République du Niger Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre les Endémies

Programme National de Santé de la Reproduction 2005 - 2009

Version du 15 Juin 2005

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERESII			
LI	STE DES ABREVIATIONS	IV	
1	PREAMBULE	6	
2	LA SITUATION ACTUELLE DE LA SR AU NIGER	7	
	2.1 LES PRINCIPAUX INDICATEURS DE LA SR : SITUATION AU DEBUT DE L'ANNEE 2005		
	2.1.1 La situation démographique		
	2.1.2 La mortalité et la morbidité maternelles et infantiles :	8	
	2.1.3 La Maternité sans risque		
	2.1.3.1 L'accessibilité et utilisation des services :		
	2.1.3.2 La qualité des services SR		
	2.1.4 La Planification familiale		
	2.1.5 La santé sexuelle et reproductive de l'adolescent		
	2.1.6 Les IST/VIH		
	2.1.7 La fistule obstétricale		
	2.1.8.1 La spécificité socioculturelle et le statut de la femme :		
	2.1.8.2 Le contexte physique, l'accessibilité et l'utilisation des services SR :	15 16	
	2.2 L'ANALYSE DES STRATEGIES MISES EN ŒUVRE DANS LE DOMAINE DE LA SR		
	2.2.1 La problématique de l'accessibilité aux services SR du premier échelon		
	2.2.2 L'analyse des stratégies retenues par le PDS 2005-2009		
	2.3 L'ANALYSE DES CONDITIONS ACTUELLES DE MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS SR		
	2.3.1 Le diagnostic de situation à partir des visites de terrain		
	2.3.1.1 Les services de maternité	20	
	2.3.1.1.1 Les Maternités de Référence		
	2.3.1.1.2 Les Maternités des HD		
	2.3.1.1.3 Les Maternités (salles d'accouchement) des CSI	21	
	2.3.1.1.4 Les autres services SR des HD et des CSI	21	
	2.3.1.2 Les autres structures	22	
	2.3.1.2.1 Les structures de gestion des services de santé	22	
	2.3.1.2.2 Les comités de santé/gestion (COGES)		
	2.3.1.2.3 Les relais communautaires :		
	 2.3.2 L'analyse de l'intervention des partenaires techniques et financiers 2.4 L'ORGANISATION DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION AU SEIN DU MINISTERE DE LA SANTE 	Z3	
	PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LES ENDEMIES	2/	
	2.4.1 La Santé de la Reproduction entre concept et réalité		
	2.4.2 Les enseignements de l'historique de la SR au Niger		
	2.4.3 Le fonctionnement actuel de la Direction de la Santé de la Reproduction		
	2.4.4 La situation du Centre National de la Santé de la Reproduction (CNSR)		
3	LES JUSTIFICATIONS DU PROGRAMME	26	
4	LES OBJECTIFS DU PROGRAMME	31	
	4.1 LES OBJECTIFS GENERAUX		
	4.2 LES OBJECTIFS INTERMEDIAIRES		
	4.3 LES OBJECTIFS SPECIFIQUES		

5	LES PRINCIPAUX AXES STRATEGIQUES	34
6	LES RESULTATS ATTENDUS	35
7	LES PRINCIPALES ACTIVITES	38
7.1 7.2 7.3 7.4	La Maternite sans risque La planification familiale La sante sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes La lutte contre les IST/VIH	40 41
8	LE CADRE LOGIQUE	43
9	LE CADRE LOGIQUE VALORISE	49
10	LE PLAN DE MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITES	67
11	LE CHONOGRAMME DES ACTIVITES A METTRE EN ŒUVRE	71
12	LE CADRE INSTITUTIONNEL DE MISE EN ŒUVRE DU PNSR	75
12.1 12.2	LES PRINCIPES GENERAUXLES MISSIONS ET ATTRIBUTIONS DES ORGANES DU MSP/LCE DANS LE CADRE DE LA MISE E OEUVRE DU PNSR	:N
12	2.2.1 L'administration centrale	
	12.2.1.1 La Direction Nationale de la Santé de la Reproduction	77 79
13	LE SUIVI / EVALUATION	
13.1 13.2	LE SUIVIL'EVALUATION	
14	ANNEXES	81
14.1 14.2 14.3		83
	REPRODUCTION	96

LISTE DES ABREVIATIONS

AMDD	Averting Maternal Death and Disability
ARV	Anti Rétro Viraux
ASC	Agent de Santé Communautaire
ASS	Agent Socio-Sanitaire
BAD	Banque Africaine de Développement
BLU	Bande Latérale Unique
BM	Banque Mondiale
CAP	Connaissances Attitudes et Pratiques
CERMES	Centre de Recherche Médicale et Sanitaire
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CN	Consultation du Nourrisson
CNSF	Centre National de la Santé Familiale
CNSR	Centre National de la Santé de la Reproduction
COGES	Comité de Gestion
CPN	Consultation Prénatale
CPON	Consultation Post Natale
CSI	Centre de Santé Intégré
CU	Commune Urbaine
DBC	Distribution à Base Communautaire
DIU	Dispositif Intra Utérin
DPS/P/C	Direction politique de santé, de la planification et de la coopération.
DRSP	Direction Régionale de la Santé Publique
ECD	Equipe Cadre de District
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EM	Equipe Mobile
ESV	Espérance de vie à la naissance
FAR	Femme en âge de reproduction
GARE	Grossesse à risque élevé
GR	Grossesse à Risque
HD	Hôpitaux de District
HTA	Hyper Tension Artérielle
IEC	Information Education Communication
IM	Intervention Maternelle
IST	Infection Sexuellement transmissible
MDS/P/PF/PE	Ministère du Développement Social, de la Population, de la Promotion de la
	Femme et de la Protection de l'Enfance
MG	Médecins Généralistes
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
MIG	Matenit Issaka Gazobi
MSP/LCE	Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endémies
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
NU	Nations Unies
NV	Naissances Vivantes
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisme Non Gouvernemental

PDS	Plan de Développement Sanitaire
PF	Planification Familiale
PNSR	Programme National de Santé de la Reproduction
POSTN	Post Natal
PTFs	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Protection de la Transmission (du virus du SIDA) de la Mère à l'Enfant
RGP/H	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RMM	Réduction de le Mortalité Morbidité
SF	Sage Femme
SIDA	Syndrome de l'Immuno-Déficience Acquise
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SOU	Soins Obstétricaux d'Urgence
SOUB	Soins Obstétricaux d'Urgence de Base
SOUC	Soins Obstétricaux d'Urgence Complets
SR	Santé de la Reproduction
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
SSRA	Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents
SSRAJ	Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes
TAA	Taux d'Accroissement Annuel
TMI	Taux de Mortalité Infantile
TMM	Taux de Mortalité Maternelle
TU	Taux d'Utilisation
UNDAF	Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VAT	Vaccin Anti Tétanique
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

1 PREAMBULE

Le Niger vient d'adopter en conseil des Ministres, à la date du 18 février 2005, son plan de développement sanitaire (PDS) pour la période 2005-2009. Ce plan constitue le cadre de référence pour les interventions dans le secteur de la santé du Niger pour les cinq années à venir. Il a été élaboré en se basant sur le Document de Stratégies de Réduction de la Pauvreté (DRSP), la Politique Nationale de la Population et les Orientations Stratégiques du MSP/LCE 2002-2011, y compris la déclaration de politique sectorielle de santé 2002.

Dans l'analyse de la situation sanitaire du PDS on révèle plusieurs faiblesses, entre autres, une forte mortalité maternelle et infantile, une faible accessibilité des populations à des soins de qualité, une insuffisance quantitative et qualitative du personnel, une disponibilité insuffisante des médicaments essentiels et consommables et une faiblesse institutionnelle du MSP/LCE.

C'est pourquoi l'objectif général retenu par le PDS est de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile en améliorant l'efficience et la qualité du système de santé à partir des potentialités actuelles. En choisissant un tel objectif général, le PDS a réservé une place de choix à la promotion de la santé de la reproduction (SR) pour les années à venir.

Dans cette optique, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endémies a confié à un comité technique national multisectoriel appuyé par des experts internationaux la mission d'actualiser et de finaliser le projet de Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) élaboré en 2000.

Le PNSR s'inscrit dans le cadre des engagements pris par le Niger pour l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement, le Plan d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD + 10) et la Feuille de Route pour la Réduction de la Mortalité Maternelle.

Le comité technique national a chargé un sous groupe, formé de nationaux et d'experts, de collecter toutes les données nécessaires à la finalisation du PNSR (données de base au niveau des équipes de terrain, analyse documentaire et entretiens avec les différents partenaires).

La démarche suivie pour finaliser le PNSR s'est basée sur l'analyse des principaux indicateurs de la SR prévalant au début de l'année 2005, l'analyse des stratégies mises en œuvre et celles retenues par le PDS 2005-2009 dans le domaine de la SR, l'analyse des conditions actuelles de mise en œuvre des activités SR, l'analyse des interventions des équipes de terrain, des structures de soutien (ECD, DRSP), des partenaires techniques et financiers, des ONGs et des communautés et enfin l'analyse du rôle du niveau central et des structures de référence.

Cette analyse des données a permis d'identifier les points forts, les point faibles et les principaux enseignements qui peuvent être tirés des expériences antérieures dans les domaines de la santé de la reproduction au Niger et de retenir des recommandations pour la rédaction du document du PNSR.

2 LA SITUATION ACTUELLE DE LA SR AU NIGER

2.1 LES PRINCIPAUX INDICATEURS DE LA SR: SITUATION AU DEBUT DE L'ANNEE 2005

2.1.1 La situation démographique

Les résultats définitifs du RGP/H-2001, publiés en 2005, montrent que le Niger comptait, au 1er juin 2001, 11.060.291 habitants. La comparaison des résultats des recensements de 1977, 1988 et 2001 permet de conclure que le pays connaît une croissance démographique galopante. En effet, en 24 ans, la population a été multipliée par 2,16. L'indice synthétique de fécondité est estimé à 7,5 enfants par femme et le taux annuel moyen d'accroissement de la population s'établit à 3,31%. Avec un tel taux d'accroissement et si rien n'est fait pour maîtriser cette croissance démographique, la population nigérienne atteindra 55 millions d'habitants à l'horizon 2050. Cette évolution démographique s'effectue dans un contexte socio-économique très difficile caractérisé par une pauvreté largement répandue, des faiblesses du secteur agricole et de l'économie en général et des difficultés pour asseoir un système de santé de qualité et d'accès facile pour la population.

Les principales caractéristiques de la population du Niger sont : une fécondité encore très élevée (taux brut de natalité = 49,6% et ISF = 7,2 enfants par femme en moyenne d'après 3ème RGPH en 2001) alliée à une mortalité certes élevée mais en baisse modérée, notamment la mortalité infanto juvénile (quotient de mortalité infantile = 126,0% et quotient de mortalité infanto juvénile = 273,8% d'après MICSS2000). La faible couverture sanitaire du pays pourrait expliquer ces maigres performances. De cette situation, il résulte le maintien d'une part, d'un fort taux d'accroissement de la population : 3,31% d'après les résultats définitifs du 3ème RGPH, et d'autre part la jeunesse de la population : les enfants âgés de moins de 15 ans représentent 47,6% de la population totale et la population âgée de moins de 25 ans en représente 65,7%.

Une autre caractéristique démographique du Niger est relative à la persistance des comportements procréateurs à risque liés à l'âge et/ou à la multiparité. L'EDSN-1992 a mis en évidence que, quelle que soit la génération des femmes en âge de procréer considérée, la moitié d'entre elles étaient déjà mariées à 15 ans. Les mariages sont de ce fait très précoces au Niger. L'EDSN-1998 montre que cette situation de forte précocité des mariages chez les femmes nigériennes ne s'est guère améliorée. Un autre comportement procréateur à risque résultant des mariages précoces est la précocité des maternités. L'EDSN-1992 relève, parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans, que 11,4% d'entres elles avaient déjà eu leur première naissance avant l'âge de 15 ans : cette proportion passe à 45,3% avant l'âge de 18 ans. L'EDSN-1998 montre que ces proportions sont passées respectivement à 9,2% et 47,0%. Le 3ème comportement procréateur à risque est relatif à la grande multiparité des femmes nigériennes : parmi les 2 969 333 femmes âgées de 12 à 49 ans lors du 3ème RGPH, 863 679 ont déclaré avoir eu au moins 5 enfants nés vivants, soit 29,1%. 19,5% de ces femmes grandes multipares ont eu leur dernier accouchement d'un enfant né vivant en 2000-2001. Aux âges jeunes, il est relevé que la proportion des adolescentes qui ont accouché d'un enfant né vivant en 2000-2001 est de 2,9% et 14.4%. respectivement chez les adolescentes âgées de 12-14 ans et de 15-19 ans ; aux âges élevés ces proportions sont de 19,2%, 10,9% et 5,1%, respectivement chez les femmes âgées de 35-39 ans, 40-44 ans et 45-49 ans. Au total sur les 499 126 femmes qui ont accouché au cours des 12 derniers mois précédant la date du dénombrement général de la population en 2001, 168 045 femmes, soit 33,7%, ont porté des grossesses à risque du fait qu'elles sont des grandes multipares et 188 636 femmes, soit 37,8%, ont porté des grossesses à risque du fait de leur âge trop jeune ou trop élevé. Les grossesses à risque représenteraient au moins 33% des grossesses annuelles. Dans un contexte où les infrastructures sanitaires de base sont très insuffisantes et la situation socioéconomique précaire, on comprend dès lors pourquoi le taux de mortalité maternelle est si élevé au Niger.

Les principaux indicateurs démographiques du Niger en 2005 (Source : BCR, projections démographiques du Niger : 2005-2050, publication en cours) sont :

Population totale:
Femmes dans la population totale:
Taux brut de natalité
Taux d'accroissement naturel
Espérance de vie à la naissance
Enfants âgés de moins de 15 ans
Population âgée de moins de 25 ans
12 546 000;
47,7%
47,7%
49,6 ans;
47,6%;
65,7%;

Selon la EDSN 98

- L'âge au 1er mariage est de 15 ans pour la fille et 17 ans pour le garçon ;
- L'intervalle inter génésique est < à 2ans dans 25% des cas ;
- Les adolescentes de 15 à 19 ans détiennent 14% de la fécondité totale.

Les tendances démographiques du Niger en 2050 (Source: BCR, projections démographiques du Niger: 2005-2050, publication en cours) montrent que, si les tendances observées au cours de ces dernières années se poursuivent, la fécondité baissera très lentement et que le taux de prévalence contraceptive atteindra le niveau de 30,5% en 2050. Dans ces conditions le rythme d'accroissement de la population sera élevé et les projections démographiques situent la population totale du Niger à l'horizon 2050 à 55 758 594 habitants. A l'inverse, si de mesures plus volontaristes sont envisagées dans le sens d'une amélioration rapide et efficace du taux de prévalence contraceptive pouvant engendrer un ralentissement assez sensible de la croissance démographique, il est possible de situer la population totale du Niger en 2050 autour de 33 293 000 habitants. Cette situation, moins défavorable, sera atteinte si les efforts entrepris aboutissent à relever le taux de prévalence contraceptive à hauteur de 53%.

2.1.2 La mortalité et la morbidité maternelles et infantiles :

Les résultats de la MICS2 (2000) au Niger ont montré que la mortalité infantile et juvénile se situe à des niveaux encore élevés. Au cours de la période centrée sur 1995, sur 1000 enfants nés vivants, 126 sont décédés avant leur 1er anniversaire et sur 1000 enfants survivants au 1er anniversaire, 177 sont décédés avant d'atteindre l'âge de cinq ans. La mortalité infanto-juvénile globale touche 280 enfants pour 1000 naissances vivantes (274‰ pour l'EDSN II de 1998). Ce risque de décéder avant l'âge de cinq ans présente des écarts selon le milieu de résidence. La mortalité, surtout infantile, est nettement moins élevée en milieu urbain (75‰) qu'en milieu rural (131‰).

On note, malgré ce niveau élevé, une tendance à la baisse de cette mortalité infanto-juvénile qui passe de 318‰ en 1990 (EDS I) à 280‰ actuellement, soit, une baisse de 14%, résultat supérieur à l'attendu (par rapport au très bas niveau de revenu PNB par habitant). Par manque de données, la part de la mortalité néonatale reste difficile à estimer.

Les principales causes de mortalité infantile (PDS 2005-2009) sont les infections respiratoires graves (28%), le paludisme (24%), les maladies diarrhéiques (10%), les traumatismes et accidents domestiques (7%) et les autres causes (31%).

Concernant la mortalité maternelle, son niveau reste toujours très élevé. Le ratio de mortalité maternelle est estimé par le PDS à 700 pour 100.000 naissances vivantes (NV). Selon les informations provenant de la Division Statistique des Nations Unies (Base de Données de Développement du Millénaire, www.unstats.un.org), ce chiffre apparaît inférieur au résultat auquel on pourrait s'attendre, en raison du revenu de ce pays. Il s'agit là d'un manque manifeste de performance du système de santé.

Selon l'étude MSP/LCE – UNFPA – AMDD année 2000 « faire de la maternité sans risque une réalité », les principales causes de létalité par cause maternelle sont l'anémie (21%), l'hémorragie (19%), les infections (13%) et l'éclampsie (10%).

2.1.3 <u>La Maternité sans risque</u>

2.1.3.1 L'accessibilité et utilisation des services :

Selon le PDS 2005-2009, la couverture sanitaire au Niger (population 0-5 Km desservie par un CSI) est estimée à 49,8% en 2003, ce qui constitue une limite pour l'accessibilité des soins curatifs et préventifs. Autrement énoncé, 50% de la population du Niger se trouve à plus de 5 Km d'un centre de santé et à peu près 15% se trouve au-delà de 15 km. La population des zones de très basse densité (nomades et régions orientales) pose des problèmes spécifiques d'accès aux soins. D'autres contraintes comme celles purement physiques (éloignement) limitent l'accès du patient aux services de santé. En matière d'utilisation des soins curatifs, on note entre 0,1 et 0,2 nouveau consultant par habitant et par an en moyenne.

Selon le MICS 2, la couverture prénatale est de 42% pour le pays. La couverture par 3 CPN ou plus est estimée à 29% (étude sur la prise en charge des grossesses à risque et des complications de l'accouchement dans la communauté urbaine de Niamey et la région de Tillabéry) avec des disparités entre régions et entre milieu rural et milieu urbain. La couverture contre le tétanos néonatal est faible, 40%, et seulement 36% ont reçu 2 ou plusieurs doses de VAT.

Selon le PDS, la couverture postnatale est faible (24%), soit moins d'une femme enceinte sur quatre effectue une consultation après son accouchement.

En ce qui concerne l'accouchement assisté par un personnel qualifié, la MICS 2 a estimé que 16% des naissances ont reçu l'assistance d'un personnel formé de la santé : 15% avec l'aide d'une SF ou infirmière et 1% avec l'aide d'un médecin. Le PDS 2005-2009, estime cette proportion à 14%.

Le déficit en Interventions Obstétricales Majeures pour Indication Maternelle Absolue (besoins obstétricaux non couverts) est estimé à **77%** (85% rural et 25% urbain).

Selon le SNIS, 4712 césariennes ont été effectuées en 2002, soit **0,8%** des accouchements attendus (norme 5-15%).

En conclusion, on peut dire qu'il y a, au Niger, une faible accessibilité responsable d'une faible utilisation des services SR aussi bien au premier niveau de soins qu'aux niveaux de la référence.

2.1.3.2 La qualité des services SR

Concernant le dépistage et le suivi des grossesses à risque :

L'étude sur la prise en charge des grossesses à risque et des complications de l'accouchement dans la communauté urbaine de Niamey et la région de Tillabéry, menée en 2003, a montré que sur les 11330 CPN réalisées durant la période de l'étude, 1061 grossesses à risques (GR) ont été identifiées, soit un taux de risque de 9,4% et 177 GR ont été référées, soit un taux de référence de 16,7%.

Les principaux facteurs de risque dépistés lors de la CPN, parmi les 165 grossesses à risque randomisées et analysées sont la multiparité (32,3%), l'âge inférieur à 15 ans ou supérieur à 35 ans (30,5%), la mortinatalité et l'avortement (13%), l'utérus cicatriciel (5,8%), les syndromes reno-vasculaires (5,2%), le risque rhésus (3,8%) et le risque mécanique (1,3%).

Multiparité et âge (< à 15, >35 ans) sont ainsi les deux principaux facteurs de risque pour la grossesse (63%).

Les obstacles à la CPN (d'après l'étude) identifiés, sont la première visite tardive (5ème – 6ème mois), la mauvaise qualité de la CPN, le coût élevé des prestations, la rumeur sur le prélèvement du sang (SIDA), l'absence ou le manque de participation du mari et le manque de moyens dans les structures.

Concernant le suivi prénatal des femmes dépistées à risque, il a été recensé 62,4%, de femmes à risque perdues de vue et seulement 23% des femmes sont suivies selon les normes (3 CPN et plus).

Concernant la prise en charge des soins obstétricaux :

La même étude citée en supra a montré que parmi les 188 femmes ayant présenté des complications lors de leur accouchement 78% sont des femmes à risque pour la parité (primipare ou grande multipare).

Les problèmes rencontrés sont les dystocies, les hémorragies, l'anémie et l'HTA gravidique. La majorité des femmes ont été référées à la maternité de référence ISSAKA GAZOBY (MIG). Les interventions maternelles (IM) subies à MIG sont le forceps dans 10,5% des cas et la césarienne dans 35,8% des cas. Dans 30% des cas les femmes ont accouché normalement. La mortalité néonatale a été de 16,2%.

On note également que **80**% des femmes évacuées de Tillabéry à la même maternité de référence (IG) étaient **des femmes à risque pour la parité (primarité ou grande multipare).**

Les problèmes ayant justifié l'évacuation sont les dystocies (43,5%), l'HTA gravidique (17%) et les hémorragies (9%). Les IM subies à MIG sont la césarienne (70%), la laparotomie (10%) et le forceps (5%). Dans 15% des cas les femmes ont accouché normalement. La mortalité néonatale a été de 30% et on a déploré 1 décès maternel et 1 fistule vésico-vaginale.

D'une façon générale, on peut dire que les conditions conduisant à des accouchements compliqués sont de deux natures. Celles relevant de la population, notamment, les pratiques socio-culturelles (mariage et grossesse précoces et grossesse tardives), la multiplicité des grossesses compliquées chez la même femme, la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes, le faible recours à la CPN, la faible accessibilité (distances et coûts des moyens de transport) et celles relevant des structures de santé, notamment, la faible motivation du personnel vis à vis des activités de SR (PF, CPN), le manque d'équipements et de moyens de fonctionnement en SR, la formation insuffisante des prestataires (PF, CPN, partogramme et SOU) et l'insuffisance du suivi – évaluation des activités SR.

L'étude MSP/LCE – UNFPA – AMDD de l'Université de Columbia des USA « faire de la maternité sans risque une réalité », menée en 2000, a permis de montrer qu'il reste beaucoup à faire, au Niger, dans les domaines des soins obstétricaux avec :

1. Une faible disponibilité des structures assurant les soins obstétricaux d'urgence (SOU) :

- Sur les 92 structures susceptibles d'offrir les SOU de Base (SOUB) seulement 54 les offrent effectivement (39/44 en urbain et 15/48 en rural) et 22 structures seulement offrent les SOU Complets (SOUC) sur un total de 47 susceptibles de les offrir.
- Le besoin total étant de 113 SOUB et de 46 structures SOUC, le déficit, en tenant compte de la politique du district, est de 56 structures SOUB (niveau rural) et 3 structures SOUB (niveau urbain) et de 24 structures offrant les SOUC.

2. Une très faible utilisation des services SOU :

- La proportion des accouchements assistés n'est que de 12% au niveau national (norme de 55%). Au niveau des structures offrant les SOUB, l'utilisation est de 6,77% (sur une norme admise de 55%), soit un déficit de 48,23%. Ce taux est de 23,8% en milieu urbain (pour une norme de 80%), soit un déficit de 56,2% et de 1,24% en milieu rural (pour une norme de 30%), soit un déficit de 28,76%. Au niveau des structures offrant les SOUC, ce taux d'accouchements assistés est de 5,16% (sur une norme de 80%), soit un déficit de 74,84%).
- Les complications obstétricales prises en charge sont de l'ordre de 4,4% à l'échelle nationale (la norme minimale est de 15%). Au niveau des structures offrant les SOUB, la prise en charge des complications obstétricales représente 1,98% (norme de 15%) dont 6,9% en milieu urbain et 0,28% en milieu rural. Au niveau des structures offrant les SOUC, la prise en charge des complications obstétricales représente 2,1% (norme de 15%) avec un déficit de 12,9%.
- Les césariennes réalisées représentent 0,5% des accouchements attendus, soit un déficit de 14,5%.

3. Une mauvaise qualité des services SOU :

Le taux élevé de la létalité, de l'ordre de 2,15% (norme < 1%), et le taux élevé de la mortalité périnatale (7,9%) traduisent la précarité des services au sein des structures offrant les SOUC.

4. Des problèmes liés à l'organisation des services :

L'organisation de la garde des Sages Femmes pose un problème en milieu rural. On trouve rarement 2 SF ensemble dans la même structure (CSI type 2), d'où une astreinte à domicile tous les jours. De même, le coût élevé des soins n'est parfois pas à la portée de la population surtout au niveau des structures offrant les SOUC. Une mauvaise utilisation du partogramme et autres supports SNIS avec sous notification des cas de décès a été également constatée. Le système de référence contre référence est peu organisé.

5. Des problèmes liés aux ressources :

- **En matière des ressources humaines**, il y a une insuffisance de personnel en qualité et en quantité (gynécologues, chirurgiens, médecins généralistes et SF) et une instabilité et une mauvaise répartition du personnel en place (affectation, départ en formation ou à la retraite sans possibilité de remplacement, etc.).
- En matière des ressources matérielles, il y a un important problème de ressources matérielles et d'équipements (insuffisance, vétusté et parfois absence) : inexistence d'échographes, de sources d'oxygène, d'aspirateurs, de Kit de réanimation des Nouveaux Nés, de Kit d'AMIU ou de couveuse ; insuffisance en tables chauffantes, en forceps, en ventouse, en boites de césarienne, en boites d'accouchement ou en boites d'épisiotomie ; rupture fréquente de petit matériel de chirurgie (gants, pinces, fils de suture) de produits de stérilisation ou même de produits détergents.

