



REPOBLIKAN'I MADAGASIKARA
Fitiavana - Tanindrazana - Fandrosoana



Plan d'Action National Budgétisé en Planification Familiale à Madagascar 2021-2025

Septembre 2022

TABLE DES MATIERES

PREFACE	iii
LISTE DES ACRONYMES.....	iv
RESUME EXECUTIF	vii
I INTRODUCTION.....	1
II CONTEXTE (SITUATION GEOGRAPHIQUE, DEMOGRAPHIQUE, SOCIO-ECONOMIQUE ET SANITAIRE).....	2
III DEVELOPPEMENT DU PLAN STRATEGIQUE INTEGRE DE PF ET DE SECURISATION DES PRODUITS DE SR ET DU PLAN D'ACTION NATIONAL BUDGETISE EN PF	4
IV CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ET SITUATION DE PAUVRETE	8
Caractéristiques de la population	8
Situation de pauvreté.....	11
V SANTE MATERNELLE ET DE LA REPRODUCTION	15
Fécondité générale et indice synthétique de fécondité.....	15
Prévalence de la contraception.....	16
Demande non satisfaite.....	18
Fécondité des adolescentes.....	20
VI ANALYSE DE LA SITUATION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE.....	21
Goulots d'étranglement identifiés comme frein à l'amélioration de la performance des interventions.....	21
Création de la demande	22
Les causes profondes.....	23
Offres et accès aux services.....	24
Sécurisation des produits.....	28
Politique et environnement favorable à la PF	30
Supervision, coordination et suivi-évaluation PF.....	34
VII PLAN D'ACTION NATIONAL BUDGÉTISÉ	36
Résumé des recommandations sur la revue PANB-PF	36
Objectifs opérationnels du PANB-PF	38
Axes stratégiques	40
Carte du PANB-PF	42
Description des axes stratégiques	43
Coûts estimés de l'AS4	74
VIII METHODOLOGIE DE LA BUDGETISATION DU PANB-PF.....	83
IX MISE EN ŒUVRE ET SUIVI DE LA PERFORMANCE	84
Cadre de mise en œuvre et plan de suivi évaluation.....	84
Le renforcement de la structure de gestion et de coordination.....	84
La disponibilité d'outils efficaces pour la mise en œuvre et de suivi	85
Le renforcement de plateforme d'information et de mesure de la redevabilité mutuelle	85
Le renforcement de la mobilisation des ressources	86
Un dispositif institutionnel définissant les rôles et responsabilités des acteurs clés.....	86
Indicateurs	89

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Croissance de la population de 1975 à 2030	8
Graphique 2 : Pourcentage de la population résidente par sexe selon le milieu de résidence	9
Graphique 3 : Proportion de la population de moins de 15 ans, 25 ans et 30 ans – année 2018 (en %).....	9
Graphique 4 : Evolution de la population en pourcentage selon les tranches d'âge.....	10
Graphique 5 : Répartition des femmes en âge de procréer et de la population par région	11
Graphique 6 : Evolution de la croissance des dépenses de consommation des ménages de 1965 à 2020.....	11
Graphique 7 : Evolution des dépenses de consommation finale des ménages par habitant	12
Graphique 8 : Tendances de l'évolution de l'IDH 2000 -2018	13
Graphique 9 : Pourcentage de revenu détenu par groupe socio-économique en 2010-2017	13
Graphique 10 : Taux Global de Fécondité Générale (TGFG) et Taux de Fécondité (TF) par âge et en milieu rural	15
Graphique 11 : Régions ayant les TF les plus élevés pour les femmes de 15-19 ans en 2018.....	16
Graphique 12 : Régions ayant les plus faibles taux de prévalence contraceptive	17
Graphique 13 : Taux de fécondité par âge et par milieu de résidence en 2018	18
Graphique 14 : Tendances des BNS PF selon les caractéristiques socioéconomiques et les régions à faible taux de BNSPF	19
Graphique 15 : Proportion de la population par groupes d'âge en 2018.....	28
Graphique 16 : Part des financements estimés de la PF jusqu'en 2030.....	33
Graphique 17 : Projection 2025 des TPC pour atteindre les objectifs du PANB-PF.....	38
Graphique 18 : Projection 2025 et 2030 des TPC en utilisant la structure des méthodes PF 2030 pour atteindre zéro besoin non satisfait en PF	39
Graphique 19 : Coûts annuels du PANB-PF par axe stratégique et coûts des contraceptifs en MGA	40
Graphique 20 : Coûts annuels par type de contraceptifs	41
Graphique 21 : Ventilation annuelle en MGA des coûts de AS1	49
Graphique 22 : Ventilation annuelle en MGA des coûts de AS2	58
Graphique 23 : Ventilation annuelle en MGA des coûts de AS3	67
Graphique 24 : Ventilation annuelle en MGA des coûts de AS4	74
Graphique 25 : Ventilation annuelle en MGA des coûts de AS5	78
Graphique 26 : Ventilation annuelle en MGA des coûts de AS6	82

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Tendances des TPC.....	16
Tableau 2 : Tendances des besoins non satisfaits	18
Tableau 3 : Raisons pour lesquelles les femmes en union de 15-49 ans n'ont pas l'intention d'utiliser la contraception dans l'avenir	23
Tableau 4 : Situation du financement de la PF de 2027 à 2023.....	32
Tableau 5 : Perspectives de financement de la santé maternelle et néonatale de la santé reproductive et PF.....	33
Tableau 6 : Tendances de l'utilisation de la contraception	39

PREFACE

Madagascar s'est engagé en faveur du partenariat mondial Family Planning 2030 pour améliorer l'accès de toute la population malagasy à la planification familiale. Le pays vise, d'ici 2030, à augmenter la prévalence contraceptive moderne à 60% et à réduire les besoins non satisfaits en planification familiale à 8%. Entre autres, il voudrait témoigner leur engagement fort en vue d'accélérer l'atteinte de ces objectifs d'ici 2023.

Pour permettre au gouvernement de prioriser les interventions, mobiliser les parties prenantes, estimer les coûts et mettre à disposition des ressources visant à combler les lacunes, le Ministère de la Santé Publique et ses partenaires ont développé un Plan d'Action National Budgétisé (PANB) en planification familiale couvrant la période 2022-2026. Il s'agit d'une feuille de route concrète et spécifique du programme national de planification familiale, qui détermine les activités prioritaires permettant l'atteinte des objectifs fixés. Ce plan présente les coûts associés aux activités et les ressources nécessaires que le pays doit rechercher pour atteindre les objectifs du Family Planning 2030.

Le PANB en planification familiale constitue non seulement un plan de mise en œuvre et de suivi du programme, mais aussi un outil de plaidoyer et de mobilisation des ressources. Six axes stratégiques sont ainsi définis : (i) Optimisation des acquis en matière de politiques et d'environnement favorable à la planification familiale basées sur les droits humains et les droits relatifs à la sexualité et la reproduction, (ii) Génération de la demande, (iii) Renforcement des offres de services de qualité, intégrés, inclusifs et basés sur les droits humains, (iv) Sécurisation des produits de planification familiale de qualité et maîtrise d'une gestion logistique performante des intrants, (v) Financement du programme de planification familiale, (vi) Supervision, coordination et suivi-évaluation.

Tels sont les justificatifs de l'élaboration de ce plan dont les acteurs de la santé de la reproduction et de la planification familiale sont invités à s'impliquer activement dans sa mise en œuvre, ainsi que son suivi et évaluation périodique.

Un appel est lancé à tous les intervenants, de faire de ce document un référentiel qui devra les guider dans la mise en œuvre des activités de planification familiale au bénéfice des adolescents, des femmes, des couples, des familles et des communautés à Madagascar.

LE MINISTRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE



Professeur Zely Arivelo RANDRIAMANANTANY

LISTE DES ACRONYMES

AC	Agent Communautaire
AFD	Agence Française de Développement
AS	Agent de Santé
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
BM	Banque Mondiale
CSB	Centre de Santé de Base
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CCSC	Communication pour le Changement Social et Comportemental
CI	Contraceptif injectable
COVID-19	Corona virus disease 2019
CSAJ	Centre de santé des adolescents et jeunes
DEPSI	Direction des Etudes, de la Planification et du Système d'Information
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DMPA-IM	Dépôt-Médroxyprogestérone Acétate en injection intramusculaire
DMPA-SC	Dépôt-Médroxyprogestérone Acétate en injection sous-cutané
DRSP	Direction Régionale de la Santé Publique
DSFa	Direction de la Santé Familiale
ENSOMD	Enquête Nationale pour le Suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement
FAP	Femme en Age de Procréer
FS	Formation sanitaire
FPET	Outils d'estimation de la planification familiale
IDH	Indice de Développement Humain
IEC	Information Education Communication
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
IST	Infections sexuellement transmissibles
IVG	Interruption Volontaire de la Grossesse
JPE	Jeune Pair Educateur
LFI	Loi des Finances Initiale
LME	Lutte contre le Mariage d'Enfants
MEF	Ministère de l'Économie et des Finances
MEN	Ministère de l'Éducation Nationale
MICS	Multiple Indicator Cluster Surveys
MJS	Ministère de la Jeunesse et du Sport
MLD	Méthode de Longue Durée
MSANP	Ministère de la Santé Publique

MPPSPF	Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme
NTIC	Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
NV	Naissance Vivante
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economique
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OSC	Organisation de la Société Civile
PAC	Paquet d'Activités Communautaires
PANB-PF	Plan d'Action National Budgétisé en Planification Familiale
PC	Produits contraceptifs
PCU	Pilule Contraceptive d'Urgence
PDSS	Plan de Développement du Secteur Santé
PE	Pair Educateur
PF	Planification Familiale
PhaGDis	Pharmacie de Gros de Districts
PhaGeCom	Pharmacie à Gestion Communautaire
PIB	Produit Intérieur Brut
PPA	Parité du Pouvoir d'Achat
PPS	Points de Prestation de Services
PSI PF/SPSR	Plan Stratégique Intégré de Planification Familiale et de Sécurisation des Produits de la Santé de la Reproduction
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RGPH3	Recensement Général de la Population et de l'Habitat (3eme round)
RMA	Rapport Mensuel d'Activités
RNB	Revenu National Brut
SAJ	Service Ami des Jeunes
SALAMA	Centrale d'Achats de Médicaments Essentiels et de Matériel Médical de Madagascar
SDSP	Service de District de la Santé Publique
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SMNC	Santé Maternelle Néonatale Communautaire
SMNI	Santé Maternelle Néonatale et Infantile
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SR	Santé de la Reproduction
SRAJ	Santé de la Reproduction des Adolescents et des jeunes
SRMNIA-N	Santé de la Reproduction, Maternelle, Néonatale, Infantile, Adolescent et Nutrition
STPCA	Secrétariat Technique Permanent pour la Coordination de l'Aide

TGFG	Taux Global de Fécondité Générale
TF	Taux de Fécondité
TFA	Taux de Fécondité par Age
TPC	Taux de Prévalence Contraceptive
TPCm	Taux de Prévalence Contraceptive moderne
TMM	Taux de Mortalité Maternelle
TMN	Taux de Mortalité Néonatale
UTGL	Unité Technique de Gestion Logistique

RESUME EXECUTIF

Pour soutenir et renforcer les stratégies et les politiques en cours en matière de planification familiale, alignées sur le plan de développement du secteur de la santé (PDSS) pour la période 2020-2024 et le plan stratégique intégré de planification familiale et de sécurisation des produits de la santé de la reproduction (PSI PF/SPSR) 2021-2025, et ainsi garantir la continuité des efforts et progrès acquis lors de la mise en œuvre du précédent PANB-PF, le Ministère en charge de la santé publique, appuyé par ses partenaires techniques et financiers (PTF), a développé le présent plan d'action national budgétisé en PF (PANB-PF) 2021-2025.

En tant que plan opérationnel et en même temps outil de mobilisation de ressources, de suivi et de mesure de la redevabilité des parties prenantes, le PANB-PF répond à l'exigence de tracer la voie pour atteindre un taux de prévalence contraceptive moderne (TPCm) de 60 % et de réduire le taux de besoins non satisfaits en PF à au moins 9 % d'ici 2025. En outre, le plan présente une vision cohérente des priorités et des stratégies, ainsi que le budget prévu pour la mise en œuvre des différentes interventions indispensables pour l'atteinte des objectifs fixés en matière de PF. Par conséquent, le PANB-PF contribuera non seulement à la convergence des conditions favorables pour assurer le ralentissement de la croissance de la population, mais aussi veiller à l'amélioration de la santé maternelle et infantile, et de surcroît au développement économique du pays en profitant des avantages du dividende démographique et des soutiens renforcés pour l'amélioration de la qualité du capital humain ; pour ainsi réunir les conditions qui présagent le succès de réformes économiques exigées par le développement inclusif et l'élimination de la pauvreté extrême.

Les actions prévues dans le cadre de la mise en œuvre du PANB-PF et du PSI PF/SPSR concrétisent l'engagement de Madagascar récemment renouvelé, en faveur du partenariat mondial Family Planning 2030, qui consiste à considérer les mesures suivantes :

- Allouer sur financement de l'Etat, 5 % du budget total annuel d'achat des produits contraceptifs.
- Renforcer le plaidoyer auprès des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) pour l'augmentation à hauteur de 10 % de leurs contributions habituelles par an au Programme de la Planification Familiale.
- Rechercher le financement des gaps pour le Programme de Planification Familiale en collaboration avec les Partenaires Techniques et Financiers avec au moins 5 % du financement par le secteur privé.
- Assurer la disponibilité des produits contraceptifs (PC) sur tout le territoire Malagasy avec un taux de rupture moyen aux points de prestation de moins de 10 % par méthode.
- Assurer l'application du concept « Ne laisser personne de côté » : Accès de toutes et de tous aux services de planification familiale de qualité, comprenant les personnes vulnérables (adolescents et jeunes, personnes en situation d'handicap, les personnes démunies, les détenu(e)s, les personnes en situation d'urgence humanitaire, les travailleur(e)s du sexe, la communauté LGBTQ+).
- Accroître le nombre de structures offrant des informations et/ou des services de la planification familiale adaptés aux besoins des adolescents et jeunes, de 400 à 850.
- Assurer le respect des normes de qualité à l'accès aux services de planification familiale.

- Garantir l'application de tous les documents législatifs, politiques, stratégiques et les plans de mise en œuvre relatifs à la PF par :
 - La diffusion de l'ensemble des textes dans les 23 régions sanitaires les 114 districts sanitaires et les 1695 Communes.
 - Le suivi annuel de la mise en œuvre les documents législatifs, politiques, stratégiques.
 - La mise en œuvre au moins de 75 % des interventions du pilier santé définies dans la feuille de route du dividende démographique.

Les objectifs du FP 2030 sont d'atteindre :

- un taux de prévalence contraceptive moderne pour les femmes en union de 60 % ;
- un taux de besoins non satisfaits en PF de 8 % ; et
- un indice synthétique de fécondité égal à 3.

Pour atteindre les objectifs de développement en matière de PF, un certain nombre de défis sont adressés par le PANB-PF, dont particulièrement le financement qui est extrêmement dépendant des aides externes alors que ces dernières ont tendance à diminuer en 2021 en ce qui concerne l'achat des produits contraceptifs et consommables médicaux et leur acheminement jusqu'au niveau des sites PF. Ce qui limite ainsi l'accès continu à des services de qualité en SR/PF.

La méconnaissance de la population de ses droits et des avantages socio-économiques de la PF et les lacunes dans le respect des droits humains témoignent de la difficulté rencontrée dans l'application de la loi SR/PF, et cela surtout au détriment des jeunes pour lesquels l'accès à la PF réclament beaucoup d'efforts à développer du fait que les services de SR/PF ne sont pas encore adaptés à leur demande la plupart du temps. Par ailleurs, l'accès limité aux outils de communication pour le changement de comportement (CCC), ainsi que les effets néfastes de certains us et coutumes et des facteurs socio-culturels répertoriés comme contraignants à l'utilisation de la PF dans plusieurs régions du pays à très faible prévalence contraceptive moderne, renforcent la difficulté d'améliorer l'accès des jeunes à la PF.

Dans le domaine de la santé de la reproduction des jeunes, le taux élevé de grossesses précoces favorise les recours aux avortements clandestins occasionnant de nombreux décès. Il entraîne également un taux important de fistules obstétricales et un taux de mortalité materno-infantile plus élevé ainsi que des conséquences socio-économiques importantes (rejet familial, exclusion sociale et scolaire, etc.). La pratique du mariage précoce constitue également un problème de taille concernant la PF. La pratique de ces traditions est plus accentuée dans certaines régions s'agissant notamment des régions du Sud, du Sud-Ouest et Sud-Est où les proportions de mariages et unions d'enfants sont les plus élevées : Atsimo Atsinanana (60 %), Atsimo Andrefana (66 %), Melaky (54 %), Betsiboka (51 %), Sofia (54 %). La perpétuation de ces pratiques néfastes pouvant parfois être conclues dès le plus jeune âge des filles, voire à leur naissance ou comporter des périodes d'essai, favorise davantage les mariages précoces des filles de manière exponentielle¹.

Par ailleurs, pour son développement, Madagascar est confronté à d'importants défis démographiques : 41 % de la population sont âgés de moins de 15 ans, c'est-à-dire sont des

¹ MPPSPF/MEF et UNFPA, déc. 2020, Évaluation des Coûts pour Atteindre Zéro Mariage d'Enfant à l'horizon 2030 - Analyse situationnelle et priorisation des interventions.

dépendants économiquement, et 71,4 % sont âgés de moins de 25 ans². Des problèmes vitaux sont liés à l'extrême pauvreté car en termes de revenu, elle concerne près de la moitié de la population. Par rapport à la pauvreté matérielle qui considère les conditions d'existence du ménage comme l'habitation, l'eau et l'assainissement et la possession d'actifs productifs, la population pauvre est de l'ordre de 71,5 %. En termes de pauvreté multidimensionnelle qui, en outre, inclut les problèmes de santé, les conditions de vie des ménages et l'éducation, la proportion de la population estimée pauvre est de 74,2 %. L'analyse spatiale, confirme l'importance du fait que 90 % de la population des régions Androy, Atsimo Atsinanana et Vatovavy Fitovinany sont concernées par la pauvreté multidimensionnelle³.

En tenant compte des résultats des revues et évaluations des stratégies et plans récemment réalisées et pour relever les défis en matière de PF, Madagascar définit six axes stratégiques pour son PANB :

1. Optimisation des acquis en matière de politiques et d'environnement favorable à la PF basée sur les droits humains et droits concernant la sexualité et la reproduction : Cette stratégie cherche à assurer l'efficacité de la coopération multisectorielle pour veiller sur l'effectivité de l'application de la Loi SR/PF n°2017-043, et à la mise en œuvre des lois et règlements visant à garantir l'égalité d'accès aux contraceptifs et aux informations, un accès à une éducation complète à la sexualité et des services complets en matière de santé sexuelle et reproductive pour tous. Cette collaboration intersectorielle aidera également à intégrer les efforts d'interventions en matière de PF dans les différentes initiatives de développement du pays.

Par rapport aux problèmes du genre, des us et coutumes et des cultures traditionnelles qui réduisent considérablement l'accès universel à l'utilisation de la planification familiale, la coexistence difficile entre le droit positif et le droit coutumier dans certaines régions, dont l'usage étant la manière collective d'agir et la formulation par voie orale ou écrite, préconise une approche au-delà de la promotion de la demande et sollicite ainsi des stratégies plus appropriées.

2. Génération de la demande en SR/PF garantissant l'égalité du genre et le respect des droits humains : La couverture de la population de l'ensemble des communes par des campagnes de sensibilisation et de communication pour le Changement de Comportement sur la SR/PF, développera différentes stratégies et de mobilisation sociale adaptées à chaque tranche d'âge et à chaque région, en ciblant surtout les régions à très faible prévalence contraceptive et à forte taux de fécondité. Un mécanisme de collaboration renforcée entre les acteurs en matière de génération de la demande en SR/PF doit être opérationnel pour assurer une meilleure efficacité de la mise en œuvre.

3. Renforcement des offres de services de qualité en SR/PF, intégrées, inclusives et basées sur les droits humains : Pour garantir les droits humains concernant la fourniture des services de SR/PF, les jeunes, les groupes marginalisés, les personnes en situation de handicap et les femmes en milieu carcéral, ainsi que la population des régions à forte fécondité et à faible prévalence contraceptive, sont parmi les bénéficiaires cibles des prestations de qualité en PF. Le renforcement des compétences des prestataires pour la prise en charge de qualité jusqu'au niveau communautaire de tous les groupes cibles et la mise à l'échelle de l'offre continue des méthodes de

² INSTAT Madagascar, déc. 2020, Troisième recensement général de la population et de l'habitation tomes 1 et 2.

³ INSTAT Madagascar, déc. 2020, Troisième recensement général de la population et de l'habitation tomes 1 et 2.

longue durée, permanentes (MLD post-partum, post-abortum et le DIU hormonal, DMPA SC en auto-injection) et des nouveaux produits contraceptifs (y compris la contraception d'urgence surtout au niveau de tous les districts à haut risque de catastrophe) figurent parmi les points importants à améliorer. D'où la nécessité d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) pour les nouveaux produits et d'insertion d'indicateurs qualitatifs communs liés à la prestation de services PF.

4. Sécurisation des produits de SR/PF de qualité et maîtrise d'une gestion logistique performante des intrants : Un système d'approvisionnement fiable et solide est indispensable à tous les niveaux, pour faire en sorte que la totalité des sites PF puissent proposer au moins 5 produits de contraception moderne, et disposer de 5 médicaments vitaux pour la santé maternelle et reproductive. Aucune rupture de stock en contraceptifs ne devrait être constatée au niveau des sites. Aux interventions clés y afférentes, s'ajouteront un système d'Information de gestion logistique des intrants SR/PF fiable et des capacités de stockage en produits répondant aux normes, ainsi que le renforcement des capacités opérationnelles de l'unité technique en gestion logistique (UTGL) et de celles au niveau des régions et districts, pour veiller à l'observance des exigences et des règles de gestion et d'approvisionnement.

5. Financement du programme SR/PF : Pour compléter les fonds des partenaires dans la mise en œuvre des activités du programme et assurer la sécurisation et la distribution des produits contraceptifs, la stratégie de l'approche Marché Total est priorisée ainsi que le renforcement de l'engagement du Gouvernement et au sein même du Ministère de la Santé Publique pour apporter des fonds supplémentaires permettant d'assurer le financement pérenne de l'achat des produits SR/PF et leur acheminement jusqu'aux CSB et vers les AC.

6. Supervision, coordination et suivi-évaluation : Les efforts de supervision, de coordination et de suivi-évaluation exigent un mécanisme performant en la matière, sous l'égide du Ministère de la Santé Publique concernant l'ensemble des activités du programme et des projets d'exécution des partenaires en SR/PF. Le renforcement des compétences managériales du comité technique SR/PF du niveau central ainsi que du niveau régional, devra permettre une meilleure coordination des interventions des parties prenantes et des PTF pour équilibrer les appuis des partenaires et renforcer la supervision des sites à tous les niveaux, incluant le suivi de la qualité réelle de la prestation de services de santé PF à travers à travers d'indicateurs qualitatifs communs.

Concernant la budgétisation, le PANB-PF pour sa mise en œuvre prévoit pour cinq ans un montant de 518,1 milliards MGA (126 millions USD), dont 53 % (274,5 milliards MGA) pour les produits, incluant les contraceptifs et les consommables, 3 % (18,4 milliards MGA) pour la politique et l'environnement habilitant, 8 % (40,2 milliards MGA) pour la création de la demande ; 32 % (163,8 milliards MGA) pour l'offre de services ; 2 % (8,6 milliards MGA) pour la sécurisation des produits ; 0 % (0,04 milliards MGA) pour le financement ; et 2 % (12,3 milliards MGA) pour la coordination et le suivi évaluation.

I INTRODUCTION

Le plan d'action national budgétisé en PF (PANB-PF) 2021-2025 de Madagascar, en tant que feuille de route quinquennale, est élaboré essentiellement sur la base des recommandations issues de la revue du PANB-PF 2016-2020 et de l'évaluation Plan Stratégique Intégré de Planification Familiale et de Sécurisation des Produits de la Santé de la Reproduction (PSI PF/SPSR) 2016-2020. Il met en exergue les orientations résultant de plusieurs réflexions stratégiques pour les lever les différents goulots d'étranglement identifiés comme frein à l'amélioration de la performance des interventions en matière de PF.

Le PANB-PF 2021-2025 assure la continuité des progrès acquis lors de la mise en œuvre du précédent PANB-PF et l'opérationnalisation des actions pour atteindre les objectifs du PSI PF/SPSR 2021-2025. Le nouveau PANB-PF avec le PSI PF/SPSR mis à jour constitue l'élément essentiel du cadre de programmation actualisé de la PF au pays. Les deux documents concrétisent l'engagement de Madagascar récemment renouvelé, en faveur du partenariat mondial Family Planning 2030 pour améliorer l'accès et l'utilisation de la planification familiale.

En effet, l'ensemble des interventions menées dans le cadre de la mise en œuvre du PANB 2016-2020 ainsi que l'appui apporté par les partenaires privilégiés du pays en matière de PF, ont abouti à de résultats encourageants. Le nombre de décès maternels et d'avortements évités et le nombre de couple-année protection d'après l'estimation annuelle des Outils d'estimation de la planification familiale (FPET) dans le cadre du suivi des engagements FP 2020 ont tous évolué positivement et ont dépassé largement les cibles annuels⁴. De même un impact notable a été constaté sur l'amélioration de la prévalence de contraception moderne dans le groupe de population jeune 20-24 ans qui représente la tranche d'âge la plus productive de la population. Ces résultats soulignent l'impact des interventions menées au cours de la période 2016 -2020, dont, entre autres, celles appuyées par la mise en œuvre du PANB-PF.

Néanmoins, l'atteinte des objectifs 2020 du PANB-PF relatifs au taux de prévalence contraceptive moderne et aux besoins non satisfaits en PF, demande un surcroît d'efforts ; et c'est dans ce cadre, tout en s'alignant avec le PSI PF/SPSR, que le PANB-PF actualisé avec un budget conséquent et des stratégies appropriées, se fixe d'augmenter au moins à 55 % le taux de prévalence contraceptive moderne et de réduire à au moins 9 % les besoins non satisfaits en PF. Ainsi l'indice synthétique de fécondité sera réduit à 3 d'ici 2025. Pour atteindre ces objectifs, et donc l'accès universel aux services de PF volontaires basés sur les droits humains, le Ministère de la Santé Publique (MSANP) et ses partenaires ont défini les priorités stratégiques et les activités correspondantes ainsi que le budget pour leur mise en œuvre.

Le nouveau plan rejoint également les efforts souhaités par l'Etat et les autres parties prenantes au programme PF, pour atteindre les objectifs du Plan de Développement du Secteur Santé (PDSS) 2015-2019 et ceux de la Feuille de route pour l'Accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale à Madagascar pour la période 2015-2019.

⁴ Track20, « Outil d'estimation de la planification familiale (FPET) », disponible sur : http://www.track20.org/pages/track20_tools/FPET.php.

II CONTEXTE (SITUATION GEOGRAPHIQUE, DEMOGRAPHIQUE, SOCIO-ECONOMIQUE ET SANITAIRE)

Madagascar, une île-continent de 587 000 km² située au sud de l’océan Indien, est un pays à risques fortement entretenues par la pauvreté chronique, sa vulnérabilité et sa fragilité permanentes. Avec une population de 25 674 196 habitants en 2018⁵, le pays se trouve parmi les premiers rangs des plus pauvres de la planète. Il est classé en 2019 au 158^{ème} rang sur 162 pays avec une note de 46,7 sur 100 en termes de progrès dans la réalisation des ODD⁶.

En 2020, la situation s’est aggravée du fait de l’exposition aux conséquences socio-économiques internes et externes de la pandémie de COVID-19, et aux effets des mesures internes adoptées pour contenir la propagation de la pandémie.

Selon les perspectives économiques de Madagascar⁷ en décembre 2020 « La pandémie de COVID-19 a brutalement plongé le pays dans une profonde récession, annulant près d’une décennie de croissance du Produit Intérieur Brut (PIB) par habitant. Conjuguées aux perturbations du commerce international, les mesures nationales de confinement auraient provoqué une contraction comparable à celle de la crise de 2009 en faisant chuter le PIB de 4,2 pour cent, contre une croissance de 5,2 pour cent prévue en début d’année de 2020. Un différentiel de 9,4 points de pourcentage par rapport aux attentes d’avant crise fait de la pandémie de COVID-19 un des chocs économiques les plus importants de l’histoire contemporaine du pays ».

En conséquence, l’analyse contextuelle du développement de Madagascar et de sa situation de pauvreté aggravée ne peut être dissociée du partage théorique au profit de la population des gains économiques annuels, qui pourtant sont à peine au même niveau que le taux de croissance démographique. L’arbitrage de la redistribution des ressources propres de l’Etat pour satisfaire les besoins immenses en matière de développement du capital humain et différentes priorités du pays vue d’une croissance inclusive est, du fait de la rareté des ressources, tellement complexe que les volumes du PIP interne alloué annuellement aux différents secteurs sociaux sont maintenus au statu quo, voire dégressif en valeur constante.

Parfaitement conscient du contexte de croissance rapide de la population souvent non proportionnelle à la croissance économique, Madagascar, à travers les différents engagements souscrits au niveau international et régional, a retenu la santé de la reproduction et la planification familiale comme priorité pour réduire la croissance démographique et la mortalité maternelle et néonatale.

L’offre en soins obstétricaux et néonataux limités, est caractérisée par la faiblesse de la couverture des services. Malgré l’existence de plus de 2000 formations sanitaires publiques, le pays ne dispose que d’un réseau de 238 maternités SONU permettant de couvrir 57 % de la population. De surcroît dans ce réseau, le nombre de formations sanitaires SONU fonctionnelles, c’est-à-dire disposant de plateau technique répondant aux normes de Soins Obstétricaux Néonataux d’Urgence (SONU), n’est que de 19 avec une couverture de 17,5 % de la population⁸.

⁵ INSTAT Madagascar, déc. 2020, Troisième recensement général de la population et de l’habitation tomes 1 et 2.

⁶ Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), 2019, *Rapport mondial sur les objectifs de développement durable 2019*.

⁷ Banque Mondiale, déc. 2020, Perspectives économiques de Madagascar, tracer la voie de la reprise.

⁸ Ministère de la Santé Publique et UNFPA, 2018, *Etude sur la priorisation du réseau SONU*.

Par rapport aux actions communautaires, qui fournissent au plus bas de la pyramide sanitaire des prestations de services, le guide sur le paquet d'activités communautaires (PAC), préconise pour les agents communautaires (AC) des actions de grandes ampleurs qui demandent un renforcement de capacités en matière de santé maternelle néonatale communautaire (SMNC) et planification familiale (PF) et particulièrement pour le paquet spécifique d'activités nécessitant des connaissances complémentaires et des compétences particulières. Dans la réalité, les modalités de mise en œuvre au niveau communautaire sont différentes d'un intervenant à l'autre et ne tiennent pas encore en compte des orientations stratégiques définies dans la Politique nationale de santé communautaire et le Plan stratégique national de renforcement de la santé communautaire. Le mode de recrutement, la formation, la supervision, le système d'information sur les données, les activités, les intrants, les matériels, les équipements, le système de motivation des AC, et les sites communautaires demandent encore à être harmonisés et standardisés. Pour relever ces défis, le Plan stratégique national de renforcement de la santé communautaire 2019-2030, requiert un montant de 92 966 434 US\$ pour mener les activités prévues sur les 5 premières années.

III DEVELOPPEMENT DU PLAN STRATEGIQUE INTEGRE DE PF ET DE SECURISATION DES PRODUITS DE SR ET DU PLAN D'ACTION NATIONAL BUDGETISE EN PF

Dans la continuité des actions pour atteindre les objectifs 2020 en matière de planification familiale, Madagascar a établi une feuille de route quinquennale à travers le plan d'action national budgétisé en PF 2016-2020. Pour boucler le cycle de programmation 2016-2020, les réalisations acquises du Plan Stratégique Intégré de Planification Familiale et de Sécurisation des Produits de la Santé de la Reproduction (PSI PF/SPSR) ainsi que du Plan d'Action National Budgétisé en PF (PANB-PF) de la même période ont fait l'objet d'évaluation détaillée, assortie de recommandations ayant permis l'élaboration du document PSI PF/SPSR 2021-2025. Ce nouveau plan stratégique en tant qu'élément essentiel du cadre de programmation actualisé de PF, concrétise l'engagement de Madagascar récemment renouvelé, en faveur du partenariat mondial Family Planning 2030 pour améliorer l'accès et l'utilisation de la planification familiale.

En se référant, au précédent engagement sur le Family Planning 2020, l'objectif était d'atteindre un taux de prévalence contraceptive de 50 %. Cette valeur, avec la perspective de réduire de moitié les besoins non satisfaits en planification familiale et d'arriver à 9 %, correspondent à l'intensification des efforts de l'Etat pour atteindre les Objectifs de Développement Durable, les objectifs du Plan de Développement du Secteur Santé (PDSS) 2015-2019 et ceux de la Feuille de route pour l'Accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale à Madagascar pour la période 2015-2019.

Aussi, la mise en œuvre du PANB-PF 2016-2020 devrait-il aboutir à la concrétisation des engagements de Madagascar sur le FP2020, qui consistent à mettre en œuvre les mesures suivantes⁹ :

- Réviser tous les documents cadres et législatifs pour un environnement favorable à la PF à Madagascar ;
- Améliorer l'accès libre des jeunes, y compris les adolescentes, aux services de PF dans une approche conviviale ;
- Rendre effective l'application des lois relatives à la PF, au mariage et aux régimes matrimoniaux ;
- Institutionnaliser la campagne nationale annuelle en PF ;
- Renforcer la mobilisation et la distribution à base communautaire en priorisant les zones non accessibles ;
- Assurer la sécurisation et la disponibilité des produits contraceptifs, incluant les produits pour la contraception d'urgence, jusqu'au niveau bénéficiaire.

L'évaluation des réalisations dudit plan PANB-PF 2016-2020 selon les critères pour l'évaluation de l'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), comprenant l'analyse de l'efficacité, l'efficience, la cohérence, la pertinence, l'impact et la durabilité, et l'analyse du gap financier, ont montré que le financement global octroyé pour la période de cinq années était de 463,1 milliards MGA (154,4 millions USD). Par rapport au coût

⁹ République de Madagascar, 2016, Plan d'action national budgétisé en planification familiale à Madagascar 2016-2020.

total prévu pour la mise en œuvre du plan qui était de 522,2 milliards MGA (174,1 millions USD), la couverture financière était donc de l'ordre de 89 % des coûts initiaux. Mais dans la réalité, si les produits contraceptifs (PC) étaient bien financés, les autres activités du PANB-PF liées aux autres axes stratégiques n'étaient couvertes financièrement qu'à hauteur de 47 % seulement¹⁰.

Par ailleurs, l'élaboration du Plan Stratégique Intégré 2016-2020 de Planification Familiale et de Sécurisation des Produits de la Santé de la Reproduction a eu pour principal objectif de faire face aux défis d'apporter une réponse nationale efficace par l'intégration du PF et de la SPSR dans un seul plan stratégique en vue de garantir une continuité des services de PF de qualité en assurant la disponibilité permanente des produits SR/PF. Le PSI PF/SPSR était guidé par l'engagement du pays à garantir l'accès universel aux services de PF volontaire et basés sur les droits humains, pour assurer le bien-être des familles malagasy. L'évaluation de cette stratégie à la fin du cycle de programmation en 2020, a permis de mesurer le niveau d'atteinte des résultats de sa mise en œuvre et de documenter les bonnes pratiques et les leçons tirées. Elle a rendu disponible les recommandations pertinentes pour l'élaboration du prochain plan PSI PF/SPSR 2021-2025, en vue de l'augmentation du nombre d'utilisatrices et de faire face aux défis relatifs à la disponibilité des produits contraceptifs¹¹.

La mise en œuvre PANB 2016-2020 a permis d'augmenter considérablement, par rapport aux cibles, le nombre de décès maternels évités de 174 % en 2020 (nombre 2 650) et le nombre d'avortements évités de 110 % (218 000 en 2020). Le nombre de couple-année protection dépasse la cible avec 3 216 623 en 2020 (133 %). La sécurisation et la disponibilité des produits contraceptifs, incluant les produits pour la contraception d'urgence, jusqu'au niveau des bénéficiaires ont pu être assurées durant la période de programmation définie¹². Néanmoins, certaines lacunes en rapport à l'inégale répartition des principaux acteurs de la PF dans le pays, telles que les formations sanitaires, les organisations non gouvernementales (ONG), les agences de mises en œuvre des partenaires externes, font que des régions peu performantes ont souffert d'une insuffisance d'appui, voire d'absence de PTF.

