs et réglementaires en faveur de la SR/PF | Objectif 1: Améliorer la disponibilité et l'application des politiques, textes législatifs et réglementaires en faveur de la SR/PF | A1. Vulgarisation des politiques, textes législatifs et réglementaires auprès de parties prenantes (Départements ministériels, services déconcentrés, collectivités locales, société civile, PTF et communautés) | 1 | Elaborer un recueil des politiques, textes législatifs et réglementaires en matière de PF | |
| | | | 2 | Reproduire et diffuser le recueil des politiques, textes législatifs et réglementaires et autres outils en matière de PF | |
| | | | 3 | Traduire et diffuser en langues nationales le recueil des politiques, textes législatifs et réglementaires et autres outils en matière de PF | |

| | | | | | |
|--|--|--|----|--|---|
| | | | 4 | Organiser des rencontres d'orientation des parties prenantes sur le recueil des politiques, textes législatifs et réglementaires et autres outils en matière de PF (département ministériel, services déconcentrés, collectivités locales, sociétés civiles, PTF, communautés) | |
| | | | 5 | Orienter les responsables/leaders des associations/groupement de femmes et groupes spécifiques sur les textes législatifs et réglementaires en SR/PF dans chaque DS une fois/trimestre | |
| | | | 6 | Organiser une conférence débat par an dans chaque région sur les politiques, textes législatifs et réglementaires en matière de PF | |
| | | | 7 | Réaliser des sessions d'orientation des leaders religieux et coutumiers sur les politiques en matière de PF | |
| | | | 8 | Réaliser la diffusion des prêts à diffuser (PAD) sur les textes législatifs et réglementaires en SR/PF en français et en langues nationales une fois par semestre dans les médias de la place | |
| | | | 9 | Doter toutes les mairies de livrets/ dépliant d'information sur la PF à distribuer lors des mariages | |
| | | | 10 | Organiser des sessions d'orientations au profit des encadreurs et des étudiants des écoles de formations professionnelles sur les politiques, textes législatifs et réglementaires en matière de PF | Ecoles de santé, INFTS, ENAM, Police, GSP, Gendarmerie... |

| | | | | | |
|--|--|---|-------|---|--|
| | | A2. Plaidoyer auprès des décideurs en impliquant la société civile, PTF et communautés pour l'application effective et suivi des textes et règlements en faveur de la PF | 1 | Mettre en place un dispositif de médiation pour l'application effective des politiques, des textes législatifs et réglementaires en faveur de la PF | |
| | | | 2 | Organiser des rencontres d'échanges avec les autorités coutumières, religieuses, leaders d'opinions, autorités administratives pour l'application effective et le suivi des textes législatifs et réglementaires en faveur de la PF | |
| | | | 3 | Elaborer des outils d'orientation d'intermédiation sociale pour l'application effective des textes législatifs et réglementaires en faveur de la PF | |
| | | | N°... | Organiser un atelier de 5 jours sur ISG/loi une fois par an au profit des acteurs du ministère de la justice, de la Communication et de la sécurité | |
| | | | | Organiser une campagne d'information sur les médias sociaux pour l'application effective, suivi des textes et règlements en faveur de la PF une fois par an | |
| | | A3. Elaboration des directives par les autorités sanitaires autorisant l'implication des officines privées en faveur de la PF. | 1 | Elaborer des directives définissant le cadre d'intervention des structures et officines privées de santé dans l'offre de service en matière de PF | |
| | | | 2 | Organiser une rencontre d'orientation une fois par an avec le secteur privé de santé pour assurer l'offre de service en PF | |
| | | | 3 | Organiser une rencontre de suivi de la | |