2.1.4 La Planification familiale

Selon la MICS2, 14% des femmes de 15-49 ans en union ont déclaré utiliser la contraception au moment de l'enquête, dont 4,3% par une méthode moderne et 9,7% par une méthode traditionnelle.

La proportion des méthodes modernes n'a pas bougé en 4 ans entre l'EDSN II et la MICS2. La pilule reste la méthode moderne la plus utilisée (3%).

La pratique contraceptive varie selon les régions. Les régions les plus favorables semblent être Niamey (30%), Dosso (23%) et Tillabéry (21%). L'acceptabilité est intermédiaire à Agadez CU (16,6%) et Maradi (15%) et faible dans les régions de Diffa, Zinder et de Tahoua (5% ou moins).

La pratique contraceptive varie également en fonction du niveau d'instruction : femmes ayant le niveau d'instruction secondaire : 43% ; celles ayant le niveau d'instruction primaire : 24% ; et celles sans instruction : 12%.

Selon le PDS, le taux d'acceptantes de la PF est globalement faible pour l'ensemble du pays, soit 4%. En plus, l'évolution de ce taux montre une tendance à la baisse à partir de 2001, année d'introduction du recouvrement des coûts pour les contraceptifs à Diffa, Dosso, Tahoua, et

dans la Communauté Urbaine de Niamey. Le taux reste stationnaire mais faible à Zinder et à Agadez.

Selon le PDS, la demande potentielle non satisfaite en PF des femmes en union est estimée à 67% et les besoins en PF des adolescentes 15-19 ans est généralement non satisfaite (1,3% de taux d'utilisation).

L'étude, réalisée en 2004, par le projet « Appui à une coopération sud-sud au programme de la santé de la reproduction » sur « la pratique de la planification familiale en milieu rural : cas du district de Kollo », a montré que :

- Les populations connaissent l'existence des contraceptifs de même que leur utilité pratique. Les principales sources d'information et d'approvisionnement sont également connues. Mais, la connaissance de la contraception moderne reste plutôt parcellaire, surtout chez les hommes. En dehors des préservatifs que beaucoup citent, le *Kini* (comprimé) et le *pikiri* (piqûre) les autres ne sont que vaguement évoqués.
- Le recours aux moyens contraceptifs est surtout dominé par les pratiques traditionnelles et populaires (savoir faire populaire, vente ambulante). Le recours médical est limité.
- La faiblesse de la pratique contraceptive est multifactorielle. Les obstacles majeurs sont la faiblesse de la sensibilisation, l'utilisation anarchique des contraceptifs, le poids des rumeurs, la longueur de l'allaitement, la forte mortalité infantile, l'exode massif des maris, la valeur sociale de la procréation, les facteurs dits religieux, le coût des contraceptifs, la vente ambulante des contraceptifs au niveau des « pharmacies par terre » et les comportements des agents de santé.

Par ailleurs, comme le souligne le PDS, les hommes sont peu impliqués et fréquentent peu les services de santé en matière de PF alors que la décision de prendre la contraception dépend généralement d'eux. Les expériences communautaires et les stratégies mobiles montrent que les hommes, dûment informés, ne constituent pas toujours un frein.

2.1.5 La santé sexuelle et reproductive de l'adolescent

Au Niger, le groupe d'âge 10-24 ans constitue une frange importante de la population soit 29%. L'âge moyen du mariage est de 15 ans, et 36% des filles de 15-19 ans sont déjà mères ou enceintes (PDS).

Outre les mariages précoces, les jeunes filles sont exposées aux grossesses non désirées dont une des conséquences est l'avortement clandestin avec son lot de complications.

Selon le PDS, 71% des garçons et 83% des filles connaissent une ou plusieurs méthodes ou techniques contraceptives mais seulement 3,1% des filles en moyenne utilisent une méthode de contraception moderne à cause de la crainte d'être indexée comme prostituée.

Bien que l'enquête nationale MSP/LCE - CERMES a montré que les jeunes de la tranche d'age 15-19 ans sont très peu atteints par le VIH/SIDA, aussi bien en zone urbaine qu'en zone rurale, la jeunesse n'en constitue pas moins un groupe vulnérable pour l'épidémie du VIH/SIDA. Selon le PDS, environ 76% des garçons et 43% des filles ont entendu parler du Sida, mais seulement 28% des jeunes utilisent un préservatif lors des rapports sexuels.

L'accès des jeunes aux services de Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes (SSRAJ) reste très limité du fait des pesanteurs socioculturelles et de l'inadéquation des formations sanitaires à répondre aux besoins spécifiques en SR des jeunes et adolescents.

Des espaces plus adaptés comme les centres de conseils et d'éducation pour les jeunes sont peu nombreux. L'expérience de mise en place de sites amis des jeunes initiée depuis 1998 reste encore limitée à guelques zones urbaines (Niamey, Maradi, Dosso, Arlit).

Les supports de données actuels du SNIS ne permettent pas de collecter des informations spécifiques relatives à la SSRAJ.

2.1.6 Les IST/VIH

Selon l'enquête nationale MSP/LCE - CERMES réalisée en 2002, le taux de séroprévalence du VIH/SIDA au Niger est faible (0,87%). Mais, ce taux est significativement **plus élevé en milieu urbain (2,08%)** qu'en milieu rural (0,64%).

Les facteurs de risque associés à la séropositivité sont le **milieu de résidence** (l'urbain plus exposé que le rural), **la prostitution** (27% chez les professionnels du sexe voire 50% à Dirkou), **les femmes divorcées ou veuves** présentent un fort taux de séroprévalence par rapport aux célibataires. Par ailleurs, il n'a pas été noté d'association entre séropositivité et antécédents de transfusion sanguine ou d'intervention chirurgicale.

Selon les données du programme national, le nombre de cas de VIH/SIDA est en augmentation. Il est passé de 809 en 1999 à 5598 en 2000 soit 7 fois plus.

Selon la même enquête nationale, la prévalence des IST est estimée à 38% chez les professionnels du sexe avec des variations allant de 27% à Arlit à 46% à Koma-Bangou. Paradoxalement, seul 1% des femmes et 9% des hommes utilisent les condoms pour se protéger contre les IST/SIDA selon l'EDSN 1998.

Selon les données du SNIS, le nombre de cas d'IST est en progression, il est passé de 22810 en 1999 à 30019 en 2000.

Des insuffisances existent dans les actions de prévention et de prise en charge des cas d'IST et de VIH/SIDA tels que l'accès limité aux ARV, la faible couverture en PTME, les ruptures des tests et des réactifs au niveau des formations sanitaires, la non utilisation de l'approche syndromique dans les FS, l'absence de programme de formation dans le domaine de la prise en charge des IST et la faible acceptation du préservatif.

2.1.7 La fistule obstétricale

Malgré l'absence d'une estimation fiable du nombre de fistules obstétricales, les porteuses de cette morbidité liée à l'accouchement se sentent exclues et humiliées et sont difficiles à recenser; la demande enregistrée dans quelques centres de référence en la matière semble indiquer que ce nombre est élevé.

La faible accessibilité à un service hospitalier capable de fournir une prestation comme la césarienne et le déficit important en interventions obstétricales majeures pour indications maternelles sont responsables de la fréquence élevée de la fistule obstétricale.

L'âge moyen des patientes est de 13 ans et la fistule survient dans 58% des cas lors du premier accouchement.

Plusieurs centres s'impliquent de plus en plus dans le traitement des fistules comme la maternité centrale de Zinder, l'hôpital National de Niamey, l'hôpital Lamordé ou la maternité TASSIGUI à Tahoua.

Les partenaires techniques et financiers et des ONG interviennent dans les domaines de la prévention et de la prise en charge du traitement chirurgical de la fistule mais également dans le cadre de la réinsertion socio-économique et du suivi médical.

Récemment un réseau national d'éradication de la fistule comprenant une quarantaine d'intervenants en matière de prévention, de traitement et de réinsertion des femmes victimes de la fistule a été créé sous l'égide du MSP/LCE.

2.1.8 <u>La spécificité socio-culturelle et géographique</u>

2.1.8.1 La spécificité socioculturelle et le statut de la femme :

La population du Niger est composée de plusieurs groupes socio-linguistiques qui vivent en harmonie. Ce sont les : Haoussa, Zarma, Songhay, Touareg, Peul, Arabe, Gourmantché, Toubou, Boudouma. Plus de 95% de la population est de confession musulmane, plus spécifiquement adepte de l'islam modéré. Les autres religions sont le christianisme, le Bah'i et les religions du terroir (abusivement appelées animisme). La plupart disposent d'associations qui sont leur porte-voix auprès des autorités et de la société. La tolérance religieuse est la règle et les différentes associations œuvrent constamment dans ce sens.

Chaque groupe sociolinguistique se distingue par sa propre organisation même si on note la présence de pratiques socioculturelles transversales. La famille demeure l'unité centrale de l'organisation sociale traditionnelle. Elle fonctionne comme unité de production, de reproduction et d'échange. Son autorité est détenue, dans la plupart des sociétés nigériennes, par un chef dénommé windikoy chez les Zarma et mai guida chez les Haoussa. Les rapports que les membres de l'unité familiale entretiennent entre eux sont régis par des rapports aînés/cadets. Ils sont de ce fait inégalitaires. Dans ce contexte, les femmes et les enfants sont les plus concernés.

Dans l'imaginaire collectif traditionnel de ces sociétés, la femme est considérée comme un être inférieur à l'homme. La propriété foncière, qui est prévue dans la loi, est cependant rarement appliquée et parfois son avis compte peu en matière matrimoniale. La précocité du mariage, le faible recours aux structures de santé et la précarité des services constituent parfois des risques majeurs pour les concernées (fistule).

Cependant sous l'influence de la modernité importée et de certaines associations féminines, des avancées positives dans le sens de l'amélioration de la condition de la femme sont perceptibles. Un Ministère chargé de la promotion de la femme et de la protection de l'enfance est en place. Le gouvernement, en plus du quota alloué pour la nomination des femmes aux postes de responsabilité, l'ordonnance N° 88-19 du 7 avril 1988 autorisant la pratique de la contraception et le décret N° 88-129 MSP/AS qui spécifie les modalités de son application, restent en vigueur.

En 1999, la convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard de la femme (CEDEF) a été adoptée, avec des réserves, par le gouvernement. Ces réserves portent

essentiellement sur les droits à la succession, la modification des schémas de comportement socioculturel, le droit de choisir sa résidence et son domicile qui ne concerne que les femmes célibataires, les droits et responsabilité au cours du mariage et de sa dissolution, le choix du nombre d'enfants ainsi que de son nom de famille. Selon le législateur, ces réserves se justifient pour tenir compte des pratiques actuellement en vigueur au Niger et qui, de part leur nature, ne peuvent être modifiées qu'au fil du temps et de l'évolution de la société.

Par ailleurs, des contraintes socioculturelles limitent l'accès aux soins de la population. Les représentations populaires en matière de santé et de maladie influent sur l'accessibilité des populations aux structures de soins. Pour les maladies dites à étiologies magico-religieuse, les populations recourent rarement à un centre de santé. Les aspects sexo-spécifiques sont également identifiés parmi les obstacles à la fréquentation d'une structure de santé. En effet, la présence des praticiens hommes dans les CSI ruraux dans le domaine des questions gynéco obstétricales est perçue comme une contrainte fondamentale. Il y a aussi le décalage intergénérationnel qui influe négativement sur l'accessibilité des grandes multipares. Celles-ci sont gênées de se faire consulter par le jeune infirmier ou la jeune sage femme du village qui se trouve être l'ego de leur fils ou de leur fille.

2.1.8.2 Le contexte physique, l'accessibilité et l'utilisation des services SR :

Pays enclavé, le Niger s'étend sur une superficie de 1.267.000 km² et compte, du sud au nord, 4 faciès écologiques différents : zone soudanienne de savane arborée, zone sahélienne, zone sahélo saharienne et zone désertique (plus de la moitié du pays). Il est limité au nord par l'Algérie et la Libye, à l'est par le Tchad, au sud par la République Fédérale du Nigeria et le Bénin, à l'ouest par le Burkina Faso et au nord-ouest par le Mali.

La densité moyenne de population (9,5 habs/km²) recouvre une disparité importante entre des départements de très faible densité de population dans l'est et le nord du Pays et la zone sud et ouest du Pays. Environ 15% de la population est nomade. Ces deux particularités constituent de réelles difficultés associées aux contraintes physiques pour accroître l'utilisation des services de santé dans les zones à très faible densité de population.

D'autres contraintes physiques limitent l'accès du patient aux services de santé. La plupart des populations (plus de 80%) vivent en milieu rural loin des structures de santé. Cet éloignement constitue pour elles un réel problème d'accessibilité surtout quand on sait que la plupart des localités du Niger sont enclavées. A cela, il faut ajouter les coûts de transport que les populations jugent exorbitants par rapport à leur pouvoir d'achat. En cas d'évacuation, la charrette est utilisée comme moyen de transport bien qu'elle comporte des risque énormes pour le malade : retard dans la prise en charge médicale ou exposition aux intempéries.

D'autre part, l'analyse des résultats de l'enquête MICS2 (2000), enquête nationale le plus récente, pour les trois principaux indicateurs SR (prévalence contraceptive, proportion de la consultation prénatale et proportion des accouchements assistés par un personnel formé), montre qu'on peut décrire schématiquement trois niveaux :

- Un niveau où les indicateurs sont les meilleurs. Il s'agit des régions de Niamey, de Tillabéry et de Dosso. Ce sont des régions mitoyennes avec pour épicentre Niamey, capitale du pays, et siège des principales structures de référence en SR (maternité Issaka Gazoby, Hôpital National de Niamey, Hôpital Lamordé et le centre national de santé de la reproduction).

- Un niveau intermédiaire qui comprend les régions de Diffa et Agadez. Pour la région d'Agadèz, on peut nuancer la commune urbaine d'Agadèz qui enregistre des taux la plaçant en deuxième position après la C.U. de Niamey et la région d'Agadèz en totalité qui est pénalisée, vraisemblablement, par sa forte proportion de population nomade.
- Un niveau où les indicateurs sont bas. Il comprend les régions de Maradi, Tahoua et Zinder (qui a les plus faibles indicateurs). Ces trois régions regroupent à peu près 57 % de la population totale du pays.

2.2 L'ANALYSE DES STRATEGIES MISES EN ŒUVRE DANS LE DOMAINE DE LA SR

2.2.1 La problématique de l'accessibilité aux services SR du premier échelon

La stratégie d'offre des services de santé, y compris les prestations SR, actuellement en place au Niger repose sur :

- Les CSI pour couvrir les populations dans leur aire de desserte (rayon de 5 Km).
- L'organisation d'activités foraines, stratégie dite avancée. Réalisées par l'infirmier de CSI
 qui, une fois par semaine, dessert une localité à plus de 5 Km de son centre de santé.
 L'infirmier se déplace et la population assure le carburant;
- Les cases de Santé, mises en place au niveau des villages non dotés de Centre de Santé Intégré situés au-delà de 10 Km d'un CSI dont la population dans un rayon de 5 Km est supérieure ou égale à 5 000 habitants;
- Le déploiement d'équipes mobiles dans deux zones, à titre expérimental, pour couvrir les populations des zones enclavées;
- La distribution à base communautaire des médicaments et contraceptifs dans trois régions pilotes.

En ce qui concerne les CSI, surtout ceux de type 1, on constate une insuffisance évidente d'utilisation des services SR de la part de la population, notamment, du fait de l'absence de personnel qualifié féminin en l'occurrence les SF.

En ce qui concerne les activités foraines, l'apport d'une telle stratégie dans l'offre des services SR est surtout perceptible autour des CSI type 2 où la SF s'implique dans ces activités. Cet apport reste faible autour des CSI type 1. Cette stratégie a eu l'apport le plus significatif dans le domaine de la vaccination. D'autre part, le fait que la plupart des CSI ne disposent pas de suffisamment de personnel ou que celui-ci est occupé par d'autres activités (JNV) a limité l'impact de cette stratégie.

En ce qui concerne la stratégie mobile, bien qu'elle soit controversée à cause de son coût, elle constitue le seul mode d'intervention capable de rapprocher les services des populations dans les zones isolées et dispersées. Dans ce cadre, il faut signaler que des expériences pilotes pour renforcer les services SR par des équipes mobiles ont été menées récemment au Niger (Kollo, Tchirozérine).

Le projet de Kollo mis en place à partir de septembre 2001, a obtenu des résultats jugés probants, en un laps de temps court. En effet la couverture en PF et en CPN a dépassé les objectifs assignés (la couverture contraceptive a dépassé de 50% l'objectif fixé, 15% au lieu de 10%) et des effets induits bénéfiques ont été constatés tels que l'amélioration de la couverture vaccinale et la consultation du nourrisson sain. La composition des équipes (présence permanente de la SF comme principal prestataire) et l'intégration de la composante IEC aux activités de ces équipes a favorisé l'adhésion des femmes et des maris et le soutien des chefs traditionnels des villages en faveur de la SR. Il faut signaler également que le modèle de gestion adopté par le projet : renforcement de la supervision (SF de supervision), renforcement des CSI, disponibilité des moyens et suivi des performances par l'ECD est un autre facteur de réussite. La progression du volume d'activités enregistrée durant le 1er trimestre de l'année 2005 (plus 15% par rapport à la même période de l'année antérieure) laisse présager de la réussite du modèle si les mêmes conditions de mise en œuvre sont assurées.

A Tchirozérine, une clinique mobile a démarré ses activités au niveau de la zone d'Ingall en 2002. Il s'agit d'une équipe socio-sanitaire couvrant les zones d'Ingall et Korry Telwa pendant une durée de quinze jours pour dispenser des soins préventifs, promotionnels et des soins d'urgence aux populations. L'équipe se compose d'une sage femme, d'un ou d'une infirmière diplômée d'état, d'un assistant de l'action sociale jouant le rôle de communicateur et d'un chauffeur. Les populations qui utilisent les services de la clinique mobile dans cette zone relèvent d'au moins trois CSI de rattachement de l'Aïr (CSI de Attri, CSI de Egandawell, CSI Tchirozérine mission). Elles viennent à la rencontre de la clinique mobile au niveau des 12 sites retenus. Selon les rapports trimestriels des CSI, une augmentation des taux d'utilisation des services (CN, CPN, PF, Vaccination) a été perceptible au 1er semestre 2003 (période pendant laquelle la CM a bien fonctionné). Par ailleurs, selon l'analyse des données de l'équipe mobile pour le mois de juillet 2003, il y a une nette augmentation avec 155 nouvelles acceptantes. D'une manière générale, la Clinique mobile de Tchirozérine répond à un réel besoin des communautés eu égard à la demande accrue en consultation prénatale, consultation nourrisson, vaccinations et planification familiale.

Le coût de la clinique mobile de Tchirozérine est estimé à **8 609 693 FCFA** (frais des missions + carburant + entretien), soit 2.582. 907 F CFA par trimestre. Calculés sur la même base, les frais de fonctionnement d'une équipe mobile du **projet Kollo sont estimés à 6 360 000 FCFA**.

Sur la base de ce constat, la stratégie mobile semble être indiquée, pour les zones à basse couverture sanitaire, avec des chances réelles de réussite moyennant une stratégie adéquate et ce en vue d'atteindre des objectifs :

- D'équité: les EM constituent la seule stratégie capable d'assurer l'accès à des soins, aussi fondamentaux que ceux de la SR, à une population vulnérable du fait de son enclavement.
- De qualité : les EM assurent la disponibilité permanente de SF, principal prestataire des services SR jouissant de la confiance des femmes, notamment en milieu rural.

Le PDS a retenu, sur la base de leur faible couverture sanitaire, le principe de renforcer 5 districts sanitaires prioritaires par des équipes mobiles pour augmenter l'accessibilité de la population aux services SR. Ces 5 districts sont : Dakoro (Maradi), Gouré (Zinder), Tchintabaradin (Tahoua), Say (Tillabéri), Tchirozérine (Agadez) et Maïné-Soroa(Diffa)

En ce qui concerne la distribution à base communautaire des contraceptifs (DBC): la DBC est un système de distribution/réapprovisionnement des utilisatrices des méthodes modernes de contraception (contraceptifs oraux, méthodes de barrière) par des agents non professionnels. La DBC a été mise en œuvre par deux projets, l'un financé par Care Niger à Zinder, à Magaria et à Matameye de 1992 à 1995 et l'autre par le projet SR/PF de l'UNFPA de 1998 à 1999 dans les régions de Maradi (Guidan Roumdji, Tessaoua) et Dosso (Loga, Dosso, Boboye, Gaya). Les sites DBC ont été implantés dans plus d'une centaine de villages. Les distributeurs ont été choisis par les communautés le plus souvent parmi les matrones et secouristes (il n'y a pas de résultats de l'évaluation de cette expérience).

Il s'agit d'une stratégie utilisée pour rapprocher la source de **réapprovisionnement** de la population en contraceptifs. Dans un contexte de faible couverture, cette stratégie pourra encore rendre service moyennant certaines précautions comme celles de se limiter à réapprovisionner seulement les femmes qui ont une prescription de la part du personnel de santé.

2.2.2 L'analyse des stratégies retenues par le PDS 2005-2009

Le PDS 2005-2009 semble avoir opté pour les mêmes choix stratégiques retenus par le plan antérieur. Pour infléchir la mortalité maternelle et infantile, objectif annoncé du plan, il retient comme principale intervention, le renforcement de la mise en œuvre des soins obstétricaux, bien que le constat ayant présidé à ce choix souligne très clairement la difficulté rencontrée dans l'application d'une telle politique.

L'un des exemples qui illustre ces difficultés, est celui relatif à la mise en place des soins obstétricaux d'urgence complets dans les districts. Des 42 hôpitaux de district censés être fonctionnels, seulement 3 le sont réellement (opèrent) et sur les 30 médecins généralistes formés en chirurgie d'urgence, on n'en compte plus que 3 qui se maintiennent encore à leur poste. Les raisons de cet échec, selon le PDS, sont multiples. Entre autres, la formation de 9 mois en chirurgie de district n'a pas été sanctionnée par un diplôme et les médecins formés n'ont pas tous été directement affectés dans des HD avec bloc équipé ou disposant d'aides chirurgiens et/ou d'aides anesthésistes. Le PDS se propose pourtant d'en former encore 54 pour le prochain quinquennat.

Le PDS 2005-2009, bien qu'il ait constaté la croissance démographique galopante, la très faible prévalence contraceptive, la basse proportion de la consultation prénatale et la basse couverture des accouchements assistés, favorise nettement les soins obstétricaux (prévention secondaire ou tertiaire) au dépend des stratégies de prévention primaire.

Deux exemples illustrent ce manque de conviction dans l'apport des stratégies de prévention primaire. Pour renforcer la prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement, le plan prévoit d'utiliser la couverture par la consultation prénatale et l'accouchement assisté des femmes enceintes comme indicateurs de suivi. Par contre dans son cadre logique valorisé, il ne réserve aucun budget pour faire augmenter ces deux indicateurs.

Concernant le renforcement de la planification familiale, le plan limite les efforts à fournir pour atteindre une augmentation conséquente de la couverture contraceptive à la disponibilité des contraceptifs et à l'engagement des PTFs. Pour passer à un taux de prévalence contraceptive à 15%, il se propose d'amener 80% des formations sanitaires à offrir au moins trois méthodes

modernes de contraception et de créer des services de PF à base communautaire. Une telle stratégie n'agit que sur l'offre et occulte totalement les actions susceptibles d'amener la population à utiliser ces services préventifs comme la mise en place d'une stratégie de communication pour un changement du comportement (CCC) en matière de PF.

Fort de ces constatations, le programme propose un certain rééquilibrage entre la prévention primaire et les autres formes de prévention (secondaire ou tertiaire).

2.3 L'ANALYSE DES CONDITIONS ACTUELLES DE MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS SR

2.3.1 Le diagnostic de situation à partir des visites de terrain

Les visites des structures de santé dans les différentes régions du pays (différentes catégories de maternités, les hôpitaux des districts et les CSI) ont permis de collecter des informations complémentaires à celles collectées lors de la préparation du PDS et de dégager les forces et les faiblesses de ces structures.

2.3.1.1 Les services de maternité

2.3.1.1.1 Les Maternités de Référence

Les principales forces constatées sont la présence de spécialistes (gynécologues et/ou chirurgiens) qui garantit un minimum de qualité de la prise en charge chirurgicale des accouchements compliqués. Le personnel paramédical qualifié est en nombre généralement suffisant et ces structures offrent, outre la prise en charge des accouchements, une gamme complète de services SR telle que la PF, la prise en charge de la stérilité, des cancers féminins et des troubles de la ménopause.

Les principales faiblesses se rapportent i) à l'encombrement par les accouchements physiologiques (60 à 80%), ce qui les empêchent de jouer leur rôle de maternité de référence ; ii) à l'existence, en général, d'une seule salle d'opération et d'une seule équipe chirurgicale limitant leur capacité dans la prise en charge des urgences obstétricales en temps réel, l'équipe étant souvent obligée de faire le tri pour intervenir ; iii) à leur faible capacité hospitalière (nombre de lits insuffisant) par rapport aux flux des parturientes ; iv) à l'absence d'unités équipées pour la réanimation des nouveaux nés, v) au manque fréquent de produits pharmaceutiques essentiels et aux pénuries fréquentes en contraceptifs avec délivrance d'ordonnances pour achat ; vi) aux locaux des maternités qui ne répondent pas toujours aux critères d'une maternité de référence et sont mal entretenus. Signalons également que la ligature des trompes, indiquée pour les utérus multi-cicatriciels, est rarement pratiquée, les parturientes repartent souvent de la maternité avec une prescription de contraceptifs à acheter.

2.3.1.1.2 Les Maternités des HD

La principale force, pour les rares maternités qui sont fonctionnelles (disposant d'un bloc opératoire à proximité), réside dans leur capacité d'offrir l'opportunité d'une prise en charge chirurgicale des accouchements dystociques référés par les CSI.