Malgré les efforts importants fournis par toutes les parties prenantes de la mise en œuvre de la PF aux niveaux central et décentralisé, et malgré la progression de certains indicateurs, les résultats de la mise en œuvre de la PSI PF/SPSR 2016-2020 sont considérés après la réalisation de l'évaluation, comme mitigés du fait que les objectifs fixés de réduire les besoins non satisfaits en PF à 9 % et l'ISF à 3, ainsi que d'atteindre une prévalence contraceptive à 50 % n'ont pas été atteints¹³.

Aussi, pour relancer le défi de l'amélioration de l'accès et l'utilisation de la planification familiale, à travers le renouvellement de son engagement au partenariat mondial FP 2030, le Gouvernement de Madagascar dans l'élaboration du PSI PF SPSR 2021-2025 a retenu la recommandation relative à la nécessité de faire avant tout de la PF une priorité nationale pérenne. Pour la concrétisation opérationnelle de cette priorité nationale et dans le but de définir clairement la vision du pays, les

¹⁰ Hurley, L., mai 2020, *Analyse du gap financier du plan d'action national budgétisé en planification familiale (2016-2020)*.

¹¹ MSANP et UNFPA, 2020, *Évaluation du Plan Stratégique Intégré de Planification Familiale et de Sécurisation des Produits de la Santé de la Reproduction 2016-2020*.

¹² République de Madagascar, *Revue du Plan d'Action National Budgétisé en Planification Familiale à Madagascar 2016-2020*.

¹³ MSANP et UNFPA, 2020, *Évaluation du Plan Stratégique Intégré de Planification Familiale et de Sécurisation des Produits de la Santé de la Reproduction 2016-2020*.

objectifs, les priorités stratégiques et les interventions, l'élaboration du PANB-PF 2021-2025 prend en compte les éléments considérés dans le nouveau PSI PF SPSR, notamment en ce qui concerne la nécessité de :

- Renforcer le comité de coordination SR/PF en incluant d'autres entités de la société civile et secteur privé et en élargissant son mandat sur la SSR et le SRAJ ;
- Inclure le ministère chargé de la communication dans le comité PF ;
- Réviser les stratégies de communication pour la SR/PF ;
- Centraliser les données provenant des autres ministères, des acteurs et partenaires d'appui en PF au niveau terrain et des ONG/associations au niveau du MSANP/DSFa pour la constitution de bases de données factuelles en vue de l'analyse pour l'identification et de la résolution des problèmes ;
- Elaborer et diffuser un guide uniformisé pour les groupes d'écoute/groupe de parole ;
- Organiser des campagnes de sensibilisation sur la SRAJ afin de favoriser l'accès aux services PF/SSR aux adolescents et les jeunes et diminuer les grossesses précoces et non désirées ;
- Intégrer des activités de SR/PF dans toutes les célébrations des journées mondiales ou nationales ;
- Doter le niveau déconcentré en ressources suffisantes et pérennes ;
- Assurer que l'inclusion des personnes en situation d'handicap soit traitée de manière transversale dans les documents cadres PF ;
- Augmenter et /ou mettre à l'échelle les centres de santé de base (CSB) capables de prendre en considération les besoins particuliers des adolescents et les jeunes aux services intégrés de soins de SR de qualité, adaptés à leurs conditions ;
- Intégrer le plan de distribution des produits PF dans les urgences sanitaires et lors des situations de crise relatives par exemple au cataclysme naturel, etc. ;
- Impliquer le secteur privé dans la sécurisation des produits SR/PF ;
- Assurer la mise en place de l'Approche du Marché Total par l'assurance de la disponibilité des services et des produits de qualité dans tous les secteurs (privé, public et ONG) et la mise en place de politiques et stratégies adaptée et à jour ;
- Répartir équitablement l'appui existant et mobilisé à toutes les régions du pays et au niveau décentralisé et déconcentré.

Les objectifs du Plan stratégique intégré PF SPSR 2021-2025 sont de :

- Augmenter à au moins 55 % le taux de prévalence contraceptive moderne (TPCm) chez les femmes mariées ou en union ;
- Réduire à au moins 9 % les besoins non satisfaits en PF ;
- Augmenter le TPC moderne chez les jeunes de :
 - 15 à 19 ans de 28.2 % à 37% au moins ;
 - 20 à 24 ans de 41.4% à 52 % au moins ;
- Réduire l'ISF à 3 ;
- Réduire le taux de mortalité néonatale (TMN) à 14 pour 1000 nv ;
- Réduire le taux de mortalité maternelle (TMM) à 300 pour 100 000 nv.

Ces objectifs sont retenus dans le but de ralentir la croissance démographique non proportionnelle au développement économique, d'améliorer la santé maternelle et infantile et de favoriser le développement économique du pays. Et de ce fait, il s'agirait de tirer profit du changement potentiel de la structure par âge de la population, par l'amélioration du ratio population active sur la population totale et par des investissements stratégiques orientés vers les adolescents et les jeunes en faveur de la croissance économique inclusive.

Pour atteindre les objectifs d'augmentation du taux de prévalence contraceptive moderne et de réduction des besoins non-satisfaits en PF, le Plan d'action national budgétisé en planification familiale du pays détaille les priorités stratégiques devant guider les secteurs gouvernementaux, le secteur privé et la société civile vers une augmentation de l'accès à la planification familiale. Le PANB-PF est conçu comme étant la feuille de route quinquennale spécifique du programme national de planification familiale pour la période 2021-2025, et en même temps l'outil de coordination et de suivi des efforts concertés permettant d'évaluer la redevabilité mutuelle axée sur la concrétisation des engagements des parties prenantes à l'atteinte des résultats.

En outre, le PANB-PF renforce et soutient les stratégies et les politiques déjà mises en œuvre, alignées sur le Plan de développement du secteur de la santé (PDSS) pour la période 2020-2024. Il permet au gouvernement de prioriser les interventions et mobiliser les ressources requises, et de déterminer les activités prioritaires et les financements visant à combler les lacunes pour l'atteinte des objectifs. Le PANB-PF présente les estimations des coûts associés aux activités et pour mettre en œuvre les priorités stratégiques et obtenir les résultats assignés aux objectifs du Family Planning 2030.

De manière générale, les objectifs du PANB 2021-2025 sont d'accroître la demande et l'utilisation de la PF et de favoriser l'adoption de ces méthodes sur la base des droits humains et de les rendre plus accessibles particulièrement aux groupes cibles. Ils correspondent à ceux du PSI PF/SPSR 2021-2025 et à la concrétisation des engagements sur le FP2030.

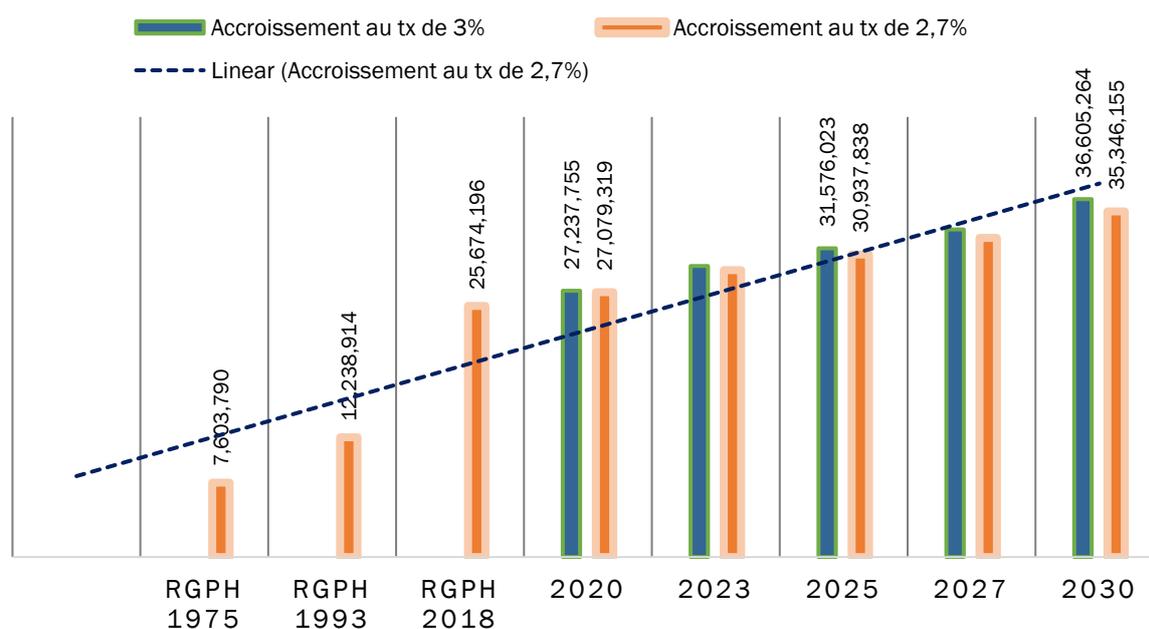
IV CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ET SITUATION DE PAUVRETE

Caractéristiques de la population

Lors du recensement réalisé en 2018 sous l'égide de l'INSTAT, la population de Madagascar a été évaluée à 25 674 196 habitants. Elle est composée d'un peu plus de femmes (13 015 251) que d'hommes (12 658 945), soit 97 hommes pour 100 femmes. Les femmes représentent alors 50,7 % de la population résidente totale contre 49,3 % d'hommes¹⁴.

Au cours de la période 1993-2018, la population de Madagascar a connu un accroissement annuel moyen de 3,0 %, entraînant ainsi une augmentation de la population d'environ 368 123 habitants, en moyenne par an, entre 1993-2018. Le rythme d'accroissement annuel observé pour la période 1975-1993 précédente est légèrement inférieur, car le taux était de 2,7 % par an en moyenne ; ce qui représente une augmentation de la population d'environ 203 749 habitants, en moyenne par an. Plus globalement, de 1975 à 2018, le taux est plus contenu avec 2,9 % de croissance par an en moyenne, soit une augmentation de la population d'environ 218 250 habitants, en moyenne par an¹⁵.

Graphique 1 : Croissance de la population de 1975 à 2030



Source : Données de RGPH 3, INSTAT décembre 2020

En 2025 et 2030, on s'attendrait respectivement à une population de 31 576 023 et 36 605 264 habitants au taux d'accroissement de 3 %, soit en 2025 une augmentation par rapport à 2020 de 4 338 268 d'individus et 9 367 509 en 2030.

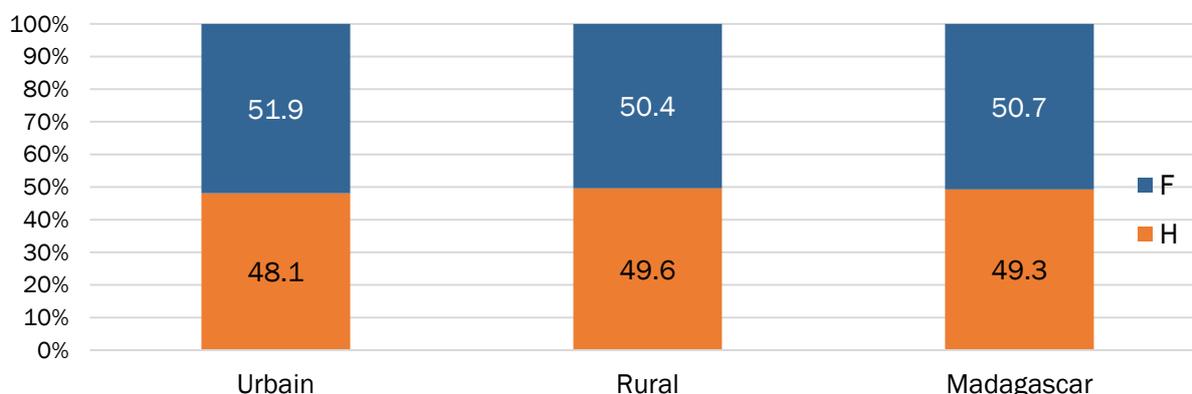
La répartition selon le milieu de résidence montre que la population de Madagascar est constituée essentiellement de ruraux et cela, quel que soit le sexe. Les résultats montrent en effet que 20 731

¹⁴ INSTAT Madagascar, déc. 2020, Troisième recensement général de la population et de l'habitation tomes 1 et 2.

¹⁵ INSTAT Madagascar, déc. 2020, Troisième recensement général de la population et de l'habitation tomes 1 et 2.

294 (soit 80,7 %) vivent en milieu rural contre 4 942 902 qui sont des citadins. Autrement dit, le taux d'urbanisation de Madagascar s'établit à 19,3 %¹⁶.

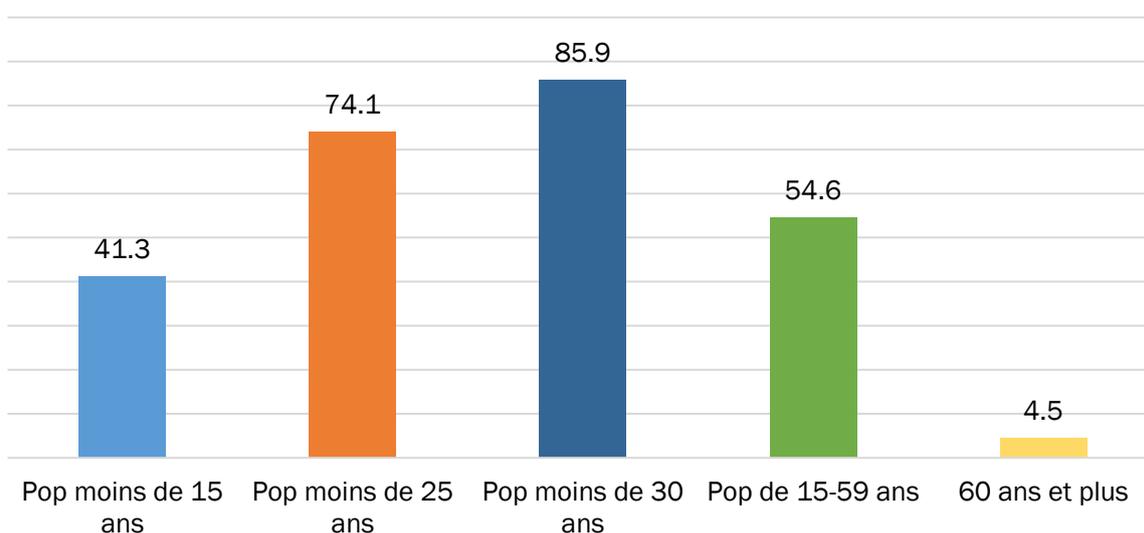
Graphique 2 : Pourcentage de la population résidente par sexe selon le milieu de résidence



Source : Données de RGPH 3, INSTAT décembre 2020

La population de Madagascar, à l'instar de celle de beaucoup de pays d'Afrique se caractérise par sa jeunesse. La structure des âges conforte l'importance des enfants et des jeunes au sein de la population et le faible effectif des personnes âgées. En effet, les jeunes de moins de 15 ans représentent 41,3 % de l'ensemble de la population et les enfants en bas âges de moins de 5 ans sont de 14,4 %¹⁷. Le graphique ci-dessous indique que les moins de 25 ans et les moins de 30 ans constituent la grande majorité avec respectivement 74,1 % et 85,9 % de la population totale.

Graphique 3 : Proportion de la population de moins de 15 ans, 25 ans et 30 ans – année 2018 (en %)



Source : Données de RGPH 3, INSTAT décembre 2020

Néanmoins, les personnes âgées de 60 ans et plus ne constituent que 4,5 % de la population totale.

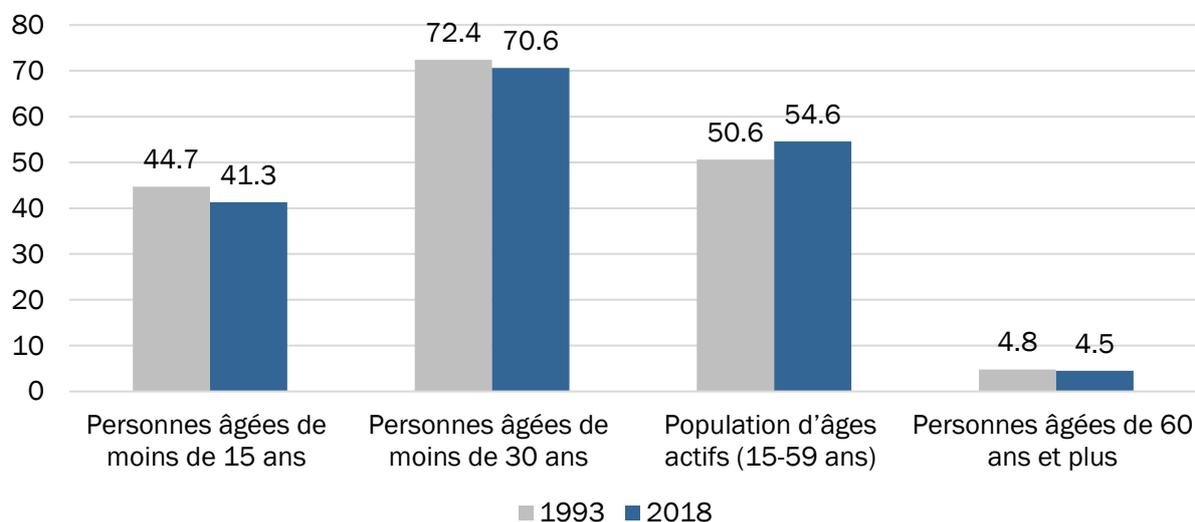
En termes de tendance, le graphique ci-dessous montre que la proportion des jeunes âgés de moins de 15 ans, c'est-à-dire des dépendants « économiquement », par rapport à la population totale a

¹⁶ INSTAT Madagascar, déc. 2020, Troisième recensement général de la population et de l'habitation tomes 1 et 2.

¹⁷ INSTAT Madagascar, déc. 2020, Troisième recensement général de la population et de l'habitation tomes 1 et 2.

baissé. Elle passe de 45 % en 1993 à 41 % en 2018. Cependant en termes d'effectifs la population a doublé allant de 5 465 191 à 10 597 526 individus. Par rapport à la population totale, la proportion des personnes d'âge actif de 15-59 ans, qui constitue une main d'œuvre potentielle, a connu une augmentation en passant de 51 % en 1993 à 54 % en 2018¹⁸.

Graphique 4 : Evolution de la population en pourcentage selon les tranches d'âge



Source : Données de RGPH 3, INSTAT décembre 2020

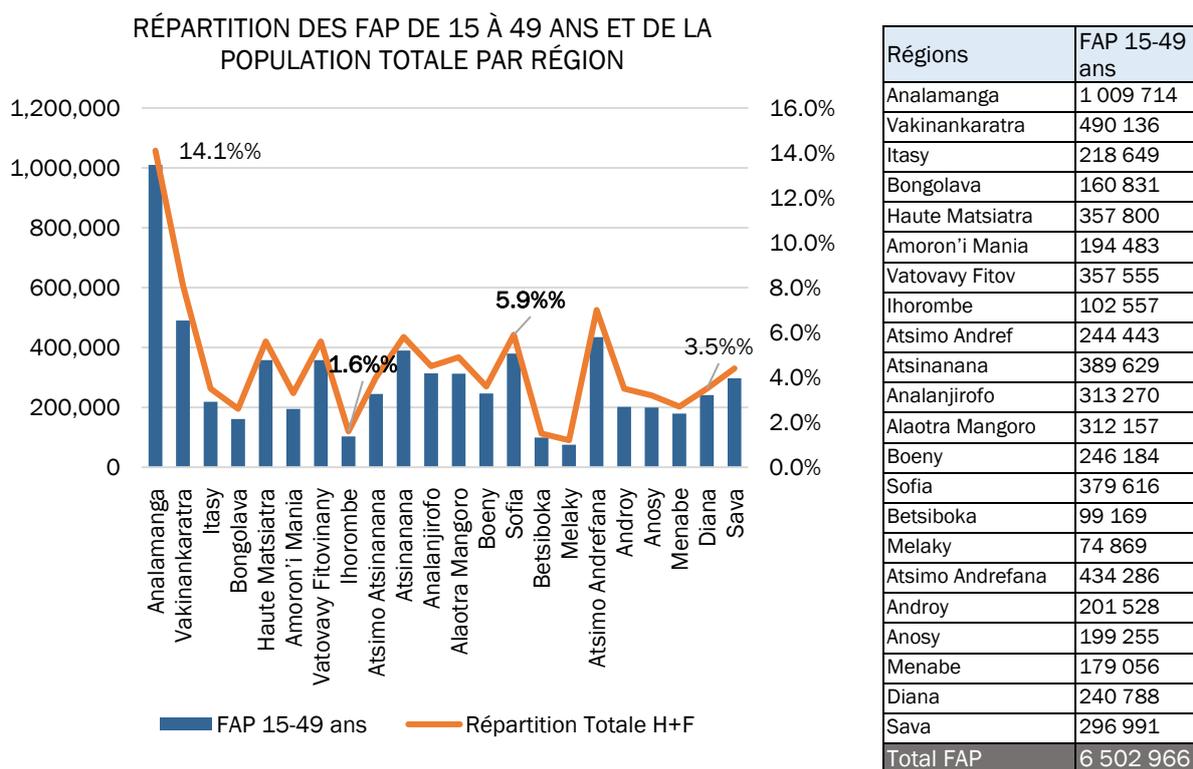
Les résultats observés concernant la baisse de la structure en pourcentage pour les moins de 15 ans et les moins de 30 ans ainsi que de la hausse pour la population d'âges actifs peuvent être interprétés comme la conjonction de deux phénomènes en baisse, à savoir la mortalité et la fécondité. Dans ces conditions, Madagascar pourrait réunir les conditions démographiques pour bénéficier du moins dans une moindre mesure du dividende démographique. Ce dernier se traduirait par une possibilité de baisse du nombre de personnes à charge, pour le même nombre de personne d'âge actif.

Si on considère la répartition de la population par région, les informations du RGPH3 -2018 indiquent qu'Analamanga est la région la plus peuplée (14,1 %). Il est suivi de Vakinankaratra (8,1 %) et de Atsimo Andrefana (7 %). Les régions les moins peuplées sont Melaky, Betsiboka et Ihorombe sont les moins peuplées avec respectivement 1,2 %, 1,5 % et 1,6 %).

Pour apprécier la précocité de la procréation, le troisième recensement général de la population et de l'habitation effectué en 2018 a défini un groupe d'âge de femmes de 12 à 49 ans dont le nombre est de 7 474 696 habitants, qui représentent 85,8% des femmes de 12 ans et plus. Les femmes de 15-49 ans recensées à Madagascar ou la population féminine en âge de procréer (FAP) sont d'environ de 6 502 966 habitants. Elles représentent 25,3 % de la population totale et 74,6 % de la population féminine de 12 ans et plus. Dans le graphique ci-dessous, on retrouve en pourcentage la répartition de la population totale par région et la répartition également par région des femmes de 15 à 49 ans.

¹⁸ INSTAT Madagascar, déc. 2020, Troisième recensement général de la population et de l'habitation tomes 1 et 2.

Graphique 5 : Répartition des femmes en âge de procréer et de la population par région

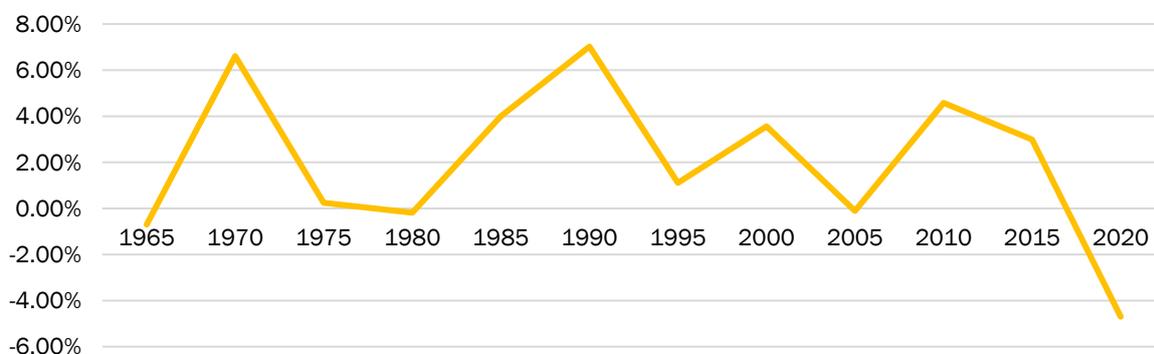


Source : Données de RGPH 3 tome 1 - p 35 - tab 23 - Décembre 2020

Situation de pauvreté

Les dépenses de consommation finale des ménages en pourcentage de croissance annuelle sont fournies par les données des comptes nationaux de la Banque mondiale et les fichiers de données des comptes nationaux de l'OCDE. En se référant au graphique ci-dessous, si les dépenses ont augmenté entre 2005 et 2010, puis maintenues stables jusqu'en 2015, elles sont devenues négatives (-4 %) en 2020.

Graphique 6 : Evolution de la croissance des dépenses de consommation des ménages de 1965 à 2020



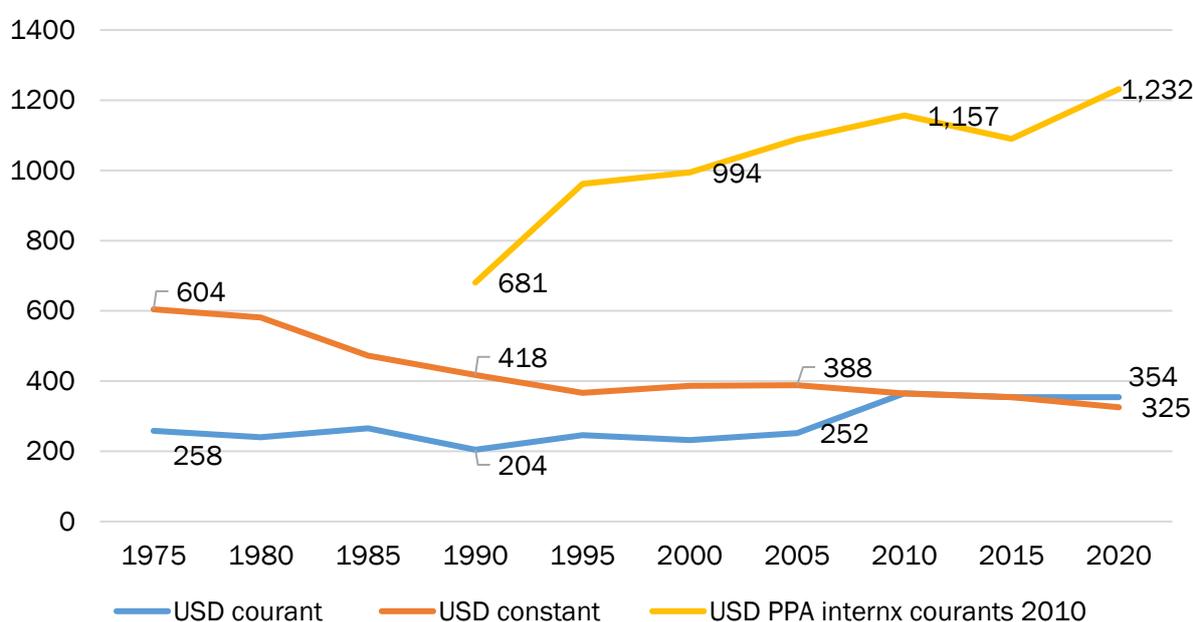
Source : Données des comptes nationaux de la BM et fichiers de données des comptes nationaux de l'OCDE

L'évolution de trois séries de dépenses (cf. graphique ci-dessous) dont les dépenses de consommation finale des ménages par habitant (US \$ courant), les dépenses de consommation

finale des ménages par habitant (US \$ constant de 2010) et les dépenses de consommation finale des ménages par habitant (US\$ Parité du Pouvoir d'Achat ou PPA internationaux courants de 2010)¹⁹ montre que la population s'est appauvrie au fil des années, bien que les dépenses de consommation évaluées en terme courants du parité du pouvoir d'achat (PPA) internationaux aient augmenté de 1990 à 2020. En effet les dépenses constantes n'ont pas cessé de diminuer depuis 1975 à ce jour.

Les dépenses de consommation finale des ménages comprennent les dépenses effectivement réalisées par les ménages résidents pour acquérir des biens et des services destinés à la satisfaction de leurs besoins. Les dépenses de consommation effective des ménages incluent en outre les dépenses financées par la collectivité, comme par exemple en matière d'éducation, de santé, d'action sociale ou de logement.

Graphique 7 : Evolution des dépenses de consommation finale des ménages par habitant



Source : Données des comptes nationaux de la BM et fichiers de données des comptes nationaux de l'OCDE

En 2017, Madagascar était classé 162^{ème} pays parmi 189 au niveau l'indice de développement humain (IDH)²⁰. En 2018 au rang de 201^{ème} sur 228 pays²¹, avec un IDH de 0,521, le revenu national brut (RNB) par habitant était de 1 404 en USD PPA 2011, dont pour les hommes 1 690 USD et 1 119 USD pour les femmes²². En 2019, l'IDH de Madagascar était de 0,528²³.

¹⁹ Veuillez voir les données des comptes nationaux de la Banque Mondiale et de l'OCDE.

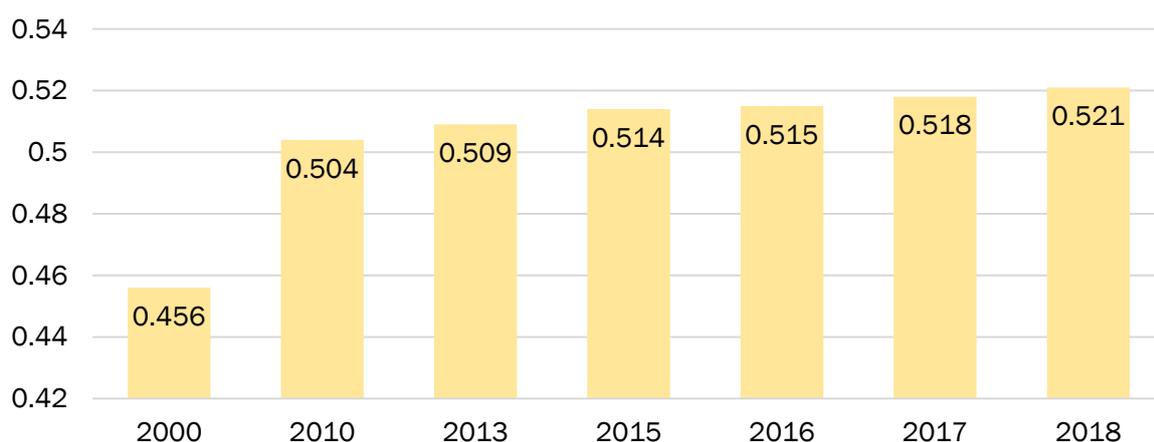
²⁰ PNUD, 2020, Rapport sur le développement humain durable 2019 : Les inégalités de développement humain au XXI^{ème} siècle.

²¹ PopulationData.net, 2022, « Palmarès - Indicateur de développement humain ». Disponible sur : <http://www.populationdata.net/palmares/idh/>

²² PNUD, 2020, Rapport sur le développement humain durable 2019 : Les inégalités de développement humain au XXI^{ème} siècle.

²³ PNUD, 2022, "Human Development Data". Disponible sur : <http://hdr.undp.org/en/data>

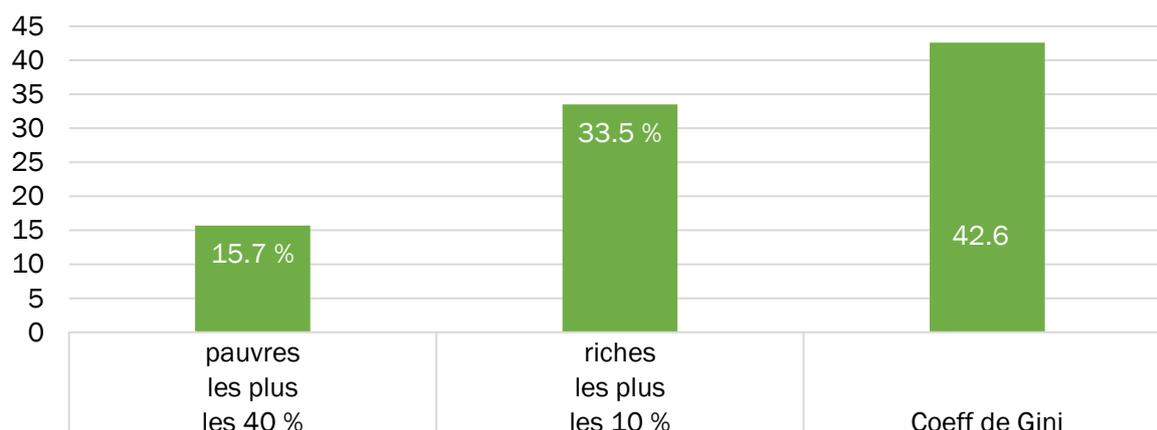
Graphique 8 : Tendence de l'évolution de l'IDH 2000 -2018



Source : Données du rapport sur le développement humain durable, PNUD

De 2000 à 2010 l'IDH évolue avec une croissance moyenne de 1,01. De 2010 à 2018 cette croissance est devenue très faible, soit de l'ordre de 0,42. L'évolution minimale de l'IDH est renforcée par la distribution inégale des revenus entre les groupes socio-économiques (graphique ci-dessous).

Graphique 9 : Pourcentage de revenu détenu par groupe socio-économique en 2010-2017



Source : Données du rapport sur le développement humain durable 2019, PNUD

Le graphique ci-dessus indique que les plus pauvres qui représentent 40 % de la population détiennent 15,7 % de la richesse du pays contre 33,5 % de la richesse pour le groupe de riches qui sont 10 % de la population. Le coefficient de Gini mesuré à 42,6 rend compte de l'inégalité de la répartition de revenu dans la population. Les niveaux de vie sont donc loin d'être égaux²⁴.

Deux autres groupes d'indicateurs de pauvreté non-monnaire, ont été également utilisés pour mesurer le clivage en termes de pauvreté de la population. Il s'agit de la pauvreté matérielle et de la pauvreté multidimensionnelle²⁵.

- La pauvreté matérielle est l'indice de bien-être économique basé sur les conditions d'existence du ménage comme l'habitation, l'eau et l'assainissement ainsi que les

²⁴ PNUD, 2020, Rapport sur le développement humain durable 2019 : Les inégalités de développement humain au XXIème siècle.

²⁵ INSTAT Madagascar, déc. 2020, Troisième recensement général de la population et de l'habitation tomes 1 et 2.

patrimoines du ménage telles que la possession de biens et d'équipements ménagers, et la possession d'actifs productifs (cheptel). Le ratio de pauvreté matérielle représente la proportion de la population malagasy qui est pauvre en prenant en compte uniquement le bien-être économique de l'individu.

Le ratio de pauvreté matérielle est estimé à 71,5 % (soit 18 358 866 individus). Cette pauvreté est surtout un phénomène rural dans la mesure où 83,4 % de la population en milieu rural sont pauvres contre 21,8 % en milieu urbain. Elle affecte de la même manière la population des deux sexes. L'ampleur de la pauvreté est mise en exergue dans les régions Androy, Atsimo Atsinanana et Vatovavy Fitovinany où plus de 90 % de la population peuvent être qualifiés de pauvres selon l'approche de la pauvreté matérielle.

- Pauvreté multidimensionnelle identifie les privations multiples subies par les ménages par rapport à l'éducation, la santé et le niveau de vie. A partir des informations sur les conditions de vie des ménages, de l'éducation et de la santé, 74,2 % de la population malagasy sont pauvres « multi dimensionnellement » (soit 19 038 603 individus). À titre de comparaison, cette pauvreté multidimensionnelle est élevée par rapport à la pauvreté matérielle (avec plus 2,6 points de pourcentage). Cette pauvreté multidimensionnelle affecte beaucoup plus les personnes vivant en milieu rural (84,4 %) que celles en milieu urbain (31,2 %). Par rapport au genre, la différence de pauvreté multidimensionnelle n'est pas très significative.

À Madagascar, l'indice de pauvreté multidimensionnelle en 2018 est de 0,419²⁶. Ce qui signifie que si ces privations sont supportées par l'ensemble de la population alors chaque individu aura un niveau moyen de privation de 41,9 %. L'analyse spatiale, confirme l'importance du fait que 90 % de la population des régions Androy, Atsimo Atsinanana et Vatovavy Fitovinany sont touchés par la pauvreté multidimensionnelle²⁷.

²⁶ INSTAT Madagascar, déc. 2020, Troisième recensement général de la population et de l'habitation tomes 1 et 2.