| | | | | | |
|--|---|--|-------|--|--|
| | | | | mise en œuvre des directives entre les officines privées et le Ministère de la santé en faveur de la PF | |
| | | | N°... | Réaliser une sortie de suivi une fois par an auprès des officines privées pour s'assurer de la mise en œuvre des directives en matière de PF | |
| | | A4. Prise en compte de l'évolution des besoins des adolescents et jeunes dans leurs différents segments, dans les politiques publiques de développement | 1 | Rendre effectif la participation des jeunes aux rencontres régionales et internationales (CIPF, Forum Génération Egalité) à travers leurs organisations représentatives | |
| | | | 2 | Soutenir l'activisme des jeunes à travers utilisation des réseaux sociaux pour l'interpellation des décideurs en faveur de leurs besoins en matière de PF | |
| | | | 3 | Participer à la célébration de la journée nationale de la jeunesse en intégrant des thèmes sur la PF et la sexualité responsable une fois par an | |
| | | | N°... | Organiser une rencontre d'orientation du parlement et des organisations des jeunes sur les besoins des jeunes et Adolescents en matière de PF | |
| | | | | Réaliser des tournées de plaidoyer par le parlement et les organisations de jeunes auprès des autorités au niveau national et régional | |
| Faible financement domestique de la PF | Accroître les financements domestiques/endogènes en faveur de la PF | A1. Plaidoyer auprès des collectivités territoriales et des partenaires du secteur privé pour appui au financement de la PF | 1 | Réaliser le plaidoyer auprès des conseils municipaux pour la prise en compte des activités de la PF dans les PCD et PAI | |

| | | | | | |
|--|--|--|-------|---|--|
| | | | 2 | Organiser un forum d'engagement des collectivités et du sous-secteur privé pour le financement de la PF | |
| | | | 3 | Mettre en place un mécanisme de suivi des engagements des collectivités et du sous-secteur privé dans le financement de la PF | |
| | | A2. Plaidoyer pour la sécurisation et l'alimentation de la ligne budgétaire pour l'achat des produits contraceptifs | 1 | Consolider la ligne budgétaire spécifique pour l'achat des produits contraceptifs | |
| | | | 2 | Alléger les procédures d'achat des produits contraceptifs | |
| | | | 3 | Mettre en place un mécanisme pour assurer la transparence des procédures en matière d'achat des produits contraceptifs | |
| | | A3. Elaboration et mise en œuvre d'un plan de mobilisation des ressources domestiques | 1 | Élaborer un plan de mobilisation des ressources domestiques | |
| | | | 2 | Organiser une journée de mobilisation des ressources domestiques une fois par an | |
| | | | 3 | | |
| | | | N°... | Organiser la visite de plaidoyer auprès des entreprises potentielles dans le pays y compris le secteur privé lucratif (Société de téléphonie mobile, banques, entreprises pétrolières, minières...) y compris le secteur informel | |

| | | | | | |
|--|--|--|---|---|--|
| | | A4. Renforcement de l'autonomie financière de la société civile pour assurer une veille | 1 | Former la société civile sur la mobilisation des ressources financières pour une veille citoyenne | |
| | | | 2 | Mettre en place une plateforme de suivi de la mobilisation et de la gestion des ressources financières dans le cadre de la veille citoyenne | |

7.5. Coordination, suivi et évaluation

| Défis | Actions prioritaires | | Activités | Brève description de la démarche de réalisation |
|---|--|---|---|---|
| Insuffisance dans la coordination inter et intra sectorielle en matière de PF | A1. Dissémination à temps du plan PF à toutes les parties prenantes | 1 | Organiser en un jour un atelier de présentation du PNPf aux structures centrales du ministère de la santé, aux ministères connexes et aux PTF | |
| | | 2 | Organiser en un jour un atelier de présentation du PNPf aux directions régionales de la santé, aux ministères connexes et aux PTF locaux | |
| | | 3 | Organiser une rencontre régionale de présentation du PNPf aux districts sanitaires et partenaires locaux | Rencontre conduite par la DRS |
| | | 4 | Reproduire en support papier le PNPf pour toutes les parties prenantes | |
| | | 5 | Diffuser électroniquement le PNPf | Envoyer le PNPf à tous les parties prenantes par mail Mettre le PNPf en ligne sur le site du ministère de la santé |
| | | | Organiser en un jour une rencontre de présentation du PNPf aux CHU et autres EPS non hospitaliers ainsi qu'aux formations sanitaires privées confessionnelles et non confessionnelles | |