Les faiblesses sont cependant multiples : i) la majorité des maternités des HD ne sont pas fonctionnelles à cause de l'absence de spécialistes en gynécologie ou en chirurgie ; ii) ces maternités ne sont pas en mesure de prodiguer les SOUC avec souvent insuffisance en personnel formé, absence d'instrumentation de base (forceps, ventouse) et de produits nécessaires pour prodiguer les SOUB ; iii) l'insuffisance en nombre et en compétence du personnel, notamment, en sages femmes est notée ; iv) les équipements sont souvent vétustes (boites et tables d'accouchement) avec des locaux mal entretenus (manque de produits et de mains d'œuvre pour l'entretien) et absence d'unités de réanimation des nouveaux nés ; v) le manque de moyens de communication et d'évacuation entre les CSI périphériques et l'HD empêche le système de référence de fonctionner. Même à ce niveau la rupture de stock des contraceptifs est fréquente.

2.3.1.1.3 Les Maternités (salles d'accouchement) des CSI

La principale force, réside dans l'existence d'une formation sanitaire, la plus proche possible des parturientes, qui pourraient les accueillir pour leur accouchement avec l'assistance d'un personnel qualifié.

Les faiblesses sont malheureusement nombreuses. Les SOUB ne sont pas prodigués par manque de formation, d'instruments et de produits nécessaires. Les évacuations vers la maternité de référence sont tardives par manque de moyens de transport (ambulance) et de communication (radio BLU), situation aggravée par des routes difficilement praticables dans certaines régions comme Tahoua. Les locaux sont généralement mal entretenus (non respect des normes d'hygiène), ce qui risque d'exposer la mère, le nouveau né et même les prestataires à des infections. Aioutons à cela le fait qu'elles sont très peu utilisées par la population.

2.3.1.1.4 Les autres services SR des HD et des CSI

Les points forts à relever concernent, hormis les SOU, la disponibilité plus ou moins complète des autres services SR (PF, CPN, CPON, IST), et l'existence, dans la majorité des structures visitées, de relais communautaires (femmes relais, COGES, ASC) qui pourraient être utilisés pour la promotion de la SR.

Parmi les faiblesses, on peut noter l'insuffisance en nombre et en qualité des ressources humaines (formation/recyclage en normes et procédures SR), compétence, précarité du plateau technique, absence d'instrumentation de base pour mener les activités selon les normes (tensiomètre, stéthoscope obstétrical, tests biologiques,...)

- défaillance de la supervision, la mise à niveau du personnel fait défaut.
- La composante PF est très faible et il n'y a pas de prise de conscience de la part du personnel quant à son importance dans la réduction de la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale. Le problème de l'achat des contraceptifs auprès des vendeurs ambulants (pharmacie par terre) et la vente des contraceptifs sans ordonnance portent

- davantage de préjudices à la contraception (pas d'examen médical éliminant les contre indications)
- L'absence de promotion des méthodes de PF de longue durée (l'insertion du DIU et les implants).

Les pesanteurs socioculturelles sont mises en cause quant au faible recours aux services SR/PF mais les actions pour y remédier (IEC) ne sont pas structurées. En effet aucune structure visitée n'inclut l'IEC dans son plan de travail ni de budget individualisé pour les actions IEC qui restent ponctuelles et tributaires du degré de motivation des équipes.

Pour le counseling, insuffisance de formation du personnel en la matière est patent avec des conditions de travail pas toujours favorables pour la conduite de séances de counseling.

Il n'y a pas de stratégie visant la promotion de la santé de la reproduction des jeunes (IEC et utilisation des services). Les jeunes trouvent de grandes difficultés pour accéder aux structures (les jeunes évitent d'être mêlés aux autres consultants). Les préservatifs sont inexistant dans certaines structures avec absence totale de promotion du préservatif. Ainsi les jeunes restent exposés aux risques des grossesses précoces et non désirées et surtout au risque d'infections par les IST/VIH notamment dans les régions caractérisées par la mobilité et les échanges avec les pays limitrophes ayant une séroprévalence élevée.

2.3.1.2 Les autres structures

2.3.1.2.1 Les structures de gestion des services de santé

Leur principale force est la motivation ressentie auprès des équipes de santé rencontrées et leur prise de conscience quant à la nécessité de promouvoir la SR/PF en tant que déterminant de développement du Niger.

Les principales faiblesses concernent le faible nombre des effectifs et des moyens financiers des DRSP et des ECD qui limite leur apport dans le suivi régulier de la couverture de la population par les services SR, la faible implication des autorités locales et des secteurs connexes dans la promotion de la SR/PF, la précarité de la contribution des partenaires et des ONG dans la promotion de la SR et leur manque de coordination avec les services de santé.

2.3.1.2.2 Les comités de santé/gestion (COGES)

L'absence de conflit entre les comités de santé/gestion et les équipes de santé **constitue leur principale force**.

Parmi les faiblesses, on peut noter que les membres des comités n'ont pas été formés/recyclés quant au cahier de charge définissant leurs attributions et ne disposent d'aucune connaissance en matière SR/PF. Par ailleurs, les comités de santé ne se réunissent pas régulièrement et la présence aux réunions reste aléatoire avec une faible contribution des membres à la mobilisation sociale.

2.3.1.2.3 Les relais communautaires :

Malgré l'existence de relais communautaires, de leaders et chefs traditionnels censés mener des actions de communication sociale pour la promotion de la SR, leur contribution reste limitée faute de coordination avec les structures de prestation.

2.3.2 <u>L'analyse de l'intervention des partenaires techniques et financiers</u>

L'analyse de l'intervention des PTFs dans le domaine de la SR nous a permis de constater que plusieurs PTFs s'intéressent et appuient la santé de la reproduction au Niger. Cet appui prend diverses formes : prise en charge totale de la SR dans une zone ou région (projets de l'UNFPA, UNICEF, Coopération française), appui en coordination avec une organisation onusienne (Luxembourg, BM, BAD, ...), appui aux activités des ONGs actives en SR (UNFPA, Allemagne, Japon) ou appui institutionnel indirect (coopération Belge, BM).

La majorité de ces projets évoluent pour leur propre compte avec, souvent, un manque de leadership national et de coordination avec le MSP/LCE et entre PTFs. Les services de santé périphériques (districts sanitaires) appuyés par une aide directe des PTFs trouvent d'énormes difficultés pour financer leurs activités de routine dès lors qu'un projet ou programme se retire en tant que partenaire ou arrête de financer ce qu'il finançait temporairement dans le cadre de son intervention.

La problématique générale par rapport à l'intervention des PTF dans le domaine de la santé a été bien analysée par le PDS 2005-2009 et est tout à fait pertinente.

Par ailleurs, le document du PDS considère que des opportunités futures pour l'intervention des PTF se présentent. Un mécanisme de coordination des PTF en santé a été souhaité par le gouvernement et a installé un des partenaires comme chef de file du secteur au sein du MSP/LCE. Le MSP/LCE est désireux de réunir l'ensemble de ses partenaires et a déjà commencé non seulement dans le cadre de l'élaboration du PDS mais aussi, par exemple, dans le cadre de la lutte contre les épidémies.

Il serait donc souhaitable qu'à l'occasion de la finalisation du Programme National de la Santé de la Reproduction, jugé par tous comme un grand défi pour le Niger, de voir émerger un accord MSP/LCE et PTFs pour mettre en place un schéma de financement adéquat du programme, avec le concours et l'accord de tous, sur la mise en œuvre et la coordination du programme dans le cadre d'une approche de développement sectoriel.

2.4 L'ORGANISATION DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION AU SEIN DU MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LES ENDEMIES.

2.4.1 La Santé de la Reproduction entre concept et réalité

Depuis les recommandations de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD, le Caire 1994), il a été constaté, dans beaucoup des pays en voie de développement, une transition rapide vers la généralisation de l'application du nouveau concept élargi de la SR parfois au dépens de certaines stratégies prioritaires qui font partie du paquet global SR. Dans ces pays, cette transition s'est souvent faite au détriment de leurs programmes de PF, initiés quelques années auparavant, et qui n'ont pas encore atteint leurs résultats.

Au Niger, le symposium de Kollo de 1995 a adopté la définition suivante pour la SR : « la santé de la reproduction est un ensemble de mesures et d'actions visant à préserver et à améliorer la pérennisation de l'espèce humaine dans un état de complet bien-être physique et socioculturel et non pas seulement l'absence de maladie ou de perturbation dans l'accomplissement du processus de la reproduction... ». Elle comprend neuf (9) composantes, reparties en quatre (4) volets : la santé de la femme, la santé de l'enfant, la santé des jeunes et des adolescents et la santé des hommes. Les neuf composantes sont la maîtrise de la fécondité, la maternité sans risque, la planification familiale, la lutte contre les IST/VIH/SIDA, la prise en charge des enfants de 0à 5 ans, la prise en charge des jeunes et adolescents, la lutte contre les cancers génitaux, la lutte contre les autres affections influant sur la reproduction et l'amélioration de l'environnement.

Cette définition a ainsi introduit une diversification de la gamme des services SR ce qui a induit une dispersion des potentialités limitées existantes.

Il y a lieu de signaler également la persistance d'une certaine ambiguïté, chez le personnel et la communauté, quant au concept de la SR lui même. Parfois, il est réduit à la simple prestation de PF et d'autres fois il englobe tous les services maternels et infantiles y compris la vaccination, la nutrition et plus récemment la PCIME.

2.4.2 Les enseignements de l'historique de la SR au Niger

Avant 1984, la prise en charge de la santé maternelle et infantile se faisait dans les PMI et figurait comme une des composantes des soins de santé primaires. A partir de 1984, suite à l'appel du Chef de l'Etat en faveur de la planification familiale, l'intérêt croissant pour la santé familiale a été concrétisé par la création d'un Centre National de la Santé Familiale (CNSF). Sa mission était d'appuyer les efforts du gouvernement dans la mise en œuvre d'une politique nationale de population et de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile par le développement d'un système national intégré de SMI/PF.

Pour ce faire, un *Programme National de Planification Familiale* avait été conçu et s'est étalé sur la période 1988-1995. C'est ainsi que, pour la première fois dans le pays, un modèle de prestation de service en planification familiale a été mis en place, d'abord dans les PMI de la zone urbaine de Niamey, puis généralisé grâce à un vaste programme de formation en techniques de

contraception, de gestion efficace des produits contraceptifs, d'IEC en SR/PF, d'un système de suivi-évaluation des résultats et d'une décentralisation par la mise en œuvre de plans d'action.

Le résultat a été probant puisqu'en dix ans de déploiement, toutes les formations sanitaires urbaines et 80% des dispensaires ruraux du Niger offraient des prestations de PF et la prévalence contraceptive, toutes méthodes confondues, se situait, en 1998, aux alentours de 8% : elle est passée de 4,4% en 1992 (EDSNI) à 8% en 1998 (EDSN II).

Ces résultats ont été possibles grâce à l'adjonction d'une multitude de facteurs favorables dont notamment :

- Une politique gouvernementale résolument favorable. En effet, même si, à partir de 1988, c'est le Ministère du Développement Social et de la Promotion de la Femme, par le biais de sa Direction de la Planification Familiale, qui a été responsable du programme, le soutien n'a pas manqué.
- Une autorité du programme qui commençait à se généraliser progressivement à tout le territoire du pays avec un souci d'atteindre les populations vulnérables.
- Une équipe du centre bien formée, renforcée en personnel, pleinement impliquée dans l'atteinte des objectifs et qui réalise un suivi régulier des résultats.
- Un soutien financier sans faille du programme de la part des partenaires techniques et financiers qui appuient les activités du programme dans le cadre de plans d'actions concertés.

A la suite de la conférence du Caire, le Ministère de la Santé Publique crée la Direction de la Santé de la Reproduction qui était appelée à mettre en application les recommandations de la CIPD avec l'émergence du concept de santé de la reproduction. Un document « Normes et Procédures SR » a été élaboré et l'intégration de la SR dans le curriculum des formations de base a débuté.

Ce passage au concept de SR a également coïncidé avec une période d'instabilité politique du pays qui a amené les partenaires au développement à se retirer, ce qui a diminué drastiquement les moyens alloués à la SR/PF. Les acquis des années antérieures en matière de planification familiale ont été perdus.

2.4.3 <u>Le fonctionnement actuel de la Direction de la Santé de la Reproduction</u>

Ces dernières années, la Direction de la Santé de la Reproduction avait été reléguée à un niveau Division avant de redevenir une Direction Nationale à l'occasion de la dernière révision de l'organigramme du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endémies (Décret n° 2005-083/PRN/MSP/LCE du 22 avril 2005, portant organisation du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endémies). La Direction de la Santé de la Reproduction a quitté les locaux du ministère pour être logée au Centre National de la Santé de la Reproduction (CNSR) dont elle partage les locaux avec la direction technique du projet SR et la direction du CNSR.

Cette situation antérieure ne lui permettait pas facilement de piloter la SR à l'échelle de tout le pays. L'équipe actuelle se compose, en dehors du programme PCIME qui est déployé ailleurs, de 25 cadres et agents. Elle couvre trois domaines d'activités qui sont la santé de la femme (équipe de 4 membres), la nutrition (équipe de 13 membres) et la santé sexuelle et

reproductive des adolescents et des jeunes (équipe de 3 membres). La palification familiale est l'une des activités de l'équipe de la santé de la femme.

2.4.4 La situation du Centre National de la Santé de la Reproduction (CNSR)

Le CNSR est un héritage du CNSF. Il fût créé par l'arrêté ministériel 0075/MSP/CAB du 10 juin 1995 et devrait prendre le relais en adaptant, dans la continuité, sa mission et ses activités au nouveau concept de la SR initié par la CIPD et devenir ainsi un centre de référence, de formation et de recherche en santé de la reproduction.

En 2005, dix ans après sa création, le centre est en situation transitoire. Son personnel ne dépasse pas quatre membres et il n'assure presque plus sa vocation de centre de référence en SR du fait d'une baisse du niveau de spécialisation de ses services. Mis à part l'unité d'échographie qui continue de recevoir une demande conséquente, l'absence de gynécologue pour prendre en charge les cas de stérilité, de cancers génitaux, etc., la baisse de rendement du laboratoire et l'absence d'une offre curative, font qu'en l'état actuel des choses, le centre fonctionne comme un simple centre de santé périphérique très peu rentabilisé.

3 LES JUSTIFICATIONS DU PROGRAMME

Le Niger est un pays qui est confronté à une double problématique dans le domaine de la santé de la reproduction : une natalité galopante et une mortalité maternelle très élevée. Il est impératif, que sa stratégie soit pensée en prenant en considération cette double contrainte. Comment baisser cette mortalité maternelle élevée dans un contexte de forte natalité ?

Une volonté politique ne cesse de s'exprimer ces dernières années pour tenter de changer la situation. La déclaration de politique sanitaire, adoptée en conseil des Ministres le 07 mai 2002, sert de cadre au développement du secteur de la santé et a pour objectif général d'améliorer l'état de santé de la population d'ici l'an 2011. L'un de ses objectifs intermédiaires vise explicitement la SR : « Développer la SR en mettant l'accent sur la santé de la femme, de l'enfant, des jeunes et des adolescents, la planification familiale, la nutrition et la lutte contre le SIDA et les infections sexuellement transmissibles ».

Mais, force est de constater, que le choix stratégique fait en matière de SR durant les dix dernières années 1995-2004, trop orienté vers le développement et la promotion des soins obstétricaux et marginalisant l'apport des stratégies comme la PF ou la CPN, semble avoir échoué. Aucun recul de la mortalité maternelle et de la maîtrise de la croissance démographique n'a été observé.

Pourtant, en tenant compte des moyens économiques du pays, les stratégies à privilégier doivent être celles qui ont le meilleur rapport coût/efficacité. Or, il est universellement admis que ce sont les stratégies prônant la prévention primaire qui ont le meilleur rapport coût/efficacité dans le domaine de la SR, soit la PF, la CPN, l'IEC et l'accouchement en milieu assisté.

Il est vrai que, confronté à une forte mortalité maternelle, le pays doit tenter différentes stratégies pour la diminuer rapidement, en essayant de généraliser les soins d'urgence et de déléguer à un personnel, souvent peu qualifié, les soins d'urgence relativement spécialisés qui

permettent de sauver des vies. Mais de telles stratégies gagneraient à être complémentaires de stratégies plus offensives de prévention primaire donnant des résultats rapides, les autres stratégies sont plus lentes à mettre en œuvre et nécessitent, entre autres, un système hospitalier suffisamment développé et performant en matière de soins obstétricaux pour contribuer à la limitation des cas de décès maternels et néonatals.

D'autre part, pour que de telles stratégies réussissent, le pays doit disposer de professionnels en nombre suffisant et correctement répartis sur tout le territoire en combinant de manière appropriée SF (ou infirmiers formés en SOU), premiers responsables des accouchements à tous les niveaux et capables de fournir les soins obstétricaux, et obstétriciens (ou chirurgiens ayant des compétences en chirurgie obstétricale) capables de prendre en charge les complications qui surviennent pendant la grossesse ou l'accouchement. Ceci n'est pas facile à obtenir dans un contexte de ressources limitées. La politique alternative de formation en cours du personnel en place, est généralement coûteuse et d'efficacité très limitée quand les compétences de base sont limitées.

L'expérience internationale indique, par ailleurs, que les pays qui ont pu accélérer la réduction de la mortalité maternelle grâce à une politique de décentralisation des soins obstétricaux d'urgence sont passés d'abord par une politique de maîtrise de la croissance démographique à l'aide de la PF.

Le PDS 2005-2009 semble avoir opté pour le même choix stratégique antérieur. Il réserve une place importante au développement des soins obstétricaux et ne met pas suffisamment de conviction dans les stratégies de prévention primaire (PF, CPN, accouchement en milieu assisté). Pourtant beaucoup d'éléments indiquent bien les limites d'une telle stratégie et la difficulté évidente de disposer des moyens nécessaires pour la mettre en œuvre :

- Faible apport des salles d'accouchement des CSI type 2 dans l'amélioration de la couverture des accouchements. Dans les structures offrant les SOUB, La proportion des accouchements assistés n'est que de 6,77% (pour une norme de 55%);
- Faible apport des HD dans les structures offrant les SOUC, le taux d'accouchements assistés est de 5.16% (sur une norme de 80%), soit un déficit de 74,84% :
- Manque continu des médicaments et matériel nécessaires aux soins obstétricaux dans les CSI et les HD ;
- Insuffisance de personnel qualifié, notamment dans les zones les plus éloignées des centres urbains, pour faire fonctionner les SOU;
- Absence de budget de fonctionnement pour assurer les dépenses relatives à l'hygiène et à la maintenance des établissements;
- O Difficulté de maintenir en poste les médecins généralistes formés en chirurgie d'urgence ;
- Faible utilisation des vrais gestes salvateurs (césariennes, forceps, ventouses, transfusion) par manque de technicité. Le déficit en Interventions Obstétricales Majeures pour Indication Maternelle Absolue (besoins obstétricaux non couverts) est estimé à 77% (85% rural et 25% urbain);
- Risque d'accentuer les problèmes d'iniquité et d'inaccessibilité économique des ménages déjà fortement sollicités pour financer les dépenses de santé.

L'absence d'une structure de pilotage dotée de moyens suffisants à l'échelle nationale, qui incarne la dimension stratégique de la santé de la reproduction pour le pays, est autre un facteur

qui retarde l'amélioration de la situation. On constate, notamment, l'absence d'un document de référence qui définit le cadre d'intervention de tous les partenaires (équipes de santé, structures de référence, partenaires, ONGs, communautés) avec des objectifs clairs, les stratégies adéquates et les résultats à atteindre. En l'absence d'un tel dispositif, les faibles performances passent inaperçues. A titre d'exemple, le faible niveau de la prévalence contraceptive signalé à deux reprises par les enquêtes EDNSII de 1998 et la MICS2 2000 n'a pas amené la mise en place de solutions correctrices.

Actuellement, les données sur les activités SR parviennent au SNIS. Cette structure, qui a des difficultés, ne peut pas à elle seule assurer un bon fonctionnement de ce système. L'insuffisance du système de collecte de données sur l'utilisation des services de SR et sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes et adolescents est évidente et reconnue par le SNIS. Elle est due, notamment, à un manque de financement, de concertation et de coordination entre les deux structures centrales. Le troisième intervenant à l'échelle centrale dans le domaine de la SR est La DPS/P/C, direction responsable de la coopération internationale. Elle coordonne sur le plan administratif et procédural tous les projets de coopération dont ceux de la SR. Là aussi, on note une insuffisance de coordination entre les directions centrales du ministère et cette absence de la fonction de pilotage ne peut pas garantir la mise en œuvre réussie de la politique tracée.

L'absence d'une structure centrale bien organisée et dotée d'un pouvoir suffisant conduit à une implication, parfois trop directe et souvent anarchique des PTFs dans la mise en œuvre des activités sur le terrain. Ils sont, parfois même, obligés de chercher des solutions correctrices coûteuses et inadéquates pour faire marcher les choses (recrutement de SF volontaires pour compenser l'insuffisance technique de celles qui sont en place), se sentant responsables du résultat. Cette implication directe conduit également les équipes de santé de terrain à comprendre que leur vrai partenaire en SR est le responsable du projet qui leur apporte le financement ce qui fragilise la position de la structure centrale responsable de la SR.

Il faut souligner également que la répartition du pays en zones d'intervention par bailleur et l'absence de mécanismes de coordination entre le MSP/LCE et les PTFs est un facteur préjudiciable à certaines zones enclavées et lointaines (Diffa), n'intéressant pas de ce fait les bailleurs, et qui se trouvent sans aucun soutien financier, les budgets alloués par le gouvernement étant insignifiants, ce qui introduit une iniquité entre les populations d'un même pays.

L'intervention des ONGs en matière de SR, très souhaitée pour renforcer les efforts des structures étatiques, est un domaine qu'il convient de réorganiser. Ce qui peut être reproché à ces organisations c'est leurs interventions souvent épisodiques, intempestives, sans se conformer à un cadre de référence et sans la moindre coordination avec les équipes de santé. Il y a même des ONG qui se substituent à l'Etat pour offrir des prestations de santé. Cette situation trouve son origine d'abord, dans l'absence d'une stratégie nationale claire de mobilisation sociale visant les responsables, les individus et les communautés qui fixe les priorités, le rôle et les attributions de différents partenaires. Dans le PDS 2005-2009, il est fait état de la création d'un environnement favorable à la SR, mais on n'en donne ni la définition, ni les objectifs ni les méthodes d'une façon assez claire. Elle trouve également son origine dans cette façon désordonnée dans le financement des activités SR. La mobilisation des ressources dépend beaucoup plus du bailleur lui même que de la politique du gouvernement. Les ONG cherchent à obtenir directement leur financement auprès des bailleurs et n'ont aucune relation avec l'autorité de tutelle.

L'un des enseignements majeurs qui peut être tiré de l'analyse de l'historique de la SR au Niger, est, qu'à une certaine période de l'histoire du pays, la volonté commune du gouvernement, des partenaires financiers et de la communauté a permis de faire naître un Programme National de Planification Familiale (1984-1994) qui a permis d'amorcer une amélioration des indicateurs de la PF. Pour des raisons diverses, les acquis d'un tel programme n'ont pas été maintenus, mais la possibilité de monter un programme de santé qui peut être à terme efficace, a pu être testée et presque validée et doit offrir matière à réflexion dans la perspective de la mise en place d'un nouveau Programme National de Santé de la Reproduction.

A la lumière de cette analyse de la situation de la SR au Niger, le Programme National de la Santé de la Reproduction prend les orientations suivantes :

Recadrage stratégique :

- Repositionnement de la PF comme une composante stratégique prioritaire dans le cadre du nouveau Programme National de la Santé de la Reproduction.
- Renforcement de la disponibilité et de la qualité des services prénatals, postnatals, des accouchements assistés et des soins obstétricaux d'urgence, y compris les soins après avortements, de la composante Maternité sans risque.
- Renforcement de la prévention et de la prise en charge des autres affections influençant la SR (IST/VIH, stérilité, cancers génitaux et du sein).
- Réhabilitation du rôle des maternités périphériques pour augmenter la proportion d'accouchements assistés.
- Mise en place d'une stratégie nationale de communication sociale en SR qui définit les axes prioritaires à développer et à laquelle se conformeront tous les intervenants.
- Relance des activités CCC /Couseling dans les structures et au sein des comités.
- Amélioration de la prise en charge des adolescentes au cours de la grossesse et promotion de la santé sexuelle et reproductive des jeunes et adolescents.
- Renforcement du système d'information et de gestion des services de SR par l'amélioration du suivi et de l'évaluation.
- Mise en place de mécanismes de coordination entre le PNSR et les composantes des autres programmes ciblant l'enfant.
- Prise en compte des besoins différentiels hommes-femmes (accessibilité aux services et aux informations) et renforcement de l'implication des hommes dans la promotion de la SR.

Recadrage des interventions des PTFs:

- L'intervention des PTFs doit se faire dans le cadre d'actions planifiées par le PNSR.
- Le financement doit être planifié et négocié pour permettre la mise en place des activités prévues dans le cadre du programme aux trois niveaux : central (actions stratégiques), régional (niveau de soutien aux équipes des districts) et opérationnel (pour assurer les prestations à la population).
- L'amorce d'une coordination entre le PTFs et le MSP/LCE doit être renforcée dans une vision de développement sectoriel (approche programme).

Renforcement des interventions des autres secteurs ministériels et des ONGs :

- Le programme doit développer un partenariat avec les autres secteurs dont l'intervention est nécessaire à sa mise en œuvre : population et action sociale, éducation, jeunesse, communication, promotion de la femme et protection de l'enfant, agriculture et élevage et lutte contre la pauvreté.
- Le programme doit s'employer à développer un partenariat avec la société civile pour réaliser ses objectifs dans le domaine de la communication, la mobilisation sociale et les prestations des services cliniques.