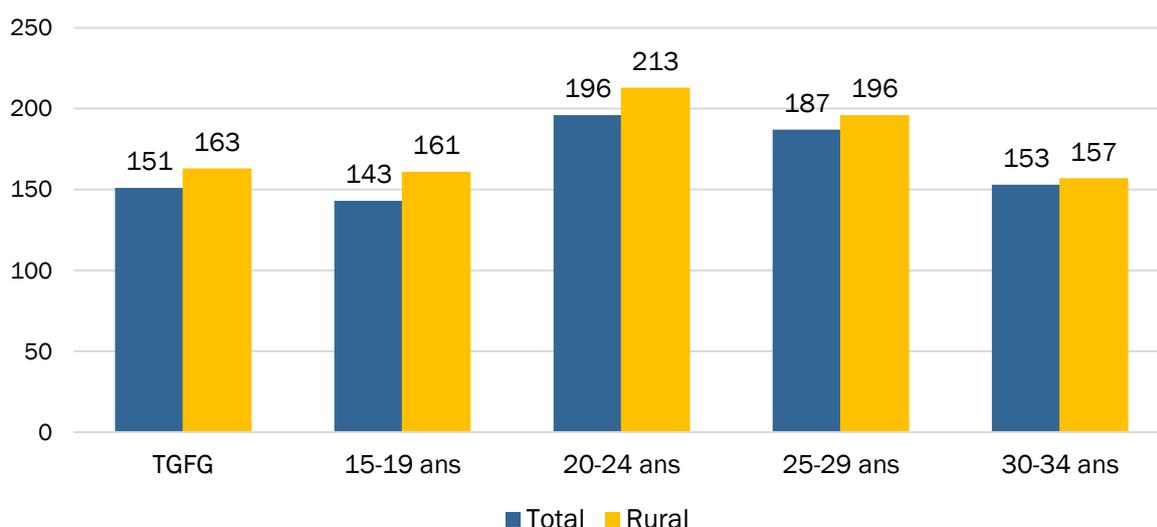
²⁷ INSTAT Madagascar, déc. 2020, Troisième recensement général de la population et de l'habitation tomes 1 et 2.

V SANTE MATERNELLE ET DE LA REPRODUCTION

Fécondité générale et indice synthétique de fécondité

En 2021, le taux de fécondité par âge est élevé pour les jeunes de 15-19 ans (143 ‰) et il augmente pour atteindre un maximum à 20-24 ans (196 ‰)²⁸. Le taux global de fécondité général reste à 151 pour 1000 femmes de 15-49 ans en 2018²⁹ et 2021³⁰. En milieu rural il est de 163 pour 1000 en 2021. A tous les âges également en milieu rural, les taux de fécondité sont élevés, comme indiqués dans le graphique ci-dessous.

Graphique 10 : Taux Global de Fécondité Générale (TGFG) et Taux de Fécondité (TF) par âge et en milieu rural (en 2021 en pour 1000)



Source : Données de l'enquête démographique et de santé à Madagascar – EDSMD V- 2021, INSTAT

En 2018, les taux de fécondité en milieu rural (164,2 ‰) et particulièrement pour les tranches d'âge 15-19 ans (168 ‰), 20-24 ans (231 ‰), et 25-29 ans (215 ‰) sont élevés³¹.

L'indice synthétique de fécondité (ISF) qui exprime le nombre moyen d'enfants qu'une femme aura accouché à la fin de ses années de procréation est 4,6 en 2018 et 4,3 en 2021³² pour les femmes de 15 à 49 ans. Entre ces deux années, l'ISF au niveau national a montré une faible tendance à la baisse. Selon toujours les résultats de l'enquête démographique et de santé à Madagascar V, l'ISF en 2021 est beaucoup plus élevé en milieu rural (4,6) qu'en milieu urbain (3,2). Il atteint 4,6 en milieu rural.

Il en résulte à partir de données disponibles, qu'au-delà de maintenir les acquis pour certaines zones et tranches d'âge, les actions de renforcement de la planification familiale demandent également à cibler le milieu rural, des régions et femmes d'âges spécifiques dont la fécondité tire la moyenne nationale vers le haut.

²⁸ INSTAT, 2021, Enquête démographique et de santé à Madagascar (EDSMD V) 2021 – Rapport des indicateurs clés.

²⁹ INSTAT, août 2019, Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) 2018 – Résumé statistiques.

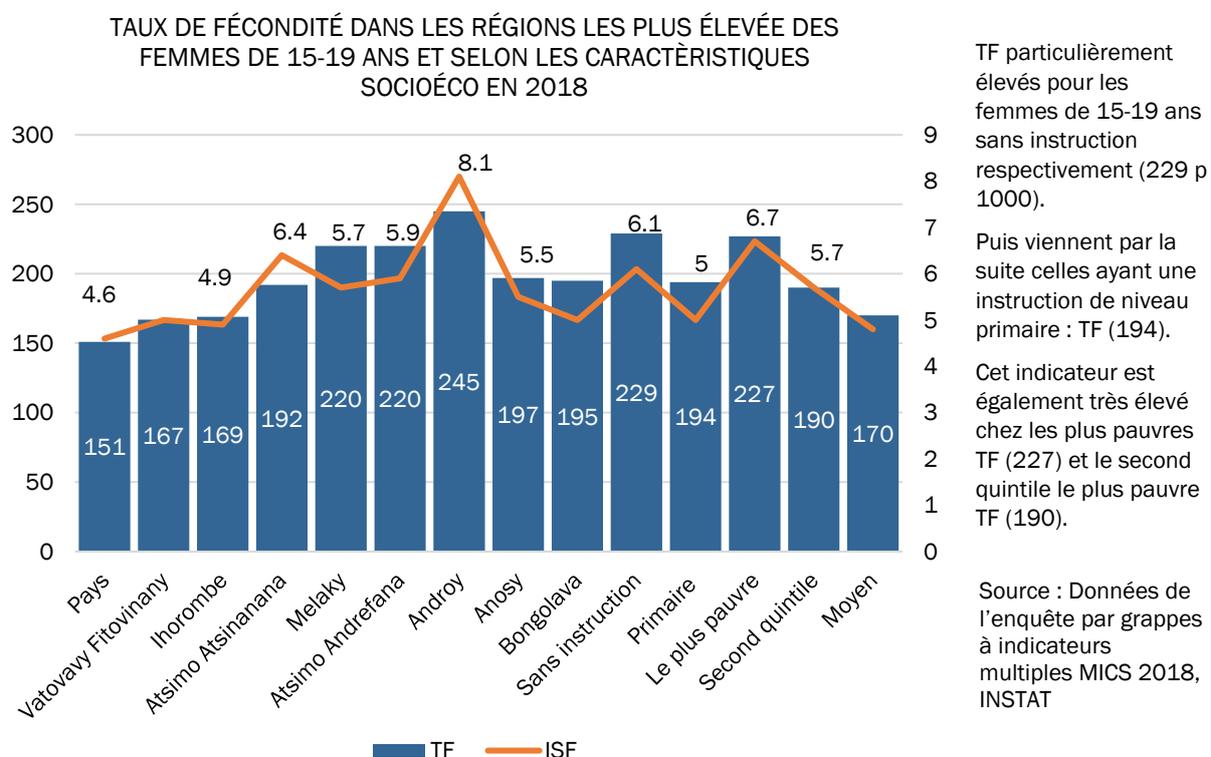
³⁰ INSTAT, 2021, EDSMD V 2021 – Rapport des indicateurs clés.

³¹ INSTAT, août 2019, MICS 2018 – Résumé statistiques.

³² INSTAT, 2021, EDSMD V 2021 – Rapport des indicateurs clés.

Concernant par exemple les femmes de 15-19 ans, en 2018 les taux de fécondité les plus élevés en 2018 concernent 8 régions présentées dans le graphique ci-dessous.

Graphique 11 : Régions ayant les TF les plus élevés pour les femmes de 15-19 ans en 2018



Prévalence de la contraception

Une planification familiale appropriée est importante pour la santé des femmes et des enfants car elle permet la prévention des grossesses trop précoces ou non désirées ou trop tardives et assure l'extension de l'intervalle entre les naissances et la limitation du nombre total d'enfants³³.

La limitation de l'utilisation de la PF à Madagascar est traduite par un taux de prévalence contraceptive des femmes en union en méthode moderne encore faible (40,5 %) ³⁴, bien que les résultats de l'enquête EDSMD V montrent une légère hausse du TPCm en 2021 avec 42,7 %. Pour la même année le TPCm des femmes non en union et sexuellement actives est de 46,7 %³⁵.

Tableau 1 : Tendance des TPC

	2016	2017	2018	2021
Taux de prévalence contraceptive, méthodes modernes (TPCm)	38,4 %	39,7.5 %	40,5 % MICS	42,7 EDSMD V

Source : Revue PANBPF 2016-2020, MICS 2018 et EDSMD V

³³ PATH et UNFPA, 2006, *Répondre aux besoins : renforcer les programmes de planification familiale*. Disponible sur : https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/family_planning06.pdf

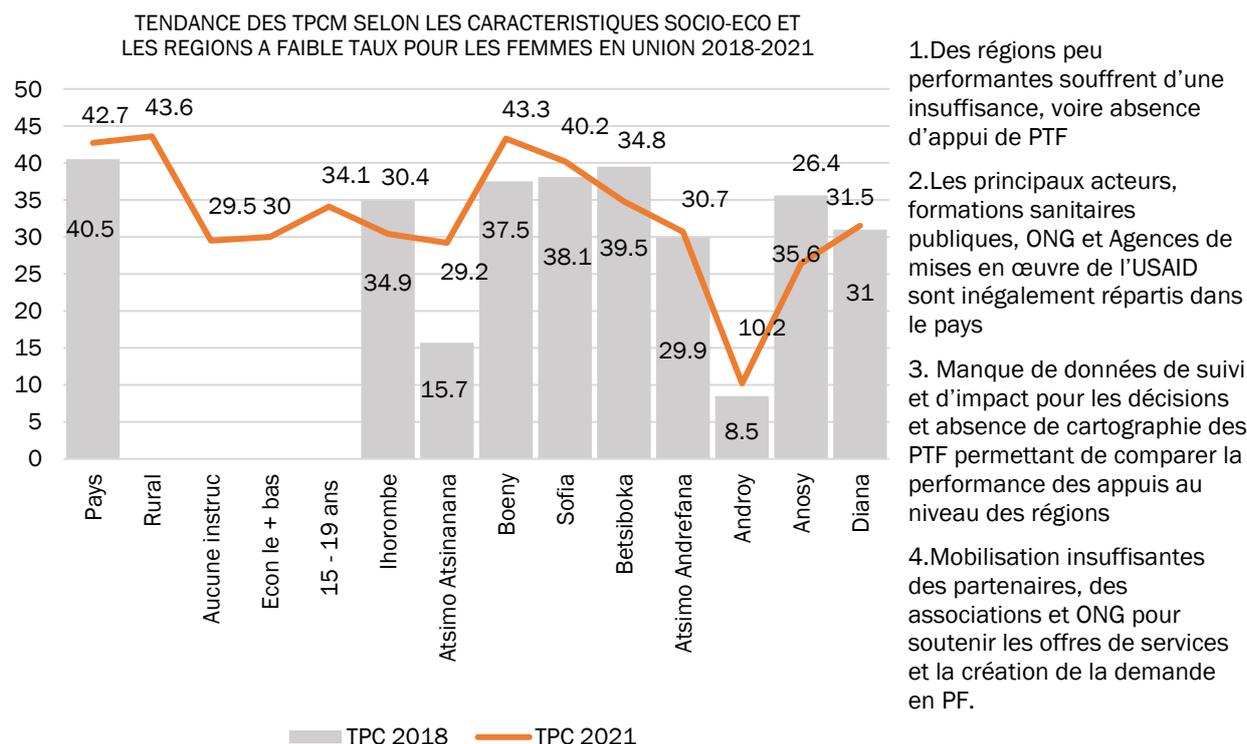
³⁴ INSTAT, août 2019, MICS 2018 – Résumé statistiques.

³⁵ INSTAT, 2021, EDSMD V 2021 – Rapport des indicateurs clés.

Neuf régions sont manifestement en dessous de la moyenne nationale et méritent un traitement renforcé en termes d'appui pour assurer une amélioration rapide du TPC. Pour ces régions entre 2018 et 2021 des progrès sont constatés notamment pour Atsimo Atsinanana, Boeny, Sofia et Androy, par contre les régions de Betsiboka, Ihorombe et Anosy ont connu une baisse du TPC entre ces deux années.

Différentes causes peuvent être évoquées pour expliquer les situations de faible prévalence contraceptive de ces différentes régions.

Graphique 12 : Régions ayant les plus faibles taux de prévalence contraceptive



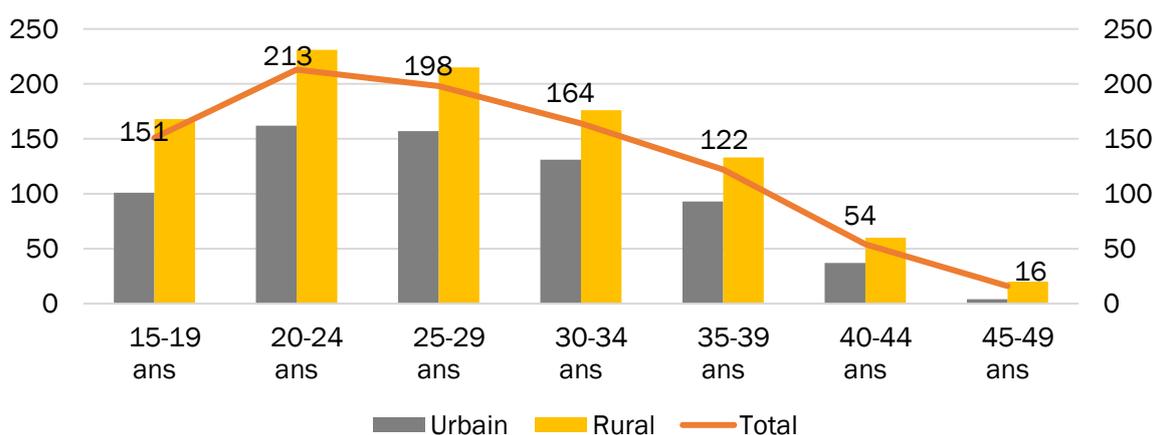
Sources : Données de l'enquête par grappes à indicateurs multiples MICS 2018, INSTAT et de EDSMD V 2021, INSTAT

En 2021, les TPC des femmes ayant aucune instruction (29,5 %) et celles qui sont économiquement les plus faibles (30 %) ainsi que celles âgées entre 15-19 ans (34,1 %) sont tous inférieurs au TPC national de 42,7 %.

Le Taux de natalité des adolescentes (âgées de 15-19 ans) est un indicateur mondial ODD (3.7.2) pour l'accès universel aux services de santé sexuelle et de la reproduction (Cible 3.7). Pour ce groupe d'âge le taux de fécondité est de 151 p 1000³⁶. Les taux de fécondité par âge (TFA) sont exprimés en nombre de naissances pour 1000 femmes dans un groupe d'âge déterminé. Le graphique ci-dessous montre les différentes valeurs correspondantes.

³⁶ INSTAT, août 2019, MICS 2018 – Résumé statistiques.

Graphique 13 : Taux de fécondité par âge et par milieu de résidence en 2018



Source : Données de l'enquête par grappes à indicateurs multiples MICS 2018, INSTAT

En 2018, le taux de fécondité est le plus élevé chez les femmes de 20 à 24 ans (213 pour 100 000), puis successivement chez les groupes d'âge 25-29 ans et 30-34 ans. Une tendance à la baisse est observée en 2021 concernant le groupe d'âge 15-19 ans (143 pour 1000) contre 151 pour 1000 en 2018 et les femmes de 20-24 ans (196 pour 1000).³⁷

Les taux de fécondité par âge en milieu rural sont toujours supérieurs aux taux de fécondité par âge respectif en milieu urbain et pour l'ensemble rural et urbain.

Demande non satisfaite

Les besoins non satisfaits en matière de contraception concernent les femmes fécondes qui n'utilisent aucune méthode de contraception, mais souhaitent un espacement de la naissance ou ne plus avoir d'enfant du tout. Les femmes fécondes incluent les femmes enceintes ou sont en aménorrhée post-partum et déclarent qu'elles ne voulaient pas avoir un enfant.

Selon la tendance de l'indicateur suivant le tableau ci-dessous, entre 2018 et 2021, Madagascar connaît une amélioration en termes de besoins non satisfaits en PF chez les femmes en union.

Tableau 2 : Tendance des besoins non satisfaits

	2003-2004	2008-2009	2016	2017	2018	2021
Pourcentage de femmes en union dont le besoin de méthode moderne de contraception est non satisfait	25 % EDSMD Iii	19 % EDSMD IV	16,4 %	16,4 %	18,4 % MICS	14,6 % EDSMD V
Pourcentage de femmes pas en union dont le besoin de méthode moderne de contraception est non satisfait	—	—	—	—	34,8 % MICS	27 % ESDMD V

Source : Revue PANBPF 2016-2020

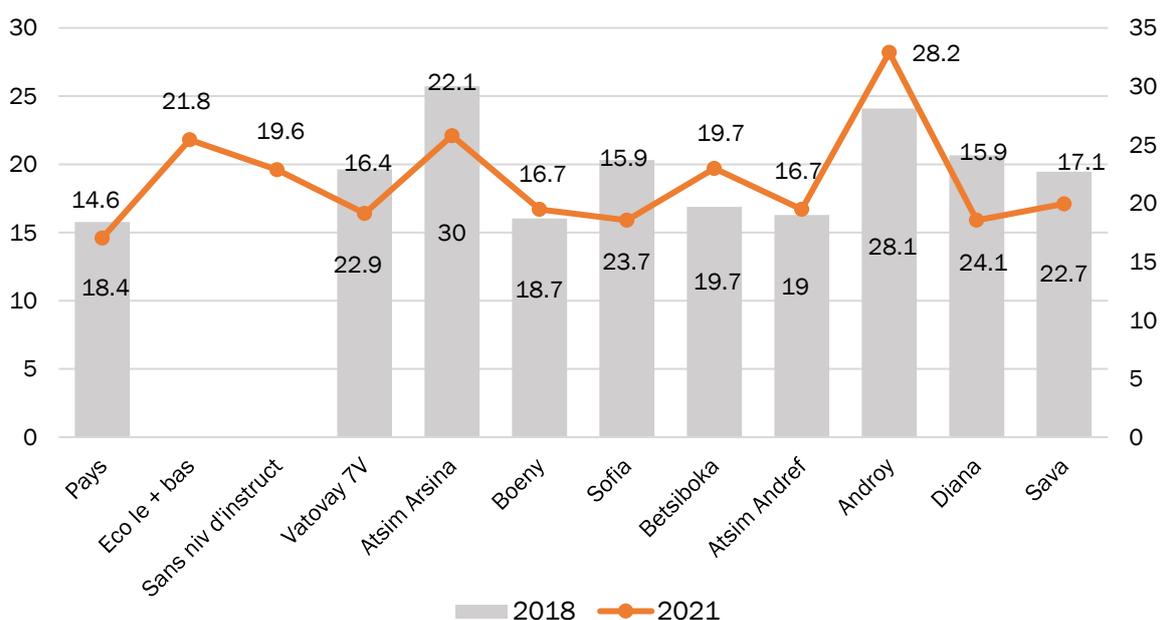
En 2021, dans l'ensemble, environ 14,6 % des femmes actuellement en union ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale. Et que, un peu plus de deux femmes en union sur cinq utilisent une méthode contraceptive moderne. Les femmes sans instruction (20 %) et celles

³⁷ INSTAT, 2021, EDSMD V 2021 – Rapport des indicateurs clés.

vivant dans les ménages du quintile économiquement le plus faible (22 %) affichent des proportions les plus élevées en besoins non satisfaits. Des écarts importants sont également constatés entre les régions ; en effet, la proportion de femmes en union ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale varie d'un minimum de 8 % dans la région d'Itasy à un maximum de 28 % dans la région d'Androy³⁸.

Les besoins non satisfaits sont les plus élevés dans 9 régions répertoriées en 2018 et 2021 (graphique ci-dessous). Egalement ils le sont pour les femmes qui n'ont aucun niveau d'instruction (20,3 %) ainsi que les femmes les plus pauvres (21,9 %) et du second quintile (19 %) en 2019.

Graphique 14 : Tendence des BNS PF selon les caractéristiques socioéconomiques et les régions à faible taux de BNSPF (%)



Sources : Données de l'enquête par grappes à indicateurs multiples MICS 2018, INSTAT et de EDSMD V 2021, INSTAT

Généralement les besoins non satisfaits ont connu une amélioration au niveau des régions entre 2018 et 2021 sauf pour Betsiboka et Androy.

Parmi les femmes non en union et sexuellement actives, près de la moitié (47 %) des femmes utilisent une méthode contraceptive moderne et 27 % ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale³⁹.

Pour la tranche d'âge 15-19 ans qui représente environ 8,4 % des femmes en âge de procréer, la demande non satisfaite en PF en 2018 est de 19,4 %⁴⁰.

Des causes particulières sont relevées comme lors des crises sanitaires dues aux flambées d'épidémie de COVID-19. Une baisse de 57 % du taux de recrutement PF comparée à 2019 est enregistrée⁴¹.

³⁸ INSTAT, 2021, EDSMD V 2021 – Rapport des indicateurs clés.

³⁹ INSTAT, 2021, EDSMD V 2021 – Rapport des indicateurs clés.

⁴⁰ INSTAT, août 2019, MICS 2018 – Résumé statistiques.

⁴¹ UNFPA, déc. 2020, Rapport d'Evaluation : Impact de la COVID-19 sur la planification familiale à Madagascar.

Fécondité des adolescentes

Les jeunes femmes âgées de 15-19 ans, constituent un groupe à risque en matière de fécondité. En effet, les accouchements précoces augmentent le risque de décéder chez les adolescentes et d'augmenter ainsi les décès maternels. En outre, généralement les enfants nés de mères âgées de moins de 20 ans courent un risque plus important de décéder. Des conséquences importantes sur le niveau de morbidité surviennent chez les jeunes filles et les enfants, par exemple les fistules obstétricales et le faible poids à la naissance. Par ailleurs, plusieurs conséquences néfastes provenant de l'entrée précoce des jeunes filles dans la vie féconde sont observées, telles que la réduction considérable de leurs opportunités scolaires entraînant les difficultés de parvenir à l'autonomisation et/ou de bénéficier d'un emploi décent.

En 2021, près de 31 % des adolescentes ont déjà commencé leur vie procréative, c'est-à-dire ayant déjà eu une naissance vivante ou sont enceintes d'un premier enfant. Ce pourcentage augmente avec l'âge : de 8% à 15 ans, elle passe à 30 % à 17 ans, et à 54 % à 19 ans. La proportion d'adolescentes qui ont déjà commencé leur vie procréative en milieu rural est plus élevée (36 %) qu'en milieu urbain (16 %). Les régions de Sofia et de Menabe révèlent des proportions les plus élevées (50 % dans les deux cas). Également, ces proportions sont les plus importantes avec 57% chez les adolescentes sans niveau d'instruction, et 48 % chez les filles des ménages du quintile le plus pauvre⁴².

⁴² INSTAT, 2021, *EDSMD V 2021 – Rapport des indicateurs clés*.

VI ANALYSE DE LA SITUATION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

Se référant aux indicateurs d'impact du Track20 - FPET 2020 dont, par exemple, les nombres de décès maternels et d'avortements évités ont dépassé les cibles annuelles. Un impact notable a été également constaté sur l'amélioration de la prévalence de contraception moderne dans le groupe de population jeune 20-24 ans qui représente la tranche d'âge la plus productive de la population⁴³. Par rapport aux actions générale sur la planification familiale, les efforts apportés ces dernières années par le pays pour mieux assurer la continuité des services de PF de qualité concernaient particulièrement les activités de sécurisation des produits contraceptifs et consommables médicaux et les actions visant à accroître la demande. L'ensemble de ces interventions avec l'appui apporté par les partenaires privilégiés du pays en matière de PF, ont donc abouti à de résultats encourageants. Ces résultats soulignent l'importance et l'impact des activités multisectorielles et des synergies avec d'autres initiatives plus globales menées entre 2016 et 2020.

Néanmoins, un certain nombre de défis persistent et doivent être adressés dans le prochain cycle de programmation pour atteindre les objectifs de développement en matière de PF. Les objectifs de 2020 qui sont de réduire les besoins non satisfaits en PF à 9 % et l'ISF à 3, ainsi que d'arriver une prévalence contraceptive à 50 %, ne sont effectivement pas encore atteints.

Goulots d'étranglement identifiés comme frein à l'amélioration de la performance des interventions

La planification familiale est particulièrement marquée par l'insuffisance et l'instabilité de la contribution financière sur les ressources propres de l'Etat pour l'achat des produits contraceptifs et consommables médicaux, ainsi que pour leur acheminement jusqu'au niveau des sites PF dont les centres de santé et sites communautaires. En outre, le financement interne ne permet pas d'assurer la disponibilité de plateau technique adéquat pour l'ensemble du pays. En 2021, l'appui financier des partenaires pour l'achat des produits contraceptifs a diminué et les perspectives de reprendre les niveaux des années précédentes sont faibles, alors que le financement du programme PF est encore dépendant des aides externes. Par ailleurs, l'absence de stratégies appropriées pour le développement de l'approche Marché total ne fait que retarder l'effectivité de son démarrage et montre la difficulté de sa mise en place.

Une accessibilité et une couverture limitées en services SR/PF de qualité et intégrés à différents niveaux et en zones enclavées sont surtout observées pour les groupes cibles, dont : les femmes sexuellement actives, les jeunes, et les personnes vulnérables et défavorisées ; cette situation est en outre empirée par une demande limitée en services PF.

La méconnaissance de la population de ses droits et des avantages socio-économiques de la PF et les lacunes dans le respect des droits humains témoignent de la difficulté rencontrée dans l'application de la loi SR/PF. La faiblesse de l'appropriation par les responsables du niveau central jusqu'au niveau périphérique et les AC ainsi que chez les OSC, du programme, des enjeux et des différents avantages socio-économiques qui en découlent, contribuent à expliquer les limites de la conviction de la population sur l'importance de l'utilisation des contraceptifs pour le bien-être de la famille. Une insuffisance est également constatée sur la connaissance des méthodes modernes de PF existantes.

⁴³ République de Madagascar, 2020, *Revue du Plan d'Action National Budgétisé en Planification Familiale à Madagascar 2016-2020*.

La lutte pour atténuer les effets des us et coutumes et les cultures traditionnelles répertoriées comme facteurs limitants à l'utilisation de la PF, ne dispose pas de stratégies de ciblage des régions à faible prévalence contraceptive et où les cultures traditionnelles sont les plus contraignantes.

En 2021, le taux global de fécondité général de 151 pour 1000 femmes âgées de 15-49 ans et l'indice synthétique de fécondité de 4,3 sont explicitement les conséquences d'un taux de prévalence contraceptif encore insuffisant de l'ordre de 46,7 %⁴⁴.

Les raisons immédiates proviennent en premier lieu du niveau de capacité de fonctionnalisation limité des centres de santé ou de la disponibilité de services de qualité en SR/PF et produits contraceptifs jusqu'au niveau des populations les plus éloignées, ainsi qu'à la limitation de la motivation de la demande, qui constituent pourtant les facteurs déterminants de l'utilisation de la planification familiale.

D'où le besoin de prioriser la promotion adaptée de la fréquentation des centres de santé et des autres sites PF par les femmes, les jeunes et les autres groupes cibles vulnérables et défavorisés, de façon à les exposer de manière permanente, à l'information sur la planification familiale, quel que soit le niveau d'instruction.

Création de la demande

Malgré les efforts déployés en matière de mobilisation sociale, le niveau de conviction de la population par rapport à l'importance de l'utilisation des contraceptifs pour le bien-être de la famille, et aux enjeux et différents avantages socio-économiques qui en découlent, connaît encore une certaine limite. L'insuffisance également sur la connaissance des méthodes de PF, surtout des méthodes de longue durée existantes et de leur efficacité, vient s'ajouter aux contraintes.

Les intentions futures selon diverses raisons par rapport aux préférences en matière de fécondité, rendent compte particulièrement des intentions des femmes concernant l'utilisation des contraceptifs. Ainsi, le MICS 2018 estime que 61,1 % des FAP en union n'ont pas l'intention d'utiliser de la contraception dans le futur.

Si en 2018, le taux des femmes en âge de procréer concernées par le manque de connaissance par rapport à la PF ne représente que 2,4 %, un peu plus de la moitié des refus soit 50,7 % s'adresse aux femmes qui veulent autant d'enfants que possible, auxquelles s'ajoutent les oppositions à l'utilisation de la PF et la peur des effets secondaires. En d'autres termes, ce pourcentage élevé de refus traduirait une faible conviction à l'égard de l'importance de l'utilisation des contraceptifs. Le rejet est dominant chez les femmes qui ont le niveau d'instruction le plus élevé (66,2 %) ainsi que chez les deux quintiles les plus pauvres respectivement de 59,4 % et 57,8 %.

L'amélioration rapide de la prise de conscience par la population sur l'importance de la PF, qui ciblerait les 50,7 % concernés par l'objet de refus mentionné ci-dessus, reste entravée par l'accès compliqué aux différentes technologies de l'information et l'insuffisance en informations de base et essentielles sur la PF relatives aux éléments de droit, la méconnaissance des avantages et inconvénients de la contraception, des méthodes, des effets indésirables, des lieux de prestation et de la gratuité des intrants PF⁴⁵.

⁴⁴ INSTAT, 2021, EDSMD V 2021 – Rapport des indicateurs clés.

⁴⁵ Médecins du Monde, juil. 2018, *Rapport scientifique : Santé sexuelle et reproductive des adolescentes et des jeunes à Madagascar*. Disponible sur : http://cosf59.fr/wp-content/uploads/2018/07/MDM-rapports_scientifiques_Madagascar_GND_web.pdf.

Le questionnement sur la performance des actions de sensibilisation reste d'actualité considérant non seulement les femmes de manière générale, mais aussi les jeunes filles et les jeunes garçons, ainsi que les hommes. L'insuffisance concernant la performance est expliquée par la capacité limitée des acteurs communautaires (AC, PE, associations, etc.) nécessitant un renforcement de la formation (initiale et continue) et le besoin de reconsidération des motivations en termes d'indemnité et/ou en matériels et d'activités. Généralement la non-implication des personnes influentes, telles les élus, les personnes âgées, les autorités politiques et administratives et les autorités religieuses et traditionnelles, vient s'ajouter à l'insuffisance des séances et des campagnes de sensibilisation en matière de planification familiale qui, en outre, devraient être orientées sur les causes identifiées de refus. Les refus sont particulièrement expliqués par le besoin de plus d'enfants possible (selon l'adage que les enfants constituent la richesse), les oppositions à l'utilisation par la femme ou son partenaire selon des convictions personnelles, la peur des effets secondaires et tout simplement le manque de connaissance.

Tableau 3 : Raisons pour lesquelles les femmes en union de 15-49 ans n'ont pas l'intention d'utiliser la contraception dans l'avenir

Veut autant d'enfants que possible	18,1 %
Opposition à l'utilisation	
Enquêtée opposée	7,7 %
Mari/partenaire opposé	5,1 %
Manque de connaissance	2,4 %
Raisons liées aux méthodes	
Problèmes de santé	22,3 %
Peur des effets secondaires	19,8 %

Source : Enquête par grappes à indicateurs multiples - MICS 2018. INSTAT

Les revues effectuées sur le PANB et le PSI PF SPSR font état d'une amélioration mitigée des interventions sur la communication et la promotion de la PF, car elles sont, entre autres, marquées par un faible progrès sur la sensibilisation de leur pair à la PF par les jeunes et la baisse du nombre de dirigeants émettant des messages en faveur de la PF au cours des années 2019 et 2020. Les actions de stimulation de la demande au niveau de certains districts qui n'ont pas reçu l'appui d'ONG ou d'autres partenaires ont été moins denses⁴⁶.

Les causes profondes

L'analyse du dispositif de coordination et de programmation des actions de communication entre les acteurs en PF aux niveaux central et régional constitués par le Ministère de la Santé Publique, le Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme (MPPSPF), le Ministère de la Jeunesse et du Sport (MJS), le Ministère de l'Éducation Nationale (MEN), les partenaires techniques et financiers, les ONG et les prestataires de services PF, a relevé des lacunes diverses marquées par :

- L'absence de plan de communication appropriée ;
- Le manque de plan de suivi des interventions ;

⁴⁶ MSANP et UNFPA, 2020, Évaluation du Plan Stratégique Intégré de Planification Familiale et de Sécurisation des Produits de la Santé de la Reproduction 2016-2020.

- Le manque de stratégies spécifiques pour les adolescents et jeunes et de leur implication dans la mise en œuvre et suivi ;
- L'insuffisance de stratégies de communication spécifiques à l'endroit des personnes vulnérables et personnes défavorisées (les plus démunis) ;
- Des informations peu fiables et une faible promptitude et complétude en matière de collecte des données ;
- L'absence de réunion de coordination du comité PF nationale multisectorielle impliquant les régions.

Les financements alloués au développement de la stratégie de création de la demande sont largement insuffisants par rapport aux besoins. Pour la période 2021-2025, ils n'ont couvert que 10 % seulement des prévisions du PANB.

Les conséquences négatives des facteurs socioculturels existants sont marquées par une fécondité précoce, et une forte pratique du mariage d'enfants dans certaines régions. Les pourcentages d'enfants ayant cédé à une union conjugale avant 15 ans étaient de 11,7 % chez les 15-49 ans, et 12 % chez les 20-49 ans. Les filles qui ont cédé à une union conjugale avant 18 ans représentent 38,6% parmi les 20-49 ans. Le pourcentage en milieu rural est de 40,3 % et parmi les régions au taux les plus élevées sont : Atsimo Atsinanana 58,7 %, Androy 55,9 %, Menabe 51,6 %, Ihorombe 49,8 %, Bongolava 47,8 %, Betsiboka 45,3 %, Anosy 44,9 % et Analanjirifo 43,3 %⁴⁷.

Huit régions sont identifiées comme ayant un taux de fécondité pour les femmes de 15-19 ans supérieur à la moyenne nationale qui est de 151 p 1000 et dont l'ISF est élevé (cf. graphique 8 à la page 13).

Offres et accès aux services

L'analyse des informations disponibles permet d'apprécier la capacité des structures sanitaires pour offrir des services de qualité aux clients. Les causes immédiates identifiées de faiblesse des offres et de l'accès sont en relation à :

- L'absence parfois de gamme complète de produits ne permettant pas un choix éclairé des usagers ;
- La non-disponibilité en permanence des services dans les points de prestation de services ou sites PF (CSB, sites communautaires) ;
- Le manque de confidentialité des services⁴⁸ ;
- La faiblesse du niveau d'accessibilité temporelle et géographique aux services fixes, aux stratégies avancées ou mobiles ;
- La non-disponibilité des médicaments et consommables PF ;
- Le mauvais état des équipements et matériels medicotechniques disponibles pour offrir les services ;

⁴⁷ INSTAT, août 2019, MICS 2018 – Résumé statistiques.

⁴⁸ Médecins du Monde, juil. 2018, Rapport scientifique : Santé sexuelle et reproductive des adolescentes et des jeunes à Madagascar.

- Le Profil non approprié des agents prestataires et le manque de compétences des agents de santé pour la prise en charge des adolescents et jeunes ;
- La stigmatisation et la non prise en charge des groupes spécifiques par les prestataires (adolescents, jeunes, personnes en situation d'handicap, célibataires, travailleurs de sexe, personnes démunies) qui, cependant, ont droit aux informations et au choix et aux prestations de services de la planification familiale volontaire et méthodes contraceptives modernes ;
- La répartition inéquitable des prestataires de services PF et la répartition inéquitable des zones de soutien des partenaires techniques et financiers ;
- Une offre de services conditionnée par une motivation financière généralement non satisfaite et le non-respect de la gratuité de soins ;
- L'insécurité des prestataires et des clients dans les zones classées rouges.

La diversification des produits PF de qualité est limitée et dépend du plateau technique et des compétences des prestataires de services qui ne sont pas uniformisés. Sachant que la peur des effets indésirables et/ou secondaires de la PF représente 19,8 % des raisons pour lesquelles les femmes en union de 15-49 ans n'ont pas l'intention d'utiliser la contraception dans l'avenir, insister sur les méthodes de counseling constitue alors une priorité. La gestion des effets secondaires à travers la pharmacovigilance, doit être élargie aux autres méthodes de PF. Comme il n'existe pas de système de déclaration des effets secondaires, par exemple pendant l'insertion du DIU, de tel dispositif devrait être mis en place.