| | | | | |
|--|---|--------|--|--|
| | | N° ... | Organiser en un jour une rencontre de présentation du PNPf aux formations sanitaires privées confessionnelles et non confessionnelles | |
| | A2. Suivi régulier et continu de la mise en œuvre du plan PF | 1 | Mettre en place un comité de veille de la société civile | Le suivi est assuré par les acteurs de la société civile au niveau des PTF, des Communes et des régions prenant en compte les engagements financiers |
| | | 2 | Mettre en place une plateforme de suivi des engagements des partenaires | Activité sous le leadership de la société civile |
| | | 3 | Organiser une rencontre de suivi des engagements pris par les partenaires financiers une fois par an | |
| | | 4 | Organiser une fois par semestre le monitoring des données au niveau district et hôpital | |
| | | 5 | Organiser des sorties trimestrielles de suivi de l'effectivité de la gratuité des soins et services PF | |
| | | 6 | Mettre à jour annuellement la cartographie des intervenants dans le domaine de la PF au Burkina (y compris dans le domaine du plaidoyer) | |
| | | 7 | Elaborer et diffuser des bulletins de retro information | |
| | A3. Mise en place d'un mécanisme de capitalisation des données des interventions menées par les OSC, le privé, les PTF | 1 | Organiser annuellement une revue des indicateurs de la PF en 3 jours | |
| | | 3 | Mettre en place une plateforme fonctionnelle de partage d'informations accessible à tous | se référer à la plateforme catalogue de BA |
| | | N° ... | Documenter les expériences de PF dans le cadre du PNPf et partager les bonnes pratiques et les leçons apprises | |

| | | | | |
|--|---|---|--|-----------------------------------|
| | A4. Tenue régulière des rencontres statutaires des instances de coordination (COPIL, groupes thématiques, rencontre bilan SR, CTRS, CSD, ICP/ECD...) | 1 | Assurer le fonctionnement continu des groupes thématiques | |
| | | 2 | Organiser une rencontre trimestrielle des groupes thématiques | |
| | | 3 | Organiser une rencontre semestrielle du comité de pilotage | |
| | | 4 | apporter un Appui technique et financier au fonctionnement des cadres de concertation au niveau régional et district assurant le suivi de la mise en œuvre du PNPf | |
| | A5. Organisation de supervision formative sur la qualité des données PF en vue de favoriser les prises de décisions adéquates | 1 | Elaborer/actualiser les outils de supervisions formatives sur la qualité des données | |
| | | | Former les superviseurs sur la supervision formative | Superviseurs nationaux et DRS, DS |
| | | 2 | Organiser une supervision semestrielle sur la qualité des données PF au profit des acteurs du niveau régional, district et du privé | Niveau region et district |
| | | 3 | Organiser une sortie conjointe de suivi de la mise en œuvre du PNPf (PTF, MS, Ministères connexes) une fois par an | |
| Insuffisance de collaboration et coordination entre les secteurs pour la PF. | A1. Renforcement du fonctionnement des organes de coordination (comités technique et pilotage et thématique) des activités de PF à tous les niveaux. | 1 | Former les membres des groupes thématiques sur la gestion des connaissances et le suivi-évaluation des interventions de PF | |

| | | | | |
|--|---|-------|---|--|
| | | 2 | Elaborer des outils d'orientation des groupes thématiques | ces outils sont: guide d'intervention, canevas de rapportage |
| | | 3 | Organiser la collecte/synthèse régulière des données sur les activités de PF | |
| | A2. Création du Comité PAGE (Passage à Grande Echelle) des bonnes pratiques PF | 1 | Assurer le fonctionnement du comité PAGE | Comité PAGE déjà créer. Arrêté N°2016-573/MS/CAB du 8 novembre 2016 (A envoyer à A3 capitalisation comme une activité) |
| | A3. Dissémination du PNPf 2021-2025 au cours des rencontres nationales | 1 | Diffuser le PNPf au cours des rencontres nationales de la PF | Saisir toutes les occasion au niveau national pour présenter le PNPf (à envoyer à A1) |
| | A4. Organisation des recherches opérationnelles en PF. | 1 | Assurer la recherche action pendant la mise en œuvre du PNPf | |
| | | 2 | Organiser une recherche opérationnelle sur les raisons des retraits des implants et DIU | |
| | | 3 | | |
| | | N°... | Organiser une recherche opérationnelle sur la qualité du counseling | |
| | | | | |
| | A5. Evaluation du Plan 2021-2025 à mi-parcours et à la fin | 1 | Organiser une évaluation à mi-parcours du PNPf | |
| | | 2 | Organiser une évaluation finale du PNPf | |
| | | 3 | Diffuser les résultats de l'évaluation finale | |

VIII. DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE, DE SUIVI ET D'ÉVALUATION

Le dispositif de suivi évaluation du PNPF reposera sur les structures institutionnelles existants et prendra en compte toutes les parties prenantes.