4 LES OBJECTIFS DU PROGRAMME

4.1 LES OBJECTIFS GENERAUX

- 1. Accélérer la baisse de la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale.
- 2. Contribuer à la maîtrise de la croissance démographique par la promotion de la planification familiale.
- 3. Promouvoir la santé sexuelle et reproductive des jeunes et des adolescents.
- 4. Contribuer à maintenir une séro-prévalence du VIH inférieure à 1%.

4.2 LES OBJECTIFS INTERMEDIAIRES

- 1. Accélérer la baisse de la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale
 - 1.1. Renforcer la prise en charge prénatale de la femme enceinte et promouvoir la consultation post-natale.
 - 1.2. Généraliser la mise en œuvre de soins obstétricaux d'urgence pour assurer une meilleure prise en charge des complications de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum y compris les soins après avortement.
 - 1.3. Renforcer et améliorer les soins néo-natals.
 - 1.4. Promouvoir la maternité sans risque auprès des prestataires de service, des communautés et la société civile.
- 2. Contribuer à la maîtrise de la croissance démographique
 - 2.1. Assurer la disponibilité des méthodes modernes de la contraception.
 - 2.2. Promouvoir l'utilisation de la contraception auprès de la population.
 - 2.3. Assurer une gestion adéquate des services PF
- 3. Promouvoir la santé sexuelle et reproductive des jeunes et des adolescents.
 - 3.1. Assurer auprès des jeunes et adolescents la disponibilité d'une information adéquate en matière de santé sexuelle et reproductive.
 - 3.2. Promouvoir l'accessibilité des services et des prestations de SSRAJ de qualité.
- 4. Contribuer à maintenir une séro-prévalence du VIH inférieure à 1%
 - 4.1. Généraliser la PTME dans toutes les structures de santé
 - 4.2. Appliquer l'approche syndromique dans les FS
 - 4.3. Améliorer les connaissances des parents quant à la transmission mère enfant du VIH

4.3 LES OBJECTIFS SPECIFIQUES

Les objectifs spécifiques du programme sont fixés par sous composante au niveau de chaque composante. Ce sont des objectifs à atteindre d'ici la fin du programme, c'est-à-dire 2009.

Composante 1 : La maternité sans risque

Sous composante 1 : La surveillance de la grossesse et le postnatal

- 1. rehausser la couverture de la première consultation prénatale de 42% à 70%.
- 2. améliorer la couverture de la consultation prénatale par au moins 3 CPN de qualité de 29% à 60%.
- accroître le pourcentage des grossesses à risque dépistées lors de la CPN et qui sont référées de 16,7% à 75%.
- 4. rehausser la couverture par la vaccination antitétanique VAT2 des femmes enceintes de 35% à 70%.
- 5. accroître la couverture de la consultation post-natale chez les femmes accouchées en milieu assisté de 24% à au moins 80%.
- 6. amener 100 % des femmes suivies en consultation prénatale à recevoir une supplémentation en fer et un traitement prophylactique intermittent (TPI) du paludisme.
- 7. amener à 80 % la proportion des femmes et des hommes qui connaissent les bienfaits de la CPN et du post-natal.

Sous composante 2 : L'accouchement assisté par un personnel qualifié

- 1. accroître le taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié de 14% à 50%.
- 2. amener 100% des femmes relais communautaires (matrones, accoucheuses villageoises, etc.) et ASC à accompagner les femmes à temps pour l'accouchement en milieu assisté.
- 3. amener à 80% la proportion des femmes et des hommes qui connaissent les bienfaits de l'accouchement assisté.
- 4. amener 80% des hommes à accepter l'accouchement assisté.

Sous composante 3 : Les soins obstétricaux d'urgence

- 1. accroître la couverture par les SOUB dans les maternités, HD, CSI 1 et 2 de 6,7% à 30% en milieu rural et de 24 à 50% en milieu urbain.
- 2. amener de 4% à 20% la proportion des complications obstétricales prises en charge.
- 3. amener de 0,5% à 5% le pourcentage des césariennes.
- 4. amener 100% des maternités et 50% des HD et des CSI à la prise en charge des soins après avortement.
- 5. amener 80% des familles et des communautés à reconnaître les signes des dangers des grossesses et accouchements.
- 6. amener 80% des familles et des communautés à référer à temps les grossesses à risque.

Sous composante 4 : La prise en charge des fistules obstétricales

- 1. prendre en charge 100% des femmes atteintes de fistule obstétricale dépistée.
- 2. assurer la réinsertion de 100% des femmes traitées en collaboration les ONGs et Associations.
- 3. coordonner l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan national de prévention et d'éradication de la fistule obstétricale.

Composante 2 : La Planification familiale

Sous composante 1 : L'offre de services

- 1. Amener 100% des formations sanitaires du pays à offrir au moins 3 méthodes contraceptives modernes.
- 2. Améliorer de 50% la couverture par les services SR/PF de la population vulnérable dans les 5 districts à basse couverture sanitaire.
- 3. former 100% du personnel prestataire en normes et procédures actualisées.
- 4. amener 60% du personnel prestataire formé à pratiquer systématiquement le counseling SR/PF.

Sous composante 2 : L'utilisation des services PF

- 1. accroître de 25% le nombre de nouvelles acceptrices des méthodes modernes.
- 2. améliorer la prévalence contraceptive (méthodes modernes) de 4,3% à 15%.
- 3. amener 60% des leaders d'opinion et les hommes à devenir favorables à la promotion de l'utilisation des méthodes modernes de PF.
- 4. amener toutes les ONGs agissant dans le domaine de la SR à renforcer leurs efforts en faveur de la promotion de la PF.

Sous composante 3 : La gestion des services de la PF

- 1. amener 100% des points de prestation à disposer en permanence de quantités suffisantes de contraceptifs.
- 2. doter 100% des formations sanitaires d'un personnel suffisant et formé.
- 3. doter 100% des formations sanitaires du matériel technique spécifique à la PF.

Composante 3 : La Santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes

Sous composante 1 : La sensibilisation des adolescents et des jeunes

- 1. amener 100% des filles et des garçons à connaître les dangers des rapports sexuels non protégés.
- 2. amener 100% des filles et des garçons à connaître au moins trois méthodes contraceptives modernes.
- amener 60% de ceux et celles, parmi les jeunes, qui ont une vie sexuelle active à utiliser le préservatif et à adopter un comportement responsable pour se protéger contre le VIH/SIDA.

Sous composante 2 : L'offre et l'utilisations des services SSRAJ

- 1. amener au moins deux CSI par District sanitaire à offrir les services SSRAJ.
- 2. améliorer l'utilisation des méthodes contraceptives chez ceux et celles qui ont une vie sexuelle active de 1% à 8%.
- 3. améliorer la demande des services de SSR par les jeunes de 25 à 50%.

Composante 4 : La lutte contre les IST/VIH

- 1. contribuer à maintenir la prévalence VIH/SIDA inférieure à 1%.
- 2. amener 50% des CSI/HD à appliquer l'approche syndromique dans le traitement des IST.
- 3. intégrer la prévention de la transmission mère enfant du VIH dans 50% des maternités, HD et CSI.
- 4. amener 100% des femmes et des hommes à connaître les risques des IST/VIH.
- 5. amener 100% des hommes et des femmes à savoir que les maternités, HD et CSI assurent la prise en charge des cas des IST/VIH.
- 6. amener 100% des parents à savoir que le VIH peut être transmis durant la grossesse.

5 LES PRINCIPAUX AXES STRATEGIQUES

- 1. Offrir des prestations de planification familiale de qualité à la population et particulièrement aux groupes les plus vulnérables.
- 2. Dispenser des soins prénatals et postnatals de qualité aux femmes enceintes.
- 3. Assurer une assistance par un personnel qualifié au moment de l'accouchement et détecter à temps les accouchements compliqués.
- 4. Organiser le transfert rapide à un niveau de soins plus qualifié des accouchements compliqués.
- 5. Encourager la mise en place des fonds de solidarité avec le soutien financier des partenaires pour la référence et la prise en charge des complications obstétricales.
- 6. Rapprocher les soins obstétricaux d'urgence de la population avec une répartition adéquate du personnel spécialisé et des équipements afin de limiter le problème d'accessibilité géographique.

- 7. Renforcer la sensibilisation de la communauté surtout les leaders et les hommes pour les activités préventives et notamment celles de la planification familiale, la surveillance de la grossesse et le recours à un personnel qualifié lors de l'accouchement.
- 8. Obtenir l'adhésion des professionnels de la santé à la promotion des activités du programme SR/PF.
- Mettre en place un cadre institutionnel adéquat pour assurer une gestion efficace des activités du programme SR et développer les capacités managériales des équipes des districts pour assurer un suivi régulier des performances du programme dans leur aire de desserte.
- 10. Mettre en place une coordination efficace entre le programme et les partenaires techniques et financiers.
- 11. Mettre en place un cadre formel de coordination multisectorielle qui impulse et encourage l'intervention des autres secteurs en faveur du programme de la SR.
- 12. Développer un partenariat stratégique avec les ONGs agissant dans le secteur pour les amener à contribuer efficacement dans l'atteinte des objectifs du programme.
- 13. Encourager l'accès aux activités préventives en décidant la gratuité des consultations prénatales, de PF et du postnatal, notamment en ce qui concerne les supports et les médicaments y compris les contraceptifs modernes.
- 14. Promouvoir le comportement responsable des jeunes et leur faciliter l'accès aux prestations de services SSRAJ

6 LES RESULTATS ATTENDUS

1. Composante 1 : La maternité sans risque

1.1. La surveillance de la grossesse, et le postnatale

- 1.1.1. La couverture par la CPN est améliorée sur les plans quantitatifs et qualitatifs ;
- 1.1.2. Les normes de qualité de la CPN sont appliquées dans toutes les structures pour détecter à temps les GARE ;
- 1.1.3. La couverture vaccinale antitétanique est améliorée ;
- 1.1.4. La supplémentation en fer et la chimioprophylxie antipaludique est assurée aux femmes suivies en CPN :
- 1.1.5. La couverture post-natale est améliorée ;
- 1.1.6. Les bienfaits de la CPN et la POSTN sont connus par les couples ;

1.2. L'accouchement assisté par du personnel qualifié

- 1.2.1. Le taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié est amélioré ;
- 1.2.2. Les femmes relais communautaires et les ASC accompagnent à temps les femmes pour accoucher en milieu assisté ;
- 1.2.3. Les bienfaits de l'accouchement assisté sont connus par les couples.

1.3. Les soins obstétricaux d'urgence

- 1.3.1. La couverture par les SOUB est améliorée en milieux urbain et rural ;
- 1.3.2. La prise en charge des complications obstétricales est améliorée ;
- 1.3.3. Le recours à la césarienne est amélioré :
- 1.3.4. Les soins après avortements sont dispensés dans les maternités de référence et celles des HD et des CSI 2 ;
- 1.3.5. Les principaux signes de gravité de l'accouchement sont reconnus par les familles et la communauté :
- 1.3.6. Les délais de référence des accouchements à risque sont raccourcis ;
- 1.3.7. Les supports de référence/ contre référence standardisés sont utilisés par toutes les structures ;
- 1.3.8. Les soins obstétricaux de référence sont améliorés.

1.4. La prévention et la prise en charge de la fistule

- 1.4.1 La capacité de prise en charge de la fistule est renforcée ;
- 1.4.2 Le taux de réussite du traitement de la fistule simple est amélioré ;
- 1.4.3 Les fistuleuses sont réintégrés dans leurs milieux et réinsérées dans la communauté ;
- 1.4.4 Un plan national d'éradication de la fistule est élaboré et mis en œuvre ;
- 1.4.5 Un environnement favorable (la famille et la communauté) vis-à-vis de la fistuleuse est instauré.

2. Composante 2: La planification familiale

2.1. L'offre de services PF

- 2.1.1. Les méthodes contraceptives sont disponibles et offertes dans toutes les formations sanitaires ;
- 2.1.2. Les méthodes contraceptives sont disponibles et offertes à la population enclavée (>15 Km) par les équipes mobiles déployées dans les 5 districts identifiés dans le PDS;
- 2.1.3. Les compétences du personnel sont renforcées en technologie contraceptive y compris les méthodes de longue durée (DIU, Implants....);
- 2.1.4. Le counseling en PF est inclus dans le paquet d'activités des FS et correctement mené.

2.2. L'utilisation des services PF

- 2.2.1. L'utilisation de la contraception est accrue ;
- 2.2.2. Les méthodes contraceptives sont connues par les FAR;
- 2.2.3. Les leaders d'opinion et les hommes adhérent à la promotion de la PF;
- 2.2.4. Le rôle des ONGs intervenant en SR est renforcé en matière de promotion de la PF.

2.3. La gestion des Services PF

- 2.3.1. Les contraceptifs sont disponibles en quantités suffisantes dans les points de prestations :
- 2.3.2. Un personnel formé et suffisant est disponible dans les FS;
- 2.3.3. Un matériel technique spécifique à la PF est disponible dans les FS.

3. Composante 3 : La santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes

3.1. La sensibilisation des Adolescents et les Jeunes en SSR

- 3.1.1. Les dangers des rapports sexuels non protégés sont connus par les adolescents et les ieunes des deux sexes :
- 3.1.2. Au moins trois méthodes contraceptives sont connues par les Adolescents et les jeunes des deux sexes ;
- 3.1.3. L'utilisation du préservatif est améliorée chez les jeunes ayant une vie sexuelle active ;
- 3.2.1. 7500 pairs éducateurs dans les quartiers et les villages sont formés pour sensibiliser au niveau des fadas, des foyers et des groupements féminins ;
- 3.2.2. Les élèves dans les écoles sont informés et sensibilisés en mettant l'accent sur les "attitudes et comportements qui sauvent", notamment la promotion du préservatif ;
- 3.2.3. Les radios de proximité sont impliqués dans le cadre de la sensibilisation des jeunes et adolescents :
- 3.2.4. Un matériel éducatif adapté est disponible et utilisé ;
- 3.2.5. Le partenariat avec la société civile est développé.

3.2. L'offre et l'utilisation des SSRAJ

- 3.2.6. Les prestations SSR sont disponibles et accessibles aux adolescents et jeunes dans au moins 2 CSI par District ;
- 3.2.7. Les prestations SSRAJ sont disponibles et accessibles dans au moins 4 CSI urbains ;
- 3.2.8. L'utilisation de la contraception est accrue chez les jeunes ayant une vie sexuelle active.

4. Composante 4 : La lutte contre les IST /VIH/SIDA

- 1.4.1. L'approche syndromique dans le traitement des IST est appliquée dans les FS;
- 1.4.2. La PTME est intégrée dans le paquet de services des HD ;
- 1.4.3. Les risques des IST/VIH sont connus par la population ;
- 1.4.4. La population est informée sur l'existence de la prise en charge des IST/VIH dans les CSI :
- 1.4.5. Les risques de la transmission mère enfant du VIH est connue par les parents.

7 LES PRINCIPALES ACTIVITES

7.1 LA MATERNITE SANS RISQUE

CPN /CPON/PRENUPTIAL

- Généraliser les consultations pré et postnatales de qualité, avec accueil et counseling adéquats, dans tous les CSI.
- Intégrer les consultations prénuptiales et renforcer l'éducation des couples en SR.
- Actualiser les normes et procédures SR y compris la CPN et la CPoN par niveau d'intervention et par profil, les diffuser et les appliquer
- Equiper les formations sanitaires en matériel nécessaire au déroulement des consultations prénatales.
- Affecter au moins un personnel paramédical de sexe féminin dans chaque CSI de type 1 pour renforcer les activités SR.
- Recycler les SF et les infirmiers en matière de consultation pré et postnatale et en counseling.
- Supplémenter en fer toutes les femmes qui viennent en CPN.
- Vacciner les femmes en âge de procréer contre le tétanos.
- Doter les équipes de santé en matériel de production et de diffusion d'éducation pour la santé.

Accouchement assisté par du personnel qualifié

- Tenir dans chaque CSI un registre des parturientes à risque élevé et mettre en place un suivi individualisé, en collaboration avec les familles et/ou la communauté, en vue de les amener à un accouchement assisté.
- Former les infirmiers et infirmières à l'accouchement par voie basse assistée et l'utilisation du partogramme.
- Elaborer et diffuser des messages radiophoniques et des spots télévisuels pour inciter les femmes à la CPN et à l'accouchement assisté.
- Mener en coordination avec les ONGs locales et les leaders des campagnes de sensibilisation de masse en faveur de la CPN et de l'accouchement assisté.
- Actualiser les normes et procédures de l'accouchement (partogramme) par niveau et par profil.
- Responsabiliser les communautés à la mise en place des mécanismes pour faciliter l'accès des femmes à la CPN, à l'accouchement assisté et aux soins obstétricaux d'urgence.
- Coordonner la prise en charge des parturientes avec le secteur privé et le service de santé des armées.

SOUB

- Actualiser les normes et procédures SR.
- Rénover et/ou améliorer l'infrastructure des CSI type 2 pour offrir les meilleures conditions possibles de sécurité en vue d'encourager les parturientes à venir accoucher dans ces installations.
- Renforcer le nombre des SF dans les CSI type 2.
- Renforcer la formation de toutes les SF en soins obstétricaux d'urgence.
- Doter les CSI type 2 en médicaments, équipements et matériels pour assurer sur place les soins obstétricaux d'urgence de base.
- Renforcer le parc d'ambulance des HD pour améliorer l'évacuation rapide des accouchements compliqués.
- Doter les CSI type 2 des zones lointaines en ambulances pour faciliter le transfert des accouchements difficiles.
- Mettre en place un mécanisme communautaire pour faciliter l'accès de la femme aux soins obstétricaux d'urgence.
- Auditer tous les décès maternels enregistrés dans toutes les formations sanitaires.
- Coordonner la prise en charge des parturientes avec le secteur privé et le service de santé des armées.

SOUC

- Mettre en place un mécanisme communautaire pour faciliter l'accès de la femme aux soins obstétricaux d'urgence complets.
- Offrir les SOUC dans toutes les maternités de référence, tous les CHR, et les 24 HD ciblés par le PDS.
- Actualiser les normes et procédures SR.
- Rénover les structures SOUC ne répondant pas aux normes.
- Redéployer le personnel qualifié dans les structures prédestinées à assurer les SOUC.
- Recycler le personnel en compétences SOUC.
- Doter les structures SOUC en équipements et médicaments d'urgence nécessaires aux SOUC.
- Renforcer le parc d'ambulance des HD pour améliorer l'évacuation rapide des accouchements compliqués.
- Doter les HD en matériel de communication pour faciliter le transfert des accouchements difficiles.
- Constituer un fonds de solidarité pour améliorer le système de référence.
- Elaborer des supports pour organiser le système de référence contre référence.
- Coordonner la prise en charge des parturientes avec le secteur privé et le service de santé des armées.

Les Fistules obstétricales

- Mettre en place un plan national d'éradication de la fistule obstétricale.
- Appuyer deux centres de prise en charge de la fistule.
- Actualiser les normes et procédures SR avec la prise en charge des fistules obstétricales.

- Former les SF et les infirmiers des CSI dans la prévention et la prise en charge des fistules obstétricales.
- Rendre disponibles dans les centres de traitement les équipements, fournitures et médicaments nécessaires au traitement des fistules obstétricales.
- Mener le plaidoyer auprès des associations d'hommes, de femmes et de jeunes pour la prévention et l'utilisation des services de prise en charge des fistules obstétricales.
- Collecter l'information sur la prise en charge des fistules obstétricales.
- Disséminer les supports d'IEC sur les fistules dans la population de site du CSI, HD
- Coordonner la prise en charge des parturientes avec le secteur privé et le service de santé des armées.

7.2 LA PLANIFICATION FAMILIALE

L'offre de services

- Intégrer les services de PF dans les activités de tous les services sanitaires.
- Actualiser les normes et procédures des services intégrant la PF.
- Doter en matériel, équipements et contraceptifs toutes les formations sanitaires.
- Réviser les modules de formation en SR/PF dans tous les curriculum de formation du personnel de santé (médecins, SF et infirmiers, ASS..).
- Mettre en place un centre de référence en matière de SR/PF pour assurer la formation et promouvoir l'utilisation des techniques modernes de PF dans chaque région.
- Former les ECD et les agents des formations sanitaires en méthodes d'estimation des populations cibles, d'estimation des besoins en contraceptifs, de suivi des femmes inscrites et de calcul de la couverture en PF de cette population cible.
- Former les agents à l'utilisation des courbes de monitoring et à la micro planification pour mettre en place des plans d'action.
- Dynamiser la DBC des contraceptifs.
- Offrir les services PF aux populations vulnérables des zones prioritaires (population au delà de 15 Km) à l'aide d'équipes mobiles.
- Organiser des séminaires de sensibilisation à l'attention du personnel de santé en faveur des activités de PF.

L'utilisation des services

- Elaborer et diffuser des supports éducatifs en matière de PF.
- Plaidoyer pour la prise en compte de la PF dans la politique nationale de population en cours d'actualisation
- Organiser du plaidoyer auprès des hommes, des comités de santé, des comités de gestion, des chefs des villages, des leaders d'opinion et des chefs religieux en matière de PF
- Mener en coordination avec les ONGs locales des campagnes de sensibilisation de masse en faveur de la PF.
- Elaborer et diffuser des messages radiophoniques et des spots télévisuels en matière de PF.

- Doter les formations sanitaires d'un système d'échéancier pour relancer les femmes retardataires ou perdues de vue.
- Organiser des séances d'éducation de groupe dans les villages par le personnel de santé (fixe, forain et mobile), les ASC, les agents DBC et les relais communautaires pour inciter les femmes et leurs époux à adopter les méthodes de PF.
- Doter les équipes de santé en matériel de production et de diffusion d'éducation de la santé.

La gestion des services de PF

- Assurer l'approvisionnement régulier et permanent du pays en contraceptifs.
- Former les comités de gestion, le personnel de santé et les agents de santé communautaire pour la gestion logistique des intrants.
- Actualiser les outils de gestion et les mettre à la disposition des structures en permanence.
- Assurer le monitorage des activités planifiées.
- Superviser des équipes de SR des formations sanitaires dans le domaine de la /PF sur la base d'une grille de supervision pré-établie.
- Evaluer par des enquêtes qualitatives rapides l'adhésion des femmes, des hommes et de la communauté à la politique de PF et identifier les obstacles persistants.
- Estimer par une enquête auprès des populations la prévalence contraceptive et les CAP en matière de PF, en fin de programme.

7.3 LA SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES

La Sensibilisation des adolescents et des jeunes

- Mettre en place, à chaque niveau, un protocole de partenariat avec les secteurs connexes, les organisations de la jeunesse et les ONGs pour atteindre les jeunes et les informer et les éduquer en matière de SSRAJ.
- Intégrer la communication sur le paquet minimum des services SSRAJ (puberté, sexualité, grossesses non désirées, IST/VIH.....) dans les structures d'écoute et d'information/orientation des jeunes, des clubs des jeunes, des centres culturels et des centres sociaux, etc.
- Créer des réseaux communautaires de jeunes dans les villages pour renforcer leur information en matière de SSRAJ.
- Utiliser les radios communautaires pour informer les jeunes en matière de SSRAJ.
- Promouvoir auprès des jeunes l'utilisation du condom pour prévenir la transmission du VIH/SIDA.
- Promouvoir l'utilisation des méthodes contraceptives chez ceux et celles qui ont une vie sexuelle active pour éviter les grossesses non désirées.
- Evaluer les activités de sensibilisation des jeunes.

L'offre de services

- Intégrer les SSRAJ dans, au moins, deux CSI ruraux par districts.
- Intégrer les consultations prénuptiales et renforcer l'éducation des couples en SR.
- Intégrer les SSRAJ dans, au moins, quatre CSI communaux par districts.
- Intégrer les SSRAJ dans le curriculum de formation de base des professionnels de la santé.
- Réviser les standards, normes et procédures SR en y intégrant les SSRAJ.
- Redéployer, dans les centres amis des jeunes, le personnel en adéquation avec les besoins des jeunes et adolescents en matière de SSRAJ.
- Former le personnel à la prise en charge des jeunes et adolescents.
- Adapter l'équipement aux services des jeunes et adolescents.
- Aménager des conditions (plages horaires, espaces, prestataires...) spécifiques au sein des formations sanitaires existantes pour prodiguer des prestations SR pour les adolescents et les jeunes.
- Offrir des services de qualité de SR aux jeunes et adolescents selon les critères d'éligibilité conventionnels.
- Evaluer l'offre des SSARJ.

L'utilisation des services

- Mener un plaidoyer pour le retardement de l'âge au mariage des jeunes filles et l'abolition des pratiques traditionnelles néfastes.
- Réviser les textes législatifs et réglementaires pour faciliter l'accès des jeunes aux SR/PF.
- Doter les équipes de santé en matériel de production et de diffusion d'éducation de la santé.