Quoiqu'un des objectifs de l'amélioration de la qualité des services PF vise l'élargissement de la gamme des méthodes offertes, des formations planifiées en introduction du Lévo-plant et le suivi post-formation en PF sont soit annulés, soit reportés. Les problèmes relatifs au manque de prestataires formés en nombre suffisant en insertion/retrait des implants contraceptifs et en pose/retrait du dispositif intra-utérin ainsi que le plateau technique non approprié, dépendant des matériels et équipements, mais surtout des compétences des prestataires, entravent le renforcement de l'offre de services. En outre, les prestataires formés ne sont pas remplacés en cas d'affectation vers un autre centre de santé ou vers un autre service au sein d'un même centre de santé.

Dans la plupart du temps les prestataires de services SR/PF ne maîtrisent pas encore les sujets touchant par exemple les préjugés, la discrimination et la stigmatisation à cause de la méconnaissance de la loi SR/PF pour la plupart des prestataires de santé surtout au niveau des régions et la non-application de la loi suite aux croyances et aux valeurs personnelles. La gestion de ces incohérences de valeurs personnelles par rapport aux textes et lois en vigueur devrait passer par des ateliers de clarification. Par ailleurs, les offres de services pour les groupes les plus vulnérables ne sont pas encore intégrées dans les formations.

L'insuffisance dans la dissémination et de l'appui au suivi de l'application des « Normes de qualité de service PF » est révélée par le non-respect des contrôles et des préventions des infections et du tri des déchets médicaux et de leur incinération.

Le développement de l'approche de services intégrés en SR/PF de qualité est limité à cause de faibles capacités des prestataires (AS, AC) à délivrer plus d'un type de prestations de services, tel que, par exemple, la fourniture des activités de vaccination et le counseling PF ensemble au cours d'un même contact mère/enfant et à cause de déficits de coordination inter sectorielle (Santé,

Jeunesse, Education)⁴⁹. La verticalisation de la gestion des programmes fait que les formations et les différentes offres de services ne sont pas intégrées. Le curriculum de formation initiale des prestataires de services n'est pas mis à jour et l'insuffisance des stages pratiques expliquent la non-maîtrise des thématiques. Le manque de fonds ne permet pas d'assurer la remise à niveau des agents de terrain, alors que beaucoup de lacunes sur la qualité de l'accueil sont constatées.

Par rapport à l'accessibilité aux services, une amélioration mitigée sur l'accessibilité aux services SR/PF incluant les adolescents et les jeunes, et les groupes vulnérables et défavorisés, a été admise à l'issue de la revue du PANB 2016-2020. Bien que la loi SR/PF prône l'accès de toutes les personnes sans aucune discrimination, elle n'est pas assez vulgarisée et se heurte à des barrières culturelles et religieuses et aux valeurs personnelles. Les infrastructures ne sont pas adaptées aux personnes en situation de handicap et l'accessibilité physique aux services, ainsi que les différentes méthodes de communication pour les sensibilisations, ne considèrent pas encore les différents types de handicaps. La plupart des prestataires ne sont même pas formés sur la prise en charge des personnes en situation de handicap.

Par ailleurs, un examen des réalités sur l'accès aux services PF des autres groupes de personnes, tels que les illettrés, les travailleurs de sexe, la communauté LGBTQ+, les détenues ou les plus démunies pour l'effectivité de l'application de la loi SR/PF est également nécessaire.

En outre, 70 % des CSB qui offrent des méthodes de longue durée demandent pour leur faisabilité du matériel requis, des compétences techniques et des ressources humaines formées, ainsi que la disponibilité des intrants et consommables pour la PF. La couverture en CSB amis des jeunes est limitée et ne dépasse pas encore 15 % des CSB existants⁵⁰ du fait essentiellement d'une décentralisation peu étendue du programme SRA. En effet, une représentation restreinte des autorités de districts et régionales marque le programme. L'extension des CSB amis des jeunes est freinée par l'insuffisance des plaidoyers menés auprès des PTF potentiellement engagés et les lacunes en matière de dotation en équipements et outils de communication adaptés. En outre un système de suivi de la fréquentation des adolescents et jeunes n'existe pas encore auprès de ces CSB spécialisés et le manque de soutien de partenariat et de financement de ce type de centre est criante.

De nombreuses zones sont encore difficiles à atteindre car non couvertes par les centres de consultation santé du secteur public. Le nombre de sites communautaires PF et de points d'approvisionnement privés, dont des dépôts et magasins sur l'ensemble du pays, n'arrive pas encore à assurer la complémentarité par rapport aux besoins de couverture de la population. La pertinence de cette complémentarité est fragilisée par la limite de l'intégration des actions de SR/PF lors des interventions de santé communautaires menées suivant les mandats spécifiques des différents partenaires d'appui, et d'autant plus que les centres de santé n'arrivent pas à assumer pleinement leurs rôles dans la coordination des actions au niveau communautaire faute de moyens et de compétences appropriées. Pourtant, la coordination, le suivi de la mise en œuvre et la supervision de la PF gagneraient à être intégrés avec ceux des autres thématiques spécifiques de la santé, tels que la SR, la SMNI, le SRAJ, le IST/VIH ou le cancer du col, alors qu'actuellement, du fait des spécificités techniques propres, du manque de temps de la part des superviseurs et de

⁴⁹ MSANP et UNFPA, 2020, Évaluation du Plan Stratégique Intégré de Planification Familiale et de Sécurisation des Produits de la Santé de la Reproduction 2016-2020.

⁵⁰ MSANP et UNFPA, 2020, Évaluation du Plan Stratégique Intégré de Planification Familiale et de Sécurisation des Produits de la Santé de la Reproduction 2016-2020.

l'insuffisance du financement et de la logistique, la coordination, le suivi et la mise en œuvre se fait par programme. Par extension, on pourrait même chercher à ajouter d'autres secteurs qui prennent en considération par exemple, la Santé de la Reproduction, Maternelle, Néonatale, Infantile, Adolescent et Nutrition (SRMNIA-N) ; la Lutte contre le Mariage d'Enfants (LME) ; les Coins jeunes et les Espaces jeunes.

Le soutien au programme PF, notamment pour les offres de services, la création de la demande et le renforcement de la mobilisation des partenaires, des associations et ONG, est marqué par l'absence de cartographie des PTF et de données centralisées en libre accès pour les différentes parties prenantes, ne permettant pas ainsi de comparer les performances PF des régions bénéficiant d'un appui et l'équité de l'aide apportée par les partenaires.

De manière générale, si on se réfère à l'ensemble du système de santé du pays, malgré un réseau de maternité SONU qui couvre 57 % de la population, le réseau de FS SONU fonctionnel est très limité avec un taux de couverture de 19 %. Des efforts particuliers sont nécessaires pour combler le gap en services SMN et SR/PF répondant aux normes requises et rehausser la capacité fonctionnelle des centres de santé. Les principaux goulots sont ramenés du point de vue du système de santé. Les problèmes sont multiples, mais concernent particulièrement l'état de délabrement et le manque d'infrastructures sanitaires ainsi que la vétusté de l'équipement et l'insuffisance en matériels techniques. L'insuffisance en ressources humaines est exacerbée par la mauvaise répartition et la démotivation du personnel de santé liées à une crainte des conditions de sécurité et l'absence réseau routier praticable, ainsi que la précarité des conditions de travail qui viennent s'ajouter à l'insuffisance de la disponibilité en médicaments de qualité et intrants médicaux. Le niveau de soins communautaires est fortement dépendant aux projets et mandats soutenus par les PTF, et pour lesquels les paquets de services développés ne sont pas harmonisés et n'intègrent pas toujours les activités de SR/PF. Une limitation considérable de l'accès financier aux soins dans un contexte de situation de pauvreté généralisée, explique en partie la faiblesse de la demande en services de santé à laquelle s'ajoute les normes comportementales sociales compromettantes à la santé.

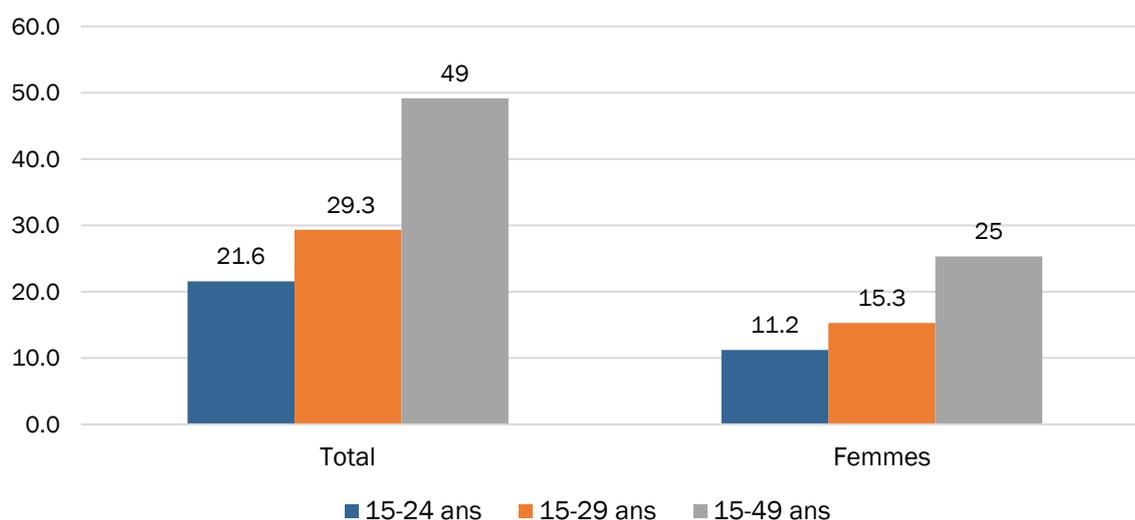
Par ailleurs les difficultés relatives à l'insuffisance de ressources propres internes en matière de financement, ne permettent pas d'assurer la disponibilité de plateau technique adéquat et le respect des normes de qualité de soins requises dans un objectif de couverture universelle de la santé. L'insuffisance de la disponibilité en médicaments de qualité et intrants, ainsi que le niveau très bas d'accessibilité financière de la population, perturbent la fréquentation des centres de santé déjà faible et accroissent la fragilité du système de santé dans son ensemble. L'insuffisance des fonds alloués au fonctionnement du système de santé et à l'achat des contraceptifs dans la Loi des Finances Initiale (LFI) complique davantage la situation.

La fragilité du système de santé en période de crise sanitaire (due à la pandémie de COVID-19) est marquée par la diminution des utilisateurs réguliers, surtout pendant la période de confinement de 2020, et l'augmentation des perdus de vue mais aussi la détérioration de la qualité des services offerts. Le personnel de santé est par ailleurs réquisitionné à d'autres fonctions appuyant la lutte contre le COVID-19 et les barrages de contrôle sanitaire.

Concernant les adolescents et les jeunes, ils constituent la majeure partie de la population. Les moins de 25 ans représentent 74,1 % de la population totale et près de 41,3 % sont âgés de moins

de 15 ans⁵¹. Le pourcentage des adolescentes âgées de 15 à 19 ans ayant commencé leur vie féconde est de 34,7 %. Les femmes ayant eu une naissance vivante avant l'âge de 15 ans sont de 6,9 %, et 30,1 % pour celles avant l'âge de 18 ans⁵². Cependant, les jeunes et les adolescents connaissent un retard d'accès à la PF associé au retard dans l'application des lois leur concernant, qui garantit l'accès à la PF et aux contraceptifs d'urgence. Le graphique ci-dessous informe sur la proportion de la population par groupe d'âge en 2018.

Graphique 15 : Proportion de la population par groupes d'âge en 2018 (%)



Source : Données de RGPH 3, INSTAT décembre 2020

Le groupe d'âge 15-24 ans, ensemble hommes et femmes, représente 21,6 % de la population totale, alors que les femmes du même âge sont de 11,2 %. Pour les 15-29 ans, ils sont respectivement de 29,3 % et 15,3 % de la population totale. L'insuffisance des centres de santé capables d'accueillir les adolescents et les jeunes et la faiblesse de la disponibilité en personnel compétent, formé en santé de la reproduction des adolescents, sont des facteurs limitants l'accès à la PF. Le manque d'informations et d'éducation complète à la sexualité des adolescents et des jeunes peut être ramené à l'insuffisance des matériels et des équipements appropriés en matière d'information, d'éducation et de communication (IEC) et des équipements.

Sécurisation des produits

La disponibilité des produits contraceptifs et consommables est caractérisée par des irrégularités constatées au niveau des sites PF ou points de prestation de services (PPS), qui résultent des situations de ruptures de stock et de sous stock à différents niveaux. En effet, une persistance des ruptures de stock au niveau de certains sites PF limite considérablement l'accès aux services. Le manque de produits et la gamme incomplète aux niveaux des sites PF sont des vécus liés à plusieurs causes dont les difficultés rencontrées dans l'enregistrement et l'obtention ou le renouvellement d'autorisation de mise sur le marché, pour le cas des produits de contraception d'urgence par exemple, ou l'absence de données et d'évidences issues de recherches pour la prise de décision concernant la gamme de produits contraceptifs à vulgariser. Le faible accès à la gamme complète de PF en zone rurale relève essentiellement d'un problème d'acheminement des produits jusqu'aux

⁵¹ INSTAT Madagascar, déc. 2020, Troisième recensement général de la population et de l'habitation tomes 1 et 2.

⁵² INSTAT, août 2019, MICS 2018 – Résumé statistiques.

derniers kilomètres à partir des districts qui ne disposent pas de ligne de financement pour cette importante activité. Dans ce cas, le coût est finalement supporté par les prestataires PF et constitue un facteur de démotivation supplémentaire.

L'acheminement des produits de santé des programmes verticaux des PhaGDis vers les CSB est difficilement conciliable avec les médicaments de SALAMA et les produits du programme SR/PF fait constamment face à la non-disponibilité de financement. Cette situation entraîne inéluctablement un surstockage et éventuellement une péremption des produits dans les entrepôts de SALAMA ou dans les PhaGDis. Par rapport à ce surstockage, paradoxalement les besoins en produits PF sont sous-estimés, car la quantification des produits contraceptifs n'est pas fiable. En effet, des problèmes sur la faible complétude des rapports proviennent de la défaillance de nombreuses formations sanitaires qui n'envoient pas leurs données car même le remplissage des outils de gestion n'est pas maîtrisé à leur niveau. En effet le temps alloué à la formation sur les outils de gestion est insuffisant. Par ailleurs, les différents niveaux de compilation des informations ne respectent pas le calendrier d'envoi des rapports qui, en outre, ne sont pas suffisamment exploités pour rectifier la quantité des besoins de chaque région et district. Cette situation requiert la disponibilité du personnel compétent pour s'occuper de la gestion efficace des intrants PF et un renforcement du suivi du respect des procédures.

Non seulement le planning cyclique d'approvisionnement des produits ne sont pas respectés, perturbant ainsi les rythmes des commandes, mais il existe aussi des formations sanitaires qui n'envoient pas à temps leurs commandes. Le non-respect des calendriers d'envoi de la commande par les districts ne fait donc qu'accroître les difficultés liées au manque de flexibilité du planning d'envoi de SALAMA. 88,3 % des formations sanitaires sont concernés d'octobre à décembre 2020⁵³ par les ruptures de stock.

Au niveau des centres de santé privés, l'approvisionnement en intrants reste limité et demande plus de financement pour l'extension de la couverture des partenaires. En outre, les troubles d'approvisionnement et de gestion au niveau communautaire viennent du fait que les commandes des AC ne sont pas toujours intégrées au niveau de celles des CSB. L'irrégularité constatée de l'approvisionnement en produits de contraception et consommables est renforcée par la perturbation de la production et de l'acheminement des produits au cours des aléas et en cas situation de crise sanitaire (COVID-19).

Par ailleurs, aucune structure n'est mandatée pour assurer le contrôle à différents niveaux du système d'approvisionnement, et il n'existe pas de règles formelles pour sanctionner les vols alors que des produits de contraceptions et consommables sont détournés. Ce qui revient au problème général du système d'approvisionnement des médicaments du FANOME. L'efficacité du dispositif de sécurisation laisse à désirer car, avec l'abandon du logiciel Channel du fait de sa faible performance, le système ne dispose ni de logiciel de contrôle des stocks fonctionnel à tous les niveaux, ni de mécanisme de suivi des flux des produits contraceptifs assurant la traçabilité des produits reçus et distribués.

Concernant la gouvernance, elle est caractérisée par l'insuffisance, voire l'absence même de supervisions au niveau de sites PF (CSB, sites communautaires et privés). Le manque de suivi et de missions de supervision formative efficace des prestataires et des AC sur la gestion logistique des produits PF ne fait que renforcer la faiblesse de la capacité de gestion des acteurs PF. Au cours

⁵³ Données de la Direction des Etudes et Planification et du Système d'Information (DEPSI) du MSANP.

des suivis formatifs et des supervisions intégrées réalisés, le volet logistique de la SR/PF n'est juste que survolé et le temps imparti pour le remplissage des outils de travail est insuffisant. Il en est de même pour le cas des rapports d'analyse et de suivi logistique à chaque niveau quand ils existent, ils sont faiblement exploités. Les retards d'émission des feedbacks sont habituellement soulevés ainsi que l'absence de suivi de la mise en œuvre des recommandations et plans d'actions émis.

Par rapport au système d'information, la prise de décision et la quantification des intrants PF sont impactées par la non-consideration de l'importance des informations par les acteurs de terrain et à la connectivité insuffisante du système d'envoi informatisé des données. En outre, des informations sur l'évaluation et celles pour mesurer l'application des normes manquent crucialement, et les dotations de matériels pour renforcer la compétence des prestataires ne sont pas enregistrées dans le compte matière et sont mal gérées.

De manière générale, la faiblesse de capacité des acteurs PF en matière de gestion logistique concerne les responsables, tels que les AS, les AC, les prestataires des PhaGDis et les responsables des pharmacies des hôpitaux dans le domaine de la logistique des secteurs publics et privés, mais aussi les compétences des responsables de l'Unité Technique de Gestion Logistique (UTGL). En d'autres termes, peu d'importance est accordée à la gestion logistique qui est pourtant l'élément essentiel de la bonne gouvernance. Le personnel des CSB, généralement seul au poste, est débordé par les différentes activités des programmes, et les responsables SR/PF dont les décideurs des DRSP et les médecins inspecteurs comparées au nombre de structures qui ont besoin d'être supervisées, nécessitent des sessions de remise à niveau pour renforcer leurs capacités en matière SIGL. Et le thème sur la sécurisation des produits de santé de la reproduction n'est pas suffisamment intégré dans les curricula de formation des AS.

Concernant le stockage des produits, la couverture en magasins respectant les normes sur les plateaux techniques est insuffisante en ce qui concerne les PhaGDis et les PhaGeCom. En premier lieu, les infrastructures sont, dans la plupart du temps, en mauvais état, et les règles de stockage ne sont pas respectées (les espaces ne sont pas utilisés de manière adéquate et sont occupées plutôt par des matériels logistiques tels que les motos, les produits contraceptifs sont déposés dans des coins ou des locaux secondaires, et les cartons qui les contiennent sont déposés à même le sol faute de palettes).

Les produits de SR/PF au niveau des CSB ne couvrent que 74,5 % des besoins. Le financement conventionnel et les ressources sont insuffisants pour l'acquisition des produits contraceptifs dont le pays a besoin, et la distribution de ces produits. En 2019, le Ministère de la Santé Publique n'apportait que 2,7 % de son budget sur fonds propres internes pour financer le programme sur la survie et le développement mère-enfant qui inclue la PF⁵⁴.

Politique et environnement favorable à la PF

Les interventions menées pour l'amélioration de la politique et de l'environnement de la PF ont toujours visé l'engagement politique des dirigeants pour donner à la PF la place comme elle se doit, lui permettant de contribuer fortement au développement socio-économique et à l'amélioration de la santé de la population. Cependant, bien que limités, la volonté et le niveau d'engagement politique de l'Etat ont concouru à une concrétisation laborieuse de la politique pour un environnement habilitant. Des points importants sont alors relevés par rapport aux difficultés

⁵⁴ Loi de Finances Rectificative 2019.

rencontrées dans l'application de la loi SR/PF. La méconnaissance de la population de ses droits et des avantages socio-économiques de la PF et les lacunes dans le respect des droits humains sont liées à l'insuffisance des actions de diffusion et de vulgarisation de la loi surtout au niveau décentralisé, et la faible implication et appropriation des responsables du niveau central jusqu'au niveau périphérique comme chez les OSC et les AC. La communication pour la promotion de la loi et le matraquage médiatique sont donc insuffisants. Les représentants des groupes spécifiques (personnes en situation d'handicap, victimes de VBG, PVVIH, femmes dans les milieux carcéraux, travailleur(e)s de sexe, communauté LGBTQ+) ne sont pas impliqués dans la vulgarisation de la loi SR/PF. La collaboration entre divers groupes déterminants n'est également que partielle concernant les groupes genre, développement, économique ou les responsables des différentes directions ministérielles (économie et finances, éducation, santé, population, communication, jeunes, emploi, etc.), ainsi que les réseaux des femmes socio-économiques, les associations des jeunes par rapport à la dissémination de la loi. En outre aucun dispositif de suivi de l'application de la loi n'est en place pour la prise de décision.

La volonté et le niveau d'engagement politique de l'Etat sont limités et sont concrétisés timidement. Malgré l'inscription de la PF dans le projet de document du plan d'émergence de Madagascar (PEM), dans la réalité, elle n'est pas encore considérée parmi les sujets prioritaires pour les politiciens et ne constitue pas la préoccupation des décideurs, quoiqu'elle représente des enjeux socio-sanitaires et économiques à long terme très importants, tels que les bénéfices pouvant être soutirés du dividende démographique. L'expansion de l'approche multisectorielle adoptée dans le comité PF n'est pas favorisée par un dispositif de concertation et de décision des différents secteurs à travers le *mainstreaming* PF.

La lutte pour atténuer les effets des us et coutumes et les cultures traditionnelles répertoriées comme facteurs limitants à l'utilisation de la PF ne dispose pas de stratégie de ciblage des régions à faible TPC et où les cultures traditionnelles sont les plus contraignantes. Il n'existe pas non plus de plan intégré de suivi des actions comme sur l'application des lois contre les violences sexuelles, la lutte contre le mariage précoce au niveau des régions où la culture est pro nataliste et patriarcale. Généralement, la valeur de la femme et de la fille n'est pas reconnue dans la société et dans la famille, leur rang est ramené à un niveau relativement bas. Pour relever le défi de l'égalité de genre, l'implication des leaders traditionnels/ OSC/ AC est primordiale et doit être exigée.

L'insuffisance en ressources propres internes en matière de financement, ne permet pas d'assurer la disponibilité de plateau technique adéquat et la pérennisation de l'achat des produits PF pour l'ensemble du pays. Le niveau de financement de l'Etat alloué à l'achat des contraceptifs et à la mise en œuvre du programme PF est dérisoire comparé aux besoins. Le tableau ci-dessous donne une indication de l'apport des donateurs externes en matière de financement des produits contraceptifs et consommables de 2017 à 2020, ainsi que les engagements de 2021 à 2023. Il en résulte que l'Etat participe à l'achat des produits, mais qui reste cependant très faible. Sa participation en 2020 ne représentait que 2,5 % du budget total nécessaire à l'achat des contraceptifs⁵⁵. Dans la LFI 2020, l'engagement de l'Etat était de 800 000 000 MGA ⁵⁶ (environ 216 000 USD). L'engagement pour 2022 prévoit 4,5 % des besoins en contraceptifs.

⁵⁵ Informations venant de la base de données des financements des PTF-STP CA, des données sur l'évaluation zéro besoin PF d'ici 2030 UNFPA et du panel table ronde PF 2021.

⁵⁶ Loi de Finances Initiale 2020.

Tableau 4 : Situation du financement de la PF de 2027 à 2023

Année/ Partenaires	Réal. 2017	Réal. 2018	Réal. 2019	Réal. 2020	Enga. 2021	Enga. 2022	Enga. 2023
Besoins annuels (USD)	6 000 000	7 000 000	8 000 000	8 500 000	9 957 010	10 118 466	10 246 482
= Budget annuel total	15 067 635	14 068 584	17 543 019	16 278 413	10 801 133	7 600 000	8 110 000
+ Etat	33 000	33 000	123 195	213 333	213 333	465 000	475 000
+ UNFPA	4 040 070	3 329 254	6 309 900	7 876 384	2 157 800	2 500 000	3 000 000
+ USAID	1 724 565	3 236 330	3 360 614	1 139 386	2 730 000	1 135 000	1 135 000
+ Banque Mondiale	70 000	70 000	249 310	249 310	—	—	—
+ Marie Stopes Madagascar	9 200 000	7 400 000	7 500 000	6 800 000	5 700 000	3 500 000	3 500 000
Gap de Financement	—	—	—	—	—	2 518 466	2 136 482

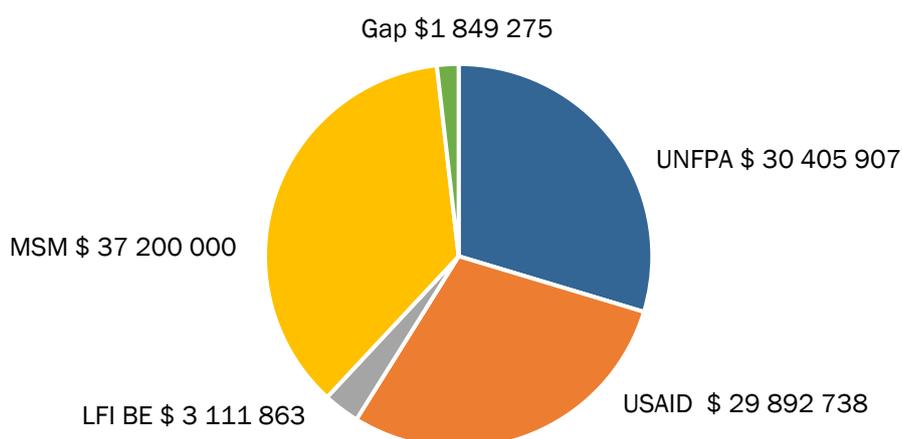
Source : Etabli à partir des informations de la base de données des financements des PTF-STP CA, données sur l'évaluation zéro besoin PF d'ici 2030 UNFPA et panel table ronde PF 2021

Devant l'insuffisance et l'instabilité de la contribution financière sur les ressources propres de l'Etat destinée au programme PF, et malgré l'obtention de la détaxation des produits PF, le suivi de l'utilisation de fonds économisés dans cette détaxation des produits pour d'autres activités, telles que les actions de communication pour la PF, n'est même pas assuré.

Au cours de l'année 2021, l'appui financier de l'UNFPA pour l'achat des produits contraceptifs a diminué et les perspectives de reprendre les niveaux des années précédentes ne sont pas certaines, alors que le financement du programme PF est très dépendant des aides externes et que de nombreux bailleurs ne sont pas répertoriés comme étant des bailleurs en produits contraceptifs. Concernant l'USAID, les engagements pour l'achat de contraceptifs étaient de 4,5 millions USD pour les années 2019 à 2020 et 5 millions USD pour les années 2021 à 2023. L'USAID supporte la distribution à base communautaire des produits contraceptifs à travers un circuit complémentaire à la distribution par l'approche de Marketing Social.

Le graphique ci-dessous présente une simulation de la part des apports financiers des PTF pour l'achat des produits contraceptifs jusqu'en 2030, si on prend comme base les chiffres comptabilisés par la Direction de la Santé Familiale (DSFa – MSANP) jusqu'en 2021 et qui ont été présentés lors de la Table Ronde PF de 2021 (tableau ci-dessus). La simulation considère une estimation d'augmentation de 2 % par an des contributions de l'UNFPA à partir de 2024 par rapport à son engagement de 3 000 000 USD pour 2023 et également une augmentation des contributions de 2 % à partir de 2022 pour l'USAID ainsi qu'un apport annuel constant de Marie Stopes Madagascar par rapport à son engagement de 2022. Une certaine augmentation des financements de l'état jusqu'en 2030 est également considérée.

Graphique 16 : Part des financements estimés de la PF jusqu'en 2030



Source : Résultat transformateur : évaluation des coûts pour zéro BNS PF d'ici 2030

Le budget de l'Etat destiné à la santé, de l'ordre de 8 % par an, est insuffisant par rapport aux défis de santé du pays. Concernant le financement propre interne, les réalisations sont de 108 741 000 USD en 2020 (soldes y compris), dont seulement 1 538 000 USD sont affectés à la survie et le développement de la mère et de l'enfant, incluant le programme PF. Les perspectives de financement pour le volet SMN SR/PF selon les données des PTF provenant du Secrétariat Technique Permanent pour la Coordination de l'Aide (STPCA), annoncent des gaps élevés à partir de 2023 (tableau ci-dessous).

Tableau 5 : Perspectives de financement de la santé maternelle et néonatale de la santé reproductive et PF

Financement SMN SR/PF-USD	Réal. 2019	Réal. 2020	Enga. 2021	Enga. 2022	Enga. 2023
Budget Etat en faveur de la santé : financement propre interne	91 624 000	108 741 000	106 813 000	111 020 000	—
- dont budget Etat sur la survie et le développement mère-enfant	2 515 000	1 538 000	2 929 000	3 475 000	—
Partenaires techniques et financiers	28 132 565	36 894 946	36 434 208	30 382 505	16 848 880
- Contribution BM	474 420	256 958	2 683 765	3 398 436	2 613 108
- Contribution OMS	48 800	24 200	80 000	20 000	—
- Contribution UE	307 845	152 205	275 993	95 704	—
- Contribution PIVOT	—	—	163 160	—	—
- Contribution AFD	724 440	720 000	4 000	—	—
- Contribution USAID	19 904 378	27 865 199	30 727 290	23 368 365	9 735 772
- Contribution UNFPA	6 672 682	7 876 384	2 500 000	3 500 000	4 500 000
Total	30 647 565	38 432 946	39 363 208	33 857 505	16 848 880
Gap par rapport aux besoins annuels	—	—	—	903 148	17 911 773

Source : Etabli à partir des informations de la base de données des financements des PTF-STP CA, du CI SRMNIA 2021 et données sur l'évaluation zéro besoin PF d'ici 2030 UNFPA.

Les chiffres du tableau ci-dessus montrent encore un besoin de renforcement des plaidoyers en vue de mobilisation de plus de ressources, notamment auprès des partenaires au développement non encore impliqués dans les programmes PF/SPSR. Néanmoins, un effort considérable est encore attendu de l'Etat, considérant les exigences de la déclaration d'Abuja pour atteindre les 15 % du budget général de l'Etat à affecter à la santé (la situation actuelle de Madagascar est de l'ordre de 8 %) et notamment pour l'objectif de couverture santé universelle.

En outre, le secteur privé et le secteur commercial sont insuffisamment impliqués dans la sécurisation des produits SR/PF, et particulièrement dans l'achat des contraceptifs. Un plan de développement de l'approvisionnement des produits PF intégrant le secteur privé et une stratégie pour un plaidoyer efficace de mobilisation de ressources domestiques et au niveau du secteur privé, et pour le développement du partenariat fait défaut. Le secteur de la PF ne dispose pas de représentant commercial des produits contraceptifs et les grossistes pharmaceutiques méconnaissent les procédures d'enregistrement et d'obtention de l'AMM.

Le retard du démarrage de l'approche Marché total et la difficulté de sa mise en place révèle l'absence de stratégies adaptées. La recherche de collaboration avec le secteur privé pour l'extension du marché est contrariée par le manque d'informations et de leur partage.

Supervision, coordination et suivi-évaluation PF

Le comité PF est composé de membres multisectoriels, des représentants de l'État, dont la DSFa et le Service de la Maternité sans risque – Planification Familiale (SMSR-PF), les autres directions du MSANP, du MPPSPF, du Ministère de l'Économie et des Finances (MEF) et du Ministère de l'Éducation Nationale (MEN), les ONG nationales et internationales, les associations œuvrant dans la PF, les PTF et les représentants des jeunes.

Pour son fonctionnement le comité multisectoriel PF, mis à part le tableau de bord qui a été établi, doit perfectionner ses outils de travail pour améliorer la coordination et le suivi. Il ne dispose pas de plan d'action de communication et de suivi du comité PF. Le partage et la diffusion des documents techniques nécessaires et les feedbacks sur l'appréciation des performances, ainsi que les recommandations pour les responsables techniques PF régionaux et districts, ne sont pas effectués de façon systématique.

Le tableau de bord du PANB reste perfectible pour mieux aider en tant qu'outil performant du mécanisme de coordination. La navigation, la manipulation et la rentrée des données rencontrent encore des difficultés et ne facilitent pas l'autonomie de la gestion par l'équipe de la DSFa. Par ailleurs, la collecte des informations pour les indicateurs n'est pas encore précisée en ce qui concerne le mode de collecte les cibles les sources et le contrôle de qualité.

Aux niveaux déconcentrés, les comités de coordination PF SPSR des régions et des districts ne sont pas encore mis en place, et le rapport de la DSFa indique que seules quatre à huit régions et environs 34 districts organisent des réunions mais de manière non régulière. Par manque de TDR, les comités techniques déconcentrés ne sont pas opérationnalisés en des structures formelles et ne disposent pas de pouvoir exécutoire par rapport aux recommandations émises. Les directives et les plans de suivi de la mise en œuvre des activités des prestataires au niveau local font défaut, ainsi que la cartographie pour l'inventaire des projets des ONG et la répartition des intervenants dans les régions d'intervention afin de définir les acteurs par cibles et par zones et garantir l'équité en offre de services. Les responsables des niveaux décentralisés ne sont pas dotés d'outils et de directives appropriés pour leur permettre d'assumer correctement leurs responsabilités.

Aussi la relation entre les deux niveaux, comité technique multisectoriel PF et les comités aux niveaux déconcentrés n'est pas encore fonctionnel, et ne permet pas jusqu'ici de traiter à temps les problèmes de terrain.

Les objectifs en nombre de supervisions formatives des prestataires et des AC et en nombre de suivis nécessaires au niveau local ne sont pas atteints, et l'application des programmes de

formation sur le renforcement des capacités des prestataires n'est pas évaluée. Concernant la supervision intégrée, certains domaines importants de la PF ne sont pas bien explorés. Pour assurer l'efficacité du programme une supervision des composantes propres de la PF, avec des superviseurs qui maîtrisent bien le domaine est nécessaire.

Par rapport à l'assurance de qualité des données, l'absence de structure spécialisée et efficace en charge de la gestion et contrôle des données entravent la réalisation des fonctions clés, telles que l'analyse et la rédaction des rapports, l'exploitation et la transformation des données en informations utiles pour la prise de décision. En outre, le rapport mensuel d'activités (RMA) est n'est pas adapté pour le suivi des activités. Avec l'utilisation de RMA additif, la collecte des données par les prestataires au niveau des sites PF est dépréciée.

L'instabilité du personnel et le surcharge de travail empêchent la continuité du travail et le progrès. La faiblesse du système de rétro-information et l'insuffisance des mesures d'accompagnement pour l'appropriation des feedbacks rendent stérile l'exploitation des rapports quand ils existent aux niveaux régionaux et districts. Par ailleurs les études et enquêtes locales sont tributaires des financements des PTF. La question sur l'implication effective du secteur privé dans la gestion et l'utilisation de l'information reste entière.

VII PLAN D'ACTION NATIONAL BUDGÉTISÉ

Le nouveau PANB-PF répond de manière lucide aux recommandations de l'évaluation du Plan Stratégique Intégré de Planification Familiale et de Sécurisation des Produits de la Santé de la Reproduction (PSI PF/SPSR) 2016-2020 ainsi qu'à la revue du Plan d'Action National Budgétisé PF (PANB-PF) 2016-2020. En vue de la concrétisation des différentes orientations de la stratégie nationale de la santé de la reproduction et de la PF, qui sont également reprises dans le Plan de Développement du Secteur de la Santé 2021-2024 et tout récemment de manière plus explicitée dans le plan stratégique intégré en PF et en sécurisation des produits de santé de la reproduction 2021-2025, le Gouvernement a développé une feuille de route quinquennale pour la période 2021-2025, à travers le PANB-PF pour garantir la continuité des efforts intenses des parties prenantes apportés depuis plusieurs années, dans la mise en œuvre du programme PF. Le PSI PF/SPSR et le PANB-PF, en tant que documents essentiels du cadre de programmation actualisée de la PF, concrétisent particulièrement l'engagement de Madagascar, récemment renouvelé, en faveur du partenariat mondial Family Planning 2030 pour améliorer l'accès et l'utilisation de la planification familiale.

Ainsi, le PANB-PF définit clairement la vision du pays et les objectifs associés, les priorités stratégiques, les interventions et actions et les coûts estimés pour la mise en œuvre. Dans l'objectif d'accroître l'accès aux services de la PF et d'atteindre les objectifs nationaux en matière de taux de prévalence contraceptive et de réduction des besoins non-satisfaits d'ici 2025, le PANB-PF détaille les orientations prioritaires stratégiques pour guider le Gouvernement et ses partenaires, le secteur privé et la société civile. Garantir la continuité des services de PF de qualité en assurant la disponibilité permanente des produits SR/PF et l'accès aux services de PF volontaire et basés sur les droits humains, et accroître intensément la demande en PF de la population, sont les principales lignes de conduite qui guident le PANB-PF.