8.1. Instruments de mise en œuvre

Les interventions retenues dans le PNPF 2021-2025 seront mises en œuvre par le biais des plans d'actions des :

- structures centrales de tous les ministères concernés ;
- directions régionales de la santé ;
- districts sanitaires ;
- structures du secteur privé ;
- société civile.

8.2. Acteurs de mise en œuvre

Les acteurs de mise en œuvre du PNPF 2021-2025 sont :

- les ministères en charge de la Santé, de l'Éducation, de la Jeunesse, de la Femme, des Finances et du Développement, de la Recherche, de l'Administration territoriale, de l'Économie numérique, de la Justice, de la Communication, la Défense, etc.;
- les collectivités territoriales ;
- le secteur privé ;
- la société civile ;
- les partenaires techniques et financiers ;

8.3. Cadre organisationnel

8.3.1. Comité de pilotage

Le Comité de Pilotage (COPIL) du PNAPF 2017-2020, placé sous la présidence du Secrétaire général du Ministère de la santé, se chargera, en tant qu'instance nationale de haut niveau, de la coordination de la mise en œuvre du PNPF 2021-2025. En plus de la coordination, il organisera les revues annuelles du PNPF, validera les rapports de progrès, assurera les arbitrages nécessaires par rapport aux propositions et recommandations des groupes thématiques et fournira les orientations stratégiques nécessaires pour la durabilité des progrès enregistrés.

Le COPIL, formalisé par arrêté du Ministre de la santé, est composé de l'ensemble des parties prenantes intervenant dans le domaine de la PF. Il se réunira chaque six mois. Il sera réactualisé pour tenir compte de l'évolution des structures.

8.3.2. Groupes thématiques

Dans le cadre de la mise en œuvre du PNAPF 2017-2020, quatre groupes thématiques ont été créés. Il s'agit du Groupe thématique « Adolescents et jeunes », Groupe thématique « Création de la demande », Groupe thématique « Mobilisation de ressources » et du Groupe thématique « Offre et accès-sécurisation des produits

contraceptifs ». Ces groupes mis en place par arrêtés du Ministre de la santé, se réuniront trimestriellement et transmettront leurs rapports trimestriels au COPIL. Ils se chargeront de proposer des stratégies nécessaires à l'amélioration de la mise en œuvre du PNPf 2021-2025.

8.3.3. Equipe d'exécution

Placée sous la tutelle de la Direction de la santé de la famille (DSF), l'équipe d'exécution sera chargée de la gestion quotidienne de la mise en œuvre du plan et de son suivi. Elle assurera l'organisation des suivis du niveau central vers les régions, la production des rapports techniques et financiers et préparera les dossiers techniques des rencontres du COPIL.

L'équipe d'exécution du plan bénéficiera de l'assistance technique du Secrétariat technique chargé de l'accélération de la transition démographique (ST/ATD). Le ST/ATD se chargera du développement des stratégies d'amélioration de la mise en œuvre du PNPf et de la mobilisation des ressources. Il servira d'interface entre le ministère de la santé et les autres parties prenantes. De ce fait, il se chargera de coordonner les activités des groupes thématiques et du COPIL.

8.3.4. Aux niveaux déconcentré et périphérique

Aux niveaux déconcentré et périphérique, les directions régionales et les districts sanitaires seront chargés de l'opérationnalisation du plan et suivront sa mise en œuvre à travers les instances déjà existantes :

- Conseil de direction au niveau régional ;
- Comité technique régional de santé ;
- Rencontre ICP/ECD ;
- Conseil de santé au niveau district.

Ils transmettront les rapports de progrès de mise en œuvre du PNPf 2021-2025 au niveau supérieur.