7.4 LA LUTTE CONTRE LES IST/VIH

- Actualiser les normes et procédures SR dans le domaine de la prise en charge de la grossesse et les IST/VIH (PTME).
- Former les SF et les infirmiers des CSI en matière de prise en charge syndromique des IST.
- Rendre disponibles dans les CSI les médicaments et réactifs nécessaires au diagnostic traitement des IST/VIH.
- Mener le plaidoyer auprès des associations d'hommes, de femmes et des jeunes pour une utilisation des services d'IST/VIH
- Disséminer les supports d'IEC sur les IST dans la population de site du CSI, HD
- Collecter l'information sur les IST/VIH pour le suivi et évaluation

8 LE CADRE LOGIQUE

Objectifs /résultats attendus	Indicateurs	Evolution pour 2009	Sources de vérification	Supposition/ hypothèses
Objectif Général 1 :	TMM	réduit de 50%	EDSN	La SRP est mise en œuvre et
Accélérer la baisse de la morbidité	TMI	réduit de 35%	MICS	donne les résultats escomptés
et de la mortalité maternelle et	Taux d'utilisation des soins préventifs (CPN,	amélioré de 25%	Rapports SNIS	Les soins sont de qualité
néonatale	PF, accouchement assisté, vaccination)	amonoro do 2070	Tapporto ortio	Los como com de quanto
1.1. La surveillance de la grossesse e	,			
1.1.1. La couverture par la CPN est	Taux de couverture 1 CPN	passe de 42 à 70%	SNIS	Qualité de la CPN (accueil,
améliorée sur les plans quantitatifs et	Taux de couverture par 3 CPN	atteint 60%		disponibilité des instruments et
qualitatifs	•			des produits de base)
1.1.2. Les normes de qualité de la	Taux des GARE détectées et référées	atteint 70%	Registre GARE	Qualité de la CPN (accueil,
CPN sont appliquées dans toutes les			Rapports SNIS	disponibilité des instruments et
structures pour détecter à temps les				des produits de base)
GARE				
1.1.3. La couverture vaccinale	Taux de VAT 2	passe de 35 à 70%	SNIS	Le personnel de santé est
antitétanique est améliorée				disponible et motivé
1.1.4. La supplémentation en fer et la	Proportion de femmes recevant du Fer et	100%	SNIS	Disponibilité des produits
chimioprophylxie anti palustre est	une chimioprophylaxie anti palustre lors de la			
assurée aux femmes suivies en CPN	CPN			
1.1.5. La couverture post-natale est	Taux de couverture postnatale de femmes	atteint 60%	SNIS	Organisation des séances
améliorée	ayant accouché en milieu assisté			d'éducation et de counseling
				dans les maternités
1.1.6. Les bienfaits de la CPN et la	Taux de connaissance des bienfaits de la	80 % des FAR et	Enquête CAP	Communication sociale de
POSTN sont connus par les couples	CPN et la POSTN	des hommes		proximité et médias
1.2. L'accouchement assisté par du p				
1.2.1. Le taux d'accouchements	Taux d'accouchement assisté par un	Passe de 14 à 50 %	SNIS	Amélioration des conditions
assistés par un personnel qualifié est	personnel qualifié			d'accouchement dans toutes les
amélioré				maternités périphériques des HD
				et CSI type 2
1.2.2. Les femmes relais	Proportion des relais et ASC qui réfèrent	100%	Enquête CAP	Compagne de sensibilisation en
communautaires et les ASC réfèrent à				direction des relais et ASC

	1		T	
temps les femmes pour accoucher en				
milieu assisté				
1.2.3. Les bienfaits de l'accouchement	Taux de connaissance des bienfaits de	80 % des FAR et	Enquête CAP	Communication sociale de
assisté sont connus par les couples	l'accouchement en milieu assisté	des hommes		proximité et médias
1.3. Les soins obstétricaux d'urgence	e			
1.3.1. La couverture par les SOUB est	Taux de couverture en urbain	Passe de 24 à 50%	SNIS	Les maternités des HD et des
améliorée en milieux urbain et rural				CSI 2 sont mises à niveau
	Taux de couverture en rural	Passe de 6,7 à 30%		
1.3.2. La prise en charge des	Proportion des complications obstétricales	Passe de 4 à 20 %	SNIS	Maternités de référence
complications obstétricales est	prises en charge			Mises à niveau
améliorée				Moyens de communication et de
				transport sont disponibles
1.3.3. Le recours à la césarienne est	Taux des césariennes	Passe de 0,5 à 5%	Registre des	Capacité opératoire des
amélioré			Maternités	maternités de référence est
				renforcée
1.3.4. Les soins après avortements	Proportion des maternités de référence	Atteint 100 %	Registres des	Plateau technique et
sont dispensés dans les maternités de	offrant les soins après avortements		maternités	compétences améliorés
référence et celles des HD et des CSI	Proportion des HD et CSI 2 offrant les soins	Atteint 50%	SNIS	
2	après avortements			
1.3.5. Les principaux signes de gravité	Taux de connaissance des principaux signes	Atteint 80 %	Enquête	Communication sociale
de l'accouchement sont reconnus par	de danger des accouchements		CAP	De proximité et médias
les familles et la communauté				·
1.3.6. Les délais de référence des	Taux des cas référés à temps par les	Atteint 80 %	Registre des	Disponibilité d'un Fonds
accouchements à risque sont	familles et la communauté		maternités	communautaire pour les
raccourcis				évacuations
1.3.7. Les supports de référence/	Pourcentage de disponibilité et	> 95% des	Supervision des	Sensibilisation des prestataires
contre référence standardisés sont	d'utilisation des supports	structures	structures	aux différents niveaux
utilisés par toutes les structures				
1.3.8. Les soins obstétricaux de	Taux de létalité hospitalière	Réduction de 50%		- mise à niveau (personnel,
référence sont améliorés	·			qualifié, disponibilité des produits
	Taux d'accouchement physiologiques	< à 30% du total	Registres des	essentiels)
			maternités de	- création d'une 2ème salle
	Proportion des femmes césarisées acceptant	Atteint 60%	référence	d'opération à IG

	la contraception en postpartum			- les femmes césarisées et leurs familles sont sensibilisées sur la PF en postpartum
1.4. La prévention et la prise en charg	ge de la fistule			
1.4.1. La capacité de prise en charge de la fistule est renforcée	Nombre de fistules traitées/an	500 cas /An	Registres des services de prise en charge	Emergence de deux centres nationaux de référence en matière de traitement de la fistule
1.4.2. Le taux de réussite du traitement de la fistule simple est amélioré	Taux de fistules guéries	> à 95% pour les fistules simples	Registres des services de prise en charge	Techniques de pointe sont appréhendées par les équipes
1.4.3. Les fistuleuses sont réintégrés dans leurs milieux et réinsérées dans la communauté	Nombre de fistuleuse réinsérées /an	500 cas /an	Statistiques des services sociaux	Disponibilité des Fonds d'insertion Communication sociale ciblée Soutien des efforts des ONGs intervenant en matière de fistule
1.4.4. Un plan national d'éradication de la fistule est élaboré et mis en œuvre		Le plan est en application		Volonté politique pour éradiquer la fistule et mécanismes juridiques appropriés sont mis en pl
1.4.5. Un environnement favorable (famille et communauté) vis à vis de la fistuleuse est Instaurer	Proportion des maris acceptant de vivre avec leurs femmes fistuleuses	Atteint 50 %	Enquête CAP	Communication sociale ciblée sur la famille et la communauté
Objectif Général 2 : Contribuer à la maîtrise de la croissance démographique	Taux d'accroissement naturel de la population Indice synthétique de fécondité	< à 3% < à 6,5 enf/femme (2011)	Recensement 2011	Volonté politique (mesures juridiques : âge au mariage pour la fille) Changement de comportement procréatif de la population
2.1. L'offre de services PF				
2.1.1. Les méthodes contraceptives sont disponibles et offertes dans les formations sanitaires	Taux de formations sanitaires offrant au moins trois méthodes modernes de contraception	Atteint 100%	SNIS	Degré d'implication des professionnels Leaders et population sensibilisés
2.1.2. Les méthodes contraceptives	Taux de couverture des populations	Amélioré de 50 %	SNIS	Equipes mobiles mises en places

sont disponibles et offertes à la population enclavée (>15 Km) par les Equipes mobiles déployées	enclavées dans les 5 Districts identifiés par le PDS			et fonctionnelles
2.1.3. Les compétences du personnel sont renforcées en technologie contraceptive y compris les méthodes de longue durée (DIU, Implants,)	Proportion du personnel capables d'offrire au moins 3 méthodes contraceptives	Atteint 100 %	CAP /personnel Supervision	Normes et Procédures actualisées Grille de supervision
2.1.4. Le counseling en PF est inclus dans le paquet d'activités des FS	Proportion du personnel pratiquant le counseling	Atteint 60 %	CAP /personnel Supervision	Grille de supervision
2.2. L'utilisation des services PF				
2.2.1. L'utilisation de la contraception est accrue	Nombre de nouvelles acceptantes Taux de prévalence contraceptive	Augmente de 5%/an Passe de 4% à 15%	SNIS Enquête de prévalence	Personnel adhérant à la relance de la PF Produits disponibles
2.2.2. Les méthodes contraceptives sont connues par les FAR	Taux de connaissance des FAR d'au moins de 3 méthodes	Atteint 90%	CAP	Communication sociale ciblée
2.2.3. Les leaders traditionnels adhérent à la promotion de la PF	Proportion des leaders favorables à la PF	Atteint 60%	CAP	Communication de proximité en direction des leaders
2.2.4. Le rôle des ONGs intervenant en SR est renforcé en matière de promotion de la PF	Volume d'activités des ONG en matière de promotion de la PF	100 %	Rapport d'activités des ONG	Des Protocoles de partenariat sont signés et mis en œuvre
2.3. La gestion des Services PF				
2.3.1. Les contraceptifs sont disponibles en quantités suffisantes dans les points de prestations	Nombre de Ruptures de stocks relevées au niveau des points de prestations	0	SNIS Supervision	Un système de gestion rigoureux (informatisé) est mis en place
2.3.2. Le personnel formé est disponible dans toutes les FS	Nb de bénéficiaires de la formation Nb de personnel recruté	100% des FS	SNIS Supervision	Disponibilité de budget de recrutement
2.3.3. Le matériel Technique spécifique à la PF est disponible dans toutes les FS	Nb de structures équipées en matériel PF	100% des FS	SNIS Supervision	Un inventaire préalable du matériel existant

Objectif Général 3 : Promouvoir la santé sexuelle et reproductive des jeunes et des adolescents

3.1. La sensibilisation les Adolescents et les Jeunes en SSR

3.1.1. Les dangers des rapports sexuels non protégés sont connus par les adolescents et les jeunes des deux sexes	Proportion des jeunes qui connaissent les principaux dangers des rapports sexuels non protégés (IST/VIH/SIDA et grossesses non désirées)	Atteint 100 %	CAP	Une stratégie spécifique de CCC en SSRAJ est mise oeuvre L'écoute et l'orientation sont renforcées dans les milieux Jeunes
3.1.2. Au moins trois méthodes contraceptives sont connues par les Adolescents et les jeunes deux sexes	Proportion des Adolescents et des jeunes des deux sexes connaissant 3 méthodes	Atteint 100%	CAP	Une stratégie spécifique de communication en SSRAJ est mise en oeuvre Cellules d'écoute et d'orientation sont renforcées
3.1.3. L'utilisation du préservatif est améliorée chez les jeunes ayant une vie sexuelle active	Proportion des jeunes utilisant les préservatifs lors des rapports sexuels	Atteint 60 %	CAP	Campagne de marketing social du préservatif auprès des adolescents et jeunes
3.2. L'offre et l'utilisation des SSRA	AJ			
3.2.1. Les prestations SSR sont disponibles et accessibles aux adolescents et jeunes dans au moins 2 CSI par District	Proportion des consultations spécifiques aux jeunes par rapport au total consultations des districts	15 à 20%	Supports spécifiques à la SSRAJ	Prestataires sensibilisés et motivés (accueil, counceling,) Leaders et communauté sensibilisés
3.2.2. L'utilisation de la contraception est accrue chez les jeunes ayant une vie sexuelle active	Prévalence contraceptive chez les jeunes filles	Passe de 1% à 8%		
Objectif Général 4 : Contribuer à m	naintenir une séro-prévalence du VIH < à 1%			
1.4.1. L'approche syndromique dans le traitement des IST est appliquée dans les FS	Proportion des CSI et des HD appliquant l'approche syndromique	Atteint 50 %	Supports spécifiques	Prestataires formés et médicaments disponibles
1.4.2. La PTME est intégrée dans le paquet de services des HD	Proportion des HD appliquant la PTME	Atteint 50 %	SNIS	Disponibilité du test dans les HD
1.4.3. Les risques des IST/VIH sont connus par la population	Taux de connaissance des risques des IST /VIH	100 % des couples	Enquête CAP	Communication sociale ciblée
1.4.4. La population est informée sur l'existence de la prise en charge des IST/VIH dans les CSI	Proportion des hommes et des femmes informés	Atteint 100 %	Enquête CAP	Personnel des CSI formés Et réactifs et médicaments disponibles
1.4.5. La transmission mère enfant	Taux de connaissance de la PTME du VIH chez	Atteint 100%	Enquête	Communication sociale ciblée

du VIH est connue par les parents	les parents	CAP	

9 LE CADRE LOGIQUE VALORISE

RESULTATS ATTENDUS	8	ACTIVITES		E	BUDGET PR	EVISIONNE	L	
Composante 1 : La Maternit	é san	s risque						
1.1. la surveillance de la grossesse et postnatale		2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL	
1.1.1. La couverture par la CPN est améliorée sur les plans quantitatifs et	mob	1.1. Rendre fonctionnelles et développer des équipes iles expérimentales dans les 5 DS identifiés par le (2 DS en 2005, 3 en 2006)	175 000	303 000	160 000	160 000	160 000	958 000
qualitatifs :	1.1.1	.2. Mener des activités foraines à partir des CSI	28 800	48 000	57 600	67 200	76 800	278 400
		l.3. Généraliser les consultations prénatales de ité avec accueil et counseling adéquats dans tous les						
		l.4. Equiper les FS en matériel nécessaire au ulement de la CPN	120 000				120 000	240 000
	amé éclai	I.5. Doter les CSI ruraux en énergie solaire pour liorer les conditions de travail et motiver les agents : rage, ventilation, réfrigérateur	125 000	500 000	500 000	250 000	250 000	1 625 000
	CSI	l.6. Affecter au moins un personnel féminin dans les type 1						
	distri	.7. Doter les districts de salle de formation (11 icts équipés en 2005, autant en 2006, à un coût de nillions de FCFA chacun)	165 000	165 000				330 000
	distr	1.8. Equiper les districts de matériel didactique (11 icts équipés en 2005, autant en 2006, à un coût de 6 ons de FCFA chacun)	66 000	66 000				132 000
1.1.2. Les normes de qualité de la CPN sont appliquées	à la							
dans toutes les structures pour détecter à temps les GARE		2.2. Organiser 2 sessions de formations en SR /an en Normes et procédures SR (2 x 42 x 1.500 par an)	126 000	126 000	126 000	126 000	126 000	630 000

1.1.3. Amélioration de la	1.1.3.1. Vacciner toutes les femmes enceintes contre le						
couverture vaccinale	tétanos en assurant les rappels préconisés par le PEV						
antitétanique des femmes enceintes	1.1.3.2. Délimiter les aires de santé des CSI à travers la micro planification		42 000				42 000
1.1.4. Supplémentation en Fer et la chimioprophylxie anti Palu est assurée aux	1.1.4.1. Fournir à tous les points de prestations les quantités suffisantes de fer et de médicaments anti palustre						
fem. suivies en CPN 1.1.5. La couverture post- natale est améliorée	1.1.5.1. Actualiser les normes et procédures spécifiques à la CPoN 1.1.5.2. Prodiguer des soins intégrés pour le couple						
	mère/Enfant						
1.1.6. Les bienfaits de la CPN et la POSTN sont connus par les couples	1.1.6.1. Organiser au niveau des FS des séances de sensibilisation de groupe pour la promotion de la CPN et CPOSTN						
	1.1.6.2. Mener une Enquête CAP /Population + Leaders pour identifier les obstacles à la promotion de la SR		50 000			50 000	100 000
	1.1.6.3. Mener des activités IEC pour améliorer les connaissances de la population sur les bienfaits des services SR		10 000	10 000	10 000	10 000	40 000
	SOUS TOTAL 1.1	805 800	1 310 000	853 600	613 200	792 800	4 374 400
1.2. Accouchement assisté	par un personnel qualifié	2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL
1.2.1. L'accouchement assisté par un personnel qualifié est amélioré	1.2.1.1. Tenir dans chaque CSI un registre des parturientes à risque élevé et mettre en place un suivi individualisé en collaboration avec la famille /communauté en vue d'amener ces femmes à accoucher en milieu assisté						

milieux urbain et rural	salles d'accouchement de 25 CSI type 2 par an pour offrir les meilleures conditions possibles de sécurité en vue d'encourager les parturientes à venir accoucher dans ces installations (3 millions / CSI 2 / an)	75 000	75 000	75 000	75 000	75 000	375 000
1.3.1. La couverture par les SOUB est améliorée en	1.3.1.1. Actualiser les normes et procédures SR 1.3.1.2. Rénover et/ou améliorer les équipements des						
1.3. Les SOUB et SOUC		2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL
	SOUS TOTAL 1.2	32 100	192 100	182 100	32 100	57 100	495 500
connus par les couples	1.2.3.2. Organiser des séances d'éducation en faveur de l'accouchement assisté par un personnel qualifié lors des consultations prénatales						
assisté 1.2.3. Les bienfaits de l'accouchement assisté sont	1.2.3.1. Mener une enquête CAP / obstacles à l'accouchement assistés	25 000				25 000	50 000
1.2.2. Les relais communautaires et les ASC réfèrent à temps les femmes pour accoucher en milieu	J	7 100	7 100	7 100	7 100	7 100	35 500
	l'accouchement assisté par un personnel qualifié 1.2.1.4. Equiper (renouveler) les maternités des HD et des CSI 2 en matériel nécessaires notamment les tables et les boites d'accouchement 1.2.1.5. Responsabiliser (sensibiliser) la communauté pour la mise en place de mécanismes facilitant l'accès des femmes aux maternités pour accoucher (fonds communautaire, mutuelles,))		150 000	150 000			300 000
	1.2.1.2. Elaborer et diffuser des messages radiophoniques et des spots TV pour inciter les femmes à recourir aux maternités pour y accoucher 1.2.1.3. Mener des activités de Plaidoyer auprès des leaders traditionnels pour la promotion de		25 000 10 000	15 000 10 000	15 000 10 000	15 000 10 000	70 000

	1.3.1.3. Renforcer le nombre des SF dans les CSI 2						
	1.3.1.4. Renforcer la formation de toutes les SF en soins						
	obstétricaux d'urgence	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000	15 000
	1.3.1.5. Doter les CSI type 2 en médicaments,						
	équipements et matériels pour assurer sur place les	050 000	050 000	050 000	050.000	050 000	4 050 000
	soins obstétricaux d'urgence de base (1,5 millions / CSI 2	250 000	250 000	250 000	250 000	250 000	1 250 000
	/an)						
	1.3.1.6. Coordonner le secteur public avec le secteur						
	privé et les services de santé des armées pour assurer la						
	prise en charge des parturientes.						
1.3.2. La prise en charge des	1.3.2.1. Remise en état des équipements au niveau des	60 000	180 000	60 000			300 000
complications obstétricales	24 HD	00 000	.00 000				
est améliorée	1.3.2.2. Rendre disponibles les médicaments et	85 000	219 000	293 000	313 000	346 000	1 256 000
	consommables de chirurgie dans les H D						
	1.3.2.3. Rendre disponible la transfusion sanguine dans les HD	8 000	20 000	26 000	27 000	29 000	110 000
	1.3.2.4. Equiper et rendre fonctionnels les services de néonatologie (8 Services)	40 000	40 000				80 000
	1.3.2.5. Auditer tous les décès maternels enregistrés						
	dans toutes les formations sanitaires						
1.3.3. Le recours à la	1.3.3.1. Réaffecter les médecins généraliste formés en						
césarienne est amélioré	chirurgie de District dans les HD						
	1.3.3.2. Actualiser les normes et procédures dans le						
	domaine du recours à la césarienne						
1.3.4. Les soins après	1.3.4.1. Former/recycler les SF des maternités des HD et						
avortements sont dispensés	des CSI 2 aux soins après avortement						
dans les maternités de		3 000	3 000	3 000	3 000	3 000	15 000
référence et celles des HD et							
des CSI 2							
1.3.5. Les principaux signes	1.3.5.1. Former les matrones, les ASC des cases de						
de gravité de l'accouchement	<u> </u>	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	75 000
sont reconnus par la	danger lors de l'accouchement						

communauté et les familles	1.3.5.2. Organiser des compagnes d'information des	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	50 000
1.3.6. Les délais de référence des accouchements à risque sont	familles sur les signes de gravités de l'accouchement 1.3.6.1. Doter les CSI type 2 des zones lointaines en ambulances pour faciliter le transfert des accouchements difficiles (30 ambulances d'ici 2009);		300 000	300 000	150 000	150 000	900 000
raccourcis	1.3.6.2. Renouveler les ambulances des HD (29 ambulances à 30 millions de FCFA par voiture, en 2009)			290 000	290 000	290 000	870 000
	1.3.6.3. Doter les CSI ruraux et HD de radios BLU (275) (75 CSI et HD équipés en 2005, 2006 et 2007, 50 en 2008; coût unitaire de 3 millions FCFA)	225 000	225 000	225 000	150 000		825 000
	1.3.6.4. Elaborer et mettre en place les outils pour la référence contre référence	5 000					5 000
	1.3.6.5. Créer dans les HD un fonds de solidarité pour la prise en charge des évacuations	8 000	12 000	6 000	1 000	2 000	29 000
	1.3.6.6. Créer dans les CSI un fonds de solidarité pour la prise en charge des évacuations	60 500	93 000	31 500	3 500	10 000	198 500
	1.3.6.7. Standardiser et rendre disponibles les supports de référence /contre référence dans toutes les formations sanitaires						
1.3.7. Les supports de référence/ contre référence standardisés sont utilisés par toutes les structures.	1.3.7.1. Equiper les maternités de référence en instrumentation et matériel de réanimation des nouveaux nés	26 000			13 000		39 000
1.3.8. Les soins obstétricaux des références sont améliorés	1.3.8.1. Rendre disponibles les médicaments et consommables de chirurgie dans les maternités de référence	39 000	39 000	39 000	39 000	39 000	195 000
	SOUS TOTAL 1.3	912 500	1 484 000	1 626 500	1 342 500	1 222 000	6 587 500
1.4. Prévention et prise en c	harge de la fistule	2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL
1.4.1. La capacité de prise	1.4.1.1. Traiter par la chirurgie 500 fistules /An	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	250 000

	SOUS TOTAL 1.5	153 000	153 000	153 000	153 000	153 00	765 000
	1.4.5.3. Amener les femmes fistuleuses traitées à témoigner de leur cas dans les villages et sur les radios de proximité (changement de comportement)						
	1.4.5.2. Disséminer les supports d'IEC sur les fistules dans la population de site du CSI, HD	12 000	12000	12 000	12000	12 000	60 000
1.4.5. Un environnement favorable (La famille et la communauté) vis à vis de la fistuleuse est instauré	1.4.5.1. Mener le plaidoyer auprès des associations d'hommes, de femmes et de jeunes pour la prévention et l'utilisation des services de prise en charge des fistules obstétricales	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	75 000
	1.4.4.3. Impliquer les autorités administratives et les leaders dans la sensibilisation sur la fistule	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	25 000
	1.4.4.2. Renforcer la prévention de la fistule obstétricale à travers la sensibilisation sur les méfaits du mariage précoce en utilisant les radios de proximité	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	75 000
1.4.4. Un plan national d'éradication de la fistule est élaboré et mis en œuvre	1.4.4.1. Sensibiliser les agents de santé à référer les cas de grossesses précoces à terme vers un centre de prise des urgences obstétricales.						
et réinsérées dans la communauté	centres d'alphabétisation 1.4.3.3. Encourager les efforts des ONGs intervenant dans la réinsertion sociale de la fistuleuse						
1.4.3. Les fistuleuses sont réintégrés dans leurs milieux	1.4.3.1. Réinsérer 500 fistuleuses traitées /An 1.4.3.2. Intégrer la sensibilisation sur la fistule dans les	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	250 000
1.4.2. Le taux de réussite du traitement de la fistule est amélioré	1.4.2.1. Actualiser les normes et procédures SR pour la prise en charge des fistules obstétricales						
renforcée	traitement les équipements, fournitures et médicaments nécessaires au traitement des fistules obstétricales 1.4.1.3. Former les SF et les infirmiers des CSI dans la prévention et la prise en charge des fistules obstétricales	6 000	6 000	6 000	6 000	6 000	30 000
en charge de la fistule est	1.4.1.2. Rendre disponibles dans les centres de						

	SOUS TOTAL Composante 1	1 900 400	3 139 100	2 815 200	2 140 800	2 224 900	12 223 400
Composante 2 : la Planificat	ion Familiale						
2.1 L'offre de services PF		2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL
2.1.1. Les méthodes contraceptives sont	2.1.1.1. Intégrer les services de PF dans les activités de tous les services sanitaires						
disponibles et offertes dans les formations sanitaires	2.1.1.2. Garantir l'approvisionnement des contraceptifs (avec un taux de couverture passant de 4 à 15% des femmes en âge de procréer entre 2005 et 2009)	190 000	261 000	337 000	451 000	573 000	1 812 000
	2.1.1.3. Doter toutes les formations sanitaires en contraceptifs						
	2.1.1.4. Former les ECD et les agents des CSI en méthodes d'estimation des populations cibles, d'estimation des besoins en contraceptifs, de suivi des femmes inscrites et de calcul de la couverture en PF de cette population cible	15 000			7 500		22 500
	2.1.1.5. Former les agents à l'utilisation des courbes de monitoring et à la micro planification pour mettre en place des plans d'action	12 000			6 000		18 000
	2.1.1.6. Organiser des voyages d'étude pour 10 cadres centraux et régionaux par an dans les pays performants en SR/PF (1,5 millions/cadre/an)	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	75 000
2.1.2. Les méthodes contraceptives sont disponibles et offertes à la	2.1.2.1. Offrir les services PF aux populations vulnérables des zones prioritaires (population au delà de 15 Km) à l'aide d'équipes mobiles						
population enclavée (>15 Km) par les Equipes mobiles déployées dans 5 districts	2.1.2.2. Dynamiser la DBC des contraceptifs	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	50 000
2.1.3. Les compétences du	2.1.3.1. Actualiser les normes et procédures des services intégrant la PF						

personnel sont renforcées en technologie contraceptive y	2.1.3.2. Former /Recycler les sages Femmes en insertion du DIU et des Implants	15 000	15000	15 000	15000	15 000	75000
compris les méthodes de longue durée (DIU, Implants)	2.1.3.3. Réviser les modules de formation en SR/PF dans tous les curriculum de formation du personnel de santé (médecins, SF et infirmiers, ASS,);						
	2.1.3.4. Mettre en place un centre de référence en matière de SR/PF pour assurer la formation et promouvoir l'utilisation des techniques modernes de PF dans chaque région (1,5 millions / région)	150 000					150 000
2.1.4. Le counseling en PF est inclus dans le paquet d'activités des FS	2.1.4.1. Organiser des séminaires de sensibilisation à l'attention du personnel de santé en faveur des activités de PF (HD, CSI).	25 000	25 000				50 000
	2.1.4.2. Formation / Recyclage des prestataires en counseling spécifique à la PF	12 500	12 500				25 000
	SOUS TOTAL 2.1	444 500	338 500	377 000	504 500	613 000	2 277 500
2.2 L'utilisation des service	s PF	2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL
2.2.1. L'utilisation de la contraception est accrue	2.2.1.1. Elaborer et diffuser des supports éducatifs en matière de PF	12000	12000	12000	12000	12000	60 000
	2.2.1.2. Elaborer et diffuser des messages radiophoniques et des spots télévisuels en matière de PF	50 000	10 000	10 000	10 000	10 000	90 000
	2.2.1.3. Doter les formations sanitaires d'un système d'échéancier pour relancer les femmes retardataires ou perdues de vue (CSI 1 et 2)	6 000					6 000