Résumé des recommandations sur la revue PANB-PF

Le PANB-PF 2021-2025, en premier lieu, cherche à combler les lacunes de l'exécution du précédent PANB-PF pour assurer un accès optimal des femmes en âge de procréer, jeunes et adolescentes ainsi que les hommes, aux conseils et services de qualité de planification familiale volontaire. Les éléments clés issus des recommandations de la revue du PANB-PF 2016-2020 et qui sont prises en compte dans le nouvel agenda stratégique du présent PANB-PF sont, à priori, la promotion de l'appropriation de la PF par le pays pour conduire le processus à travers les interventions renforcées des différents départements ministériels à différents niveaux et des institutions, hauts dirigeants et décideurs influents. La mise en œuvre du cadre de gouvernance et de coordination approprié jusqu'au niveau décentralisé et la mobilisation et la gestion optimale des ressources accrues, y compris les fonds propres du pays, devraient traduire l'engagement fort de l'Etat sur la PF. L'atteinte des résultats recherchés est dotée de dispositif de surveillance efficace en vue d'un meilleur suivi de la performance du PANB-PF. Le développement d'informations continues est essentiel pour le soutien des différentes parties prenantes à la mise en œuvre. Aussi parmi les résultats stratégiques et activités principales seront considérés les éléments suivants, à savoir :

- Renforcer la dissémination et l'appropriation de la loi sur la SR/PF et des autres documents cadres et techniques relatifs à la PF ;
- Garantir l'intégration de la PF dans les documents cadres sur le développement et des plans sectoriels pour la population, la santé, l'éducation, etc. ;

- S'impliquer activement dans les initiatives intégrant la PF comme pilier, notamment le dividende démographique ;
- Mettre en œuvre la coordination à travers des outils comme la cartographie des PTF incluant les performances des régions en matière de PF afin de renforcer les activités dans les régions les moins performantes ainsi que les analyses des écarts financiers pour mieux orienter la mobilisation des ressources ;
- Renforcer le comité PF en capacité, à la mise à échelle aux niveaux décentralisés en définissant un mécanisme intégré, les impliquer dans tout le processus relatif au PANB-PF ;
- Veiller à l'intégration des indicateurs d'impact dans les prochaines enquêtes nationales (exemples : le nombre d'avortements à risque évités ou le nombre de décès maternels évités grâce à la contraception moderne) ;
- Continuer les revues semestrielles du PANB-PF et instituer un mécanisme pour le suivi des recommandations ;
- Analyser les indicateurs par milieu de résidence, bien-être socio-économique, niveau d'éducation et âge afin de mieux orienter les interventions ;
- Déterminer un mécanisme pratique de transmission des informations concernant les actions sur la PF afin d'orienter les nouveaux responsables élus ou nommés ;
- Organiser des tables rondes sur la PF ou d'autres plateformes de discussion ouvertes avec les décideurs de chaque niveau, en partageant les performances en PF combinées avec les indicateurs socio-économiques ;
- Renforcer la participation de l'État et son appui et poursuivre les plaidoyers pour la mobilisation des fonds étatiques ;
- Renforcer la mobilisation des partenaires, des associations et des ONG, pour soutenir le programme PF, notamment pour les offres de services, la création de la demande et la sécurisation des produits ;
- Renforcer la mobilisation de ressources pour la mise en œuvre du PANB-PF en diversifiant les sources (secteur privé, ONG, etc.) ;
- Analyser les ressources disponibles par rapport aux besoins en produits contraceptifs ;
- Elaborer un plan de communication multisectoriel correspondant au PANB-PF en y intégrant le plan de plaidoyer en faveur de la communication pour les chefs de file ;
- Définir des stratégies de communication spécifiques pour les personnes vulnérables, notamment les pauvres ;
- Suivre l'utilisation de fonds économisés dans la détaxation des produits contraceptifs dans les actions de communication pour la PF du Ministère de la Santé Publique et plaider en faveur de cette utilisation ;
- Travailler à la bonne gouvernance des produits ;
- Renforcer l'Assurance qualité des services et des données en appliquant les normes déjà existantes ;
- Définir des stratégies spécifiques pour les adolescents et jeunes, en combinant la capitalisation des expériences nationales et internationales et les innovations, et en les

impliquant de manière concrète dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi de la mise en œuvre.

Objectifs opérationnels du PANB-PF

Les objectifs opérationnels du PANB-PF tiennent compte des données récentes de l'EDSMD V 2021, à savoir :

1) Augmenter le taux de prévalence contraceptive moderne pour les femmes en union de 42,7 % en 2021 jusqu'à 60 % d'ici 2025. Pour le PSI PF/SPSR, l'objectif est d'atteindre en 2025 au moins 55 % pour les femmes mariées ou en union. Pour FP2030, l'objectif sur 10 ans est d'atteindre 60 %.

2) Réduire de 14,6 % en 2021 à au moins 9 % en 2025 les besoins non satisfaits en PF. Pour FP2030, l'objectif est de 8 %.

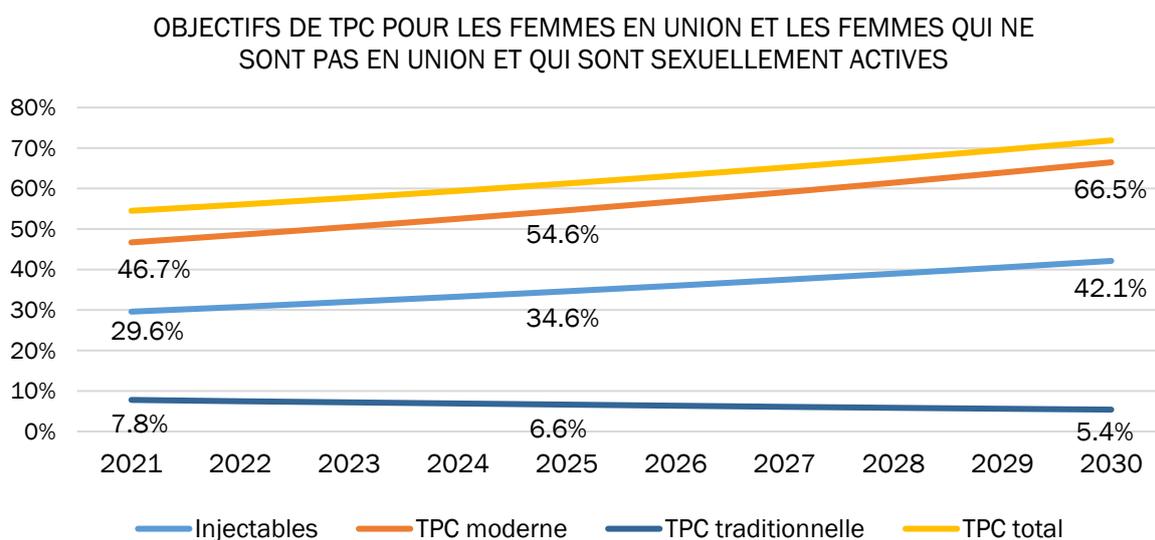
3) Augmenter le taux de prévalence contraceptive moderne chez les adolescents et jeunes de :

- 15 à 19 ans de 34,1 % en 2021 à 37 % au moins en 2025
- 20 à 24 ans de 45 % en 2021 à 55 % en 2025

4) Réduire à 3 l'indice synthétique de fécondité d'ici 2025. Pour FP2030 l'objectif sur 10 ans est de 3.

Une simulation représentée par le graphique ci-dessous permet d'apprécier le suivi de l'évolution annuelle du TPC pour les femmes en union et les femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives. Pour un objectif de 55 % du TPCm, l'accroissement de l'utilisation de la méthode injectable devrait être de l'ordre de 34,6 %, le TPC. Ainsi sur le graphique ci-dessous, le TPCm atteindrait 54,6 % en 2025 et 66,5 % en 2030. Les méthodes traditionnelles diminueront ainsi de près d'un point de pourcentage en 2025.

Graphique 17 : Projection 2025 des TPC pour atteindre les objectifs du PANB-PF



Source : Projection 2025 effectuée sur la base des données EDSMD V 2021 et de la structure des méthodes PF 2021.

L'examen de la tendance de l'utilisation de la contraception dans le tableau ci-dessous, entre 2012 (ENSOMD) et 2021 (EDSMD V) par les femmes de 15 à 49 ans doit retenir, qu'il s'agit pour 2021 des femmes en union et des femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives. Contrairement les données de 2012 ne concernent que les femmes en union.

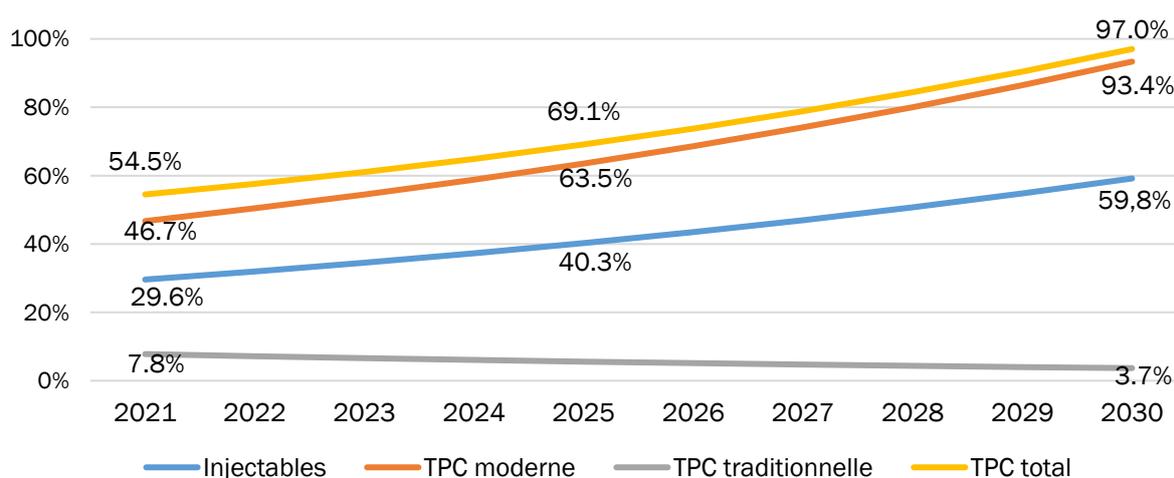
Tableau 6 : Tendance de l'utilisation de la contraception

Femmes de 14-49 ans	ENSOMD 2012	EDSMD V 2021	Structure des méthodes RT 2030
Stérilisation masculine	0 %	0 %	0 %
Stérilisation féminine	1,4 %	0,3 %	1,2 %
DIU	0,7 %	0,4 %	2,6 %
Implants	2,6 %	8,4 %	15,3 %
Injectables	19,9 %	29,6 %	60,0 %
Pilules	6,6 %	5,9 %	9,7 %
Préservatifs masculin	1 %	1,4 %	0,6 %
Préservatifs féminin	0 %	—	1,2 %
Pilules du lendemain	0 %	0,1 %	—
Méthode jour fixe (MJF)	0 %	0,6 %	—
MAMA	1,2 %	0 %	—
TPC moderne	33,4 %	46,7 %	90,6 %
Retrait	1,3 %	0,7 %	0,5 %
Rythme	0 %	7,1 %	3,1 %
Collier de cycles	0 %	0 %	—
Autres méthodes traditionnelles	5,2 %	0 %	0,4 %
Total traditionnel	6,5 %	7,8 %	4,0 %
TPC	39,9 %	54,5 %	94,6 %

Sources : ENSOMD 2012, EDSMD V 2021 et CI des résultats transformateurs MEF/UNFPA 2021

A travers une deuxième simulation et en utilisant à l'arrivée de 2030 la structure des méthodes PF calculée dans l'évaluation des coûts pour atteindre zéro besoin non satisfait en PF d'ici 2030⁵⁷, le TPCm 2030 pourrait aller au-delà de 90,6 % avec une réduction progressive des méthodes traditionnelles jusqu'à 4 %. Dans ce cas le TPCm en 2025, boosté par un taux d'utilisation des injectables de 40,3 %, pourrait atteindre 63,5 % (graphique ci-dessous).

Graphique 18 : Projection 2025 et 2030 des TPC en utilisant la structure des méthodes PF 2030 pour atteindre zéro besoin non satisfait en PF



Sources : Données de EDSMD V 2021 et Cadre d'investissement des résultats transformateurs de Madagascar, MEF/UNFPA 2021

⁵⁷ Ministère de l'Économie et des Finances et UNFPA, 2021, Cadre d'investissement des résultats transformateurs de Madagascar.

Axes stratégiques

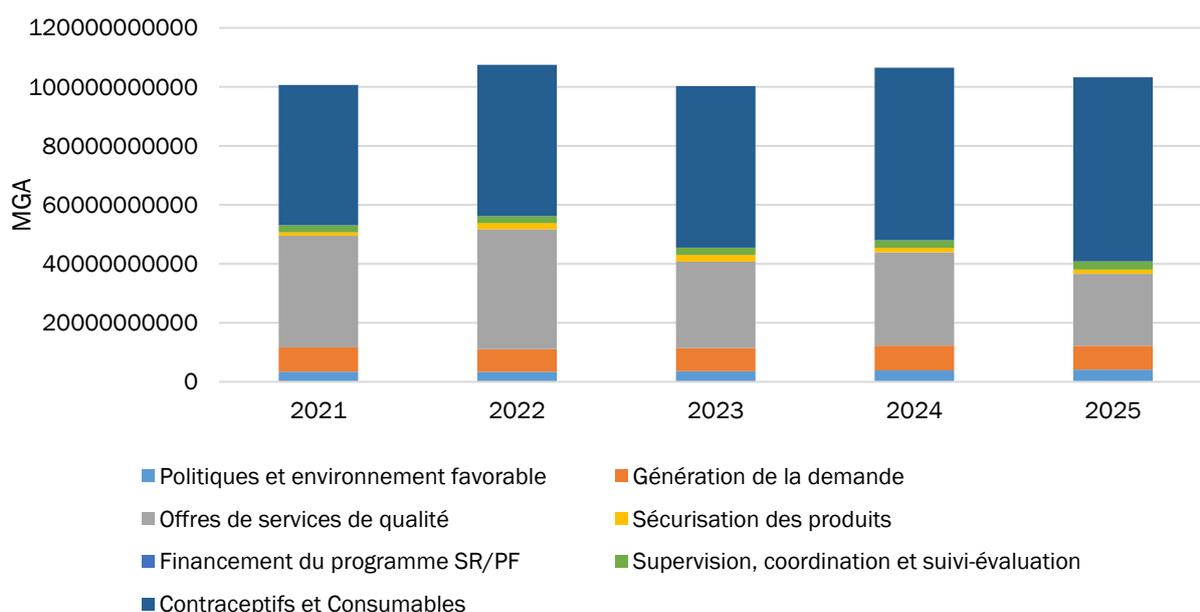
Progresser vers l'atteinte des objectifs du PANB-PF requiert un engagement soutenu des parties prenantes, dont le Gouvernement et ses partenaires clés, dans le financement et l'appui à la mise en œuvre de l'agenda stratégique pour les cinq années à venir, ainsi que des interventions correspondantes définies autour de six axes stratégiques, à savoir :

- Optimisation des acquis en matière de politiques et d'environnement favorable à la PF basée sur les droits humains et droits concernant la sexualité et la reproduction ;
- Génération de la demande en SR/PF garantissant l'égalité du genre et le respect des droits humains ;
- Renforcement des offres de services de qualité en SR/PF, intégrées, inclusives et basées sur les droits humains ;
- Sécurisation des produits de SR/PF de qualité et maîtrise d'une gestion logistique performante des intrants ;
- Financement du programme SR/PF ;
- Supervision, coordination et suivi-évaluation.

A chaque axe stratégique correspond plusieurs résultats stratégiques qui proviennent de la mise en œuvre des activités et des sous activités. Différents indicateurs sont définis pour assurer le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du plan.

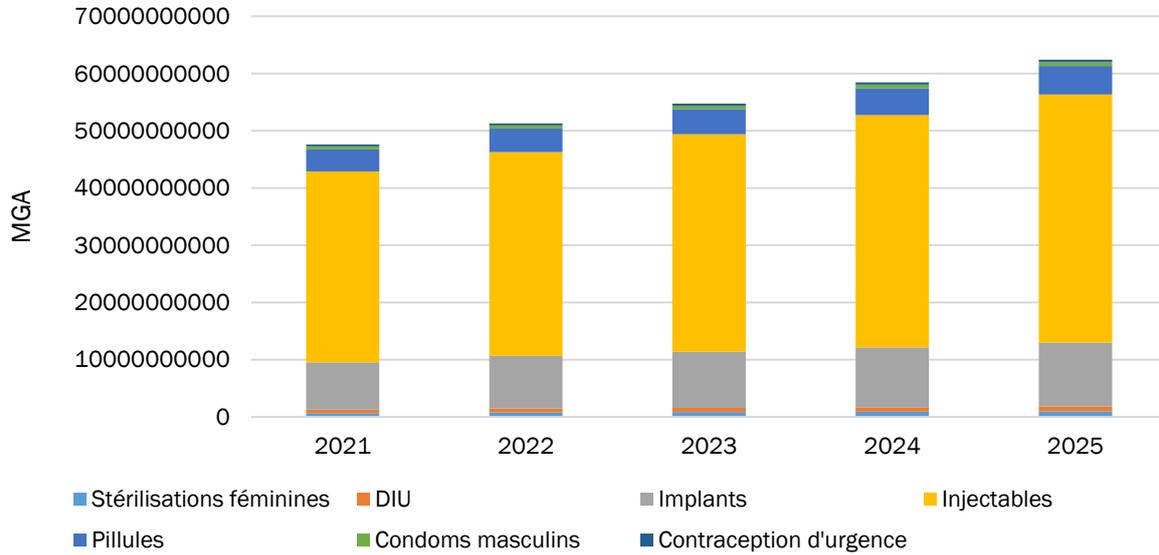
Le coût total pour mettre en œuvre le PANB-PF est évalué à 518,1 milliards MGA (126 millions USD). Considérant le nombre total de femmes en âge de procréer au cours des 5 années du PANB, le coût total du plan est de 3,4 USD par FAP. En excluant les contraceptifs et les consommables, le coût estimé est de 1,6 USD par FAP. Le graphique ci-dessous montre la ventilation annuelle de ces coûts.

Graphique 19 : Coûts annuels du PANB-PF par axe stratégique et coûts des contraceptifs en MGA



Le montant du coût des produits incluant les contraceptifs et les consommables directs s'élève à 274,5 milliards MGA. Il représente 53 % du coût total du PANB-PF. Le graphique suivant montre la distribution annuelle des coûts des contraceptifs selon le type à utiliser.

Graphique 20 : Coûts annuels par type de contraceptifs



Les produits injectables constituent en moyenne 69,5 % des coûts des contraceptifs et consommables. Ils sont suivis par les implants qui sont en moyenne de 17,8 %.

Carte du PANB-PF

La carte du PANB-PF ci-dessous est une représentation visuelle par niveau des axes et résultats stratégiques prioritaires, du processus et des bénéficiaires du programme.

CARTE DU PANB 2021-2025

Vision stratégique : Un accès optimal de la population dans le besoin dont les femmes en âge de procréer, les jeunes et adolescentes de 15 à 19 ans ainsi que les hommes, mais également les personnes en situation de handicap et les personnes marginalisées, aux conseils et services de qualité de planification familiale volontaire basée sur les droits humains et exempt de discrimination et de violence.

	Femmes de 15 à 49 ans		Groupes spécifiques de personnes constituées : jeunes de 15 à 19 ans et jeunes 20 à 24 ans, les personnes en situation de handicap, personnes marginalisées, défavorisées, les plus pauvres et sans instructions		Hommes et leaders communautaires
Valeurs de bénéficiaires	S1. Les femmes de 15-49 ans adhèrent aux bienfaits de la PF et adoptent un choix éclairé et libre sur les méthodes	S2. Les femmes de 15 à 49 ans ont accès à diverses options de PF abordables	S3. Les groupes spécifiques de personnes sont persuadés de l'importance de la PF et ont de manière éclairée un choix libre sur les méthodes	S4. Les groupes spécifiques de personnes ont accès à diverses options de PF abordables	S5. Les hommes et les leaders sont devenus des acteurs actifs dans la promotion et l'utilisation de la PF

Organismes habilitants

Gouvernement - Partenaires techniques et financiers - Secteur privé - Autorités locales - Prestataires médicaux - Partenaires de mise en œuvre

	CREATION DE LA DEMANDE	OFFRES DE SERVICES	SECURISATION DES PRODUITS	POLITIQUES ET ENVIRONNEMENT HABILITANT
	Augmenter le nombre d'habitants et les groupes spécifiques recevant des informations correctes sur les méthodes PF modernes, leur utilisation et les points de prestation	Augmenter le nombre de sites PF capables de fournir des services essentiels de qualité et complets en PF jusqu'àuprès de la communauté	Assurer la disponibilité d'au moins 5 produits de contraception moderne auprès de la totalité des sites PF	Assurer l'effectivité du suivi et évaluation de l'application des lois et réglementations pour le respect des droits et l'égalité d'accès aux contraceptifs, information, éducation complète à la sexualité et services complets y compris pour les adolescents et jeunes
Bénéficiaires Directs – Processus	Augmenter le nombre des jeunes sensibilisant leurs pairs à la PF et la sensibilisation par les éducateurs au niveau des collèges et lycées.	Augmenter le nombre de CSB capables d'offrir de manière continue de méthodes de longue durée, permanentes	Renforcer la capacité de planification, quantification des produits PF, gestion de l'approvisionnement jusqu' aux sites PF pour une disponibilité continue des produits	Renforcer le partenariat multisectoriel, public et privé en collaboration avec tous les ministères à tous les échelons avec un comité de coordination élargi à d'autres Ministères (MEN, MJS, MEF, MPPSPF)
	Adopter les stratégies appropriées en communication et stratégies interpersonnelles pour les acteurs communautaires	Assurer une meilleure couverture en offre de services PF intégrés dans SRMNIA-N, LME, LC IST/Sida, CSAJ, Coins jeunes, Espace jeune, Santé communautaire.	Renforcer le système d'Information de Gestion Logistique des intrants SR/PF à tous les niveaux	Concrétiser l'engagement politique de l'Etat sur l'initiative mondiale FP2030
Supervision Coordination suivi évaluation	Renforcer la collaboration des acteurs en PF en matière de génération de la demande en SR/PF et l'efficacité du dispositif de suivi des stratégies de communication	Renforcer sous l'égide du MSANP, le mécanisme de coordination et suivi évaluation, incluant les différents niveaux et les projets d'exécution des partenaires en SR/PF	Assurer la fonctionnalisation de système d'information informatisé à tous les niveaux pour le suivi et l'exploitation réguliers des données.	Développer un système multisectoriel d'encadrement, de suivi et de supervision des agents de santé et des agents communautaires, fonctionnels
Financement	Assurer l'effectivité de la mise en œuvre de l'approche de Marché Total des produits SR/PF	Soutenir la politique de gratuité des produits et services PF du secteur public et des consommables PF pour des groupes particuliers	Développer des stratégies appropriées de mobilisation de ressources financières pour le programme PF	Assurer l'augmentation régulière et effective du budget de l'Etat au MSANP pour contribuer aux financements des besoins annuels en produits SR/PF

DESCRIPTION DES AXES STRATEGIQUES

Une description détaillée concernant les axes et résultats stratégiques et les activités à mener pour atteindre les objectifs d'ici 2025 du programme est fournie dans cette partie du document.

AS1. Optimisation des acquis en matière de politiques et d'environnement favorable à la PF basée sur les droits humains et droits concernant la sexualité et la reproduction

L'engagement politique des dirigeants pour contribuer au développement socio-économique et à la réduction de l'extrême pauvreté ainsi qu'à l'amélioration de la santé doit inéluctablement passer par l'amélioration de la politique et de l'environnement de la PF. Cependant des difficultés sont rencontrées dans l'application de la loi SR/PF causant des retards par rapport à la connaissance de la population de ses droits et des avantages socio-économiques de la PF et des lacunes dans le respect des droits humains.

Généralement, la PF n'est pas un sujet prioritaire pour les politiciens et ne constitue pas toujours la préoccupation des décideurs quoiqu'elle représente des enjeux socio-sanitaires et économiques importants à long terme. L'approche multisectorielle pour le mainstreaming de la planification familiale sollicite un dispositif de concertation et de décision des différents secteurs.

STRATEGIE

Dans la concrétisation de l'application de la Loi SR/PF n°2017-043 et l'intégration des efforts dans les différentes initiatives de développement, la fonctionnalisation du partenariat multisectoriel public à tous les échelons et de comité de coordination élargi à d'autres Ministères garantira l'efficacité de la coopération multisectorielle qui en particulier a pour mission non seulement de veiller sur l'effectivité de l'application, mais aussi de contribuer à la mise en œuvre des lois et règlements visant à garantir l'égalité d'accès aux contraceptifs et à une information, l'accès à une éducation complète à la sexualité et des services complets en matière de santé sexuelle et reproductive pour tous. Le renforcement de la mesure de la redevabilité statuera la performance et le résultat des efforts par rapport à l'engagement mutuel des parties prenantes.

Les questions relatives aux genre, us et coutumes et cultures traditionnelles réduisent considérablement l'accès universel de l'utilisation de la planification familiale. La coexistence difficile entre le droit positif et le droit coutumier dans certaines régions dont l'usage étant la manière collective d'agir, préconise une approche stratégique appropriée en sus de la promotion de la demande. Les conventions sociales cautionnées par les communautés et par les leaders traditionnels par exemple sont censées être homologuées par la Justice, ce qui n'est pas toujours le cas.

RESULTATS STRATEGIQUES

RS1.1 Effectivité de l'application de la Loi SR/PF n°2017-043 et en particulier concernant l'article 5 de la loi sur l'égalité d'accès pour tous à la PF et aux services complets de santé reproductive, indépendamment de l'âge. Un accent particulier est mis sur la vulgarisation du concept et de la considération du droit à la PF comme un droit humain fondamental en considérant la prestation et l'accessibilité des services pour les jeunes comme une priorité. Sur le plan opérationnel, les efforts à apporter comprennent l'organisation des séances d'information médiatique pour tout public sur la Loi SR/PF et ses textes d'applications.

RS1.2 Mécanisme opérationnel de suivi et évaluation de l'application des lois et réglementations sur la SR/PF. Un système de suivi de l'application de la Loi SR/PF mis en place à tous les niveaux

et intégrant les acteurs, dont les OSC et les associations locales, permettra de collecter et analyser les informations et de prendre les meilleures décisions sur les actions urgentes et à venir.

RS1.3 Adoption des Lois et textes révisés sur les possibilités d'utilisation de produits contraceptifs par des groupes de personnes cibles comme en milieu carcéral. Ce résultat stratégique considère l'accès de groupes spécifiques de personnes aux produits et services de contraception moderne à travers de plaidoyer auprès des institutions responsables et des activités opérationnelles d'information et d'éducation menées pour les groupes spécifiques.

RS1.4 Adoption de stratégies appropriées en matière de genre, des us et coutumes et des cultures traditionnelles pour rechercher une meilleure coexistence entre le droit positif et le droit coutumier et pour renforcer la promotion de l'utilisation de la planification familiale. Le développement de stratégies sur l'approche genre en conformité à la PF et pour atténuer les effets des us et coutumes et cultures traditionnelles sur l'utilisation de la PF requiert une analyse socio-anthropologique incluant la manière collective d'agir en rapport au droit coutumier en vigueur. Des propositions de solutions seront apportées, suivi de formations en cascade des acteurs pour la mise en œuvre. Les stratégies pour lutter contre les comportements néfastes comprendront également les dialogues communautaires, impliquant les leaders traditionnels.

RS1.5 Concrétisation de l'engagement politique de l'Etat et Initiative mondiale FP2030. Le renforcement de l'engagement du pays sur la planification familiale considère la mise en place d'une approche multisectorielle sur le mainstreaming PF et la mobilisation des fonds pour l'axe politique et environnement habilitant. Les engagements de l'Etat font l'objet de suivi périodique à travers des indicateurs clés.

RS1.6 Mécanisme de partenariat multisectoriel public-privé fonctionnel à tous les échelons avec un comité de coordination élargi à d'autres Ministères (MEN, MEF). En vue d'un partenariat multisectoriel, public et privé effectif, coordonné avec tous les ministères, l'accent est mis sur la mise en place de dispositif multi-partenariat fonctionnel sur la promotion de la planification familiale.

RS1.7 Mécanisme de redevabilité performant dans la mise en œuvre du PSI PF SPSR et du PANB (intégrant l'Organisation de la Société Civile, le COMARESS), conformément à l'approche inclusive de l'engagement FP 2030. Une forte implication de la COMARESS est attendue dans le suivi de la redevabilité des parties prenantes à la PF, d'où le besoin de renforcement de ses capacités pour assurer la réalisation du résultat stratégique RS1.7.

Canevas des activités - AS 1

AS1 : OPTIMISATION DES ACQUIS EN MATIERE DE POLITIQUES ET D'ENVIRONNEMENT FAVORABLE A LA PF BASEE SUR LES DROITS HUMAINS ET DROITS CONCERNANT LA SEXUALITE ET LA REPRODUCTION

Réduire de 28,9 % à 25 % la proportion des adolescentes (15-19 ans) ayant déjà eu un enfant

RESULTATS STRATEGIQUES	ACTIVITES	SOUS-ACTIVITES	INTRANTS	RESPONSABLES	FINANCEMENT
RS1.1 Effectivité de l'application de la Loi SR/PF n° 2017-043, et en l'occurrence art 5 sur l'adoption, la mise en œuvre des lois et règlements visant à garantir indépendamment de l'âge de l'individu, l'égalité d'accès aux contraceptifs et à une information, une éducation et des services complets en matière de santé sexuelle et reproductive pour tous	A1 Assurer la vulgarisation du concept et de la considération du droit à la PF comme un droit humain fondamental	A1.1 Disséminer la Loi SR/PF et ses textes d'application.	Multiplication et envoi des textes jusqu'aux districts (CT décentralisé et ST déconcentré) Séances de présentation et explication des textes dans les 23 régions Actions avec les journalistes, association, OSC		
		A1.2 Tenir des séances d'information médiatique pour tout public sur la Loi SR/PF et ses textes d'applications	Séances d'information une fois par mois pendant 4 mois via radio et TV local des 23 régions en 2021 et 2022 Séances de présentation des textes par les EMAD au niveau des 114 districts		
RS1.2 Mécanisme opérationnel de suivi et évaluation de l'application des lois et réglementations sur la SR/PF	A1 Mettre en place un système de suivi de l'application de la loi SR/PF à tous les niveaux.	A1.1 Elaborer les outils et directives de suivi de la mise en œuvre de la loi, politique et plans relatifs à la SR/PF, intégrant les acteurs de tous les niveaux dans le processus, y compris les OSC et associations locales.	Une réunion de 2 jours pour 30 personnes		
		A1.2 Valider et tester l'outil dans une région	Une réunion de demi-journée pour 20 personnes Test de suivi dans un district		
		A1.3 Multiplier et distribuer les outils aux acteurs	Multiplication des outils et directives : 1 000 ex		
		A1.4 Collecter et analyser les informations sur le suivi de l'application de la loi SR/PF	Carburant et connexion réseau		

RESULTATS STRATEGIQUES	ACTIVITES	SOUS-ACTIVITES	INTRANTS	RESPONSABLES	FINANCEMENT
RS1.3 Adoption des Lois et textes révisés sur les possibilités d'utilisation de produits contraceptifs par des groupes de personnes cibles comme en milieu carcéral	A1 Plaidoyer sur l'accès de groupes spécifiques de personnes aux produits et services de contraception moderne.	A1.1 Analyser les lois, textes et identification des groupes spécifiques rencontrant des difficultés concernant l'utilisation de la SR/PF	Activités et missions de 3 jours de personnels techniques de DSFa		
		A1.2 Mener des activités de plaidoyer auprès des institutions responsables	Carburant		
		A1.3 Former les acteurs et établir le réseautage avec les journalistes, les parlementaires et les autorités de différents niveaux	Atelier de formation de 2 jours de 20 personnes Carburant et connexion pour rencontre des autorités/parlementaires		
		A1.4 Assurer le suivi des activités opérationnelles de PF menées pour les groupes spécifiques	Réunions mensuelles de suivi périodique et connexion		

Capitalisation des acquis en matière de PF en vue d'atteindre d'ici 2025 un taux de prévalence moderne au moins égal à 55 % pour les femmes mariées ou en union

RESULTATS STRATEGIQUES	ACTIVITES	SOUS-ACTIVITES	INTRANTS	RESPONSABLES	FINANCEMENT
RS1.4 Adoption de stratégies appropriées en matière de genre, us et coutumes et cultures traditionnelles pour une recherche d'accommodation entre le droit positif et le droit coutumier et pour renforcer la promotion de l'utilisation de la planification familiale.	A1 Développer les stratégies basées sur l'approche anthropologique et l'analyse du droit coutumier en conformité à la planification familiale.	A1.1 Effectuer une analyse socio-anthropologique ayant une dimension nationale, incluant le droit coutumier concernant les thématiques du genre et de la SR/PF	Consultant national pour 40 jours homme Réunion de présentation / validation de l'analyse 2 jours pour 30 personnes		
		A1.2 Définir les stratégies pour rechercher un ajustement du droit coutumier par rapport aux besoins d'amélioration de l'utilisation de la PF et pour atténuer les effets néfastes en matière de genre, us et coutumes	Consultant national pour 40 jours homme Réunion de présentation / validation des stratégies 2 jours pour 30 personnes		
		A1.3 Elaborer les outils sur l'approche genre en matière de PF issue de la recherche	Réunion de 3 jours pour 25 personnes		
		A1.4 Mener une formation en cascade des acteurs sur l'approche genre PF	FDF de 15 personnes Formation d'un jour des acteurs (50 personnes)		

RESULTATS STRATEGIQUES	ACTIVITES	SOUS-ACTIVITES	INTRANTS	RESPONSABLES	FINANCEMENT
RS1.4	A1	A1.5 Elaborer les outils sur l'approche accommodation des us et coutumes en matière de PF issue de la recherche	Réunion de 4 jours pour 40 personnes		
		A1.6 Mener une formation en cascade des acteurs sur l'approche accommodation des us et coutumes ciblant les régions à faible TPCm	FDF de 30 personnes Formation de 3 jours des acteurs (20 personnes/régions ciblées) 8 régions ciblées		
		A1.7 Mener des dialogues communautaires pour la promotion de la PF en impliquant les leaders traditionnels...	Organisation de dialogues auprès de 8 régions les moins élevés en TPCm et dans les districts correspondants		
RS1.5 Concrétisation de l'engagement politique de l'Etat et Initiative mondiale FP2030.	A1 Mener le renforcement de l'engagement du pays sur la planification familiale.	A1.1 Assurer le suivi de la concrétisation de l'engagement de l'Etat et sa redevabilité à travers des indicateurs	Réunion périodique (bimestriel) du comité multisectoriel		
		A1.2 Mettre en place au cours d'une réunion une approche multisectorielle sur le mainstreaming PF incluant le dividende démographique	Réunion d'une journée pour 30 personnes sur le concept approche multisectoriel Réunion périodique du comité multisectoriel		
		A1.3 Effectuer la mobilisation des fonds pour l'axe politique et environnement habilitant	Réunion de plaidoyer auprès des Ministères et PTF. Plus carburant		

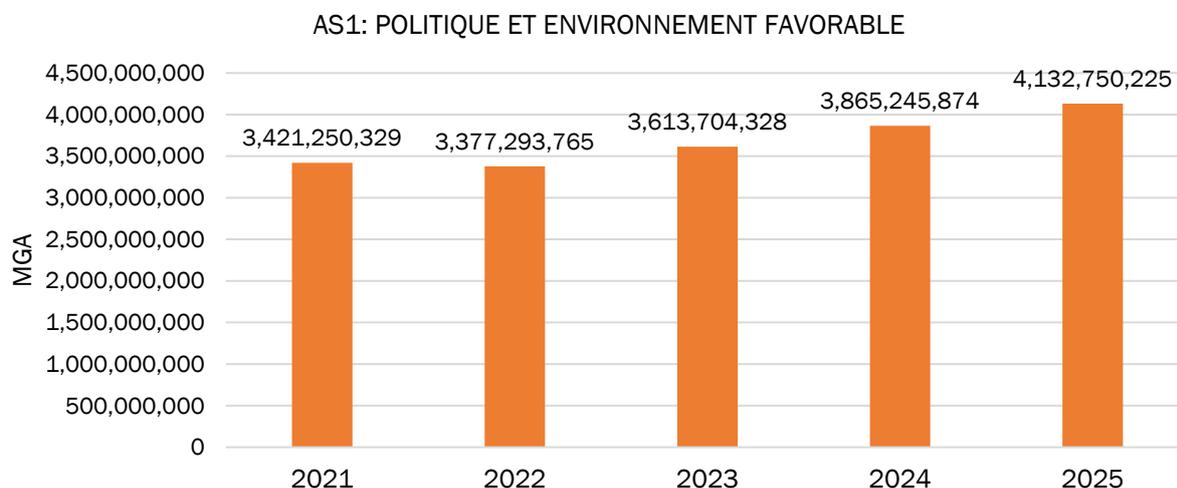
En vue d'un partenariat multisectoriel, public et privé effectif, coordonné avec tous les ministères

RESULTATS STRATEGIQUES	ACTIVITES	SOUS-ACTIVITES	INTRANTS	RESPONSABLES	FINANCEMENT
RS1.6 Mécanisme de partenariat multisectoriel public privé fonctionnel à tous les échelons avec un comité de coordination élargi à d'autres Ministères (MEN, MEF)	A1. Dispositif multi-partenariat fonctionnel sur la promotion de la planification familiale.	A1.1 Mener les plaidoyers pour l'implication des autres Ministères concernés par la SR/PF (éducation nationale, justice, communication, jeunesse, décentralisation, population, finances, économie, environnement...).	Réunions de plaidoyer auprès des Ministères et PTF (éducation nationale, justice, communication, jeunesse, décentralisation, population, finances, économie, environnement...).		
		A1.2 Elaborer une convention cadre entre les parties prenantes, pour les actions multisectorielles	Rédaction convention Réunion de présentation/ validation de la convention		
		A1.3 Elaborer les outils de travail et de suivi des actions	Réunion d'une journée de 25 personnes		
RS1.7 Mécanisme de redevabilité performant dans la mise en œuvre du PSI PF SPSR et du PANB (intégrant l'Organisation de la Société Civile, le COMARESS) conformément à l'approche inclusive de l'engagement FP 2030	A1 Forte implication de la COMARESS dans le suivi de la redevabilité des parties prenantes à la PF	A1.1 Renforcer les capacités de la COMARESS pour le suivi de la redevabilité des acteurs	Réunion de 2 jours pour 25 personnes sur l'élaboration des outils		
		A1.2 Produire et analyser de manière continue les évidences et bases factuelles SR/PF dans le cadre de la redevabilité mutuelle	Récolte systématique des informations et analyse (Frais de fonctionnement du groupe de suivi)		
		A1.3 Suivi de l'application des recommandations par les parties prenantes de la SR/PF	Réunion périodique du comité technique		

COUTS ESTIMES DE L'AS1

L'axe stratégique 1 est évalué à 18,4 milliards MGA ; soit 3 % du coût total du plan. Sa ventilation annuelle est représentée par le graphique ci-dessous.