8.4. Suivi et évaluation

Pour assurer la mise en œuvre du PNPf 2021-2025, de façon efficace, il sera élaboré un plan spécifique de suivi et d'évaluation. Ce plan permettra de :

- élaborer un cadre de rendement ;
- identifier les personnes responsables de la collecte, du traitement et de l'analyse des données ;
- déterminer les sources et les moyens de collecte des données ;
- établir la liste des indicateurs de suivi et d'évaluation ;
- développer les mécanismes de collecte et d'analyse des données (calendrier, responsable, coûts, outils de collecte, etc.) ;
- identifier et budgétiser les activités de suivi et d'évaluation ;
- mettre en place un système de rapportage ;
- élaborer le tableau de bord pour le suivi des indicateurs.

En plus d'une évaluation à mi-parcours qui sera réalisée en 2023 et des revues annuelles, une évaluation finale aura lieu au cours de l'année 2025.

8.5. Gestion des connaissances

Selon les résultats des ateliers organisés par le Ministère de la santé sur la gestion des connaissances, avec l'appui technique et financier de Breakthrough ACTION et Knowledge SUCCESS, le processus de mise en œuvre du PNPF 2021-2025 doit reposer sur un système formel de gestion des connaissances pour une visibilité globale et sûre des interventions, des meilleures pistes de succès, des bonnes pratiques et des leçons apprises. Ceci nécessite un mécanisme de suivi et de remontée des données efficace, une documentation permanente des activités et du processus, leur stockage, leur partage, leur diffusion et leur utilisation pour une amélioration continue des résultats.

Cette démarche est d'autant plus pertinente qu'il ressort de ces ateliers et de la revue du PNPF 2017-2020 qu'il existe un faible accès des parties prenantes à l'information relative à ce plan, une faible documentation et diffusion des bonnes pratiques en vue de leur duplication au niveau des zones et des structures sanitaires, une irrégularité des cadres de concertation qui ne favorise pas une prise de décision harmonisée et collaborative et une insuffisance de la recherche pour produire des évidences, éclairer les stratégies et répondre à des objectifs nationaux de PF.

La gestion des connaissances, intégrée de façon formelle et organisée dans le PNPF 2021-2025, favorisera une meilleure utilisation des ressources, une priorisation des interventions et une bonne capitalisation des résultats pour la PF. Cette stratégie reposera en partie sur le système, les outils et les cadres de coordination déjà existants et qui seront renforcés.

CONCLUSION

CONCLUSION

LISTE DES DOCUMENTS CONSULTÉS

MS,(2020), Rapport de la revue du plan national d'accélération de la planification familiale 2017-2020 du Burkina Faso, Health Policy Plus (HP+), ENABEL.

INSD, (2020), Résultats préliminaires du 5^{ème} Recensement général de la population et de l'habitation (RGPH) 2019.

INSD, 2016, Rapport provisoire du Module démographique et santé de l'Enquête multisectorielle continue (EMDS), Burkina Faso.

ISSP, (2020), Rapport PMA Burkina round 7 (décembre 2019- février 2020)

ISSP, (2021), Rapport PMA Burkina round 8 (décembre 2019- février 2020)

INSD et ICF International, 2012, Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSBF-MICS IV) 2010, Calverton, Maryland, USA, Burkina Faso.

Union Africaine,2017, Agenda 2063 :« tirer pleinement profit du dividende démographique en investissant dans la jeunesse ».

MS, 2021, Dossier d'investissement des trois résultats transformateurs, Direction de la santé de la famille, UNFPA.

MINEFID, 2020, Rapport national 2019 sur l'état de la population : Investissements dans la santé sexuelle et reproductive des jeunes : quels dividendes pour le Burkina Faso ?

Burkina Faso, 2016, Plan national de développement économique et social (PNDES) 2016-2020.

OUEDRAOGO M. et RIPAMA T., 2009, Recensement général de la population et de l'habitation 2006, analyse des résultats définitif, Thème 2 : Etat et structure de la population du Burkina Faso, INSD.

SIE A. M. TIOYE et BAHAN D., 2009, Recensement général de la population et de l'habitation 2006, analyse des résultats définitif, thème 11 : situation socioéconomique des enfants et des jeunes au Burkina Faso, INSD.

OUOBA M., 2016, Pouvoir d'action des femmes en union et pratique contraceptive moderne au Burkina Faso, mémoire de Master professionnel en démographie, IFORD, 36^{ème} promotion, Université de Yaoundé II.