	2.2.1.4. Doter les CSI 2 en matériel de diffusion d'éducation de la santé (TV + vidéo).	58 400	58 400				116 800
	2.2.1.5. Assurer le suivi de la prévalence contraceptive (cf. évaluation globale du PNSR)						
2.2.2. Les méthodes contraceptives sont connues par les FAR	2.2.2.1. Organiser des séances d'éducation de groupe dans les villages par le personnel de santé (fixe, forain et mobile), les ASC, les agents DBC et les relais communautaires pour inciter les femmes à adopter les méthodes de PF	25 000	25 000	25 000	25 000	25 000	125 000
	2.2.2.2. Elaborer et diffuser des messages radiophoniques et des spots télévisuels en matière de PF (coût inclus dans 2.2.1.2.)						
2.2.3. Les leaders traditionnels adhérent à la promotion de la PF	2.2.3.1. Organiser du plaidoyer auprès des comités de santé, des comités de gestion, des chefs des villages, des leaders d'opinion et des chefs religieux en matière de PF	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	75 000
	2.2.3.2. Organiser des voyages d'étude pour 10 Chefs religieux par an dans les pays Musulmans performants en SR/ PF (1,5 millions/chef religieux/an)	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	75 000
	2.2.3.3. Mettre en place une stratégie de communication pour le changement de comportement (Impliquer plus les hommes dans les activités de SR, Former les leaders politiques, religieux et les chefs traditionnels en PF)						

2.2.4. Le rôle des ONGs intervenant en SR est renforcé en matière de	2.2.4.1. Mener en coordination avec les ONGs locales des campagnes de sensibilisation de masse en faveur de la PF						
promotion de la PF	2.2.4.2. Passer des contrats avec les ONG, Associations et structures communautaires pour la sensibilisation en PF	25 000	25 000	25 000	25 000	25 000	125 000

	SOUS TOTAL 2.2	206 400	160 400	102 000	102 000	102 200	672 800
2.3. Gestion des Services PF	=						
2.3.1. Les contraceptifs sont disponibles en quantités suffisantes dans les points	2.3.1.1. Former les comités de gestion, le personnel de santé et les agents de santé communautaire pour la gestion logistique des intrants	15 000	15 000	15 000			45 000
de prestations	2.3.1.2. Actualiser les outils de gestion et les mettre à la disposition des structures en permanence 2.3.1.3. Assurer le monitorage des activités planifiées ;						
	2.3.1.4. Superviser les équipes de SR des formations sanitaires dans le domaine de la /PF sur la base d'une grille de supervision pré-établie (FS + EM)	24 000	24 000	24 000	24 000	24 000	120 000
	2.3.1.5. Evaluer par des enquêtes qualitatives rapides l'adhésion des femmes, des hommes et de la communauté à la politique de PF et identifier les obstacles persistants		15 000			15000	30 000
	2.3.1.6. Estimer par une enquête auprès des populations la prévalence contraceptive et les CAP en matière de PF, en 2009					140 000	140 000
	SOUS TOTAL 2.3	39 000	54 000	39 000	24 000	179 000	335 000
	SOUS TOTAL Composante 2	689 900	552 900	518 000	630 500	894 000	3 285 300

Composante 3 : La Santé Sexuelle et de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes

3.1 La sensibilisation des A	dolescents et des Jeunes en SSR	2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL
3.1.1. Les dangers des rapports sexuels non protégés sont connus par les adolescents et les jeunes des deux sexes	3.1.1.1. Intégrer la communication sur le paquet minimum des services SSRAJ (puberté, sexualité, grossesses non désirées, IST/VIH,) dans les structures d'écoute et d'information/orientation des jeunes, des clubs des jeunes, des centres culturels et des centres sociaux, etc						
	3.1.1.2. Utiliser les radios communautaires pour sensibiliser es jeunes en matière de SSRAJ	25 000	25 000	25 000	25 000	25 000	125 000
	3.1.1.3. Communication pour le changement du comportement	35 000	35 000	35 000	35 000	35 000	175 000
	3.1.1.4. Former et utiliser 7500 pairs éducateurs dans les quartiers et les villages pour sensibiliser au niveau des fadas, des foyers et des groupements féminins (ici coûts de formation)	5 000	10 000	15 000	20 000	25 000	75 000
	3.1.1.5. Développer, rendre disponible et utiliser du matériel éducatif adapté	50 000	10 000	10 000	10 000	10 000	90 000
3.1.2. Au moins trois méthodes contraceptives sont connues par les	3.1.2.1. Créer des réseaux communautaires de jeunes dans les villages pour renforcer leur information en matière de SSRAJ y compris la PF(1 million/DS)	21 000	21 000				42 000
Adolescents et les jeunes deux sexes	3.1.2.2. Mener une enquête CAP SR/PF auprès des jeunes	25 000				25000	50 000
	3.1.2.3. Informer et sensibiliser les élèves dans les écoles en mettant l'accent sur les "attitudes et comportements qui sauvent", notamment la promotion du préservatif	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	50 000
3.1.3. L'utilisation du préservatif est améliorée	3.1.3.1. Promouvoir auprès des jeunes l'utilisation du condom pour prévenir la transmission du VIH/SI						

vie sexuelle active	3.1.3.2. Mettre en place, à chaque niveau, un protocole de partenariat avec les secteurs connexes, les organisations de la jeunesse et les ONGs pour atteindre les jeunes et les informer et les éduquer en matière de SSRAJ						
	SOUS TOTAL 3.1	171 000	111 000	95 000	100 000	130 000	607 000

3.2 L'offre et l'utilisation des	SSRAJ	2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL
sont disponibles et accessibles aux adolescents et jeunes dans au moins 2 CSI par District 3.2.1.2. Intégrer les consultations prénuptiales et renforcer l'éducation des couples en SR 3.2.1.3. Intégrer les SSRAJ dans, au moins, quatro par commune urbaine 3.2.1.4. Intégrer les SSRAJ dans le curriculum de formation de base des professionnels de la santé	3.2.1.1. Intégrer les SSRAJ dans, au moins, deux CSI ruraux par districts	15 000	30 000	30 000	15000		90 000
	3.2.1.3. Intégrer les SSRAJ dans, au moins, quatre CSI par commune urbaine	15 000	15 000	15 000	15 000		60 000
	3.2.1.5. Réviser les standards, normes et procédures SR en y intégrant les SSRAJ ;						
	3.2.1.6. Redéployer, dans les centres amis des jeunes, le personnel en adéquation avec les besoins des jeunes et adolescents en matière de SSRAJ;						
	3.2.1.7. Former le personnel à la prise en charge des jeunes et adolescents	35 000	35 000	35 000	35 000	35 000	175 000
	3.2.1.8. Adapter l'équipement aux services des jeunes et adolescents.						
	3.2.1.9. Aménager des conditions (plages horaires, espaces, prestataires,) spécifiques au sein des formations sanitaires existantes pour prodiguer des prestations SR pour les adolescents et les jeunes						

	3.2.1.10. Offrir des services de qualité de SR aux jeunes et adolescents selon les critères d'éligibilité conventionnels						
3.2.2. L'utilisation de la contraception est accrue	3.2.2.1. Réviser les textes législatifs et réglementaires pour faciliter l'accès des jeunes aux SR/PF						
chez les jeunes ayant une vie sexuelle active	3.2.2.2. Mener un plaidoyer pour le retardement de l'âge au mariage des jeunes filles et l'abolition des pratiques traditionnelles néfastes	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	50 000
	3.2.2.3. Doter les équipes de santé en matériel de diffusion de l'éducation pour la santé	15 000	15 000	15 000			45 000
	3.2.2.4. Promouvoir l'utilisation des méthodes contraceptives chez ceux et celles qui ont une vie sexuelle active pour éviter les grossesses non désirées						
	SOUS TOTAL 3.2	90 000	105 000	105 000	75 000	45 000	420 000
	SOUS TOTAL Composante 3	261 000	216 000	200 000	175 000	175 000	1 027 000
Composante 4 : La lutte cor	tre IST /VIH/SIDA						
4.1. L'approche syndromique dans le traitement des IST est appliquée dans les FS	4.1.1. Former les SF et les infirmiers des CSI en matière de prise en charge syndromique des IST	40 000	50 000	60 000			150 000
	4.1.2. Rendre disponibles dans les CSI les médicaments et réactifs nécessaires au diagnostic traitement des IST/VIH						
	4.1.3. Actualiser les normes et procédures SR dans le domaine de la prise en charge des IST/VIH (PTME)						
4.2. La PTME est intégrée dans le paquet de services des HD	4.2.1. Former les SF des maternités des HD et des CSI 2 en PTME	20 000	30 000	15 000	5000	5000	75 000
	4.2.2. Mener le plaidoyer auprès des associations d'hommes, de femmes et des jeunes pour une utilisation des services d'IST/VIH						

	4.2.3. Promouvoir le dépistage volontaire du VIH auprès de la population						
4.3 Les risques des IST/VIH sont connus par la population	4.3.1. Disséminer les supports d'IEC sur les IST/VIH dans la population de site du CSI, HD	12 000	12 000	12 000	12 000	12 000	60 000
4.4. La transmission mère enfant du VIH est connue par les parents	4.4.1. Mener des compagnes d'information et de sensibilisation de la communauté sur la transmission mère /enfant du VIH	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	250 000
	SOUS TOTAL 1.4	122 000	142 000	137 000	67 000	67 000	535 000
	TOTAL Composantes 1+2+3+4	2 976 300	4 050 000	3 670 200	3 013 300	3 360 900	17 070 700

CADRE LOGIQUE VALORISE 2005-2009 (suite)

COMPOSANTES 5: L'APPUI AU PNSR

RESULTATS ATTENDUS	ACTIONS A ENTREPRENDRE	BUDGET PREVISIONNEL (en Millier de FCFA)					
5.1 : Le renforcement ins	titutionnel	2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL
5.1.1. La Direction	5.1.1.1 Aménagement et équipement de la DNSR et de l'UAT	172 000					172 000
Nationale de Santé de la	5.1.1.2 Recrutement de cadres nationaux						
Reproduction est	Médecin responsable de l'UAT	4 800	4 800	4 800	4 800	4 800	24 000
renforcée par une Unité	Médecin Responsable de la Cellule des Services SR	4 200	4 200	4 200	4 200	4 200	21 000
d'Appui Technique	Responsable de la cellule de la communication	3 400	3 400	3 400	3 400	3 400	17 000
	Responsable de la cellule de la formation et de la recherche	3 400	3 400	3 400	3 400	3 400	17 000
	Responsable de la Cellule la gestion, suivi et évaluation	3 400	3 400	3 400	3 400	3 400	17 000
	4 agents de secrétariat	4 800	4 800	4 800	4 800	4 800	24 000
	5.1.1.3. Assistance Technique Internationale						
	1 Conseiller Technique permanent (48 mois)	48 000	48 000	48 000	48 000		192 000
	Consultants Internationaux / 3 mois hommes /an		25 000	25 000	25 000	25 000	100 000

	5.1.1.4. Formation à l'étranger de l'équipe de l'UAT en SR/PF (3 mois de stage pratique : technique SR, gestion de programmes, stratégie mobile, techniques de communication et production de supports IEC) 5.1.1.5. Frais de fonctionnement de la DNSR et de l'UAT SOUS TOTAL 5.1.1.	18 000 50 000 312 000	18 000 100 000 215 000	100 000 197 000	100 000 197 000	100 000 149 000	36 000 400 000 1 070 000
5.1.2. Les capacités managériales des ECD	5.1.2.1. Renforcer l'encadrement de proximité des ECD et des DRSP	8 000	8 000	8 000	8 000	8 000	40 000
et des DRSP sont renforcées	5.1.2.2. Affecter un 2ème médecin de santé publique dans chaque DRSP responsable du suivi évaluation du PNSR dans la région (sur la base de 300.000 FCFA par mois, 5 médecins recrutés dès 2005, passant à 8 à partir de 2006)	18 000	28 800	28 800	28 800	28 800	133 200
	5.1.2.3. Affecter dans chaque district sanitaire une sage femme responsable de la mise en œuvre du PNSR (sur la base de 150 000 FCFA par mois dans 20 districts en 2005 et 42 en 2006)	36 000	75 600	75 600	75 600	75 600	338 400
	5.1.2.4. Encadrer les activités de recherche en SR au niveau des districts (1 million de FCFA par district)	20 000	32 500	32 500	32 500	32 500	150 000
	5.1.2.5. Décentraliser la formation continue des agents au district	22.222	444.000	444.000	444.000	444.000	004.000
- 1 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	SOUS TOTAL 1-2	82 000	144 900	144 900	144 900	144 900	661 600
5.1.3. Les COGES sont capables d'appliquer la micro-planification des	5.1.3.1. Appuyer l'élaboration de microplans par les CSI (30.000 FCFA et par CSI et par an; 600 CSI en 2005, 650 en 2006, 700 en 2007, 750 en 2008 et 2009).	18 000	19 500	21 000	22 500	22 500	103 500
activités au niveau CSI	5.1.3.2. Appuyer le financement des microplans des CSI (200.000 FCFA par CSI et par an; 600 CSI en 2005, 650 en 2006, 700 en 2007, 750 en 2008 et 2009).	120 000	130 000	140 000	150 000	150 000	690 000
	5.1.3.3. Impliquer les comités dans la délimitation des aires de santé						
	5.1.3.4. Impliquer les comités de santé dans les activités foraines : choix des centres forains, prise en charge du carburant de la moto, restauration de l'agent, organisation des activités						

	SOUS TOTAL 5.1-3	138 000	149 500	161 000	172 500	172 500	793 500
	SOUS-TOTAL Composante 5.1.	532 000	509 400	520 900	514 400	466 400	2 525 100
5.2. : La supervision à to	ous les niveaux						
	5.2.1. Superviser semestriellement les DRSP	4 500	4 500	4 500	4 500	4 500	22 500
	5.2.2. Instaurer la supervision des HD par des spécialistes sur délégation de l'ECD	960	2 400	3 120	3 240	3 480	13 200
	5.2.3. Superviser trimestriellement les CSI (25.000 FCFA par trimestre, par CSI. 600 CSI en 2005, 650 en 2006, 700 en 2007, 750 en 2008 et 2009).	60 000	65 000	70 000	75 000	75 000	345 000
	5.2.4. Superviser semestriellement les ECD	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	75 000
	5.2.5. Doter chaque district d'un véhicule de supervision SR (à 18 millions de FCFA par véhicule, 15 districts dotés dès 2005, 15 autres en 2006, les 12 derniers en 2007)	270 000	270 000	270 000			810 000
	52.6. Doter chaque DRSP d'un véhicules de supervision SR (8 DRSP, dotées de véhicules format "familial" en 2005 à 18 millions de FCFA chacun)	144 000					144 000
	SOUS TOTAL Composante 5.2.	494 460	356 900	362 620	97 740	97 980	1 409 700
5.3 : L'environnement e	st favorable à la promotion de la SR				•		
	5.3.1. Mener un plaidoyer en faveur des activités de SR	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	50 000
	5.3.2. Créer et faire fonctionner un cadre de partenariat avec les ONG et Associations qui œuvrent dans le domaine de la SR	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000	150 000
	5.3.3. Créer et mettre en œuvre un cadre juridique favorable à la SR						
	5.3.4. Impliquer les chefs traditionnels et les leaders religieux dans les programmes de SR	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	50 000
	SOUS TOTAL Composante 5.3.	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	250 000
5.4. : l'approche genre e					<u>, </u>	.	
5.4.1. La dimension Genre est prônée par	5.4.1.1. Passer des contrats avec les ONG, Associations et structures communautaires pour la sensibilisation en genre	25 000	25 000	25 000	25 000	25 000	125 000

une stratégie de communication pour le changement de comportement	5.4.1.2. Mettre en place une stratégie de communication pour le changement de comportement (<i>Impliquer plus les hommes dans les activités de SR, Former les leaders politiques, religieux et les chefs traditionnels en genre</i>)	35 000	35 000	35 000	35 000	35 000	175 000
	5.4.1.3. Adapter les supports éducatifs pour prendre en compte le genre	10 000	10 000				20 000
	5.4.1.4. Appuyer les ONG et Associations de lutte contre les mutilations génitales féminines et les violences faites aux femmes	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	50 000
5.4.2. La dimension Genre est intégrée dans	5.4.2.1. Intégrer le genre dans les activités de supervision des agents de santé						
la formation du personnel de santé et	5.4.2.2. Intégrer le genre dans les curricula des écoles de formation		10 000				10 000
dans ses activités sur le terrain	5.4.2.3. Intégrer l'aspect genre dans les normes et procédures en SR	10 000					10 000
	5.4.2.4. Appuyer le plan de mise en œuvre de la CEDEF						
	SOUS TOTAL Composante 5.4.	90 000	90 000	70 000	70 000	70 000	390 000
5.5. : Le suivi et l'évaluat	ion						
5.5.1 Suivi du PNSR	5.5.1.1. Suivi interne de la mise en œuvre : Au niveau national (par DNSR/UAT) Au niveau régional (par DRSP) Au niveau des District (par ECD)		8 500	8 500	8 500	8 500	24 000
5.5 2. Evaluation	5.5.1.2. Suivi externe (1 mois /Homme /An)		0 300	0 300	0 000	0 300	34 000
5.5 Z. Evaluation	5.5.2.1. Evaluation à mi-parcours (4 mois/ Hommes)			50 000			50 000
	5.5.2.2. Evaluation finale					50 000	50 000
	SOUS TOTAL Composante 5.5		8 500	58 500	8 500	58 500	134 000
	TOTAL Composantes 5	1 166 460	1 014 800	1 044 020	740 640	742 880	4 708 800

BUDGET TOTAL PNSR

COMPOSANTES	BUGDET 2005 2009 (Millier FCFA)
LA MATERNITE SANS RISQUE	12 223 400
LA PLANIFICATION FAMILIALE	3 285 300
LA SANTE SEXUELLE ET DE REPRODUCTION DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES	1 027 000
LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA	535 000
L'APPUI AU PNSR	4 708 800
TOTAL GENERAL	21 779 500

10 LE PLAN DE MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITES

Le détail des activités et de leur coût par année est donné en annexe 2

ACTIVITES DE FORMATION

	Responsable mise en oeuvre	Budget
Réviser les normes et procédures SR, y intégrer l'aspect genre	DNSR sur proposition de l'UAT	10 000
Réviser les modules de formation en SR/PF dans tous les curriculum de formation du personnel de santé (médecins, SF et infirmiers, ASS,), y intégrer les SSRAJ et le genre	DNSR/UAT	0
Former les membres de l'équipe de l'UAT	DNSR/UAT	36 000
Former et recycler les personnels de santé	DRSP, DS avec l'appui technique de l'UAT	1 280 500
Former les matrones, les ASC des cases de santé et les relais à la reconnaissance des signes de danger lors de l'accouchement	DS	75 000
Former les comités de gestion, le personnel de santé et les agents de santé communautaire pour la gestion logistique des intrants	DS	45 000
Organiser des voyages d'étude pour 10 cadres centraux et régionaux par an dans les pays performants en SR/PF (1,5 millions par cadre)	DNSR/UAT	75 000
Organiser des voyages d'étude pour 10 Chefs religieux par an dans les pays Musulmans performants en SR/ PF (1,5 millions par chef religieux)	DNSR/UAT	75 000
Former à l'étranger l'équipe de l'UAT en SR/PF (3 mois de stage pratique)	DNSR/UAT	36 000
TOTAL		1 606 500

ACTIVITES D'INFORMATION, D'EDUCATION ET DE COMMUNICATION

Elaborer et diffuser des messages radiophoniques et des spots TV	RNSR/UAT, DRSP, DS	360 000
Elaborer et diffuser des supports éducatifs en matière de SR	RNSR/UAT, DRSP, DS,CSI	290 000
Mettre en place une stratégie de communication pour le changement de comportement	RNSR/UAT, DRSP, DS,CSI	350 000
Organiser des séances de sensibilisation auprès des communautés et de la population	DS, CSI	650 500
Mener un plaidoyer en faveur des activités de SR	RNSR/UAT, DRSP, DS, CSI	290 000
Appuyer les ONG pour mener des campagnes de sensibilisation de masse	DS	450 000

Créer des réseaux communautaires de jeunes dans les villages pour renforcer leur information en matière de SSRAJ	DS	42 000
Impliquer les chefs traditionnels et les leaders religieux dans les programmes de SR	RNSR/UAT, DRSP, DS	50 000
TOTAL		2 482 500

ACTIVITES DE RECHERCHE

Mener des enquêtes CAP auprès des populations, des jeunes et des leaders d'opinion	UAT/DRSP/DS	200 000
Auditer tous les décès maternels enregistrés dans toutes les formations sanitaires	DS	0
Encadrer les activités de recherche en SR au niveau des districts (1 million de FCFA par district)	DS	150 000
TOTAL		350 000

ACTIVITES DE SUIVI EVALUATION

Evaluer, par enquêtes, les obstacles à la PF et la couverture contraceptive	DNSR/UAT, DRSP, DS	170 000
Superviser à tous les niveaux	UAT, DRSP, DS	615 700
Suivre la mise en œuvre du programme	DNSR/UAT	34 000
Evaluation à mis parcours et finale du programme	DNSR/UAT	100 000
TOTAL		919 700

ACTIVITES DE GESTION DES PRESTATIONS SUR LE TERRAIN

Délimiter les ires de santé des CSI	DS	42 000
Intégrer les services SR dans les acticités de toutes les formations	DNSR/UAT, DRSP,	0
sanitaires	DS, CSI	U
Actualiser et mettre en place les outils de gestion SR dans toutes les	DNSR/UAT, DRSP,	5 000
FS y compris les outils pour la référence – contre référence	DS, CSI	3 000
Créer et mettre en œuvre un cadre juridique favorable à la SR	DNSR	0
Responsabiliser les communautés	DRSP, DS, CSI	0
Traiter et réinsérer les femmes fistuleuses (500 par an)	DNSR/UAT, DRSP,	500 000
	DS, CSI	300 000
Dynamiser la DBC à base communautaire	DRSP, DS, CSI	50 000
Intégrer les SSRAJ dans au moins deux CSI par district rural et quatre	DRSP, DS, CSI	150 000
CSI par commune urbaine	DNOF, DO, COI	130 000
Assurer le fonctionnement de la DNSR/UAT	DNSR/UAT	450 000
TOTAL		1 197 000

MOYENS HUMAINS ET MATERIEL POUR <u>LA MISE EN ŒUVRE</u> DU PROGRAMME

Doter les équipes de santé en matériel de diffusion de l'éducation	UAT, DRSP, DS	45 000
pour la santé	0,11,21101,20	10 000
Aménager et équiper la DNSR et l'UAT	DRSN	172 000
Recruter et rémunérer des cadres nationaux pour l'UAT	DNSR	120 000
Recruter une assistance technique internationale	DNSR	292 000
Recruter et rémunérer un cadre national par DRSP	DNSR/UAT	133 200
Recruter et rémunérer un cadre national par DS	DNSR/UAT, DRSP	338 400
Appuyer les micros plans des CSI	DS, CSI	793 500
Doter chaque DRSP et chaque DS d'un véhicule de supervision SR	DNSR/UAT	964 000
TOTAL		2 848 100

MOYENS HUMAINS ET MATERIEL POUR <u>LE DEVELOPEMENT DES SERVICES</u>

Dans chaque région, mettre en place un centre de référence en matière de SR/PF pour assurer la formation et promouvoir l'utilisation des techniques modernes de PF	DRSP	150 000
Rendre fonctionnelles et développer des équipes mobiles dans les 5 DS les moins couverts ayant la CS I plus faible	DRSP, DS	958 000
Mener des activités foraines à partir des CSI	DS, CSI	278 200
Mettre à niveau l'équipement des formations sanitaires, y compris les HD et les maternités de référence.	DNSR/UAT, DRSP, DS	1 457 000
Doter les CSI ruraux en énergie solaire, les CSI ruraux et les DS en radio BLU	DNSR/UAT, DRSP, DS	2 450 000
Doter les districts de salle de formation et de matériel didactique	DNSR/UAT, DRSP, DS	462 000
Rendre disponibles les médicaments et consommable dans les CSI 2, les HD et les maternités de référence (y compris la transfusion sanguine)	DNSR/UAT, DRSP, DS	2 811 000
Garantir l'approvisionnement des contraceptifs dans toutes les formations sanitaires	DNSR/UAT, DRSP, DS	1 812 000
Créer dans les HD et les CSI un fonds de solidarité pour la prise en charge des évacuations	DNSR/UAT, DRSP, DS	227 500
Renouveler les ambulances des HD et doter en ambulance les CSI 2 des zones lointaines	DNSR/UAT	1 770 000
TOTAL		12 375 700

RECAPITULATIF

ACTIVITES	BUGDET 2005 2009 (Millier FCFA)
FORMATION	1 606 500
INFORMATION, EDUCATION ET COMMUNICATION	2 482 500
RECHERCHE	350 000