Graphique 21 : Ventilation annuelle en MGA des coûts de AS1



AS2 Génération de la demande en SR/PF garantissant l'égalité du genre et le respect des droits humains

Les limites de la conviction de la population sur l'importance de l'utilisation de la PF pour le bien-être de la famille d'une part, et, d'autre part, par rapport à la connaissance des méthodes contraceptives modernes de longue durée, demandent à être surpassées. Les actions dans ce cadre doivent prendre en compte l'atténuation des comportements les plus contraignants liés aux us et coutumes et aux cultures traditionnelles. La motivation de la population entraînant une demande croissante constitue un des facteurs déterminants de la planification familiale. D'où le besoin d'exposer de manière permanente la population cible, à l'information sur la planification familiale quel que soit le niveau d'instruction.

STRATEGIE

La couverture de la population de l'ensemble des communes par des campagnes d'information, de sensibilisation et de plaidoyer sur la SR/PF, développera différentes stratégies facilitées par l'existence et la fonctionnalisation de groupes d'écoute et/ou de dialogue au niveau communautaire initiés par les AC. La sensibilisation en SR/PF et bonne pratique en IEC et la mobilisation sociale adaptées à chaque tranche d'âge permettra d'obtenir une meilleure couverture des adolescents et jeunes du pays ainsi que des régions à très faible prévalence contraceptive et à forte taux de fécondité.

Des stratégies de communication appropriées et diffusées à toutes les parties prenantes impliquées dans la génération de la demande en SR/PF sont nécessaires pour intensifier et systématiser à tous les niveaux les interventions correspondantes. Les stratégies développées seront basées sur des évidences de proximité, ciblant les groupes spécifiques. Pour assurer une meilleure efficacité de la mise en œuvre, un mécanisme de collaboration renforcée entre les acteurs en matière de génération de la demande SR/PF doit être opérationnel. Ainsi la complémentarité des actions et la réplique ou la mise à l'échelle dans des zones déterminées ou sur l'ensemble du pays des bonnes pratiques en IEC/communication pour le changement social et comportemental (CCSC) et en

mobilisation sociale sur la SR/PF trouveront rapidement leur place dans l'amélioration des connaissances et bienfaits individuels de la PF et dans la vie familiale.

RESULTATS STRATEGIQUES

RS2.1 Stratégies de communication appropriées, basées sur des évidences de proximité, ciblant les groupes spécifiques, et diffusées à toutes les parties prenantes impliquées dans la génération de la demande en SR/PF : Un besoin de systématisation et d'intensification des interventions de communication efficace à tous les niveaux est ressenti et exige la révision des stratégies de communication pour le CCSC en SR/PF prenant en compte l'utilisation de divers outils et plateformes de génération de la demande, y compris la santé numérique et les technologies émergentes.

RS2.2 Mécanisme opérationnel de collaboration renforcé entre les acteurs en matière de génération de la demande SR/PF : En plus de la mise en place d'un dispositif adapté pour la collaboration des acteurs, les capacités du sous-comité de communication en gestion des connaissances et des informations seront renforcées.

RS2.3 Stratégies de proximité en IEC/CCC et en communication interpersonnelle adoptées pour les acteurs communautaires, les équipes mobiles et les stratégies avancées : Diverses actions en rapport aux stratégies de proximité en IEC/CCC, telles que l'élaboration, la multiplication et la diffusions des outils et supports, ainsi que des activités d'encadrement des acteurs communautaires (AC, « Marie Stopes Ladies », pairs éducateurs, conseillères en PF, prestataires PF) sont prévues dans ce volet.

RS2.4 Couverture de la population pouvant aller jusqu'à 90 % des communes par des campagnes d'information, de sensibilisation et de plaidoyer sur la SR/PF, et à travers de groupes d'écoute au niveau communautaire initiés par les AC : Les interventions prévues portent essentiellement sur des campagnes de mobilisation sociale médiatisée et de sensibilisation intense en PF, surtout en zones de faible taux de prévalence contraceptive et à faible appui et d'accès matériels en SR/PF. La promotion des groupes d'écoute et/ou de parole sur la PF au niveau communautaire est une stratégie à privilégier.

RS2.5 Couverture des adolescents et des jeunes en sensibilisations SR/PF et bonnes pratiques en IEC et mobilisation sociale adaptées à chaque tranche d'âge : Des stratégies et des messages particulières adaptés aux différentes barrières culturelles spécifiques à chaque région ciblent les groupes spécifiques (jeunes scolarisés et non scolarisés, personnes démunies), ainsi que les personnes en situation de handicap. D'autres actions correspondant à la mise en œuvre des activités d'IEC/CCCS et de mobilisation sociale en SR/PF se focaliseront sur les jeunes déscolarisés et non scolarisés et autres groupes spécifiques. Parmi les principales interventions sont également considérées la promotion de l'éducation parentale et de masculinité positive en matière de SR/PF et sur la lutte contre le mariage d'enfants, ainsi que la redynamisation et la mise en place des maisons/centres des jeunes et coins santé au niveau des chefs-lieux de région, districts et communes rurales.

RS2.6 L'alphabétisation fonctionnelle : Le développement de ce type d'activité vise à atteindre les groupes spécifiques de personnes incluant les illettrés pour leur prise de conscience à la PF. Les actions seront ainsi menées dans le cadre des campagnes d'alphabétisation effectuées par le Ministère en charge de la population et appuyées par d'autres secteurs de développement.

RS2.7 Une PF solidaire et citoyenne promue au niveau de structures d'intervention de MPPSPF, MEN et MJS, et associations, groupements d'hommes et de femmes jeunes : Ce résultat est censé être atteint à travers la consolidation de l'utilisation des structures d'intervention de MPPSPF, MEN et MJS, et associations, groupements d'hommes et de femmes jeunes, pour la conscientisation sur la PF. Les activités de sensibilisation sur l'éducation complète à la sexualité seront donc réalisées à partir des structures identifiées.

RS2.8 Intégration de la sensibilisation et des offres de service PF lors des Célébrations des Journées mondiales clés et évènements nationaux : La célébration des évènements et journées mondiales sont mis à profit, comme lors de campagnes nationales de masse, pour conscientiser la population sur l'importance de la PF et les défis spécifiques pour chaque groupe cible. Des messages bien déterminés sont transmis pour chaque évènement.

RS2.9 Les bonnes pratiques en IEC/SBCC et en mobilisation sociale sur la SR/PF répliquées et/ou mises à l'échelle au niveau des régions ou sur l'ensemble du pays : La promotion des bonnes pratiques de sensibilisation et communication sur la PF se fera sur la base de concours de commune championne amis de famille. L'utilisation, entre autres, des outils modernes/ les Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC), tels que les réseaux sociaux ou les influenceurs, est envisagée pour la dissémination des pratiques retenues.

Canevas des activités - AS 2

AS 2 : GENERATION DE LA DEMANDE EN SR/PF GARANTISSANT L'EGALITE DU GENRE ET LE RESPECT DES DROITS HUMAINS

D'ici 2025, la totalité des hommes et des femmes ont accès aux informations SR/PF ainsi que la proportion des jeunes de 15 à 24 ans et des groupes spécifiques de personnes

RESULTATS STRATEGIQUES	ACTIVITES PRINCIPALES	SOUS-ACTIVITES	INTRANTS	RESPONSABLES	FINANCEMENT
RS2.1 Stratégies de communication appropriées, basées sur des évidences de proximité, ciblant les groupes spécifiques, et diffusées à toutes les parties prenantes impliquées dans la génération de la demande en SR/PF pour intensifier et systématiser à tous les niveaux les interventions y afférentes.	A1. Mener la révision des stratégies de communication pour le changement social et comportemental (se référant à la PHI) en SR/PF prenant en compte l'utilisation de divers outils et plateformes de génération de la demande, y compris la santé numérique et les technologies émergentes	A1.1 Evaluer les stratégies et plans de communication existantes prenant en compte les besoins particuliers de tous les groupes spécifiques de population, la gestion de la réticence et des rumeurs sur la PF, les causes de refus et rejets, les évidences	Consultant national pour 40 jours homme Atelier de 2 jours pour 30 jours sur l'identification et évaluation des stratégies et plans de communication Atelier de 2 jours pour 25 personnes sur présentation/validation des stratégies de communication intégrée		
		A1.2 Elaborer une stratégie de communication intégrée en SR/PF, adaptée à aux besoins particuliers de tous les groupes spécifiques, utilisant divers outils, y compris ceux de la technologie émergente (NTIC, réseaux sociaux)			
		A1.3 Mettre à jour le plan de communication spécifiant les cibles et les canaux (NTIC) ainsi que les régions à faible performance (1 réunion de 2 j pour 20 personnes)	Réunion de 2 jours pour 25 personnes		
		A1.4 Effectuer les prétests représentants les cibles et les régions (4 régions)	Réunion 1 jour pour 20 personnes : élaboration support de Communication Frais (PDM, carburant) pour prétest 4 régions		
		A1.5 Effectuer le suivi de la mise en œuvre du plan par les régions	Réunions périodiques des comités techniques central et régional (4)		

RESULTATS STRATEGIQUES	ACTIVITES PRINCIPALES	SOUS-ACTIVITES	INTRANTS	RESPONSABLES	FINANCEMENT
RS2.2 Mécanisme opérationnel de collaboration renforcé entre les acteurs en matière de génération de la demande SR/PF	A1. Mettre en place le dispositif adapté pour le renforcement de la collaboration des acteurs en PF pour la génération de la demande	A1.1 Définir les TDR sur la collaboration des acteurs et sous-comité de Communication en PF			
		A1.2 Mener des réunions de travail bimestrielles			
		A1.3 Effectuer le mapping des intervenants et des interventions en matière de génération de la demande en SR/PF	Réunion de demi-journée pour 40 personnes		
		A1.4 Assurer le suivi de la mise en œuvre des recommandations des réunions	Réunions périodiques des comités des niveaux central et régional		
		A1.5 Renforcer les capacités du sous-comité de Communication en gestion des connaissances et des informations	Réunion de 1 jour pour 30 personnes : élaboration outil de gestion Formation de 30 personnes pour 2 jours		
RS2.3 Stratégies de proximité en IEC/CCC et en communication interpersonnelle adoptées pour les acteurs communautaires (AC, « Marie Stopes Ladies », pairs éducateurs, conseillères en PF, prestataires PF), les équipes mobiles et les stratégies avancées	A1. Développer les actions pour la mise en œuvre des stratégies de proximité en IEC/CCC et en communication interpersonnelle	A1.1 Elaborer les outils de communication CCSC de proximité et en communication interpersonnelle pour les acteurs communautaires, adaptés à chaque groupe-cible spécifique	Atelier de 2 jours pour 25 personnes		
		A1.2 Multiplier et diffuser les supports de communication auprès des districts	Multiplication 4 outils X 114 districts X 5 exemplaires		
		A1.3 Encadrer les acteurs communautaires dans l'application des stratégies	4 encadreurs par district Carburant		
		A1.4 Mener les activités de communication à travers les équipes mobiles et stratégies avancées en zones reculées	1 équipe mobile par région tous les mois 1 stratégie avancée par district tous les mois		

RESULTATS STRATEGIQUES	ACTIVITES PRINCIPALES	SOUS-ACTIVITES	INTRANTS	RESPONSABLES	FINANCEMENT
RS2.4 Couverture de la population pouvant aller jusqu'à 90 % des communes par des campagnes d'information, de sensibilisation et de plaidoyer sur la SR/PF, et à travers de groupes d'écoute au niveau communautaire initiés par les AC	A1. Mener la mobilisation sociale médiatisée sur la PF y compris en zones de faible taux de prévalence contraceptive et à faible appui et d'accès matériels en SR/PF, en privilégiant l'utilisation de la radio	A1.1 Organiser un atelier d'élaboration et conception des spots et mise à jour des supports de sensibilisation avec implication des jeunes	Atelier de 2 jours pour 25 personnes		
		A1.2 Organiser les ateliers de validation des spots et supports de sensibilisation	Réunion demi-journée de 25 personnes		
		A1.3 Réaliser l'enregistrement et le tournage des spots en impliquant les jeunes et multiplication supports	Frais d'enregistrement Frais tournage spots Multiplication supports 10 000 exemplaires		
		A1.4 Diffuser à grande échelle jusqu'au niveau local des spots de sensibilisation en SR/PF suivant les dialectes locaux	Frais de diffusion dans tous les districts et communes		
		A1.5 Mener des campagnes locales de sensibilisation en PF avec implication des jeunes	Frais d'appui campagnes		
		A1.6 Mener une intervention plateau TV ou émission radio sur la PF avec implication des jeunes	Coût de 2 émissions (PAD° TV et radio par an		
		A1.7 Mener des campagnes locales de sensibilisation intenses en PF dans les 10 régions à faible appui et à faible TPCm avec implication des jeunes	Frais d'appui de campagne dans les districts/communes de 10 régions		
	A2. Promouvoir des groupes d'écoute et/ou de parole sur la PF au niveau communautaire	A2.1 Constituer des groupes d'écoute et/ou de parole sur la PF au niveau communautaire	Frais d'appui mise en place groupes d'écoute		
		A2.2 Assurer le suivi de la mise en œuvre des activités des groupes d'écoute et/ou de parole sur la PF	Frais de suivi/supervision		

RESULTATS STRATEGIQUES	ACTIVITES PRINCIPALES	SOUS-ACTIVITES	INTRANTS	RESPONSABLES	FINANCEMENT
RS2.5 Couverture des adolescents et jeunes en sensibilisation SR/PF/ éducation complète à la sexualité et bonne pratique en IEC et mobilisation sociale adaptées à chaque tranche d'âge	A1. Développer des stratégies et messages pour les groupes spécifiques (jeunes scolarisés et non scolarisés, personnes démunies), et accessibles aux personnes en situation de handicap et adaptés aux différentes barrières culturelles spécifiques à chaque région	A1.1 Organiser un atelier pour la contextualisation des messages et stratégies destinés aux différents groupes spécifiques	Atelier de 1 journée pour 30 personnes		
		A1.2 Multiplier les supports, réaliser les enregistrements et le tournage des spots	Supports en 5 000 ex Frais d'enregistrement Frais tournage spots		
		A1.3 Former 400 AS sur l'approche et PEC SAJ	4 Formations de 100 AS X 4 réunions de 1 j chacun		
		A1.4 Mener les séances de mobilisation au cours de campagnes locales	4 campagnes locales X 114 districts		
	A2. Mettre en œuvre des activités d'IEC/CCCS et de mobilisation sociale en SR/PF/éducation complète à la sexualité en direction des jeunes déscolarisés et non scolarisés et autres groupes spécifiques	A2.1 Diffuser les messages spots et mener les campagnes avec les partenaires et les agences	20 Spots TV et 20 x Radios locaux		
		A2.2 Mener une intervention plateau TV ou émission radio sur la PF	Coût de 2 émissions PAD (TV et radio) par an		
	A3. Promouvoir de l'éducation parentale et de masculinité positive en matière de SR/PF et sur la lutte contre le ME	A3.1 Multiplier les outils pour mener l'éducation parentale et la masculinité positive en PF et LME	1 guide éducation X 2000 ex 1 guide masculinité X 1000 ex		
		A3.2 Mener les activités de sensibilisation auprès de groupes d'écoute et/ou de parole sur la PF au niveau communautaire	Coût pour 114 districts X 2 groupes d'écoute		
	A4. Mettre à l'échelle de l'approche par les pairs, y compris la redynamisation des jeunes paires éducateurs (JPE), au niveau des écoles, au niveau des centres et association de jeunes	A4.1 Multiplier les outils de PF pour l'approche par les pairs	500 exemplaires		
		A4.2 Former 5 AC et 5 PJE par CSB sur l'approche jeune pour la création de la demande	Formation 5 AC + 5 PJE par CSB pour 500 CSB		
		A4.3 Mener les activités sur l'approche JPE auprès des écoles et associations des jeunes les groupes de jeunes	100 écoles et 25 groupes de jeunes		

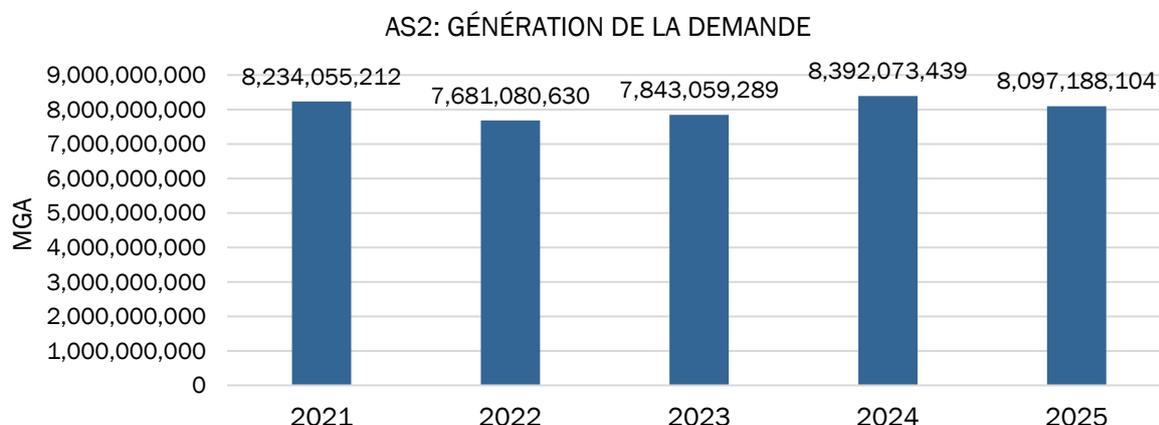
RESULTATS STRATEGIQUES	ACTIVITES PRINCIPALES	SOUS-ACTIVITES	INTRANTS	RESPONSABLES	FINANCEMENT
RS2.5	A5. Redynamiser pour les actions de sensibilisation de la PF des maisons/ centres de jeunes et coins santé au niveau des chefs-lieux de région, districts et communes rurales	A5.1 Identifier par les responsables des régions et districts les régions, districts et communes rurales où seront redynamisés/ développés les maisons/centres des jeunes et coins santé	Réunion 2 avec les responsables (50 personnes)		
		A5.2 Mobiliser et organiser les jeunes auprès de ces centres et appuyer la mise en œuvre des stratégies de sensibilisation appropriées	Réunion avec les représentants des jeunes X 100 centres		
		A5.3 Réaliser des stratégies avancées en PF dans les maisons des jeunes (115) et coins jeunes (22)	Coûts des réunions de sensibilisation auprès 115 MJ Coûts des réunions de sensibilisation auprès 115 MJ		
RS2.6 L'alphabétisation fonctionnelle utilisée pour la prise de conscience de la PF par de groupes spécifiques de personnes incluant les illettrés	A1. Atteindre les groupes spécifiques de personnes incluant les illettrés pour leur prise de conscience à la PF	A1.1 Concevoir l'approche et les outils sur l'alphabétisation fonctionnelle	Réunion de 1j de 30 personnes pour conception d'outil		
		A1.2 Multiplier les outils	2 outils X 500 exemplaires		
		A1.3 Mener les activités de sensibilisation de PF lors des campagnes d'alphabétisation	Contribution coût de carburant pour les campagnes		
RS2.7 Une PF solidaire et citoyenne promue au niveau de structures d'intervention de MPPSPF, MEN et MJS, et associations, groupements d'hommes et de femmes jeunes	A1. Assurer la consolidation de l'utilisation des structures d'intervention de MPPSPF, MEN et MJS, et associations, groupements d'hommes et de femmes jeunes pour la conscientisation sur la PF	A1.1 Identifier les structures d'intervention de MPPSPF, MEN et MJS, et associations, groupements d'hommes et de femmes jeunes	Réunion du comité élargie		
		A1.2 Effectuer les activités de sensibilisation à l'éducation complète à la sexualité à travers les structures identifiées	Coûts activités dans 100 structures identifiées		

RESULTATS STRATEGIQUES	ACTIVITES PRINCIPALES	SOUS-ACTIVITES	INTRANTS	RESPONSABLES	FINANCEMENT
RS2.8 Intégration de la sensibilisation et des offres de service PF lors des Célébrations des Journées mondiales clés et évènements nationaux (en tant que campagnes nationales PF) en vue de conscientiser la population sur l'importance de la PF et des défis spécifiques pour chaque groupe cible	A1. Mettre à profit la célébration les évènements et journées mondiales pour conscientiser la population sur l'importance de la PF	A1.1 Lister les Journées mondiales clés et évènements nationaux et le calendrier			
		A1.2 Effectuer une réunion de plaidoyer conduite par COMARESS et DSFa auprès des autorités gouvernementales et des PTF	2 Réunions de demi-journée chacune de 30 à 40 personnes		
		A1.3 Déterminer les messages à transmettre pour chaque journée mondiale clé et évènement national	Réunion de demi-journée de 20 personnes		
		A1.4 Financer les campagnes PF intégrées lors des journées mondiales et évènements clés	Au moins 3 journées/ évènements dans chacune des 23 régions Au moins une campagne dans la moitié des districts		
RS2.9 Les bonnes pratiques en IEC/SBCC et en mobilisation sociale sur la SR/PF répliquées et/ou mises à l'échelle au niveau des régions ou sur l'ensemble du pays.	A1. Promouvoir les bonnes pratiques de sensibilisation et communication sur la PF	A1.1 Organiser un concours de commune championne amis de famille au niveau des régions pour l'inventaire des bonnes pratiques SR/PF	Réunion de conception de une journée pour 20 personnes Diffusion des avis de concours dans 114 districts		
		A1.2 Effectuer une communication médiatique nationale liée à la cérémonie de remise des primes (1 réunion de 50 personnes)	Coûts des primes offertes Coût communication médiatique par TV et Radio		
		A1.3 Identifier les canaux, outils, techniques adaptées pour la dissémination des bonnes pratiques	Réunion du comité technique		
		A1.4 Mettre à l'échelle les bonnes pratiques SR/PF des communes championnes	Réunions des DRS et MI/SDSP sur les bonnes pratiques à mettre à l'échelle		
		A1.5 Assurer le suivi par les régions/districts de la mise en œuvre des bonnes pratiques	Frais carburant de suivi de mise en œuvre des BP		
		A1.6 Adopter l'utilisation des outils modernes/ les NTICS (réseaux sociaux, influenceurs...)			

COÛTS ESTIMÉS DE L'AS2

L'axe stratégique 2 est évalué à 40,2 milliards MGA ; soit 8 % du coût total du plan. Sa ventilation annuelle est représentée par le graphique ci-dessous.

Graphique 22 : Ventilation annuelle en MGA des coûts de AS2



AS 3. Renforcement des offres de services de qualité en SR/PF, intégrées, inclusives et basées sur les droits humains

De nombreux obstacles, dont une partie relevant du système de santé, exercent une forte pression sur la disponibilité et l'accès aux soins de manière générale. La couverture en services SR/PF de qualité et intégrés à différents niveaux et particulièrement en zones enclavées reste limitée pour les groupes cibles dont les femmes en union les jeunes et les personnes vulnérables et défavorisées.

La difficulté de l'uniformisation du plateau technique, dépendant de l'existence de matériels et équipements appropriés, et surtout des compétences des prestataires de services, restreint la diversification des produits PF de qualité et ne permet pas d'assurer l'élargissement de la gamme des méthodes offertes. En outre, le développement de l'approche de services intégrés en SR/PF de qualité est ralenti à cause de la faiblesse de capacités des prestataires (AS, AC) à délivrer plus d'un type de prestations de services. En conséquence, il est ardu d'assurer un renforcement efficace du système de prestation de soins pour effectivement améliorer l'offre et assurer le respect du droit d'accès pour tous aux services SR/PF de qualité.

STRATEGIE

Différentes stratégies pour garantir les droits humains concernant la fourniture des services de PF sont à prioriser. Les jeunes, les groupes marginalisés et personnes en situation de handicap ainsi que la population des régions à forte fécondité et faible prévalence contraceptive sont parmi les bénéficiaires cibles des prestations de qualité en PF. Pour y arriver nécessairement, de nombreux obstacles restent à surmonter. Les compétences des prestataires pour la prise en charge jusqu'au niveau communautaire de tous les groupes cibles figurent parmi les points importants à renforcer avec une couverture en structures adéquates dotées en matériels, équipements SR/PF et personnel de santé pour la prise en charge des bénéficiaires prioritaires. Le développement de la couverture en offre de services intégrés relatifs à la PF considère différents programmes ou structures associés dont la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescent (SRMNIA), la lutte contre le mariage d'enfants, l'IST/Sida, le centre de santé des adolescents et jeunes (CSAJ), les Coins jeunes, l'Espace jeune et la santé communautaire. L'amélioration de la qualité de l'information

donnée aux bénéficiaires, l'approche jeune, la prévention et le contrôle des infections sont également pris en compte dans le cadre de l'intégration des prestations et de la supervision formative.

La mise à l'échelle et l'offre continue des méthodes de longue durée (MLD post partum, post abortum et le DIU hormonal, DMPA SC en auto-injection), permanentes et des nouveaux produits contraceptifs (y compris la contraception d'urgence surtout au niveau de tous les districts à haut risque de catastrophe), incluant le renforcement des compétences des prestataires en PF contribueront à l'amélioration des offres de services de qualité en SR/PF intégrés.

RESULTATS STRATEGIQUES

RS3.1 Compétences adaptées acquises par les prestataires pour la prise en charge jusqu'au niveau communautaire de tous les groupes cibles : Le processus de renforcement des compétences, comprenant l'accueil et la qualité de la relation interpersonnelle, commence par la mise à jour du curriculum de formation des prestataires en PFI pour inclure les jeunes, les personnes en situation d'handicap, les personnes défavorisées, marginalisées, en milieu carcéral, les illettrés, les travailleurs de sexe, les LGBTQ+. Le renforcement des capacités sur les différentes méthodes (MLD, MCD), des AS non encore formés et sur les MCD, et la vulgarisation du guide d'amélioration de la qualité en PF, sont également considérés comme priorités.

RS3.2 Qualité améliorée des services comprenant la qualité de l'information donnée aux bénéficiaires, l'approche jeune, la prévention et le contrôle des infections y compris celle du COVID-19 : Les Outils de gestion y afférents et insérant les nouvelles méthodes et nouveaux produits PF seront rendus disponibles à l'usage des prestataires.

RS3.3 Disponibilité et accès aux services SR/PF de qualité y compris pour les groupes désavantagés, les personnes marginalisées, celles en zones enclavées et en milieu carcéral : Diverses stratégies sont privilégiées dont le développement ou la mise à l'échelle de différentes structures comme les centres modèles PF, CSB amis des jeunes (40 CSB/an), « Coins jeunes » au niveau des écoles et structures PF adaptées aux personnes en situation d'handicap. Les séances de stratégies avancées et les campagnes de masse en PF concerneront également les zones reculées ou zones à haute densité de population.

RS3.4 Couverture améliorée en structures adéquates dotées en matériels, équipements SR/PF et RHS pour la prise en charge des groupes cibles : Il convient de doter les Formations Sanitaires en équipements PF adéquats ainsi que les sites communautaires en intrant de qualité. Une recherche nationale sur l'acceptabilité des produits et leur utilisation sera conduite en ciblant les groupes cibles.

RS3.5 Méthodes de longue durée (MLD post partum, post-abortum et le DIU hormonal, DMPA SC en auto- injection), permanentes mises à l'échelle et offertes de manière continue ainsi que des nouveaux produits dont la contraception d'urgence : La principale activité est de former les prestataires en complétant avec le MLD et par les séances pratiques. Les renforcements de capacité incluent l'approche droit, l'approche jeune et le ciblage des groupes spécifiques. L'objectif est que les centres de santé puissent offrir au moins 5 méthodes contraceptives modernes.

RS3.6 Couverture en offre de services PF intégrés dans le SRMNIA, la LME, l'IST/Sida, le CSAJ, les Coins jeunes, l'Espace jeune, la santé communautaire : L'intégration des services PF sera effectuée dans différents programmes associés à la PF et différentes structures. La formation des

AC à travers les Chef CSB sur la prestation de services de PF selon le Paquet Minimum d'Activités communautaire est prévue dans le cadre du renforcement de la santé communautaire.

RS3.7 Informations disponibles et explorées pour améliorer l'orientation des méthodes les plus utilisées par zones utilisatrices et l'élaboration de plan d'expansion des méthodes : Un système d'information fiable et performant doit nécessairement être développé avec une cartographie spécifique à la PF. Le développement des plans d'expansion régionale des méthodes PF permettra d'améliorer la couverture et la distribution rationnelle des produits.

Canevas des activités - AS 3

AS 3. RENFORCEMENT DES OFFRES DE SERVICES DE QUALITE EN SR/PF, INTEGREES, INCLUSIVES ET BASEES SUR LES DROITS HUMAINS

Atteindre en 2025 un taux de prévalence contraceptive moderne d'au moins égal à 52 % pour les femmes mariées ou en union et pour les jeunes de 19 à 24 ans et une prévalence contraceptive moderne égale à au moins à 37 % pour les jeunes de 15 à 19 ans

RESULTATS STRATEGIQUES	ACTIVITES PRINCIPALES	SOUS-ACTIVITES	INTRANTS	RESPONSABLES	FINANCEMENT	
RS3.1 Compétences adaptées (y compris sur l'accueil et la qualité de la relation interpersonnelle) acquises par les prestataires pour la prise en charge jusqu'au niveau communautaire de tous les groupes cibles	A1. Mettre à jour le curriculum de formation des prestataires en PFI en incluant les jeunes, les personnes en situation d'handicapé, les personnes défavorisées, marginalisées, en milieu carcéral, et les illettrés	A1.1 Organiser un atelier de concertation avec le Ministère de la Justice pour identifier les offres de service en milieu carcéral	1 jour pour 20 personnes			
		A1.2 Organiser un atelier de mise à jour du curriculum de formation et des outils adaptés aux groupes spécifiques	2 jours pour 30 personnes			
		A1.3 Atelier de validation du curriculum de formation et des outils adaptés aux groupes spécifiques	1 jours pour 30 personnes			
		A1.4 Multiplication du curriculum de formation et des outils	500 exemplaires			
		A1.5 Formation des prestataires jusqu'au niveau communautaire	20 000 à 25 000 prestataires dans 115 districts			
	A2. Vulgariser le guide d'amélioration de la qualité en PF à tous les niveaux du système de santé	A2.1 Ateliers d'orientation des acteurs en PF sur l'amélioration de la qualité de la PF	Formation en cascade : <ul style="list-style-type: none"> • Central et EMAR 1 jour pour 30 personnes • (50 EMAD en 1 jour) X 2 • 30 000 prestataires (AS, AC) pendant le regroupement annuel 			
	A3. Assurer le renforcement de capacité sur les différentes méthodes (MLD, MCD), des AS non encore formés et sur les MCD des AC	A3.1 Constituer un pool de formateurs (FDF en MLD)	Coût carburant			
		A3.2 Effectuer la formation en MLD des AS non encore formés	1000 As pendant les revues mensuelles			
		A3.3 Effectuer la formation des AC, en méthode de courte durée pendant les regroupements mensuels	12 000 AC pendant le regroupement annuel			
		A3.4 Effectuer la formation modulaire des prestataires PF de 115 SDSP	250 personnes X 115 SDSP pendant les revues mensuelles ou trimestrielles			

RESULTATS STRATEGIQUES	ACTIVITES PRINCIPALES	SOUS-ACTIVITES	INTRANTS	RESPONSABLES	FINANCEMENT
RS3.1	A3	A3.5 Effectuer la supervision formative des prestataires sur les MLD et MCD	Supervisions menées par les responsables des DRSP et SDSP des AS et supervision des AC par les chefs CSB		
RS3.2 Qualité améliorée des services comprenant qualité de l'information donnée aux bénéficiaires, l'approche jeune, la prévention et le contrôle des infections y compris celle du COVID-19	A1. Assurer la disponibilité des Outils de gestion de PF	A1.1 Effectuer un Atelier de mise à jour des outils de gestion en insérant les nouvelles méthodes et nouveaux produits	Réunion de 2 jours pour 20 personnes		
		A1.2 Effectuer un Atelier de validation des outils de gestion	Réunion de 2 jours pour 20 personnes		
		A1.3 Multiplier les outils de gestion	2 guides en 10 000 ex		
		A1.4 Acheminer les outils de gestion vers les SDSP	Coût de carburant		
RS3.3 Disponibilité et accès aux services SR/PF de qualité y compris pour les groupes désavantagés, les personnes marginalisées, celles en zones enclavées et en milieu carcéral	A1. Mettre à l'échelle des Centres modèles PF (10/an)	A1.1 Effectuer la formation des 2 AS/ Centre modèle en MLD et PFPP	2 AS X 10 CM x 5ans		
		A1.2 Doter en matériels et équipements (stéthoscope, tensiomètre, balance, équipements PF y compris le matériel nécessaire pour la prévention des infections)	10 CM X 5 ans		
		A1.3 Doter en support de sensibilisation PF	4 supports X 50 CM		
	A2. Développer 200 CSB amis des jeunes (40 CSB/an)	A2.1 Effectuer la formation des 2 AS/FS en SRAJ	Formation de 2AS X 200 CSB		
		A2.2 Doter en matériels et équipements (stéthoscope, tensiomètre, balance, équipements PF y compris le matériel nécessaire pour la prévention des infections)	200 CSB amis des jeunes		
		A2.3 Doter en support de sensibilisation PF	4 supports X 200 CSB		

RESULTATS STRATEGIQUES	ACTIVITES PRINCIPALES	SOUS-ACTIVITES	INTRANTS	RESPONSABLES	FINANCEMENT
RS3.3	A3. Multiplier ou redynamiser les « Coins jeunes » au niveau des écoles avec un appui avéré du MEN, des écoles et des parents	A3.1 Réserver un local pour coin jeune dans les CEG et Lycée			
		A3.2 Doter en équipements et support de sensibilisation	200 écoles		
		A3.3 Recruter un personnel pour les coins jeunes au niveau des écoles	Salaire de 200 personnels sur 5 ans		
	A4. Mettre en place de services/structures PF adaptées PF pour les personnes en situation d'handicapés	A4.1 Sélectionner et doter en équipements adaptés aux besoins des personnes en situation d'handicapé un CSB par District.	1 CSB x 114 districts		
		A4.2 Réhabiliter un centre de santé/District/an selon les besoins des personnes en situation d'handicapé	114 CSB X 5 ans		
	A5. Mettre à l'échelle et coordination les activités mobiles d'offre de services PF (MD, permanentes) dans les zones reculées	A5.1 Ajouter 1 clinique mobile équipé supplémentaires dans 5 régions à faible TPC pour une activité d'une fois par semestre	5 cliniques mobiles		
		A5.2 Mener des campagnes de masse lors de tous les rassemblements populaires (jour de marché, fêtes traditionnelles ...)	5 campagnes de masse X 700 communes/ Fokontany reculés		
	A6. Tenir des séances de stratégie avancée dans les zones éloignées non desservies à travers les cliniques mobiles	A6.1 Réaliser des stratégies avancées par région et district dans les zones éloignées (1 fois/semestre)	2 SA X 5 districts X 15 Régions		
	A7. Tenir une campagne de masse en planification familiale dans les zones à haute densité de population	A7.1 Mener 1 campagnes de masse par an dans 5 Chefs lieu de région à faible TPC	Cf. AS2 - RS2.8 - A1.4		

RESULTATS STRATEGIQUES	ACTIVITES PRINCIPALES	SOUS-ACTIVITES	INTRANTS	RESPONSABLES	FINANCEMENT	
RS3.4 Couverture améliorée en structures adéquates dotés en matériels, équipements SR/PF et RHS pour le pec des groupes cibles	A1. Mettre en place de services/structures PF adaptées PF pour les groupes cibles	A1.1 Réhabiliter les structures existantes				
		A1.2 Renforcer la formation des AS sur la prise en charge des groupes cibles spécifiques				
		A1.3 Favoriser l'approche paire				
	A2. Doter les formations Sanitaires en équipements PF adéquats : kit PF, KIT d'insertion et de retrait de DIU, KIT de retrait en implant	A2.1 Quantifier les besoins en équipements PF adéquats, Kit d'insertion et retrait de DIU et implant				
		A2.2 Faire la commande en équipements PF adéquats	300 CSB X 5 ans X kit PF,			
		A2.3 Faire la commande en Kit d'insertion et retrait de DIU et implant	Pour 1 000 CSB X KIT d'insertion et de retrait de DIU, KIT de retrait en implant (Cf. AS4. Sécurisation des produits)			
		A2.4 Acheminer auprès des FS et sites communautaires	Carburant			
	A3. Doter les formations sanitaires et sites communautaires en intrant de qualité	A3.1 Quantifier les besoins en produits contraceptifs, -Passer la commande et acheminer les produits auprès des FS et sites communautaires	Produits contraceptifs et consommables médicaux pour toute la population Coût de transport et distribution jusqu'au dernier km (Cf. AS2. Sécurisation des produits)			
	A4. Accélérer l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché pour les nouveaux produits adoptés	A4.1 Demander l'AMM des nouveaux produits au niveau de DAM.				