OUOBA/KABORE B. et OUOBA M., 2020, Evaluation des capacités actuelles des formations sanitaires à répondre à la COVID-19 et à offrir des soins et des services de santé de la reproduction au Burkina Faso, Ministère de la santé, Options.

DGESS, (2020), Annuaire statistique 2019, Ministère de la santé, Burkina Faso.

DGESS, (2019), Enquête nationale sur la disponibilité, la capacité opérationnelle et la qualité des soins dans les services de santé (SARA+QOC 2018), Ministère de la santé, Burkina Faso.

IRSS, 2019, Enquête sur la disponibilité des produits de santé de la reproduction dans les formations sanitaires, rapport, UNFPA, Burkina Faso.

MS, 2021, Dossier d'investissement des trois résultats transformateurs.

MS, 2016, Annuaire statistique 2015, DGESS, Burkina Faso.

MS, 2017, Annuaire statistique 2016, DGESS, Burkina Faso.

MS, 2018, Annuaire statistique 2017, DGESS, Burkina Faso.

MS, 2019, Annuaire statistique 2018, DGESS, Burkina Faso.

ISSP, 2016, Performance monitoring for action (PMA2020), round 3.

ISSP, 2017, Performance monitoring for action (PMA2020), round 4.

ISSP, 2018, Performance monitoring for action (PMA2020), round 5.

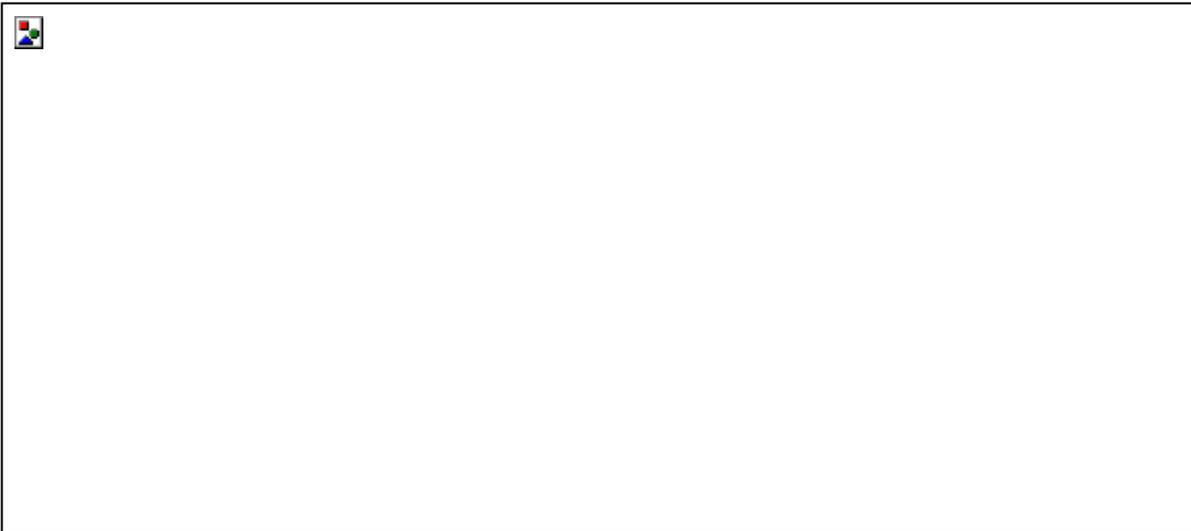
ISSP, 2019, Performance monitoring for action (PMA2020), round 6.

ISSP, 2020, Performance monitoring for action (PMA Burkina), round 7.

ISSP, 2021, Performance monitoring for action (PMA Burkina), round 8.

JHPIEGO, 2020, Extension durable de la planification familiale du postpartum (PFPP) au Burkina Faso.