SUIVI EVALUATION	919 700
GESTION DES PRESTATIONS SUR LE TERRAIN	1 197 000
MOYENS HUMAINS ET MATERIEL POUR <u>LA MISE EN</u>	2 848 100
ŒUVRE DU PROGRAMME	2 040 100
MOYENS HUMAINS ET MATERIEL POUR <u>LE</u>	12 375 700
DEVELOPEMENT DES SERVICES	12 373 700
TOTAL GENERAL	21 779 500

11 LE CHONOGRAMME DES ACTIVITES A METTRE EN ŒUVRE

	Année 1					Ann	ée 2			Ann	ée 3			Ann	ée 4		Année 5			
	T1	T2	Т3	T4	T1	T2	Т3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	Т3	T4
ACTIVITES DE FORMATION																				
Réviser les normes et procédures SR, y intégrer l'aspect genre																				
Réviser les modules de formation en SR/PF dans tous les curriculum de formation du personnel de santé (médecins, SF et infirmiers, ASS,), y intégrer les SSRAJ et le genre																				
Former les membres de l'équipe de l'UAT																				
Former et recycler les personnels de santé																				
Former les matrones, les ASC des cases de santé et les relais à la reconnaissance des signes de danger lors de l'accouchement																				
Former les comités de gestion, le personnel de santé et les agents de santé communautaire pour la gestion logistique des intrants																				
Organiser des voyages d'étude pour 10 cadres centraux et régionaux par an dans les pays performants en SR/PF																				
Organiser des voyages d'étude pour 10 Chefs religieux par an dans les pays Musulmans performants en SR/ PF																				
ACTIVITES D'INFORMATION, D'EDUCATION ET DE COMMUNICATION																				
Elaborer et diffuser des messages radiophoniques et des spots TV																				
Elaborer et diffuser des supports éducatifs en matière de SR																				
Mettre en place une stratégie de communication pour le changement de comportement																				
Organiser des séances de sensibilisation auprès des communautés et de la population																				
Mener un plaidoyer en faveur des activités de SR																				

Appuyer les ONG pour mener des campagnes de sensibilisation de										
masse										
Créer des réseaux communautaires de jeunes dans les villages pour renforcer leur information en matière de SSRAJ										
Impliquer les chefs traditionnels et les leaders religieux dans les programmes de SR										

	Année 1					Ann	ée 2			Ann	ée 3		Année 4				Année 5			
	T1	T2	Т3	T4	T1	T2	Т3	T4	T1	T2	Т3	T4	T1	T2	Т3	T4	T1	T2	Т3	T4
ACTIVITES DE RECHERCHE																				
Mener des enquêtes CAP auprès des populations, des jeunes et des leaders d'opinion																				
Auditer tous les décès maternels enregistrés dans toutes les formations sanitaires																				
Encadrer les activités de recherche en SR au niveau des districts																				
ACTIVITES DE SUIVI EVALUATION																				
Evaluer, par enquêtes, les obstacles à la PF et la couverture contraceptive																				
Superviser à tous les niveaux																				
Suivre la mise en œuvre du programme																				
Evaluation à mis parcours et finale du programme																				
ACTIVITES DE GESTION DES PRESTATIONS SUR LE TERRAIN																				
Délimiter les ires de santé des CSI																				
Intégrer les services SR dans les acticités de toutes les formations sanitaires																				
Actualiser et mettre en place les outils de gestion SR dans toutes les FS y compris les outils pour la référence – contre référence																				

Créer et mettre en œuvre un cadre juridique favorable à la SR										
Responsabiliser les communautés										
Traiter et réinsérer les femmes fistuleuses (500 par an)										
Dynamiser la DBC à base communautaire										
Intégrer les SSRAJ dans au moins deux CSI par district rural et quatre CSI par commune urbaine										
Assurer le fonctionnement de la DNSR/UAT										

		Ann	ée 1			Ann	ée 2			Ann	ée 3			Ann	ée 4			Ann	ée 5	
	T1	T2	Т3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	Т3	T4
MOYENS HUMAINS ET MATERIEL POUR <u>LA MISE EN ŒUVRE</u> DU PROGRAMME																				
Doter les équipes de santé en matériel de diffusion de l'éducation pour la santé																				
Aménager et équiper la DNSR et l'UAT																				
Recruter et rémunérer des cadres nationaux pour l'UAT																				
Recruter une assistance technique internationale																				
Recruter et rémunérer un cadre national par DRSP																				
Recruter et rémunérer un cadre national par DS																				
Appuyer les micros plans des CSI																				
Doter chaque DRSP et chaque DS d'un véhicule de supervision SR																				
MOYENS HUMAINS ET MATERIEL POUR <u>LE DEVELOPEMENT</u> <u>DES SERVICES</u>																				
Dans chaque région, mettre en place un centre de référence en matière de SR/PF pour assurer la formation et promouvoir l'utilisation des techniques modernes de PF																				

Rendre fonctionnelles et développer des équipes mobiles dans les 5 DS les moins couverts ayant la CS I plus faible									
Mener des activités foraines à partir des CSI									
Mettre à niveau l'équipement des formations sanitaires, y compris les HD et les maternités de référence.									
Doter les CSI ruraux en énergie solaire, les CSI ruraux et les DS en radio BLU									
Doter les districts de salle de formation et de matériel didactique									
Rendre disponibles les médicaments et consommable dans les CSI 2, les HD et les maternités de référence (y compris la transfusion sanguine)									
Garantir l'approvisionnement des contraceptifs dans toutes les formations sanitaires									
Créer dans les HD et les CSI un fonds de solidarité pour la prise en charge des évacuations									
Renouveler les ambulances des HD et doter en ambulance les CSI 2 des zones lointaines									

12 LE CADRE INSTITUTIONNEL DE MISE EN ŒUVRE DU PNSR

12.1 LES PRINCIPES GENERAUX

- 1) La tutelle du PNSR est assurée par le MSP/LCE.
- 2) La Direction Nationale de la Santé de la Reproduction (DNSR) est la structure responsable de la coordination administrative, technique et financière du programme.
- 3) La DNSR est appuyée par une Unité d'Appui Technique (UAT) pour renforcer ses capacités techniques et de gestion. Cette unité est composée de personnels nationaux et d'experts internationaux en SR. Elle appuie la DNSR dans la coordination du programme au niveau central, régional et sous régional, elle assure l'exécution, le suivi technique et l'évaluation du PNSR dans ses différentes composantes.
- 4) Au niveau Régional : le Directeur Régional de la Santé Publique (DRSP) est responsable de la coordination, la mise en œuvre et le suivi du PNSR dans sa région. Les ressources affectées dans le cadre de la mise en œuvre du PNSR au niveau régional sont utilisées prioritairement pour atteindre les résultats attendus dans le plan annuel d'activité SR de la DRSP intégré à son plan d'action annuel général. Les ressources mises à la disposition de la DRSP sont gérées selon l'approche basée sur la performance à travers une évaluation annuelle. Pour permettre à la DRSP d'assurer ce rôle, l'équipe est renforcée par un médecin de santé publique plus particulièrement chargé du programme SR au niveau régional.
- 5) Au niveau Opérationnel (District Sanitaire) : le Médecin Chef de District est responsable de la coordination, la mise en œuvre et le suivi du PNSR dans son district. Les ressources affectées dans le cadre de la mise en œuvre du PNSR seront utilisées prioritairement pour atteindre les résultats attendus du plan d'action annuel SR du DS intégré à son plan d'action annuel général. Les ressources mises à la disposition du DS seront gérées selon l'approche basée sur la performance à travers une évaluation annuelle. L'Equipe Cadre de District est renforcée par une Sage Femme, répondant technique au niveau district de l'unité technique régionale.

Les structures de mise en œuvre du programme sont soutenues par trois organismes :

- 1) Une comité de coordination interministériel de SR, sous la présidence du premier ministre, et qui regroupe outre le MSP/LCE, les autres départements ministériels chargés des questions de la population, du développement social, des finances, de la promotion de la femme et de la protection de l'enfance, de la communication, de l'agriculture, du transport ainsi que des représentants de la société civile et des ONG. Il se réunit deux fois par an. Le MSP/LCE en assure le secrétariat.
- 2) <u>Un comité de coordination</u> au sein du MSP/LCE, qui regroupe les responsables des principaux programmes (vaccination, PCIME, paludisme, nutrition, VIH/IDA), les directions connexes à la SR comme la DGR, le SNIS, la DEP, l'ONPPC, etc.,
- 3) Un comité de pilotage du PNSR qui regroupe les directions centrales du MSP/LCE concernées, la Direction de la Population du Ministère de la Population et de l'Action Sociale, les Directeurs de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfant du Ministère de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfant et les Partenaires Techniques et Financiers concernés. Ce comité aura à charge la validation des Plans d'Action Annuel en ce qui concerne la SR, et la répartition des ressources disponibles pour l'exécution des PAA.

12.2 LES MISSIONS ET ATTRIBUTIONS DES ORGANES DU MSP/LCE DANS LE CADRE DE LA MISE EN OEUVRE DU PNSR

12.2.1 <u>L'administration centrale</u>

12.2.1.1 La Direction Nationale de la Santé de la Reproduction

La politique et la coordination des ressources humaines en collaboration avec la Direction Générale des Ressources :

- Définir la politique de redéploiement des personnels, comme du recrutement de nouveaux personnels sous contrat ;
- Actualiser les normes et procédures de services de SR
- Définir la politique de formation en cours d'emploi du personnel de SR, tous profils confondus, pour mettre à jour leurs connaissances ;
- Négocier avec les structures de formation des personnels de santé pour la modification des curricula introduisant les différents aspects de la SR ;
- Définir la politique de supervision formative et d'évaluation pour permettre d'identifier et de corriger à temps les insuffisances.

La politique et la coordination de la communication et du plaidoyer

- Définir la stratégie de production et de diffusion des supports de communication/éducation en SR pour les mettre à la disposition du personnel de santé et des communautés ;
- Effectuer le plaidoyer au niveau central.

Le système d'information sanitaire en collaboration avec le Système national d'information sanitaire

- Réviser les supports de collecte des données SNIS afin d'y introduire les données nécessaires au suivi du PNSR à tous les niveaux ;
- Mettre en place une base des données de gestion du programme de SR ;
- Mettre en place un système de suivi-évaluation et de supervision des activités SR ;
- Mettre en place un système d'analyse des données sur la mortalité maternelle (audits des décès maternels).

La collaboration avec les autres programmes et institutions

- Coordonner avec les autres programmes de santé ayant des activités liées à la santé de la mère et de l'enfant.
- Développer un partenariat efficace avec les autres départements ministériels en relation avec les domaines de la SR.
- Développer un partenariat efficace avec les ONGs actives dans les domaines de la SR.
- Planifier et mettre en œuvre des activités de recherche dans le domaine de la SR en collaboration avec les centres et institutions spécialisés.

12.2.1.2 l'Unité d'Appui Technique du PNSR (UAT)

La mission de l'UAT

La mission de cette unité est de conseiller la DNSR et de mettre en place les structures techniques qui vont permettre l'exécution de PNSR. L'UAT doit, en effet, apporter aux équipes de santé le soutien technique, l'appui logistique et financier dont elles ont besoin pour assumer convenablement leur rôle. Elle doit, notamment assurer:

La planification de l'exécution du PNSR

- Préparer le plan d'action national annuel ;
- Apporter un soutien méthodologique pour l'application des normes dans les stratégies et activités du PNSR ;
- Planifier et assurer la formation du personnel du programme en collaboration avec les institutions de formation nationales et internationales;
- Planifier et appuyer la formation des personnels à tous les niveaux ;
- Exécuter la stratégie de communication sociale de portée nationale et veiller à sa mise en œuvre au niveaux régional et départemental, notamment produire et diffuser les supports éducatifs en SR, et les outils nécessaires à l'IEC en SR;
- Exécuter les activités de plaidoyer et de mobilisation sociale, de portée nationale, en collaboration avec les autres départements ministériels et les ONGs spécialisées ;
- Mettre en place un système efficace d'approvisionnement et de distribution des contraceptifs en collaboration avec la Direction de la Pharmacie ;
- Superviser et évaluer la mise en œuvre des activités du programme afin d'identifier et de corriger à temps les insuffisances.
- Apporter un soutien méthodologique et un appui financier pour mener des activités de recherche-action.

La gestion des moyens mobilisés par le PNSR

- Mobiliser les ressources nécessaires à la mise en œuvre des plans d'action annuels en coordination étroite avec les partenaires techniques et financiers.
- Mobiliser le budget de fonctionnement du programme pour l'exécution des activités dans les délais.
- Acquérir des moyens matériels, des équipements, des médicaments et des moyens de transport, les répartir en fonction des plans d'action.

Le monitoring et la coordination de l'exécution du PNSR

L'Unité d'Appui Technique, pour être plus performant dans la mise en œuvre du PNSR, bénéficie de l'autonomie de gestion en guise d'impératif pour une **gestion axée sur la performance**. En restant parfaitement intégrée dans le dispositif sanitaire du pays, et selon les directives de la DNSR, elle acquiert la capacité de mobiliser des ressources en accord avec les partenaires financiers et techniques. Elle est dotée de **la capacité de contracter** des ressources humaines compétentes pour la conduite de la recherche, la planification, l'exécution de plans, le suivi des produits et l'évaluation des effets du PNSR.

L'organisation de l'UAT

L'UAT est dirigée par un cadre médecin. Elle comprend quatre cellules :

- Une Cellule « Services SR » chargée de la mise en application des instructions techniques reçues de la DNSR dans les domaines de la maternité sans risque, de la planification familiale et de la SSRAJ;
- 2. Une Cellule « gestion, suivi et évaluation » chargée de la gestion du budget et du suivi de la mise en œuvre du programme grâce notamment à un système d'information efficace coordonné avec le SNIS et d'une base de données spécifique au programme ;
- 3. Une Cellule « formation et recherche » chargée de l'élaboration des modules de formation et de la planification de la formation du personnel et de la mise en œuvre d'un programme de recherche :
- 4. Une Cellule « Communication sociale » chargée de proposer une stratégie nationale de communication sociale à la NSR, de préparer les moyens pour la concrétiser et de veiller à sa mise en œuvre avec notamment la production et la diffusion des supports.

L'UAT reçoit l'appui d'une assistance technique internationale sous forme de la mise à disposition d'un assistant technique long terme et de missions ponctuelles. Les missions de cette assistance techniques sont plus particulièrement de :

- Faire un état des lieux et une estimation exacte et rapide des besoins (ressources humaines, infrastructures, équipements, médicaments, contraceptifs, formation, etc.) des régions et des districts pour chacune des composantes du programme ;
- Estimer le financement nécessaire à la mise en œuvre des plans d'action nationaux, régionaux et des districts :
- Proposer à la DNSR une stratégie adéquate de mobilisation des ressources ;
- Asseoir l'organisation du programme et mettre en place un système de gestion efficace (préparation et exécution du budget, suivi et évaluation);
- Formuler le plan d'action annuel (actualisation des normes/procédures/standards /protocoles, organisation de la formation, participation à l'évaluation, identification des priorités de recherche....);
- Proposer à la DNSR une stratégie adéquate en matière de développement des ressources humaines du programme et appuyer sa mise en œuvre;
- Evaluer le système actuel de collecte des données et proposer son adaptation aux besoins d'une gestion par programme en collaboration avec le SNIS;
- Etablir une stratégie de supervision par niveau et proposer une politique d'assurance de la qualité (respect des normes et procédures, analyse des causes d'échec, etc.) ;
- Proposer une stratégie adéquate de communication sociale et appuyer sa mise en œuvre ;
- Identifier les besoins en recherche du programme (données manquantes/ RMM, évaluation de stratégies/DBC, matrones relais, expériences de mutualisation des communautés, équipes mobiles, intervention du secteur privé.....) et planifier leur mise en œuvre
- Mettre en place une unité de production et de diffusion de supports éducatifs.

Le profil de poste des membres de l'UAT sont définis en annexe 1

12.2.2 <u>Les Direction Régionales de la Santé Publique</u>

Le Directeur Régional de la Santé Publique est responsable de la coordination de la mise en œuvre et du suivi du PNSR dans sa région.

Il est appuyé par un médecin de santé publique. Sous l'autorité du DRSP, ce médecin est en charge de :

- Préparer le plan d'action annuel régional SR issu du PAA régional ;
- Assurer la supervision du programme dans les districts relevant de la DRSP;
- Collecter et analyser les données spécifiques SR des districts et les transmettre au niveau central (UAT);
- Assurer au niveau régional la coordination avec les autres programmes ayant une relation avec la SR :
- Assurer la coordination avec les représentants régionaux des partenaires ;
- Favoriser l'émergence d'une structure de référence régionale d'appui au programme.
- Contribuer à l'organisation de cycles de formation du personnel ;
- Améliorer la coordination avec les districts pour renforcer le système de référence contre référence :
- Participer à l'analyse des données sur la mortalité maternelle (audits des décès maternels) ;
- Organiser et/ou contribuer à des actions de recherche.

12.2.3 Les Districts Sanitaires

Le District représente le niveau le plus opérationnel du PNSR. Le Médecin Chef de District est responsable de la coordination de la mise en œuvre et du suivi du PNSR dans son district.

Pour assumer convenablement cette mise en œuvre du PNSR, l'ECD est renforcée par une SF au profil adéquat, essentiellement chargée de mener une supervision régulière dans le domaine de la SR auprès des formations sanitaires.

Les attributions de l'ECD sont :

- Préparer un plan d'action annuel permettant d'assurer les prestations de SR dans toutes les formations sanitaires du District ;
- Organiser, en collaboration avec les niveaux régional et central, le recyclage et la formation du personnel des formations sanitaires en SR ;
- Mettre en œuvre, en partenariat avec les acteurs locaux, des activités de communication sociale en faveur de la SR;
- Assurer le suivi des résultats et la supervision ;
- Organiser et/ou contribuer à des actions de recherche.

Les attributions des formations sanitaires sont :

- Mettre en œuvre les activités du PNSR selon les instructions du module « normes, procédures et standards en SR » réactualisé par le PNSR ;
- Collecter et acheminer au niveau du district les données nécessaires au suivi du programme.

13 LE SUIVI / EVALUATION

13.1 LE SUIVI

Un suivi de l'état d'avancement des actions inscrites au PNSR et les résultats au niveau national par la DNSR/UAT, au niveau régional par la de la DRSP et au niveau des districts par l'ECD. Ce suivi sera assuré grâce à la mise en place d'un système d'information de gestion. Un tel suivi permettra aux acteurs et aux décideurs des différents niveaux de la pyramide sanitaire d'identifier les obstacles et d'y remédier en temps réel.

Chaque niveau doit disposer d'un monitorage des activités et d'un tableau de bord permettant la prise de décision. En cours d'exécution des plans du PNSR, le suivi doit fournir les informations aux acteurs et aux décideurs de tous les niveaux du système sanitaire qui doivent leur permettre de réorienter certaines de leurs actions en fonction des résultats de leurs évaluations opérationnelles et analytiques.

Le renforcement de la DNSR, des DRSP et les ECD en ressources humaines en plus de l'assistance technique internationale prévue sont de nature à assurer un suivi rapproché de l'état d'avancement des activités programmées dans le PNSR.

13.2 L'EVALUATION

En plus des évaluations spécifiques aux composantes et des activités du PNSR, celui-ci fera l'objet d'une évaluation à mi-parcours (3 ans après le démarrage) et d'une évaluation finale en fin du programme. Ces évaluations seront réalisées avec des experts externes.

14 ANNEXES

14.1 PROFIL DE POSTE DES MEMBRES DE L'UAT

ASSISTANT TECHNIQUE INTERNATIONAL:

- Doctorat en Médecine avec une grande expérience en santé publique.
- Expérience en gestion de programmes de santé.
- Grande expérience dans la mise en œuvre de programmes de PF/SR.
- Au moins 10 d'ancienneté de responsabilité d'une institution référence en SR.
- Grande expérience du contexte international en SR.
- Grande connaissance de la problématique de la SR en Afrique.
- Grande expérience dans la gestion des projets de coopération bilatérale et multilatérale.
- Capacité d'analyse et d'établissement de rapports.
- Compétence dans le travail en équipe, d'organisation et de gestion.

RESPONSABLE DES SERVICES SR:

- Doctorat en médecine avec formation spécifique dans les domaines de la SR.
- Expérience dans le domaine des prestations des services SR.
- Expérience dans la mise au point d'instruments et procédures relatifs aux domaines de la SR.
- Capacité de coordination avec les homologues des structures de référence en SR.
- Capacité dans la conception des stratégies pour améliorer la couverture par les services (PF, accouchement assisté, SSRAJ).

RESPONSABLE DU SUIVI/EVALUATION/SUPERVISION:

- Cadre de santé publique ayant une formation en épidémiologie, statistiques, informatique et en démographie.
- Expérience en collecte, acheminement et analyse des données.
- Expérience dans la gestion des systèmes d'information.
- Capacité de mise en place de tableaux de bord pour le suivi.
- Expérience dans la rédaction de rapports de retro-information.
- Expérience dans la publication de bulletins d'information.
- Facilité et disponibilité pour la supervision du système d'information.

RESPONSABLE DE LA FORMATION/RECHERCHE:

- Cadre médical ayant une formation en pédagogie et en méthodologie de recherche.
- Expérience en organisation et gestion de programmes de formation.
- Expérience dans l'organisation et la gestion de programmes de recherche.
- Expérience dans la valorisation des résultats de recherche (publications, séminaires....).

RESPONSABLE DE LA COMMUNICATION:

- Cadre ayant une formation de base dans l'un des domaines sociologiques (sociologue, psychologue, anthropologues...)
- Formation en techniques de communication.
- Expérience en organisation et gestion des programmes IEC.
- Expérience en production et utilisation de supports éducatifs.
- Capacité de mise en place de réseaux de communication et de mobilisation communautaire.
- Expérience dans la gestion de projets en partenariat avec les autres organisations de la société civile.

LES CADRES REGIONAUX

- Au niveau des DRSP: cadre médical ayant l'expérience en technologie SR, planification gestion et évaluation de programme ayant une expérience de trois ans sur le terrain ou dans une structure de gestion de programmes.
- Au niveau des ECD : sage femme bien formée en technique SR (surtout en PF), formée en pédagogie et en technique de supervision avec une expérience d'au moins trois ans sur le terrain

14.2 DETAIL DES ACTIVITES ET DE LEUR COUT PAR ANNEE

ACTIVITES DE FORMATION

ACTIVITES	2005	2006	2007	2008	2009	Total	Sources de	financement
1.1.2.1. Actualiser les normes et procédures spécifiques à la CPN						0		
1.1.2.2. Organiser 2 sessions de formations en SR /an /DS en Normes	126000	126000	126000	126000	126000	630000		
et procédures SR (2 x 42 x 1.500 par an)	120000	120000	120000	120000	120000	030000		
1.1.5.1. Actualiser les normes et procédures spécifiques à la CPoN						0		
1.3.1.1. Actualiser les normes et procédures SR						0		
1.3.1.4. Renforcer la formation de toutes les SF en soins obstétricaux	3000	3000	3000	3000	3000	15000		
d'urgence	3000	3000	3000	3000	3000	15000		
1.3.3.2. Actualiser les normes et procédures dans le domaine du						0		
recours à la césarienne						O		
1.3.4.1. Former/recycler les SF des maternités des HD et des CSI 2 aux	3000	3000	3000	3000	3000	15000		
soins après avortement	3000	3000	3000	3000	3000	13000		
1.3.5.1. Former les matrones, les ASC des cases de santé et les relais	15000	15000	15000	15000	15000	75000		
à la reconnaissance des signes de danger lors de l'accouchement	13000	13000	13000	13000	13000	75000		
1.4.1.3. Former les SF et les infirmiers des CSI dans la prévention et la	6000	6000	6000	6000	6000	30000		
prise en charge des fistules obstétricales	0000	0000	0000	0000	0000	30000		
1.4.2.1. Actualiser les normes et procédures SR pour la prise en charge						0		
des fistules obstétricales						O		
2.1.1.4. Former les ECD et les agents des CSI en méthodes								
d'estimation des populations cibles, d'estimation des besoins en	15000			7500		22500		
contraceptifs, de suivi des femmes inscrites et de calcul de la	13000			1 300		22300		
couverture en PF de cette population cible								
2.1.1.5. Former les agents à l'utilisation des courbes de monitoring et à	12000			6000		18000		
la micro planification pour mettre en place des plans d'action	12000			0000		10000		
2.1.1.6. Organiser des voyages d'étude pour 10 cadres centraux et								
régionaux par an dans les pays performants en SR/PF (1,5 millions par	15000	15000	15000	15000	15000	75000		
cadre)								
2.1.3.1. Actualiser les normes et procédures des services intégrant la						0		
PF						U		

	1	ı	1	1				
2.1.3.2. Former /Recycler les sages Femmes en insertion du DIU et des	15000	15000	15000	15000	15000	75000		
Implants	10000	10000	10000					
2.1.3.3. Réviser les modules de formation en SR/PF dans tous les								
curriculum de formation du personnel de santé (médecins, SF et						0		
infirmiers, ASS,);								
2.1.4.1. Organiser des séminaires de sensibilisation à l'attention du	25000	25000				50000		
personnel de santé en faveur des activités de PF (HD, CSI).	23000	23000				50000		
2.1.4.2. Formation / Recyclage des prestataires en counseling	10500	10500				25000		
spécifique à la PF	12500	12500				25000		
2.2.3.2. Organiser des voyages d'étude pour 10 Chefs religieux par an								
dans les pays Musulmans performants en SR/ PF (1,5 millions par chef	15000	15000	15000	15000	15000	75000		
religieux)								
2.3.1.1. Former les comités de gestion, le personnel de santé et les	45000	45000	45000			45000		
agents de santé communautaire pour la gestion logistique des intrants	15000	15000	15000			45000		
3.2.1.4. Intégrer les SSRAJ dans le curriculum de formation de base						0		
des professionnels de la santé						0		
3.2.1.5. Réviser les standards, normes et procédures SR en y intégrant						0		
les SSRAJ;						0		
3.2.1.7. Former le personnel à la prise en charge des jeunes et	25000	25000	25000	25000	25000	175000		
adolescents	35000	35000	35000	35000	35000	175000		
4.1.1. Former les SF et les infirmiers des CSI en matière de prise en	40000	50000	60000			450000		
charge syndromique des IST	40000	50000	60000			150000		
4.1.3. Actualiser les normes et procédures SR dans le domaine de la						0		
prise en charge des IST/VIH (PTME)						0		
4.2.1. Former les SF des maternités des HD et des CSI 2 en PTME	20000	30000	15000	5000	5000	75000	CISLS	
5.1.1.4. Formation à l'étranger de l'équipe de l'UAT en SR/PF (3 mois	18000	18000				36000		
de stage pratique)	10000	10000				30000		
5.4.2.2. Intégrer le genre dans les curricula des écoles de formation		10000				10000		
5.4.2.3. Intégrer l'aspect genre dans les normes et procédures en SR	10000					10000		
	400500	393500	323000	251500	238000	1606500		