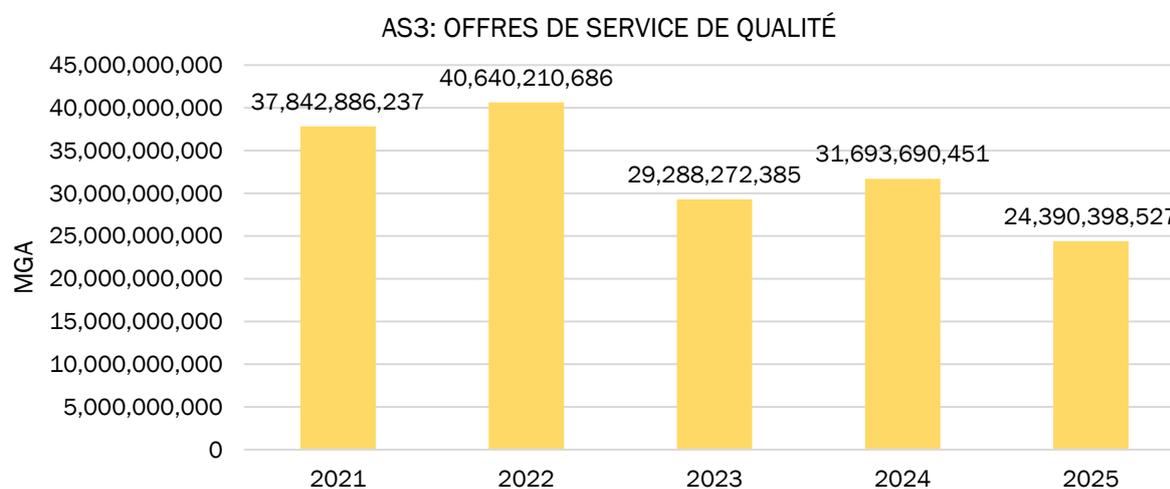
RESULTATS STRATEGIQUES	ACTIVITES PRINCIPALES	SOUS-ACTIVITES	INTRANTS	RESPONSABLES	FINANCEMENT
RS3.5 Méthodes de longue durée, permanentes mises à l'échelle et offertes de manière continue (MLD post partum, post-abortum et le DIU hormonal, DMPA SC en auto-injection) et des nouveaux produits contraceptifs (y compris la contraception d'urgence surtout au niveau de tous les districts à haut risque de catastrophe)	A1. Former les prestataires en PFI incluant l'approche droit, l'approche jeune, les MLD, les méthodes permanentes, la PF pour les groupes spécifiques	A1.1 Pour les prestataires ayant reçu des formations en PFI antérieures, compléter avec MLD et renforcer les séances pratiques	3 000 AS		
	A2. Mise aux normes des plateaux techniques pour les nouveaux centres de santé ou réhabilités, pour offrir au moins 5 méthodes contraceptives	A2.1 Doter les nouveaux centres de santé ou réhabilités en équipements, produits, afin d'assurer les 5 méthodes	1 000 CS		
	A3. Motiver les AC à référer les FAP vers les CSB pour bénéficier d'une MLD	A3.1 Mettre un système de motivation pour les AC surtout dans les zones reculées	Indemnités pour 1 000 AC		
		A3.2 Renforcer les capacités des AC	Formation 20 000 AC		
RS3.6 Couverture en offre de services PF intégrés dans le SRMNIA, la LME, l'IST/Sida, le CSAJ, les Coins jeunes, l'Espace jeune, la santé communautaire.	A1. Intégrer les services de PF dans les programmes et services SR SMNIA SAJ IST/VIH.	A1.1 Effectuer l'IEC en matière de PF dans les services SRMNIA-N	Outils IEC et supports formation dans 700 services		
	A2. Intégrer la PF aux programmes VBG LME genre, protection sociale d'appui aux ménages les plus pauvres	A2.1 Assurer l'offre de service PF (conseil/prestation) dans les centres prenant en charge les victimes des VBG et violences sexuelles : personnel qualifié, matériel, équipement, intrant produit PF	200 centres VBG et viols		
	A3. Mettre en place un espace PF dans les maisons des jeunes	A3.1 Mener les prestations de SR/PF dans les maisons des jeunes (Méthode de courte durée) et disponibilité d'un personnel qualifié, matériels équipements et intrants PF	150 maisons des jeunes		
	A4. Former les AC à travers les Chef CSB sur la prestation de service de PF selon le Paquet Minimum d'Activités communautaire	A1.1 Organiser par chaque chef CSB des sessions de formations sur PF pour 2AC/Fkt pendant les regroupements mensuels	Contribution aux frais de déplacement de 2 AC/Fkt		
A2.1 Faire le suivi formatif sur PF pour 2AC/Fkt pendant les regroupements mensuels		Carburant			

RESULTATS STRATEGIQUES	ACTIVITES PRINCIPALES	SOUS-ACTIVITES	INTRANTS	RESPONSABLES	FINANCEMENT
RS3.7 Informations disponibles et explorées pour améliorer l'orientation des méthodes les plus utilisées par zones utilisatrices et l'élaboration de plan d'expansion des méthodes	A1. Développer un système d'information fiable et performant	A1.1 Réviser les logiciels existants dans la collecte, analyse et exploitation des données			
		A1.2 Mettre en place un logiciel performant pour la collecte des données	Coût du logiciel et d'installation		
		A1.3 Former les responsables SIG de chaque niveau (Régions et Districts) sur le logiciel performant (collecte, analyse et exploitation des données)	<ul style="list-style-type: none"> • Formation de 150 personnes sur le logiciel • Formation des AS et AC sur le remplissage des supports de collecte 		
		A1.4 Effectuer une Cartographie spécifique à la PF	Consultant 30 jours hommes		
	A2. Développer des plans d'expansion régionale des produits PF	A2.1 Estimer les besoins pour l'expansion de chaque région	Exploitation des données des régions et synthèse des besoins (comités techniques régionaux)		
		A2.2 Plaidoyer en fonction des résultats de l'estimation	Exploitation des données des régions et synthèse des besoins (comités techniques régionaux)		

COUTS ESTIMES DE L'AS3

L'axe stratégique 3 est évalué à 163,8 milliards MGA ; soit 32 % du coût total du plan. Sa ventilation annuelle est représentée par le graphique ci-dessous.

Graphique 23 : Ventilation annuelle en MGA des coûts de AS3



AS4. Sécurisation des produits de SR/PF de qualité et maîtrise d'une gestion logistique performante des intrants

De nombreux problèmes demandent à être solutionnés pour une sécurisation assurée des produits SR/PF. Les situations de surstockage et éventuellement de péremption des produits PF au niveau des grands entrepôts à partir de SALAMA, dus aux problèmes d'acheminement jusqu'au dernier kilomètre et la sous-estimation de la quantification des produits contraceptifs perturbent la régularité de l'approvisionnement des sites PF. En effet une persistance des ruptures de stock ou de sous stocks et la gamme incomplète des produits au niveau de certains sites PF et surtout en zone rurale limitent considérablement l'accès aux services.

STRATEGIE

Différentes stratégies sont priorisées pour l'atteinte des résultats escomptés en matière de PF. Un système d'approvisionnement fiable et solide est indispensable, pour faire en sorte que la totalité des sites PF puissent proposer au moins 5 produits de contraception moderne, et disposer de 5 médicaments vitaux pour la santé maternelle/reproductive. Aucune rupture de stock en contraceptifs ne devrait être constatée au niveau des sites sur les 5 années d'exercice du PANB. Pour ce faire, la performance du système d'approvisionnement doit être améliorée à tous les niveaux du système, dotés en même temps de système d'Information de Gestion Logistique des intrants SR/PF fiable et de capacités de stockage en produits répondant aux normes. Le renforcement des capacités opérationnelles de l'unité technique en gestion logistique (UTGL) et des agents logistiques jusqu'aux AC veillera à répondre efficacement aux exigences gestionnaires et d'approvisionnement à différents niveaux. L'engagement du Ministère de la Santé Publique et de l'Etat pour l'octroi de ressources supplémentaires pour contribuer intensément à l'achat des produits SR/PF et assurer l'acheminement des produits vers les CSB est fortement recherché.

RESULTATS STRATEGIQUES

RS4.1 Mécanisme performant d'approvisionnement et d'achat des produits SR/PF à tous les niveaux du système : Dans ce contexte, il s'agit de renforcer la compétence des acteurs logistiques

de chaque niveau pour assurer le suivi et l'approvisionnement optimal et régulier en produits par la collaboration entre SALAMA, DSFa, DRSP, SDSP et pour garantir la flexibilité du planning d'envoi de SALAMA. Pour assurer l'acheminement de produits contraceptifs aux FS, différentes alternatives pour la pérennisation de la responsabilité de structures bien définies sont prévues y compris la collaboration avec d'autres ministères et départements et éventuellement avec des fournisseurs de solution logistique privés pour un transport et une distribution efficace des PC jusqu' au dernier kilomètre des produits. Aussi, l'existence d'un mécanisme de suivi et de contrôle multisectoriel du flux des produits contraceptifs sera assurée. La chaîne d'approvisionnement des produits PF sera fortement renforcée par l'Inclusion du secteur privé (pharmacies, cabinets privés...) et la mise en œuvre de plan d'approvisionnement intégré des produits PF. L'élargissement de la gamme de produits contraceptifs prend en compte la mise en œuvre de plan de mise à l'échelle du DMPA sous-cutané et/ou DMPA en auto-injection.

En matière de préparation et de réponses à l'approvisionnement de produits contraceptifs pour mieux affronter les aléas et crises humanitaires un plan pour la sécurité des produits et l'offre de services PF selon les aléas par zones à risque et en cas d'épidémie de COVID-19 sera établi.

RS4.2 Logiciel de gestion adaptée, opérationnel et quantification à tous les niveaux des intrants SR/PF conforme aux besoins réels : Le développement d'un logiciel de gestion de stock des intrants et de la logistique du niveau périphérique constitue une priorité ainsi que la finalisation et la mise en place de logiciel de base de données logistiques de la DSFa.

RS4.3 Système d'Information de Gestion Logistique des intrants SR/PF performant à tous les niveaux : Le SIGL des intrants demande à être équipé en matériels de gestion logistique (moyens de connexion, internet, ordinateur, panneau solaire, ...) au niveau des SDSP (PhaGDis, Responsable logistique du District). Le renforcement de la supervision périodique au niveau des PhaGDis, PhaGeCom et CSB sera effectué pour améliorer les capacités en matière de gestion logistique et assurer un meilleur contrôle des intrants.

RS4.4 Capacités de stockage en produits SR/PF répondant aux normes à tous les niveaux : Le pays s'engage à procéder à la réhabilitation de 10 magasins de stockage des PhaGDis et 15 pharmacies des hôpitaux et mettre aux normes techniques les PhaGDis et PhaGeCom.

RS4.5 Capacités opérationnelles de l'UTGL et des agents logistiques répondant aux exigences gestionnaires et d'approvisionnement à différents niveaux : La redynamisation de l'UTGL jusqu'au niveau régional permettra d'assumer ses différentes responsabilités y compris la réalisation des supervisions formatives des PhaGDis. (Cf. AS6)

R4.6 Compétences en SIGL des responsables répondant aux exigences gestionnaires et d'approvisionnement à différents niveaux : Des sessions de recyclage des DRSP et médecins inspecteurs les impliqueront davantage en tant que responsable en matière de SIGL.

R4.7 Capacités requises des AC en matière de gestion des stocks, équipements, matériels, outils de gestion et intrants : Il s'agit d'améliorer la capacité des AC en matière de gestion logistique à travers leur remise à niveau et les supervisions formatives menées par les chefs CSB et les EMAD (Cf. AS6).

R4.8 Engagement du Gouvernement/MEF et au sein du MSP pour l'octroi de ressources supplémentaires pour contribuer intensément à l'achat des produits SR/PF et assurer l'acheminement des produits vers les CSB : (Cf. partie AS5. Financement du programme SR/PF).

Canevas des activités - AS 4

AS4. SECURISATION DES PRODUITS DE SR/PF DE QUALITE ET MAITRISE D'UNE GESTION LOGISTIQUE PERFORMANTE DES INTRANTS

La totalité des sites PF proposent au moins 5 produits de contraception moderne et ne présentent aucune rupture de stock en contraceptifs

Résultats stratégiques	Activités principales	Sous-activités	Intrants	Responsables	Financement
RS4.1 Mécanisme performant d'approvisionnement et d'achat des produits SR/PF à tous les niveaux du système	A1. Assurer le suivi et l'approvisionnement optimal et régulier en produits par la collaboration entre SALAMA, DSFa, DRSP, SDSP et pour garantir la flexibilité du planning d'envoi de SALAMA	A1.1 Effectuer périodiquement (1fois /semestre) la quantification des besoins en intrants SR et PC			
		A1.2 Renforcer la compétence des acteurs logistiques de chaque niveau (23 Régions, 115 SDSP et PhaGDis) gestion de stock, rapportage des données, procédures et rythme des commandes	Formation 2 jour 23 Régions (23DRS et 23SIGL) 115 Districts (115MI et 115SIGL) 115 PhaGDis 30 000 AC en Gestion logistique		
	A2. Mettre en place un mécanisme de préparation et de réponses en matière d'approvisionnement de PC pour mieux affronter les aléas et crises humanitaires	A2.1 Elaborer le plan pour la sécurité des produits et l'offre de services PF selon les aléas par zones à risque et en cas d'épidémie de COVID-19	Consultant 20 jours homme		
	A3. Pourvoir la mise en place de systèmes pérennes pour l'acheminement de PC jusqu'aux aux FS	A3.1 Plaidoyer auprès de différents Ministères et fournisseurs de logistique privés pour le financement de l'acheminement des PC des PhaGDis jusqu' aux sites PF (jusqu'au dernier km)			
		A3.2 Assurer le suivi de l'utilisation de fonds économisés dans la détaxation des PC dans les actions de communication	Mécanisme auprès du comité technique		
		A3.3 Assurer l'Intégration de l'acheminement des produits PF jusqu'aux sites PF dans le circuit PAIS	Comité technique		

Résultats stratégiques	Activités principales	Sous-activités	Intrants	Responsables	Financement
RS4.1	A3	A3.4 Plaidoyer auprès du MSANP et des PhaGeCom pour l'utilisation d'une partie de la marge destinée au transport générée par PhaGeCom à l'acheminement de produits PF	Comité technique		
	A4. Mener l'inclusion du secteur privé (pharmacies, cabinets privés...) dans la chaîne d'approvisionnement des produits PF	A4.1 Effectuer l'analyse du mécanisme actuel d'approvisionnement de produits PF du secteur privé en vue d'améliorer la complémentarité avec le secteur public	Consultant 20 j homme		
		A4.2 Elaborer et mettre en œuvre le plan de d'approvisionnement intégré des produits PF	Consultant 20 j homme		
	A5. Assurer l'existence d'un mécanisme de suivi et de contrôle multisectorielle du flux des PC	A5.1 Mettre en place une structure multisectorielle de contrôle à chaque niveau (central, régional et districts)	Comité technique Réunion de 1 jour pour 30 personnes		
		A5.2 Mener des missions de suivi et contrôle périodique du flux des PC à tous les niveaux (évaluation de la chaîne d'approvisionnement, inventaire de fin d'année)	Missions : <ul style="list-style-type: none"> • Central vers DRSP (20 personnes 2 jours) • DRSP vers SDSP (40 personnes 2 jours) • SDSP vers sites PF (230 personnes 3 jours) 		
		A5.3 Mettre en place un système de sanction pour les vols, détournements et ventes illicites des PC	Comité technique		
		A5.4 Effectuer l'analyse et l'émission de feedback des rapports logistiques à chaque niveau	Comité technique		

Résultats stratégiques	Activités principales	Sous-activités	Intrants	Responsables	Financement
RS4.1	A6. Elargir la gamme de produits contraceptifs	A6.1 Mettre en œuvre du plan de mise à l'échelle du DMPA sous-cutané	Coût du DMPA sous-cutané pour les CSB des 115 districts		
		A6.2 Mettre à l'échelle la DMPA en auto-injection	Coût du DMPA auto-injection pour les CSB des 115 districts		
		A6.3 Collaborer pour la demande d'AMM pour les autres produits de contraception (comme ceux des contraceptions d'urgence)	Comité technique		
RS4.2 Logiciel de gestion adaptée, opérationnel et quantification à tous les niveaux des intrants SR/PF conforme aux besoins réels	A1. Développer un logiciel de gestion de stock des intrants et de la logistique du niveau périphérique	A1.1 Faire une prospection de logiciels de gestion logistique performant			
		A1.2 Conception de logiciel adapté au contexte de gestion logistique du pays	Consultant national 30 jours homme		
		A1.3 Constituer un pool de formateurs (central et régional)	Réunion de 3 jours pour 40 personnes		
		A1.4 Former des prestataires Régions Districts et PhaGDis en utilisation de logiciel de gestion logistique	23 DRSP ; 115 SDSP ; 115 PhaGDis 115 CHRD ; 18 CHRR ; 22 CHU		
	A2. Effectivité du logiciel de base de données logistique de la DSFa	A2.1 Finaliser et mettre en place le logiciel de base de données logistique de la DSFa			
RS4.3 Système d'Information de Gestion Logistique des intrants SR/PF performant à tous les niveaux	A1. Equiper en matériels de gestion logistique (moyens de connexion : internet, ordinateur, panneau solaire, etc.) au niveau des SDSP (PhaGDis, Responsable logistique du District)	A1.1 Inventorier les matériels existants et en bon état	Internet, ordinateur, panneau solaire		
		A1.2 Déterminer les besoins			
		A1.3 Effectuer l'achat des matériels nécessaires Dont 78 SDSP appuyé par impact	Liste de matériels X couts X SDSP X PhaGDis		
		A1.4 Dispatcher les matériels selon les besoins identifiés	Coût transport		
		A1.5 Rapporter les données logistiques sur les intrants SR-PF			
		A1.6 Etablir les rapports de gestion des intrants SR/PF			

Résultats stratégiques	Activités principales	Sous-activités	Intrants	Responsables	Financement
RS4.3	A2. Renforcement de la supervision périodique au niveau des PhaGDis, PhaGeCom et CSB en matière de gestion logistique	A2.1 Etablir un planning de supervision (RH, RM, RF matériels roulants)	DRSP et SDSP		
		A2.2 Développer et multiplier les outils de supervision (grille de supervision)	Réunion de 2 jours pour 40 personnes		
		A2.3 Effectuer trimestriellement la supervision des 115 PhaGDis	Coût carburant		
		A2.4 Effectuer semestriellement la supervision des PhaGeCom/ CSB	Coût carburant pour PhaGeCom		
RS4.4 Capacités de stockage en produits SR/PF répondant aux normes à tous les niveaux	A1. Procéder à la réhabilitation de 10 magasins de stockage des PhaGDis et 15 pharmacies des hôpitaux	A1.1 Définir les normes et standard des infrastructures pour les magasins de stockage des PhaGDis et des PhaGeCom	Réunion de 1 jour pour 15 personnes		
		A1.2 Faire l'évaluation de la conformité des magasins de stockage des PhaGDis/ PhaGeCom par rapport aux normes établis	.		
		A1.3 Effectuer la réhabilitation/extension selon les résultats de l'état des lieux	Nbre de structure X coût moyen		
		A1.4 Effectuer la réception des travaux	Carburant		
	A2 Mettre aux normes techniques les PhaGDis et PhaGeCom	A2.1 Faire l'état des lieux actuel en matériels et équipements			
		A2.2 Doter en matériels techniques mise aux normes les magasins de stockage des PhaGDis et PhaGeCom	Nbre de PhaGDis et PhaGecom X coût moyen par catégorie		

Résultats stratégiques	Activités principales	Sous-activités	Intrants	Responsables	Financement
RS4.5 Capacités opérationnelles de l'UTGL et des agents logistiques répondant aux exigences gestionnaires et d'approvisionnement à différents niveaux (Cf.AS6)	A1. Redynamiser l'UTGL jusqu'au niveau régional	A1.1 Doter l'UTGL en locaux, matériels de bureau, matériels informatiques et d'un budget de fonctionnement (central et régional)	23 Régions X (Coûts locaux, matériels de bureau, matériels informatiques) X coût moyen par catégorie Budget fonctionnement x 23 Régions		
		A1.2 Effectuer une remise à niveau de l'UTGL au niveau des régions sur la gestion du programme	Réunion de formation de 2 jours pour 25 personnes		
		A1.3 Réaliser des supervisions formatives des PhaGDis par les UTGL des régions	Frais de supervision de 115 PhaGDis		
		A1.4 Suivre et évaluer les activités des UTGL régionaux (DRS, MI)	Carburant		
RS4.6 Compétences en SIGL des responsables répondant aux exigences gestionnaires et d'approvisionnement à différents niveaux	A1. Impliquer les responsables (DRS et MI) en matière de SIGL	A1.1 Effectuer des sessions de recyclage des 23 DRS et 115 MI en SIGL	Réunion de 2 jours pour 23 DRSP et 115 MI Formation des Chefs CSB lors des regroupement mensuel		
RS4.7 Capacités requises des AC en matière de gestion des stocks, équipements, matériels, outils de gestion et intrants (Cf.AS6)	A1. Améliorer la capacité des AC en matière de gestion logistique	A1.1 Remettre à jour la capacité les AC sur la gestion des intrants	Formation de 30 000 AC pour 1 jour par les DRSP et SDRSP		
		A1.2 Equiper les AC (tablettes, source d'énergie, outils de gestion)	Outils et matériels X Coût par catégorie X Nre AC		
		A1.3 Effectuer la supervision périodique des AC par les Chefs CSB, EMAD	Carburant pour Chefs CSB et EMAD		
RS4.8 Engagement du GVT/MEF et au sein du MSP pour l'octroi de ressources supplémentaires pour contribuer intensément à l'achat des produits SR/PF et assurer l'acheminement des produits vers les CSB	(Cf. partie AS5. Financement du programme SR/PF)				

COÛTS ESTIMÉS DE L'AS4

L'axe stratégique 4 est évalué à 8,6 milliards MGA ; soit 2 % du coût total du plan. Sa ventilation annuelle est représentée par le graphique ci-dessous.

Graphique 24 : Ventilation annuelle en MGA des coûts de AS4



AS 5. Financement du programme SR/PF

Le renforcement de la mobilisation des ressources internes comme instrument de promotion de financement durable au service de la mise en œuvre du programme SR/PF et du programme de développement sanitaire de manière générale, comme pour d'autres secteurs sociaux est davantage envisagé dans la Stratégie Nationale de Mobilisation des Ressources Intérieures 2016-2030 (MEP, octobre 2016) pour exprimer la détermination du Gouvernement Malagasy à élargir l'espace budgétaire. La densification des investissements publics à travers l'augmentation des ressources propres internes est la principale garantie pour l'existence de fonds prévisibles permettant de répondre aux activités prioritaires sur le plan social.

Cependant, les conséquences préoccupantes des financements internes du pays faisant suite à la situation de crises sanitaire et économique qui en découle, font que les financements à moyen terme provenant des PTF ont également besoin d'être renforcés.

STRATEGIES

Pour compléter les fonds des partenaires dans la mise en œuvre des activités du programme et assurer la sécurisation et la distribution des produits contraceptifs, la stratégie de l'approche Marché Total est priorisée ainsi que le renforcement de l'engagement du Gouvernement et au sein même du Ministère de la Santé Publique pour apporter des fonds supplémentaires pour assurer le financement pérenne de l'achat des produits SR/PF et leur acheminement jusqu'aux CSB et vers les AC.

RESULTATS STRATEGIQUES

RS5.1 Effectivité de la mise en œuvre de l'approche Marché Total des produits SR/PF : un plan de mise en route de l'approche Marché Total (AMT) est établi à partir de la cartographie des gaps de différents points de prestations, stockages et relais des services et des prestations de la planification familiale. Un plan d'extension des sources de distribution et offres de services PF

impliquant le secteur privé est envisagé pour l'effectivité de l'AMT, ainsi qu'un plan de diversification des sources de financement et de mobilisation de fonds pérennes pour les produits et les services.

RS5.2 Engagement du Gouvernement/MEF et au sein du Ministère de la Santé Publique de fonds supplémentaires pour le financement pérenne de l'achat des produits SR/PF et leur acheminement jusqu'aux CSB : Le plaidoyer intense sera mené pour la mise en place dans la LFR d'un budget annuel pour l'achat des produits contraceptifs et la création de ligne budgétaire pour la mise en œuvre du programme PF y compris l'acheminement des produits contraceptifs.

Canevas des activités - AS 5

AS 5. FINANCEMENT DU PROGRAMME SR/PF

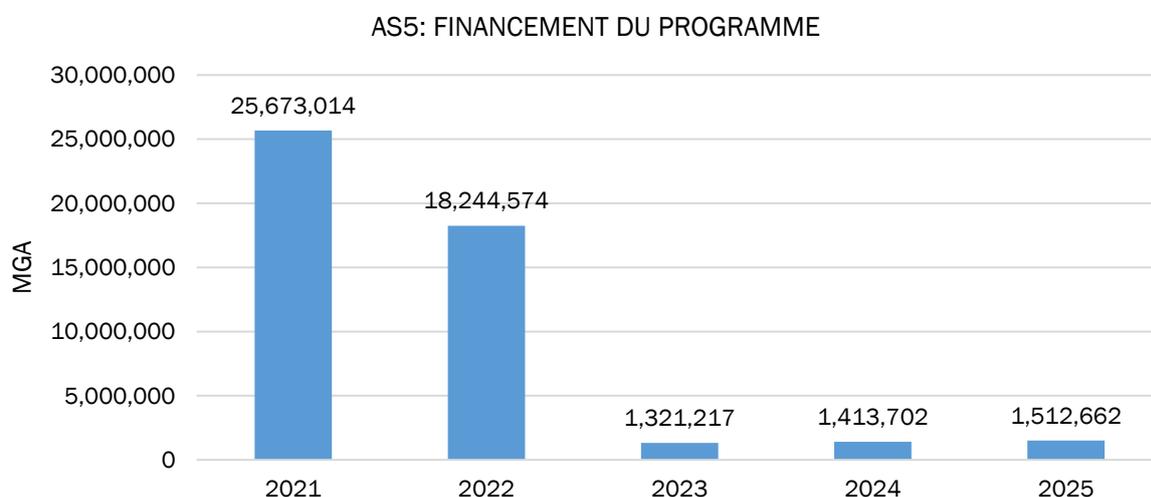
Résultats stratégiques	Activités principales	Sous-activités	Intrants	Responsables	
RS5.1 Effectivité de la mise en œuvre de l'approche Marché Total des produits SR/PF	A1. Mettre en place un plan de mise en route de l'approche Marché Total (AMT)	A1.1 Etablir la cartographie des points de prestations, points de stocks et points de relais des services et des prestations de la planification familiale et analyser le gap	Consultant national 30 jours homme Réunion 1 jour pour 30 personnes validation cartographie et outils de suivi		
		A1.2 Doter en outils pour le suivi de la mise en œuvre l'AMT.	Consultant national 30 jours homme Réunion 1 jour pour 30 personnes validation cartographie et outils de suivi		
		A1.3 Assurer le suivi de la mise en œuvre de l'AMT	Comité technique		
	A2. Mettre en œuvre un plan d'extension des sources de distribution et offres de services PF	A2.1 Elargir le comité PF au secteur privé offrant de services PF et aux distributeurs de produits (Ordre des pharmaciens et officines privées, Union des Médecins du secteur privé)			
		A2.2 Former les acteurs du secteur privé et commercial en SR/PF en quantification des besoins, gestion de stock de produits PF et en prestation de services	Formation 2 jours 50 personnes X 2 réunions <u>Références</u> : AS4 - RS4.1 - A1.2 AS4 - RS4.2 - A1.4 AS4 - RS4.6 - A1.1		
		A2.3 Impliquer le secteur privé dans les actions de quantification de besoin national en produits contraceptifs, la distribution et l'offres de services			

Résultats stratégiques	Activités principales	Sous-activités	Intrants	Responsables
RS5.1	A3. Mettre en œuvre un plan de diversification des sources de financement et de mobilisation de fonds pérennes pour les produits et les services PF	A3.1 Inventorier les sources potentielles de financements nationaux et internationaux en PF		
		A3.2 Former les OSC dans la mobilisation de financements	Formation 1 jour pour 30 personnes	
		A3.3 Plaidoyer pour l'accroissement des financements de l'Etat au financement de l'achat et de l'acheminement des contraceptifs	Comité technique	
		A3.4 Maintenir à travers des plaidoyers l'engagement des bailleurs habituels au financement des produits et services SR/PF	Comité technique	
		A3.5 Plaidoyer auprès d'autres partenaires l'accroissement de financement externe pour le PANB-PF	Comité technique	
		A3.6 Rechercher des financements et collaborer avec les compagnies privées (minières, tabac, etc.), téléphoniques, philanthropes, compagnies d'assurance, mutuelle de santé, fondations privées, RSE pour la prestation de services et la création de la demande en PF	Comité technique	
RS5.2 Engagement du GVT/MEF et au sein du MSP d'apporter des fonds supplémentaires pour le financement pérenne de l'achat des produits SR/PF et leur acheminement jusqu'aux CSB	A1. Intégrer dans le budget de l'Etat une ligne budgétaire pour l'achat des produits PF y compris leur acheminement jusqu' aux FS	A1.1 Plaidoyer au niveau de l'Etat pour la mise en place dans la LFR d'un budget annuel d'au moins 5 % du budget de l'Etat pour l'achat des PC	Comité technique	
		A1.2 Créer dans le budget de l'Etat une ligne budgétaire pour la mise en œuvre du Programme PF y compris l'acheminement des PC	Comité technique	

COUTS ESTIMES DE L'AS5

L'axe stratégique 5 est évalué à 0,48 milliards MGA ; soit 0,01 % du coût total du plan. Sa ventilation annuelle est représentée par le graphique ci-dessous.

Graphique 25 : Ventilation annuelle en MGA des coûts de AS5



AS.6 Supervision, coordination et suivi-évaluation

Le processus systématique de recueil d'analyse et d'utilisation des informations est obligatoirement utilisés pour déterminer en continu les progrès réalisés par axe stratégique et pour l'ensemble du programme à travers des indicateurs établis au préalable. La coordination utilise les résultats des suivis menés de façon régulière en tant qu'outil pour guider les décisions relatives à la gestion. L'appréciation systématique de l'ensemble du programme à travers l'évaluation porte sur les accomplissements escomptés et réalisés et examine la cohérence de la chaîne des résultats. Les facteurs contextuels et les rapports de cause à effet permettent de comprendre la performance du programme.

STRATEGIES

Les efforts de supervision, de coordination et de suivi-évaluation exigent un mécanisme fonctionnel en la matière, sous l'égide du Ministère de la Santé Publique concernant l'ensemble des activités du programme et des projets d'exécution des partenaires en SR/PF. Le renforcement des compétences managériales du comité technique SR/PF ainsi que du niveau régional permettra une meilleure coordination des PTF pour équilibrer les appuis des partenaires et renforcer la supervision des sites à tous les niveaux. Les activités de supervision formative intégrées et de regroupement mensuel de l'ensemble des acteurs seront mises à profit pour le renforcement des activités de coordination et de suivi évaluation. Il est également prévu de renforcer l'approche droit et le respect de la personne lors des prestations PF à travers un mécanisme de suivi fonctionnel de respect des principes de droits.

RESULTATS STRATEGIQUES

RS6.1 Mécanisme fonctionnel sous l'égide du Ministère en charge de la santé incluant le niveau régional concernant la coordination le suivi évaluation des activités du programme et des projets d'exécution des partenaires en SR/PF : Ce premier résultat stratégique préconise l'institutionnalisation du comité technique SR/PF par la mise à jour des directives et TDR et

l'élargissement du comité PF au niveau des régions et districts en assurant les relations fonctionnelles et de travail entre les différents niveaux.

RS6.2 Renforcement des compétences managériales du comité technique SR/PF : Un secrétariat spécialisé initié par le comité technique SR/PF en charge de la gestion et contrôle des données pour l'analyse, la transformation des données en informations utiles à la prise de décision sera mise en place et la performance du tableau de bord PANB-PF sera améliorée.

RS6.3 Coordination des PTF pour équilibrer les appuis sous l'égide du Ministère en charge de la santé : Pour faciliter l'atteinte des objectifs du PANB-PF, un appui efficace et équitable des partenaires en PF au niveau des régions et districts doit être recherché. Le mapping des interventions et la mobilisation des partenaires associations et ONG pour appuyer les zones à faible prévalence contraceptive et sans soutien, notamment pour les offres de services et la création de la demande, figurent parmi les principales activités à réalisées.

RS6.4 Renforcement de la supervision des sites à tous les niveaux : La mise en place de pool de superviseurs qualifiés à tous les niveaux permet de mener une supervision de qualité et performante en PF. Pour une bonne gestion de l'information, il est prévu une formation initiale/remise à niveau des gestionnaires des données SR/PF à tous les niveaux et de mettre à jour le DHIS2 pour mieux intégrer les données.

RS6.5 Supervision intégrée en SR/PF/ SRAJ/ SMN développée : Le processus inclut l'élaboration des outils et la formation des pools de superviseurs. Les démarches pour la recherche de financements pour la mise en œuvre de la supervision intégrée doivent être entamées.

RS6.6 Exploitation des résultats des recherches sur les domaines prioritaires de la PF : la mise en place de groupe de travail ou structure permanente d'analyse des données et d'appui à la prise de décision aidera à disséminer et à approprier les résultats des recherches et leurs transformations en actions.

RS6.7 Mécanisme de suivi fonctionnel des services en matière de respect des principes de droits et pour connaître le profil des personnes dont les besoins ne sont pas satisfaits, afin de mieux adapter les services proposés : Le renforcement de l'approche droit et du respect de la personne lors des prestations PF est doté d'un système de suivi de l'application de tous les documents législatifs et cadre relatifs au SR/PF.