IX. ANNEXES



Annexe 1 : Caractéristiques des segments adolescentes et jeunes

Annexe2 : Capacités en CSC du Burkina Faso

| Rubrique | Score | Appréciation BF |
|----------------|----------|-----------------|
| Planification | 0 à 63 | |
| | 64 à 84 | |
| | 85 à 106 | |
| Mise en oeuvre | 0 à 34 | |
| | 35 à 46 | |
| | 47 à 58 | |
| Evaluation | 0 à 13 | |
| | 14 à 17 | |
| | 18 à 22 | |

Tableau II: Mapping des partenaires de la PF au Burkina Faso

| PARTENAIRES | DOMAINES | OBSERVATIONS |
|--------------------|-----------------------|--|
| 1. OMS | PCIME, eTME/VIH, MMR, | Formation, équipement, appui institutionnel, |

| | | |
|---------------------------|---|---|
| | PF, Santé des jeunes, Santé des personnes âgées | supervision, suivi |
| 2. UNFPA | MMR, PF, Santé des jeunes, Humanitaire, VBG | Formation, équipement, appui institutionnel, Achat des de produits de santé de la reproduction (contraceptifs, intrants de maternité, kits de SR) |
| 3. FONDS MONDIAL | eTME/VIH | Formation, dotation en intrants PTME, appui institutionnel, supervision, |
| 4. PADS | PCIME, PF, MMR Santé des jeunes | Formation, équipement, suivi, appui institutionnel, acquisition d'intrants |
| 5. UNICEF | eTME/VIH, PCIME, MMR | Formation, équipement, appui institutionnel, Acquisition d'intrants, suivi |
| 6. AFD | Santé des jeunes, MMR, PF | Formation, équipement, appui institutionnel, achat des contraceptifs |
| 7. JHPIEGO | MMR, cancer du col, PF | Formation, équipement, |
| 8. Plan Burkina | eTME/VIH, santé enfant | Formation, équipement, intrants |
| 9. OOAS | MMR, PF ; Santé des jeunes, Santé des personnes âgées | Achat des contraceptifs, appui institutionnel, formation, suivi |
| 10. GHSC-FTO - TA (USAID) | PF | Achat des contraceptifs, appui institutionnel, formation, suivi |
| 11. Banque Mondial | SR | Formation, équipement, appui institutionnel, achat des contraceptifs |

| | | |
|---------------------------------------|----------------------|--|
| e (PRSS, GFF) | | |
| 12.HKI | Santé des jeunes | Formation, appui institutionnel et suivi |
| 13.PATFIN DER | Santé des jeunes | Formation, équipement, appui institutionnel et suivi |
| 14.INTRAH EALTH | PF, MMR, PCIME | Formation, équipement, appui institutionnel et suivi |
| 15.ABBEF | Santé des jeunes, PF | Formation, achat des contraceptifs |
| 16.MS/BF | Santé des jeunes, PF | Formation, achat des contraceptifs |
| 17.PROMA CO | Santé des jeunes, PF | Formation, équipement, appui institutionnel, achat des contraceptifs, marketing social |
| 18.Program me LAD | SR/PF | Achat des contraceptifs, équipement, appui institutionnel, formation, suivi |
| 19.GHSC- PSM (USAID) | SR/PF/SSRAJ | Achat des contraceptifs, appui institutionnel, formation, suivi |
| 20.ENGEN DER HEALT H | SR/PF/SSRAJ | Formation, équipement, |
| 21.FONDS CANAD A (UNFPA) | SR/PF/SSRAJ | Formation, équipement, suivi/Supervision, Achat des contraceptifs |
| 22.FONDS | SR/PF/SSRAJ | Formation, équipement, suivi/Supervision, Achat |

| | | |
|--|--|--|
| PAYS BAS (UNFPA) | | des contraceptifs |
| 23.FONDS JAPON AIS (UNFPA) | SR/PF/SSRAJ | Formation, équipement, suivi/Supervision, Achat des contraceptifs |
| 24.Luxemb ourg (UNFPA) | SR/PF/SSRAJ | Formation, équipement, suivi/Supervision |
| 25.ENABE L (Agence belge de dévelop pement) | SR/PF/SSRAJ | Formation, équipement, suivi/Supervision |
| 26.TCI (BMG) | SR/PF/SSRAJ | Formation, équipement, suivi/Supervision |
| 27.HP+ | Environnement SR/PF, VIH, NUTRITION, Santé communautaire | Plaidoyer, Appui technique |
| 28.Break Through ACTION | Changement social et comportemental | Santé communautaire, Appui technique, formation, plaidoyer |

| | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|---|
| 29.Fonds Français MUSKO KA | PCIME, PF, MMR Santé des jeunes | Formation, équipement, suivi, appui institutionnel, acquisition d'intrants |
|-------------------------------------|------------------------------------|---|