Canevas des activités - AS 6

AS.6 SUPERVISION, COORDINATION ET SUIVI-EVALUATION

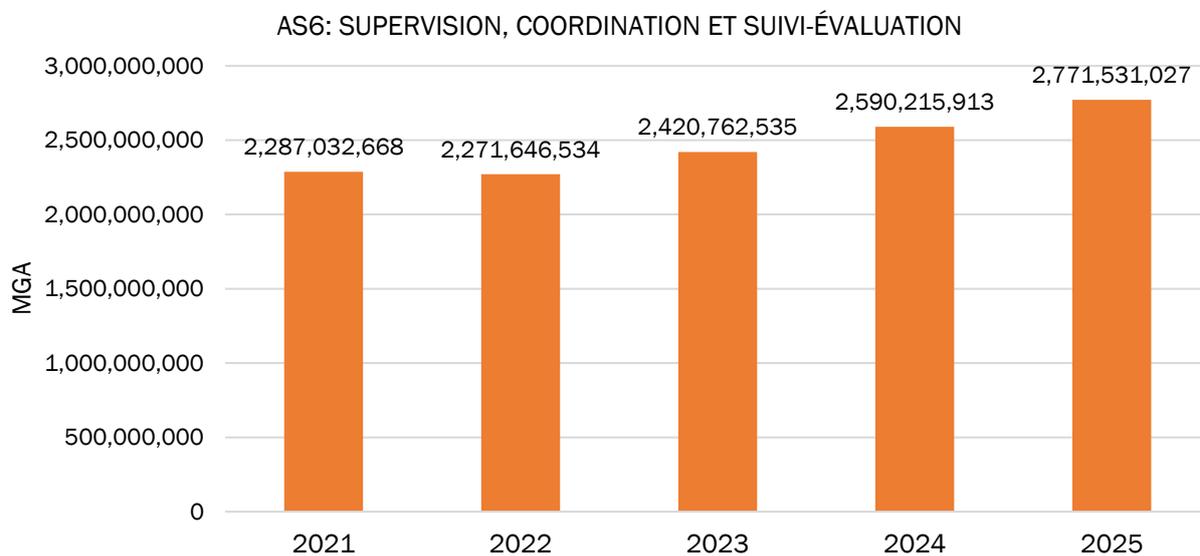
Résultats stratégiques	Activités principales	Sous-activités	Intrants	Responsables
RS6.1 Mécanisme fonctionnel sous l'égide du Ministère en charge de la santé incluant le niveau régional concernant la coordination le suivi évaluation des activités du programme et des projets d'exécution des partenaires en SR/PF	A1. Institutionnalisation du comité technique SR/PF A1. Elargissement du comité PF au niveau des régions et districts incluant une représentation des jeunes	A1.1 Mettre à jour les directives et les TDR pour le fonctionnement des comités techniques PF	Réunion du comité technique 2 j pour 30 personnes	
		A1.1 Elaborer les TDR du Comité PF des régions et districts	Réunion du comité technique 1 j pour 30 personnes	
		A1.2 Etablir les relations fonctionnelles et de travail entre les comités SR/PF de différents niveaux	Réunion du comité technique 1 j pour 30 personnes	
		A1.3 Transmettre régulièrement les rapports et feedbacks et communiquer avec les niveaux régionaux et districts sur l'appréciation de leur performance et du suivi des recommandations	Comité technique	
		A1.4 Partager les performances et les défis sur la PF avec les décideurs locaux	Comité technique	
RS6.2 Renforcement des compétences managériales du comité technique SR/PF	A1. Mettre en place un secrétariat spécialisé en charge de la gestion et contrôle des données pour l'analyse, la transformation des données en informations utiles à la prise de décision.	A1.1 Faire le plaidoyer pour la mise en place de la structure en charge de la gestion et contrôle et analyse des données SR/PF.	Comité technique	
		A1.2 Définir les termes de référence du secrétariat spécialisé	Comité technique	
		A1.3 Octroi des outils et méthodologies	Matériel informatique	
	A2. Faciliter la navigation et la rentrée des données cumulatives pour Améliorer la performance du tableau de bord PANB-PF	A2.1 Améliorer l'interface du tableau de bord PANB-PF pour faciliter l'entrée des données	Comité technique et personnel technique	
		A2.2 Préciser les indicateurs par rapport à la formulation, les cibles, les sources et les modes de collecte des données du tableau de bord PANB-PF		
		A2.3 Remettre à niveau les membres sur la navigation dans le tableau de bord	Comité technique réunion de ½ journée 30 personnes	
RS6.3 Coordination des PTF pour équilibrer les appuis sous l'égide du Ministère en charge de la santé	A1. Assurer l'appui efficace et équitable des partenaires en PF au niveau des régions et districts	A1.1 Etablir le mapping des interventions et des PTF au niveau des régions et districts	Consultant 25 j hommes	
		A1.2 Analyser les performances des régions par rapport à l'appui technique et financier reçu	Consultant 25 j hommes	
		A1.3 Rechercher des partenaires associations et ONG pour appuyer les zones à faible prévalence contraceptive et sans soutien, notamment pour les offres de services et la création de la demande	Consultant 25 j hommes	

Résultats stratégiques	Activités principales	Sous-activités	Intrants	Responsables
RS6.3	A1	A1.4 Partager les données de Madagascar au niveau mondial à travers les plateformes comme FP2030	Consultant 25 j hommes	
RS6.4 Renforcement de la supervision des sites à tous les niveaux (Cf. AS2 et AS3)	A1. Mener une supervision de qualité et performante en PF à tous les niveaux.	A1.1 Mise en place de pool de superviseurs qualifiés à tous les niveaux	Réunion 1 journée pour 40 personnes	
		A1.2 Recycler/former les gestionnaires des données SR/PF à tous les niveaux	Formation des RDRSP et RSDSP 1 jour	
		A1.3 Mettre à jour le DHIS2 pour mieux intégrer les données PF		
		A1.4 Adapter le RMA pour un meilleur suivi des activités	Réunion de 1 jour pour 30 personnes	
RS6.5 Supervision intégrée en SR/PF/ SRAJ/ SMN développée (Cf. AS2 et AS3)	A1. Mettre en œuvre la supervision intégrée en SR/PF/ SRAJ/ SMN	A1.1 Elaboration des outils de supervision intégrée	Réunion 2 jours pour 30 personnes	
		A1.2 Former les pools de superviseurs	Formation de 50 personnes pour 2 j	
		A1.3 Rechercher les financements pour la mise en œuvre de la supervision intégrée		
RS6.6 Exploitation des résultats des recherches sur les domaines prioritaires de la PF	A1. Développer un processus d'exploitation des résultats des recherches en PF	A1.1 Mettre en place un groupe de travail ou une structure permanente d'analyse des données et d'appui à la prise de décision.		
		A1.2 Animer des plaidoyers/réunions pour l'appropriation des résultats des recherches et la transformation des recommandations en actions	Frais de fonctionnement	
	A2. Mener une revue documentaire et échange d'expérience en vue du choix de nouveaux méthodes/produits contraceptifs et recherche sur l'acceptabilité par les clients et l'utilisation des produits	A2.1 Mener les revues documentaires sur les expériences dans les autres pays, des leçons apprises et histoires des succès	Consultant national 35 jours hommes	
		A2.2 Conduire une recherche nationale sur l'acceptabilité des produits et leur utilisation		
RS6.7 Mécanisme de suivi fonctionnel des services en matière de respect des principes de droits et pour connaître le profil des personnes dont les besoins ne sont pas satisfaits, afin de mieux adapter les services proposés	A1. Renforcer l'approche droit et le respect de la personne lors des prestations PF	A1.1 Former les prestataires publics et privés sur l'approche droit et le respect de la personne.	Formation de 1 jour pour : AS CSB, AC, 150 structures privées	
		A1.2 Assurer le suivi de l'application de l'approche droit	Frais carburant	
		A1.3 Elaborer un outil de suivi de l'application de tous les documents législatifs et cadre relatifs au SR/PF	Réunion de 1 j pour 20 personnes	

COÛTS ESTIMÉS DE L'AS6

Le coût total de l'axe stratégique 6 est évalué à 12,3 milliards MGA ; soit 2 % du coût total du plan. Sa ventilation annuelle est représentée par le graphique ci-dessous.

Graphique 26 : Ventilation annuelle en MGA des coûts de AS6



VIII METHODOLOGIE DE LA BUDGETISATION DU PANB-PF

Les éléments de coûts sont décrits et chiffrés sur la base de données spécifiques recueillies à partir de documents du gouvernement, de fournisseurs à Madagascar et de partenaires mettant en œuvre des programmes. Chaque source pour chaque entrée est citée dans l'outil de calcul des coûts. Toutes les entrées sont également modifiables dans l'outil. De plus, les intrants de coûts de chaque activité pour les coûts unitaires et les quantités peuvent être modifiés (par exemple, les coûts d'intrants spécifiques pour produire un programme radio, le nombre de programmes à produire, le coût de la diffusion du programme, le nombre de diffusions, etc.). Lorsque les coûts spécifiques n'étaient pas disponibles (quand par exemple, une activité n'avait pas encore été mise en œuvre dans le pays), les données sur les coûts étaient tirées d'une source régionale africaine ou internationale et notées comme telles dans l'outil d'établissement des coûts.

Les coûts des contraceptifs sont calculés de 2016 à 2020 en utilisant le TPC et la répartition des méthodes selon l'ENSOMD de 2012 de Madagascar comme point de référence. En s'appuyant sur les objectifs de TPC pour FP2030, les taux ont été extrapolés pour chaque année intermédiaire entre 2012 et 2025, supposant une croissance de manière linéaire.

Sauf indication contraire, tous les coûts des consommables (par exemple les salaires, les indemnités journalières, les tarifs des conférences, etc.) sont basés sur les coûts de décembre 2016 et ont été automatiquement ajustés à un taux d'inflation de 7 % annuel. Le taux d'inflation peut être ajusté pour tenir compte des conditions changeantes. Tous les coûts ont été collectés en MGA et calculés en dollars américains et MGA.

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

Les coûts des contraceptifs et consommables à Madagascar comprennent une variété de coûts supplémentaires pour chaque contraceptif (par exemple, les frais de transport, d'assurance, de douane et de compensation, d'entreposage et de distribution sur le dernier kilomètre). La taxe sur la valeur ajoutée (TVA) n'a pas été incluse dans ces coûts car la majorité des produits sont achetés par des partenaires de développement qui utilisent des exemptions diplomatiques. Comme les coûts pour d'autres activités, les coûts étaient recueillis auprès de l'USAID et de l'UNFPA qui se procurent des contraceptifs consommables à Madagascar.

IX MISE EN ŒUVRE ET SUIVI DE LA PERFORMANCE

Cadre de mise en œuvre et plan de suivi évaluation

Le plan de suivi évaluation est partie intégrante du cadre de mise en œuvre du PANB-PF. Il permet de définir, mettre en œuvre et suivre l'évolution des interventions. Il aide à s'assurer que les objectifs et l'impact prévu par le PANB-PF sont sur la bonne voie ou sont atteints. Le cadre de suivi évaluation en relation directe avec la chaîne de résultat du PANB, contribue significativement à obtenir le changement de la situation attendue sur l'amélioration de l'utilisation de la PF. Le cadre de manière générale concerne les outils choisis pour la collecte des données, les indicateurs de la situation de référence et la méthodologie d'évaluation. Il présente en outre les principales parties prenantes impliquées qui contribueront à l'obtention des résultats souhaités. La mise en œuvre s'accorde aussi sur les responsables de la collecte et de l'analyse des données et sur un plan de diffusion et d'utilisation des informations acquises.

A travers la DSFa et l'appui de ses partenaires clés, le PANB-PF, pour garantir l'amélioration des actions, doit disposer des capacités internes nécessaires pour mener les activités de suivi et évaluation, notamment en ce qui concerne l'analyse des informations, la communication des résultats, la transparence et la prise de décision fondée sur les données.

Pour disposer de cadre de mise en œuvre performant, les mesures prioritaires suivantes sont identifiées dans divers domaines où il est nécessaire de progresser davantage.

LE RENFORCEMENT DE LA STRUCTURE DE GESTION ET DE COORDINATION

Une mise en œuvre efficace du PANB-PF doit nécessairement être conditionnée par l'existence de structure de gestion performante et de coordination harmonisée entre les acteurs, qui prévoit une responsabilisation mutuelle des parties prenantes. Le PANB pour la PF 2021-2025 concerne l'ensemble des domaines de la PF, incluant également le secteur privé. Il est à la base de la construction et de la mise en œuvre des plans de travail sous-nationaux pour atteindre les objectifs fixés du programme PF.

Dans ce contexte, le renforcement de la coordination et l'harmonie dans l'appui du secteur de la santé et de la PF est un facteur important de réussite. Généralement, le mécanisme de coordination vise à :

- Assurer un meilleur alignement des tous les acteurs à la politique nationale de la PF et au PANB-PF ;
- Fournir et échanger les informations pertinentes dont les membres du groupe ont besoin pour asseoir les réflexions et analyser l'évolution de la situation PF ;
- Partager les expériences des interventions des acteurs pouvant améliorer la mise en œuvre des interventions de manière plus élargie ;
- Fournir un espace de dialogue autour des problématiques importantes rencontrées dans la mise en œuvre et impulser les échanges et la communication inter-partenaires y compris avec les milieux associatifs les ONG et la société civile ;
- Faciliter l'organisation et la promotion de dialogue et de discussion sur des questions intersectorielles clés ;

- Fournir un espace permettant aux différentes parties prenantes d'organiser et de participer aux revues conjointes sur la PF qui exigent un niveau de qualité de données acceptables, en vue de rapporter les progrès et les défis dans l'atteinte des objectifs SR/PF.

Au final, l'harmonisation des points de vue des parties prenantes concernant les points clés de développement de la PF permettrait d'arriver à un consensus tout en mettant en avant la complémentarité entre les acteurs.

Par ailleurs, la gestion financière et les informations y afférentes reconnues explicitement comme une question majeure, peuvent davantage être discutées au niveau des réunions de coordination pour :

- Exiger l'utilisation efficiente et efficace des ressources combinées du PANB-PF ;
- Assurer un suivi de la situation des flux de financement et accroître la transparence et prévisibilité des financements.

LA DISPONIBILITE D'OUTILS EFFICACES POUR LA MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI

Les outils de coordination prévues pour mener à bien les activités de coordination et de suivi évaluation sont :

- PANB-PF quinquennal qui fait apparaître les grands domaines d'activités, les éléments quantitatifs, et les indicateurs et le coût et les sources de financement ;
- Revues sectorielles conjointes annuelles ou à mi-parcours pour mener l'évaluation de la mise en œuvre du PANB-PF ;
- Rapports d'avancement préparés avec les revues ;
- Tableau de bord en version nationale et version régionale ou cartographie des appuis et financements des acteurs, contenant les indicateurs pertinents pour apprécier rapidement la situation et les effets du PANB-PF.

L'utilisation efficace des outils de mise en œuvre du plan de suivi évaluation permet alors de vérifier l'alignement et le soutien des différentes parties prenantes à une unique stratégie de PF à travers le Plan Stratégique Intégré en PF et en Sécurisation des Produits de la Santé de Reproduction et le PANB-PF.

LE RENFORCEMENT DE PLATEFORME D'INFORMATION ET DE MESURE DE LA REDEVABILITE MUTUELLE

Une coordination efficace de plan d'envergure tel le PANB-PF, demande également de soutenir le renforcement de plateforme d'information et de redevabilité en matière de résultats de la PF. La plateforme permet l'évaluation de la performance et la promotion de la redevabilité mutuelle où chacun rend compte de ses engagements. Une culture de redevabilité mutuelle pour toutes les parties prenantes vise une meilleure compréhension des raisons pour lesquelles le changement escompté se produit ou non, et stimuler les actions correctrices concernant les domaines où les progrès sont faibles. Dans ce cas, une revue de la PF à particulièrement sa raison d'être qui par la suite pourrait progressivement s'aligner avec la revue des autres programmes dont en particulier celle de la santé reproductive et de la santé maternelle et néonatale.

Ainsi, une meilleure cohérence des actions permet à tous les partenaires du secteur dont le Gouvernements, les PTF, le secteur privé et autres de contribuer plus efficacement selon leur responsabilité respective, à l'amélioration de la performance de la PF.

LE RENFORCEMENT DE LA MOBILISATION DES RESSOURCES

La mobilisation des ressources est une composante essentielle à la mise en œuvre et de la réussite du PANB-PF. La révision du toolkit PANB-PF qui sera partagée par le FP 2030, prend en considération la mobilisation continue des ressources. Une approche coordonnée de recherche de fonds indispensables à l'exécution des interventions programmées, concernant les priorités stratégiques avec propositions à l'intention des nouveaux bailleurs de fonds soutenant le développement de la PF peut éventuellement être envisagée, en cas d'insuffisance de fonds mobilisés pour le PANB-PF.

La mise en pratique d'approche novatrice d'intégration des financements faisant l'objet de consensus, peut répondre aux différentes préoccupations concernant la combinaison et l'affectation plus élevé de fonds jusqu'au niveau communautaire.

Le renforcement des capacités institutionnelles et techniques des différentes structures au niveau des régions et des districts, à qui sont confiées les responsabilités de mobilisation de gestion et/ou de suivi des ressources sera mené avec les différentes institutions d'appui technique.

Un cadre favorable au développement de la mobilisation des ressources et à la fonctionnalisation des structures concernées faciliterait la concrétisation des actions d'appel de fonds. Particulièrement, le renforcement de la mobilisation des ressources internes est utilisé comme instrument de promotion de financement durable au service de la SR/PF.

UN DISPOSITIF INSTITUTIONNEL DEFINISSANT LES ROLES ET RESPONSABILITES DES ACTEURS CLES

De nombreux intervenants opèrent et contribuent à la bonne marche du PANB-PF. Bien que la mise en œuvre soit multisectorielle, les institutions chargées de l'application de ce plan disposent des attributions spécifiques selon leurs mandats respectifs. Les différents niveaux décentralisés et déconcentrés de l'Etat, les partenaires techniques et financiers, les milieux associatifs, les ONG et la société civile jouent chacun un rôle significatif et ont une responsabilité partagée qui doit être mesurable par rapport à l'atteinte des objectifs de la PF.

- **Comité technique SR/PF** : L'institutionnalisation du comité technique SR/PF placé sous l'égide du Ministère en charge de la santé (représenté par la DSFa) avec l'appui des PTF relève des relations fonctionnelles et de travail fermes avec les différents niveaux (régions et districts). Le comité technique SR/PF est renforcé par l'opérationnalisation des comités au niveau des régions et des districts pour mieux assurer la coordination le suivi et l'évaluation de la réalisation de toutes les activités y compris celles des projets d'exécution des partenaires en SR/PF.

Le comité au niveau régional est conduit sous la direction du Directeur régional de la santé publique et du responsable en charge de la PF, et au niveau des districts sanitaires le comité est sous la direction du Médecin inspecteur et de son responsable en charge de la PF.

- **Ministère de la Santé Publique** : Le Ministère de la Santé Publique assure la mise en œuvre des activités au niveau des CSB et des cliniques mobiles et le suivi des performances du PANB à tous les niveaux du système de santé avec l'appui des PTF. Il est l'autorité nationale en matière de politique et de normes en PF et assure le renforcement des capacités et le contrôle des activités techniques. Il soutient également l'élaboration et la mise en œuvre des plans de travail annuels sous-nationaux en matière de SR/PF. En tant que principal instigateur des revues conjointes, il organise avec les partenaires la tenue de ces réunions selon le calendrier

prévu. Le Ministère en charge de la Santé Publique doit en outre disposer d'un leadership fort et de capacité de plaidoyer élevée pour mener le renforcement de l'engagement du pays sur la PF et assurer la mobilisation efficace des ressources nécessaires tout en encourageant la contribution du budget national. A travers les SDSP et les DRSP, le Ministère de la Santé Publique assure le suivi de la performance du secteur privé et les appuie techniquement dans la mise en œuvre du programme et l'atteinte des objectifs nationaux en matière de PF.

- **Ministère de la Population, de la Protection Sociale, et de la Promotion de la Femme :** Par le biais de la Direction Générale de la population, le Ministère de la Population, de la Protection Sociale, et de la Promotion de la Femme est en charge d'intégrer dans la mise en œuvre de la politique nationale de la population et particulièrement concernant l'amélioration des conditions de vie de la population, les questions spécifiques notamment sur la santé de la reproduction et l'amélioration de l'utilisation de la PF. Le MPPSPF joue également un rôle prépondérant dans l'intégration de la PF aux programmes de lutte contre les VBG et les mariages d'enfants, de protection sociale et d'appui aux ménages les plus pauvres et ainsi qu'au programme sur le genre. En tant que membre du comité technique et en même temps partie prenante à la mise en œuvre du PANB-PF, le Ministère en charge de la population contribue à la mise en place et à la bonne marche des espaces PF auprès de sites qui lui sont propres ainsi que dans l'acheminement en partie des produits contraceptifs et dans l'évaluation de la performance.
- **Ministère de la Jeunesse et des Sports :** A travers la Direction de la protection de la jeunesse, le MJS contribue à favoriser l'environnement juridique, politique et stratégique en matière d'accès des jeunes à la PF. Il est un acteur important en PF pour ce qui concerne la mise en œuvre des actions en faveur des jeunes, et essentiellement en matière de sensibilisation, d'information et de référencement, tout en mettant l'accent sur les jeunes filles en milieu rural. Le Ministère en charge de la jeunesse est également co-responsable de la mise en place et du bon fonctionnement des espaces PF au niveau des maisons des jeunes. Il contribue aussi dans l'acheminement des produits contraceptifs et le suivi évaluation de la performance, en tant que membre du comité technique SR/PF.
- **Ministère de l'Education Nationale :** Dans le cadre de ses responsabilités au niveau des différentes structures administratives et territoriales très étendues, le secteur éducatif vise de se doter de système éducatif performant, conforme aux besoins et aux normes internationales. Il est donc considéré comme catalyseur des objectifs de développement durable et joue un rôle important en faveur du développement de l'éducation sur la PF et d'autres activités opérationnelles comme la multiplication des « Coins jeunes » au niveau des écoles. Le Ministère de l'Education Nationale est membre du comité technique SR/PF.
- **Ministère de l'Economie et des Finances :** Le Ministère de l'Économie et des Finances est la composante de l'exécutif gouvernemental qui est responsable de la gestion des finances publiques, principalement des activités de collecte des impôts et du paiement des dépenses. En tant que membre à part entière du comité technique PF, le Ministère en charge de l'Economie et des Finances appuie la concrétisation de l'engagement de Madagascar, en faveur du partenariat mondial Family Planning 2030, dans la recherche de fonds supplémentaires sur le Budget National pour le financement pérenne de l'achat des produits SR/PF et leur acheminement jusqu'aux CSB. Le Ministère est également partie prenante dans la gestion financière et l'évaluation des résultats de l'utilisation des fonds alloués au PANB-PF. Il assure par ailleurs le pilotage du programme phare du Gouvernement par la mise en œuvre de la feuille de route du dividende démographique pour atteindre l'émergence.

- **PTF** : Les partenaires techniques et financiers apportent leur appui technique et des contributions financières pour la mise en œuvre du PANB-PF, tout en soutenant la mobilisation des ressources nécessaires pour combler les gaps de financement. En adoptant une approche systémique et en investissant dans le renforcement des capacités du pays à tous les niveaux, les PTF s'alignent aux priorités du PSI PF SPSR et du PANB-PF. Aussi interviennent-ils dans la sécurisation des produits, l'offre de services, la mise en place de systèmes d'information, la formation initiale et continue, la recherche, le plaidoyer, l'équipements et la dotation de matériels. Ils fournissent les données sur la performance en utilisant leurs outils de collecte de données propres et font part de leur expertise technique dans l'élaboration des documents cadres. Les PTF appuient la mise en œuvre du plan de suivi évaluation intégrée au PANB-PF.
- **ONG** : Les ONG et projets contribuent à la mise en œuvre des activités opérationnelles relatives au PANB-PF pour l'atteinte de l'engagement FP2030. Ils apportent leur appui au Ministère de la Santé Publique pour renforcer la prestation de services au sein du système de santé et auprès des sites communautaires. Ils interviennent dans le renforcement des capacités des prestataires, tout en améliorant le plaidoyer. Leur collaboration avec les services techniques décentralisés a essentiellement trait à la coordination et le suivi de la mise en œuvre et à l'évaluation de la performance des interventions.
- **Secteur privé** : Le secteur privé assume avant tout une responsabilité sociale mutuelle dans la prestation des services PF. Il fournit des données sur sa participation et sa redevabilité dans la mise en œuvre du PANB-PF. Il vit également le partenariat public privé et pourrait être invité à s'engager dans une discussion conduite par le pays sur les objectifs et l'intérêt du suivi de la PF.
- **SOC** : La société civile en s'organisant davantage pour mieux répondre à ses responsabilités, joue le rôle de "Gardien" du processus de mise en œuvre du PANB-PF et plaide pour la PF en tant que voix de la population pauvre et des groupes spécifiques. Elle peut également contribuer à la mobilisation des ressources pour le renforcement des capacités et participe au processus d'évaluation de la performance.

INDICATEURS

Les indicateurs de suivi de progrès ci-dessous sont établis à partir du cadre de résultats du PANB-PF.

N°	Indicateurs d'impact	Mode de calcul	Périodicité	Sources	Valeur Base	Valeur Cible 2025
1	Nombre de décès maternels évités grâce à l'utilisation de la contraception moderne	(Taux de mortalité des avortements sûrs X avortements sûrs + taux de mortalité des avortements à risque X avortements à risque + taux de mortalité des fausses couches X fausses couches + taux de mortalité des naissances vivantes X naissances vivantes) / 100 000	Tous les 5 ans	MICS Modélisation annuelle	2 650 en 2020	
2	Ratio de mortalité maternelle	Nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes	Tous les 5 ans	RGPH3 EDSMD	408 en 2018	275 p 100 000
3	Taux de mortalité infantile	Nombre de décès d'enfants de moins de 1 an pour 1 000 naissances vivantes	Tous les 5 ans	EDSMD	47 % en 2021	30 %

N°	Indicateurs de résultats	Mode de calcul	Périodicité	Sources	Valeur Base	Valeur Cible 2025
4	Taux de prévalence contraceptive méthodes modernes des FAP en union	Nombre d'utilisatrices régulières de méthodes modernes X 100 / Nombre FAP	Tous les 3 et 5 ans	EDSMD MICS	42,7 % en 2021	60 %
5	Taux de prévalence contraceptive méthodes modernes toutes femmes	(Nombre d'utilisatrices régulières de méthodes modernes des femmes en union + Nombre d'utilisatrices régulières de méthodes modernes des femmes non en union) X 100 / Nombre FAP	Tous les 5 ans	FPET (FP Estimation Tool)	37,4 % en 2021	
6	Taux de prévalence contraceptive chez les jeunes de 20 à 24 ans – méthodes modernes pour les femmes mariées ou en union	Nombre d'utilisatrices régulières de 20-24ans en méthodes modernes X 100 / Nombre de jeunes filles de 20-24 ans	Tous les 3 ans et 5 ans	EDSMD MICS	45 % en 2021	55 %
7	Indice synthétique de fécondité (ISF)	Somme des taux de fécondité par âge. Taux de fécondité spécifique à l'âge : (nombre de naissances chez les femmes dans le groupe d'âge pour une année donnée ou période de référence / nombre d'années-personnes d'exposition dans le groupe d'âge au cours de la période de référence spécifiée) X 1000	Tous les 3 ans et 5 ans	EDSMD MICS	4,3 en 2021	3
8	Taux de prévalence contraceptive méthode moderne pour les jeunes de 15 à 19 ans	Nombre d'utilisatrices régulières de 15-19 ans en méthodes modernes X 100 / Nombre de jeunes filles de 15-19 ans		EDSMD	34,1 % en 2021	37 %

N°	Indicateurs de résultats	Mode de calcul	Périodicité	Sources	Valeur Base	Valeur Cible 2025
9	Taux de fécondité des jeunes de 15 à 19 ans	Taux de fécondité spécifique à l'âge : nombre de naissances pour 1000 chez les femmes dans le groupe d'âge déterminée pour une année donnée ou période de référence	Tous les 5 ans	EDSMD	143 ‰ en 2021	125 ‰
10	Besoins non satisfaits en PF (des femmes en union - méthode moderne)	((Demande Totale en matière de contraception - Besoins satisfaits en contraception) / Demande Totale en matière de contraception) X100	Tous les 3 ans et 5 ans	EDSMD MICS	14,6 % en 2021	
11	Nombre d'utilisateurs additionnels	Nombre d'utilisatrices régulières de l'année n - Nombre d'utilisatrices régulières de l'année n-1	Annuelle	FPET	1 149 746 En 2021	
12	Nombre de grossesses non-désirées évitées grâce à l'utilisation de la contraception moderne	Utilisatrices X (taux de grossesse des femmes ayant un besoin non satisfait - (1- efficacité)) par méthode	Annuelle	FPET	1 047 000 En 2021	
13	Nombre d'avortements à risque évité		Annuelle	FPET	260 000	
14	Demande satisfaite PF moderne	(Demande satisfaite en matière de contraception/ Nombre de femmes actuellement en union avec un besoin en matière de contraception) X 100	Tous les 3 ans et 5 ans	EDSMD MICS	66,4 %	
15	Couple-Années Protection	Nombre de méthodes utilisées X Indice spécifique par méthode (CAP total = somme de CAP par méthode)	Annuelle	Annuaire stat santé Revue PANB-PF	3 216623 en 2020	

N°	Indicateurs de processus sur les politiques et environnement favorable à la PF	Mode de calcul	Périodicité	Sources	Responsable	Valeur Base	Valeur Cible 2025
16	Nombre de textes sur la SR/PF établis pour les groupes spécifiques	Comptage textes par groupes spécifiques	Annuelle	Rapport admin WISH	Comité tech régional/ MinCom DRSP		2
17	Nombre de dispositif multi-partenariat fonctionnel sur la promotion de la PF	Comptage de dispositif	Annuelle	PV réunion comité PF	Comité PF	0	1
18	Pourcentage des engagements FP 2030 atteints	(Engagements FP atteints/Total engagements FP) X 100	Annuelle	PV réunion comité PF	Comité PF		

N°	Indicateurs de processus sur la génération de la demande sur la SR/PF	Mode de calcul	Périodicité	Sources	Responsable	Valeur Base	Valeur Cible 2025
19	Proportion des FAR qui connaissent les avantages de l'utilisation des méthodes PF modernes	(Nombre FAR connaissant les avantages des méthodes PF modernes / Total FAR) X100	Tous les 3 ans et 5 ans	EDSMD, MICS			
20	Nombre de districts disposant au moins de 1 maison/ centre de jeunes ou coins santé ou autres structures PF fonctionnels	Comptage/Validation/observation	Annuelle	Rapports d'activités	DRSP/SSEAJ/DSFa/ MJS/Communes		114

N°	Indicateurs de processus sur la génération de la demande sur la SR/PF	Mode de calcul	Périodicité	Sources	Responsable	Valeur Base	Valeur Cible 2025
21	Nombre de groupes d'intervenants disposant d'outils de communication interpersonnelle adaptés	Comptage de groupes d'intervenants (AC, « Marie Stopes Ladies », pairs éducateurs, conseillères en PF, prestataires PF...)	Semestrielle	Rapports d'activités	Comité PF/MSM/MJS/Autres		10
22	Nombre de districts disposant de groupes d'hommes soutenant la PF	Comptage des districts	Annuelle	Rapports d'activités	Ministère de la Population/DRSP/SDSP/DSFa		114
23	Nombre de districts disposant de leaders politiques, traditionnels et religieux soutenant la PF	Comptage des districts	Annuelle	Rapports d'activités	Ministère de la Population/DRSP/SDSP/DSFa		114

N°	Indicateurs de processus sur les offres de services en SR/PF	Mode de calcul	Périodicité	Sources	Responsable	Valeur Base	Valeur Cible 2025
24	Pourcentage des Etablissements sans rupture de stock par méthode au jour de l'enquête (injectable, implant et oral)	(Nombre d'établissement en rupture pour chaque méthode/Nombre total d'établissement) x 100	Tous les 2 ans	Enquête SPSR	UNFPA		100 %
25	Taux de couverture contraceptive (TCC) global	(Nombre total des UR au niveau des FS X 100) / Nombre de FAR	Semestrielle	DHIS2	DSFa		100 %
26	Taux de couverture contraceptive (TCC) 10 à 24 ans	(Nombre total des UR 10 à 24 ans au niveau des FS X 100) / Nombre de femmes 10 à 24 ans	Semestrielle	DHIS2	DSFa		100 %
27	Nombre des AS formés en MLD et MCD	Comptage AS formés	Annuelle	Rapports, formation	DSFa/DRSP CSB partenaires		2 000
28	Nombre de CSB transformés en CSB amis des jeunes	Comptage CSB amis des jeunes	Annuelle	Rapports d'activités	DSFa/MJS/ partenaires		200
29	Nombre de programmes intégrant la PF	Comptage des programmes (SRMNIA-N, LME, LC IST/Sida, CSAJ, Coins jeunes, Espace jeune, Santé communautaire)	Tous les 2,5 ans	Rapport de revue à mi-parcours	Comité PF/DSFa		7

N°	Indicateurs de processus sur la sécurisation des produits PF	Mode de calcul	Périodicité	Sources	Responsable	Valeur Base	Valeur Cible 2025
30	Pourcentage des prestataires de services au niveau primaire (CSB) qui ont au moins 3 méthodes de contraception moderne disponibles au jour de l'enquête	(Nombre de CSB ayant au moins 3 méthodes modernes/Nombre total de CSB) X 100	Tous les 2 ans	Enquête SPSR UNFPA		98,6 % en 2021	

N°	Indicateurs de processus sur la sécurisation des produits PF	Mode de calcul	Périodicité	Sources	Responsable	Valeur Base	Valeur Cible 2025
31	Pourcentage des prestataires de services au niveau secondaire (CHRD) et tertiaire (CHRR/CHU) qui ont au moins 5 méthodes de contraception moderne disponibles au jour de l'enquête	(Nombre de FS ayant au moins 5 méthodes modernes/Nombre total de FS) X 100	Tous les 2 ans	Enquête SPSR UNFPA		Secondaire 97,9 % Tertiaire 92 % en 2021	
32	Nombre d'acteurs logistiques formés à la logistique contraceptive et SIGL par région et par catégorie de personnel	Comptage des acteurs	Annuel	Rapports d'activités	DSFa/ DRSP/ SDSP		46 DRS 230 SDSP 115 PhaG 2300CSB
33	Pourcentage de formations sanitaires offrant le DMPA SC en auto-injection	Comptage FS avec DMPA SC en AI / Total FS	Semestre	DHIS2	MSANP/ DEPSI		2000 CSB

N°	Indicateurs de processus sur la coordination et suivi évaluation	Mode de calcul	Périodicité	Sources	Responsable	Valeur Base	Valeur Cible 2025
34	Nombre de comités régionaux du pays rendant compte périodiquement au comité PF central	Comptage rapports de réunions comités régionaux	Annuelle	PV de réunions	Comités PF		23
35	Nombre de rapports annuels émis sur l'analyse des données PF	Comptage rapport annuel sur l'analyse données PF	Annuelle	Rapport annuel	Comité PF		5
36	Nombre de superviseurs formés en supervision intégrée en SR/PF/SRAJ/SMN	Comptage superviseurs formés	Annuelle	Rapports de supervision	DSFa/DSMN		200
37	Nombre de régions ayant une prévalence contraceptive en dessous du taux national et bénéficiant d'appui technique de PTF	Comptage régions ne bénéficiant pas d'appui technique de PTF	Annuelle	Cartographie Interventions ESDMD	DSFa/DRSP		12

N°	Indicateurs de processus sur le financement	Mode de calcul	Périodicité	Sources	Responsable	Valeur Base	Valeur Cible 2030
38	Pourcentage des dépenses du Gouvernement sur l'achat des contraceptifs par rapport aux besoins	Financement Etat en approvisionnement de PC/ Besoin total de financement en PC	Annuelle	Rapport Etude	DSFa	0 % en 2021	Au moins 5 %
39	Pourcentage d'exécution du plan de mise en route de l'approche Marché Total	(Activités réalisées/Totales Activités) X 100	Tous les 2,5 ans	Enquête SPSR et Etudes			100 %

Pour la collecte des données, outre les sources d'informations usuelles comme les rapports d'activités de réunion de suivi et d'évaluation, quand c'est nécessaire d'autres méthodologies peuvent être utilisées telles que les enquêtes, les questionnaires, les groupes de discussion et entrevue, les études de cas et les ateliers. Des outils numériques simples peuvent également être conçus rapidement selon les besoins.