ACTIVITES D'INFORMATION, D'EDUCATION ET DE COMMUNICATION (IEC)

ACTIVITES	2005	2006	2007	2008	2009	Total	Sources de	financement
1.1.6.1. Organiser au niveau des FS des séances de sensibilisation de groupe pour la promotion de la CPN et CPOSTN						0		
1.1.6.3. Mener des activités IEC pour améliorer les connaissances de la population sur les bienfaits des services SR		10000	10000	10000	10000	40000		
1.2.1.2. Elaborer et diffuser des messages radiophoniques et des spots TV pour inciter les femmes à recourir aux maternités pour y accoucher		25000	15000	15000	15000	70000		
1.2.1.3. Mener des activités de Plaidoyer auprès des leaders traditionnels pour la promotion de l'accouchement assisté par un personnel qualifié		10000	10000	10000	10000	40000		
1.2.2.1. Organiser des séances de sensibilisation des matrones et les ASC sur leur rôle en matière d'accouchement (orientation et référence)	7100	7100	7100	7100	7100	35500		
1.2.3.2. Organiser des séances d'éducation en faveur de l'accouchement assisté par un personnel qualifié lors des consultations prénatales						0		
1.3.5.2. Organiser des compagnes d'information des familles sur les signes de gravités de l'accouchement	10000	10000	10000	10000	10000	50000		
1.4.3.2. Intégrer la sensibilisation sur la fistule dans les centres d'alphabétisation						0		
1.4.3.3. Encourager les efforts des ONGs intervenant dans la réinsertion sociale de la fistuleuse						0		
1.4.4.1. Sensibiliser les agents de santé à référer les cas de grossesses précoces à terme vers un centre de prise en charge chirurgico-obstétricale						0		
1.4.4.2. Renforcer la prévention de la fistule obstétricale à travers la sensibilisation sur les méfaits du mariage précoce en utilisant les radios de proximité	15000	15000	15000	15000	15000	75000		
1.4.4.3. Impliquer les autorités administratives et les leaders dans la sensibilisation sur la fistule	5000	5000	5000	5000	5000	25000		
1.4.5.1. Mener le plaidoyer auprès des associations d'hommes, de femmes et de jeunes pour la prévention et l'utilisation des services de prise en charge des fistules obstétricales	15000	15000	15000	15000	15000	75000		
1.4.5.2. Disséminer les supports d'IEC sur les fistules dans la population	12000	12000	12000	12000	12000	60000		

				1	1		
de site du CSI, HD							
1.4.5.3. Amener les femmes fistuleuses traitées à témoigner de leur cas							
dans les villages et sur les radios de proximité (changement de						0	
comportement)							
2.2.1.1. Elaborer et diffuser des supports éducatifs en matière de PF	12000	12000	12000	12000	12000	60000	
2.2.1.2. Elaborer et diffuser des messages radiophoniques et des spots	50000	10000	10000	10000	10000	90000	
télévisuels en matière de PF	30000	10000	10000	10000	10000	30000	
2.2.2.1. Organiser des séances d'éducation de groupe dans les villages							
par le personnel de santé (fixe, forain et mobile), les ASC, les agents	25000	25000	25000	25000	25000	125000	
DBC et les relais communautaires pour inciter les femmes à adopter les	25000	25000	25000	25000	23000	123000	
méthodes de PF							
2.2.2.2. Elaborer et diffuser des messages radiophoniques et des spots						0	
télévisuels en matière de PF (coût inclus dans 2.2.1.2.)						U	
2.2.3.1. Organiser du plaidoyer auprès des comités de santé, des							
comités de gestion, des chefs des villages, des leaders d'opinion et des	15000	15000	15000	15000	15000	75000	
chefs religieux en matière de PF							
2.2.3.3. Mettre en place une stratégie de communication pour le							
changement de comportement (Impliquer plus les hommes dans les						0	
activités de SR, Former les leaders politiques, religieux et les chefs						U	
traditionnels en PF)							
2.2.4.1. Mener en coordination avec les ONGs locales des campagnes						0	
de sensibilisation de masse en faveur de la PF						U	
2.2.4.2. Passer des contrats avec les ONG, Associations et structures	25000	25000	25000	25000	25000	125000	
communautaires pour la sensibilisation en PF	25000	25000	25000	25000	25000	125000	
3.1.1.1 Intégrer la communication sur le paquet minimum des services							
SSRAJ (puberté, sexualité, grossesses non désirées, IST/VIH,) dans						0	
les structures d'écoute et d'information/orientation des jeunes, des clubs						0	
des jeunes, des centres culturels et des centres sociaux, etc							
3.1.1.2. Utiliser les radios communautaires pour sensibiliser es jeunes	25000	25000	25000	25000	25000	105000	
en matière de SSRAJ	25000	25000	25000	25000	25000	125000	
3.1.1.3. Communication pour le changement du comportement	35000	35000	35000	35000	35000	175000	

les villages pour sensibiliser au niveau des fadas, des foyers et des groupements féminins (ici coûts de formation) 3.1.1.5. Développer, rendre disponible et utiliser du matériel éducatif adapté 3.1.2.1. Créer des réseaux communautaires de jeunes dans les villages pour renforcer leur information en matière de SSRAJ y compris la PF(1 million/DS) 3.1.2.3. Informer et sensibiliser les élèves dans les écoles en mettant l'accent sur les « attitudes et comportements qui sauvent », notamment la promotion du préservatif 3.1.3.1. Promouvoir auprès des jeunes l'utilisation du condom pour prévenir la transmission du VIH/SI 3.2.2.2. Mener un plaidoyer pour le retardement de l'âge au mariage des jeunes filles et l'abolition des pratiques traditionnelles néfastes 3.2.2.4. Promouvoir l'utilisation des méthodes contraceptives chez ceux et celles qui ont une vie sexuelle active pour éviter les grossesses non désirées 4.2.2. Mener le plaidoyer auprès des associations d'hommes, de femmes et des jeunes pour une utilisation des services d'IST/VIH 4.2.3. Promouvoir le dépistage volontaire du VIH auprès de la population 4.3.1. Disséminer les supports d'IEC sur les IST/VIH dans la population des ite du CSI, HD								
3.1.1.5. Développer, rendre disponible et utiliser du matériel éducatif adapté 3.1.2. Créer des réseaux communautaires de jeunes dans les villages pour renforcer leur information en matière de SSRAJ y compris la PF(1 million/DS) 3.1.2.3. Informer et sensibiliser les élèves dans les écoles en mettant l'accent sur les « attitudes et comportements qui sauvent », notamment la promotion du préservatif al promotion du préservatif 3.1.3.1. Promouvoir auprès des jeunes l'utilisation du condom pour prévenir la transmission du VIHSI 3.2.2.2. Mener un plaidoyer pour le retardement de l'âge au mariage des jeunes filles et l'abolition des pratiques traditionnelles néfastes des leunes filles et l'abolition des pratiques traditionnelles néfastes et celles qui ont une vie sexuelle active pour éviter les grossesses non désirées 4.2.2. Mener le plaidoyer auprès des associations d'hommes, de femmes et des jeunes pour une utilisation des services d'IST/VIH dans la population de site du CSI, HD 4.1.1. Penser des compagnes d'information et de sensibilisation de la communauté sur la transmission mère /enfant du VIH auprès de SR 5.3.2. Créer et faire fonctionner un cadre de partenariat avec les ONG et Associations qui ceuvrent dans le domaine de la SR 5.4.1.1. Passer des contrats avec les ONG, Associations et structures	3.1.1.4. Former et utiliser 7500 pairs éducateurs dans les quartiers et							
3.1.1.5. Développer, rendre disponible et utiliser du matériel éducatif adapté 3.1.2.1. Oréer des réseaux communautaires de jeunes dans les villages pour renforcer leur information en matière de SSRAJ y compris la PF(1 million/DS) 3.1.2.3. Informer et sensibiliser les élèves dans les écoles en mettant l'accent sur les « attitudes et comportements qui sauvent », notamment la promotion du préservatif 3.1.2.1. Promouvoir auprès des jeunes l'utilisation du condom pour prévenir la transmission du VIH/SI 3.2.2.2. Mener un plaidoyer pour le retardement de l'âge au mariage des jeunes filles et l'abolition des pratiques traditionnelles néfastes des jeunes l'utilisation des methodes contraceptives chez ceux et celles qui ont une vie sexuelle active pour éviter les grossesses non désirées 4.2.2. Mener le plaidoyer auprès des associations d'hommes, de femmes et des jeunes pour une utilisation des services d'ISTIVIH 4.2.3. Promouvoir le dépistage volontaire du VIH auprès de la population de site du CSI, HD 4.4.1. Mener des compagnes d'information et de sensibilisation de la communauté sur la transmission mère /enfant du VIH 5.3.1. Mener un plaidoyer en faveur des activités de SR 10000 100		5000	10000	15000	20000	25000	75000	
3.1.2.1. Crèer des réseaux communautaires de jeunes dans les villages pour renforcer leur information en matière de SSRAJ y compris la PF(1 million/DS) 3.1.2.3. Informer et sensibiliser les élèves dans les écoles en mettant l'accent sur les « attitudes et comportements qui sauvent », notamment la 10000 10000 10000 10000 50000 la promotion du préservatif 3.1.3.1. Promouvoir auprès des jeunes l'utilisation du condom pour prévenir la transmission du VIH/SI 3.2.2.2. Mener un plaidoyer pour le retardement de l'âge au mariage des jeunes filles et l'abolition des pratiques traditionnelles néfastes 3.2.2.4. Promouvoir lutilisation des méthodes contraceptives chez ceux et celles qui ont une vie sexuelle active pour éviter les grossesses non désirées 4.2.2. Mener le plaidoyer auprès des associations d'hommes, de femmes et des jeunes pour une utilisation des services d'IST/VIH 4.2.3. Promouvoir le dépistage volontaire du VIH auprès de la population 4.3.1. Disséminer les supports d'IEC sur les IST/VIH dans la population de site du CSI, HD 4.1. Mener des compagnes d'information et de sensibilisation de la communauté sur la transmission mère /enfant du VIH commandation de la communauté sur la transmission mère /enfant du VIH commandation de la communauté sur la transmission mère /enfant du VIH suprès de SR 10000 10000 10000 10000 10000 50000	<u> </u>							
3.1.2.1. Créer des réseaux communautaires de jeunes dans les villages pour renforcer leur information en matière de SSRAJ y compris la PF(1 million/DS) 3.1.2.3. Informer et sensibiliser les élèves dans les écoles en mettant l'accent sur les « attitudes et comportements qui sauvent », notamment la promotion du préservatif 3.1.3.1. Promouvoir auprès des jeunes l'utilisation du condom pour prévenir la transmission du VIH/SI 3.2.2.2. Mener un plaidoyer pour le retardement de l'âge au mariage des jeunes filles et l'abolition des pratiques traditionnelles néfastes 3.2.2.4. Promouvoir l'utilisation des méthodes contraceptives chez ceux et celles qui ont une vie sexuelle active pour éviter les grossesses non désirées 4.2.2. Mener le plaidoyer auprès des associations d'hommes, de femmes et des jeunes pour une utilisation des services d'IST/VIH 4.2.3. Promouvoir le dépistage volontaire du VIH auprès de la population 4.3.1. Disséminer les supports d'IEC sur les IST/VIH dans la population 4.4.1. Mener des compagnes d'information et de sensibilisation de la communauté sur la transmission mère /enfant du VIH 4.2.3. Promouvoir l'utinsation des de SR 5.3.1. Mener un plaidoyer en faveur des activités de SR 10000 100	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	50000	10000	10000	10000	10000	90000	
pour renforcer leur information en matière de SŚRAJ y compris la PF(1 million/DS) 3.1.2.3. Informer et sensibiliser les élèves dans les écoles en mettant l'accent sur les « attitudes et comportements qui sauvent », notamment la promotion du préservatif 3.1.2.3. Informer et sensibiliser les élèves dans les écoles en mettant l'accent sur les « attitudes et comportements qui sauvent », notamment la promotion du préservatif 3.1.3.1. Promouvoir auprès des jeunes l'utilisation du condom pour prévenir la transmission du VIH/SI 3.2.2.2. Mener un plaidoyer pour le retardement de l'âge au mariage des jeunes filles et l'abolition des pratiques traditionnelles néfastes 3.2.2.4. Promouvoir l'utilisation des méthodes contraceptives chez ceux et celles qui ont une vie sexuelle active pour éviter les grossesses non désirées 4.2.2. Mener le plaidoyer auprès des associations d'hommes, de femmes et des jeunes pour une utilisation des services d'IST/VIH 4.2.3. Promouvoir le dépistage volontaire du VIH auprès de la population 4.3.1. Disséminer les supports d'IEC sur les IST/VIH dans la population de site du CSI, HD 4.4.1. Mener des compagnes d'information et de sensibilisation de la communauté sur la transmission mère /enfant du VIH 4.3.1. Disséminer les compagnes d'information et de sensibilisation de la communauté sur la transmission mère /enfant du VIH 4.3.1. Mener un plaidoyer en faveur des activités de SR 5.3.1. Mener un plaidoyer en faveur des activités de SR 5.3.2. Créer et faire fonctionner un cadre de partenariat avec les ONG et Associations qui œuvrent dans le domaine de la SR 5.3.1. Impliquer les chefs traditionnels et les leaders religieux dans les programmes de SR 5.4.1.1. Passer des contrats avec les ONG, Associations et structures 25000 250				.0000		.0000		
million/DS) 3.1.2.3. Informer et sensibiliser les élèves dans les écoles en mettant l'accent sur les « attitudes et comportements qui sauvent », notamment la promotion du préservatif 3.1.3.1. Promouvoir auprès des jeunes l'utilisation du condom pour prévenir la transmission du VIH/SI 3.2.2.2. Mener un plaidoyer pour le retardement de l'âge au mariage des jeunes filles et l'abolition des pratiques traditionnelles néfastes 3.2.2.4. Promouvoir l'utilisation des méthodes contraceptives chez ceux et celles qui ont une vie sexuelle active pour éviter les grossesses non désirées 4.2.2. Mener le plaidoyer auprès des associations d'hommes, de femmes et des jeunes pour une utilisation des services d'IST/VIH 4.2.3. Promouvoir le dépistage volontaire du VIH auprès de la population de site du CSI, HD 4.4.1. Mener des compagnes d'information et de sensibilisation de la communauté sur la transmission mère /enfant du VIH 5.3.1. Mener un plaidoyer en faveur des activités de SR 10000 100								
3.1.2.3. Informer et sensibiliser les élèves dans les écoles en mettant l'accent sur les « attitudes et comportements qui sauvent », notamment la promotion du préservatif 3.1.3.1. Promouvoir auprès des jeunes l'utilisation du condom pour prévenir la transmission du VIH/SI 3.2.2.2. Mener un plaidoyer pour le retardement de l'âge au mariage des jeunes filles et l'abolition des pratiques traditionnelles néfastes 3.2.2.4. Promouvoir l'utilisation des méthodes contraceptives chez ceux et celles qui ont une vie sexuelle active pour éviter les grossesses non désirées 4.2.2. Mener le plaidoyer auprès des associations d'hommes, de femmes et des jeunes pour une utilisation des services d'IST/VIH 4.2.3. Promouvoir le dépistage volontaire du VIH auprès de la population 4.3.1. Disséminer les supports d'IEC sur les IST/VIH dans la population de site du CSI, HD 4.4.1. Mener des compagnes d'information et de sensibilisation de la communauté sur la transmission mère /enfant du VIH 5.3.1. Mener un plaidoyer en faveur des activités de SR 10000	· ·	21000	21000				42000	
l'accent sur les « attitudes et comportements qui sauvent », notamment la promotion du préservatif 3.1.3.1. Promouvoir auprès des jeunes l'utilisation du condom pour prévenir la transmission du VIH/SI 3.2.2.2. Mener un plaidoyer pour le retardement de l'âge au mariage des jeunes filles et l'abolition des pratiques traditionnelles néfastes 3.2.2.4. Promouvoir l'utilisation des méthodes contraceptives chez ceux et celles qui ont une vie sexuelle active pour éviter les grossesses non désirées 4.2.2. Mener le plaidoyer auprès des associations d'hommes, de femmes et des jeunes pour une utilisation des services d'IST/VIH 4.2.3. Promouvoir le dépistage volontaire du VIH auprès de la population 4.3.1. Disséminer les supports d'IEC sur les IST/VIH dans la population de site du CSI, HD 4.4.1. Mener des compagnes d'information et de sensibilisation de la communauté sur la transmission mère /enfant du VIH communauté sur la transmission de la SR communauté sur la tra								
la promotion du préservatif 3.1.3.1. Promouvoir auprès des jeunes l'utilisation du condom pour prévenir la transmission du VIH/SI 3.2.2.2. Mener un plaidoyer pour le retardement de l'âge au mariage des jeunes filles et l'abolition des pratiques traditionnelles néfastes 3.2.2.4. Promouvoir l'utilisation des méthodes contraceptives chez ceux et celles qui ont une vie sexuelle active pour éviter les grossesses non désirées 4.2.2. Mener le plaidoyer auprès des associations d'hommes, de femmes et des jeunes pour une utilisation des services d'IST/VIH 4.2.3. Promouvoir le dépistage volontaire du VIH auprès de la population 4.3.1. Disséminer les supports d'IEC sur les IST/VIH dans la population de site du CSI, HD 4.4.1. Mener des compagnes d'information et de sensibilisation de la communauté sur la transmission mère /enfant du VIH 5.3.1. Mener un plaidoyer en faveur des activités de SR 10000 10000 10000 10000 10000 10000 10000 10000 10000 50000 53.2. Créer et faire fonctionner un cadre de partenariat avec les ONG et Associations qui ceuvrent dans le domaine de la SR 5.3.4. Impliquer les chefs traditionnels et les leaders religieux dans les programmes de SR 5.4.1.1. Passer des contrats avec les ONG, Associations et structures 25000 25000 25000 25000 12								
3.1.3.1. Promouvoir auprès des jeunes l'utilisation du condom pour prévenir la transmission du VIH/SI 3.2.2.2. Mener un plaidoyer pour le retardement de l'âge au mariage des jeunes filles et l'abolition des pratiques traditionnelles néfastes 3.2.2.4. Promouvoir l'utilisation des méthodes contraceptives chez ceux et celles qui ont une vie sexuelle active pour éviter les grossesses non désirées 4.2.2. Mener le plaidoyer auprès des associations d'hommes, de femmes et des jeunes pour une utilisation des services d'IST/VIH 4.2.3. Promouvoir le dépistage volontaire du VIH auprès de la population 4.3.1. Disséminer les supports d'IEC sur les IST/VIH dans la population de site du CSI, HD 4.4.1. Mener des compagnes d'information et de sensibilisation de la communauté sur la transmission mère /enfant du VIH 5.3.1. Mener un plaidoyer en faveur des activités de SR 10000 10000 10000 10000 10000 10000 50000 5.3.2. Créer et faire fonctionner un cadre de partenariat avec les ONG et Associations qui œuvrent dans le domaine de la SR 5.3.4. Impliquer les chefs traditionnels et les leaders religieux dans les programmes de SR 5.4.1.1. Passer des contrats avec les ONG, Associations et structures 25000 25000 25000 25000 25000 12000 12000 10	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	10000	10000	10000	10000	10000	50000	
prévenir la transmission du VIH/SI 3.2.2.2. Mener un plaidoyer pour le retardement de l'âge au mariage des jeunes filles et l'abolition des pratiques traditionnelles néfastes 3.2.2.4. Promouvoir l'utilisation des pratiques traditionnelles néfastes 4.2.4. Promouvoir l'utilisation des méthodes contraceptives chez ceux et celles qui ont une vie sexuelle active pour éviter les grossesses non désirées 4.2.2. Mener le plaidoyer auprès des associations d'hommes, de femmes et des jeunes pour une utilisation des services d'IST/VIH 4.2.3. Promouvoir le dépistage volontaire du VIH auprès de la population de site du CSI, HD 4.3.1. Disséminer les supports d'IEC sur les IST/VIH dans la population de site du CSI, HD 4.4.1. Mener des compagnes d'information et de sensibilisation de la communauté sur la transmission mère /enfant du VIH 5.3.1. Mener un plaidoyer en faveur des activités de SR 10000 10000 10000 10000 10000 50000 5.3.2. Créer et faire fonctionner un cadre de partenariat avec les ONG et Associations qui œuvrent dans le domaine de la SR 5.3.4. Impliquer les chefs traditionnels et les leaders religieux dans les programmes de SR 5.4.1.1. Passer des contrats avec les ONG, Associations et structures 5.5.0.0 25000 2								
2.2.2. Mener le plaidoyer pour le retardement de l'âge au mariage des jeunes filles et l'abolition des méthodes contraceptives chez ceux et celles qui ont une vie sexuelle active pour éviter les grossesses non désirées 4.2.2. Mener le plaidoyer auprès des associations d'hommes, de femmes et des jeunes pour une utilisation des services d'IST/VIH 4.2.3. Promouvoir le dépistage volontaire du VIH auprès de la population 4.3.1. Disséminer les supports d'IEC sur les IST/VIH dans la population 4.4.1. Mener des compagnes d'information et de sensibilisation de la communauté sur la transmission mère /enfant du VIH 5.3.1. Mener un plaidoyer en faveur des activités de SR 5.3.2. Créer et faire fonctionner un cadre de partenariat avec les ONG et Associations qui œuvrent dans le domaine de la SR 5.4.1.1. Passer des contrats avec les ONG, Associations et structures 10000 10							0	
des jeunes filles et l'abolition des pratiques traditionnelles néfastes 3.2.2.4. Promouvoir l'utilisation des méthodes contraceptives chez ceux et celles qui ont une vie sexuelle active pour éviter les grossesses non désirées 4.2.2. Mener le plaidoyer auprès des associations d'hommes, de femmes et des jeunes pour une utilisation des services d'IST/VIH 4.2.3. Promouvoir le dépistage volontaire du VIH auprès de la population 4.3.1. Disséminer les supports d'IEC sur les IST/VIH dans la population de site du CSI, HD 4.4.1. Mener des compagnes d'information et de sensibilisation de la communauté sur la transmission mère /enfant du VIH 5.3.1. Mener un plaidoyer en faveur des activités de SR 5.3.2. Créer et faire fonctionner un cadre de partenariat avec les ONG et Associations qui œuvrent dans le domaine de la SR 5.3.4. Impliquer les chefs traditionnels et les leaders religieux dans les programmes de SR 5.4.1.1. Passer des contrats avec les ONG, Associations et structures 25000 25000 25000 25000 25000 12000 10000 10000 10000 50000	· ·						U	
des jeunes filles et l'abolition des pratiques traditionnelles nétastes 3.2.2.4. Promouvoir l'utilisation des méthodes contraceptives chez ceux et celles qui ont une vie sexuelle active pour éviter les grossesses non désirées 4.2.2. Mener le plaidoyer auprès des associations d'hommes, de femmes et des jeunes pour une utilisation des services d'IST/VIH 4.2.3. Promouvoir le dépistage volontaire du VIH auprès de la population 4.3.1. Disséminer les supports d'IEC sur les IST/VIH dans la population de site du CSI, HD 4.4.1. Mener des compagnes d'information et de sensibilisation de la communauté sur la transmission mère /enfant du VIH 5.3.1. Mener un plaidoyer en faveur des activités de SR 5.3.2. Créer et faire fonctionner un cadre de partenariat avec les ONG et Associations qui œuvrent dans le domaine de la SR 5.3.4. Impliquer les chefs traditionnels et les leaders religieux dans les programmes de SR 5.4.1.1. Passer des contrats avec les ONG, Associations et structures 25000 25000 25000 25000 10000 10000 10000 10000 500		10000	10000	10000	10000	10000	50000	
et celles qui ont une vie sexuelle active pour éviter les grossesses non désirées 4.2.2. Mener le plaidoyer auprès des associations d'hommes, de femmes et des jeunes pour une utilisation des services d'IST/VIH 4.2.3. Promouvoir le dépistage volontaire du VIH auprès de la population 4.3.1. Disséminer les supports d'IEC sur les IST/VIH dans la population de site du CSI, HD 4.4.1. Mener des compagnes d'information et de sensibilisation de la communauté sur la transmission mère /enfant du VIH 5.3.1. Mener un plaidoyer en faveur des activités de SR 5.3.2. Créer et faire fonctionner un cadre de partenariat avec les ONG et Associations qui œuvrent dans le domaine de la SR 5.3.4. Impliquer les chefs traditionnels et les leaders religieux dans les programmes de SR 5.4.1.1. Passer des contrats avec les ONG, Associations et structures 25000		10000	10000	10000	10000	10000	30000	
désirées 4.2.2. Mener le plaidoyer auprès des associations d'hommes, de femmes et des jeunes pour une utilisation des services d'IST/VIH 4.2.3. Promouvoir le dépistage volontaire du VIH auprès de la population 4.3.1. Disséminer les supports d'IEC sur les IST/VIH dans la population 4.3.1. Mener des compagnes d'information et de sensibilisation de la communauté sur la transmission mère /enfant du VIH 5.3.1. Mener un plaidoyer en faveur des activités de SR 10000 50000	3.2.2.4. Promouvoir l'utilisation des méthodes contraceptives chez ceux							
4.2.2. Mener le plaidoyer auprès des associations d'hommes, de femmes et des jeunes pour une utilisation des services d'IST/VIH 4.2.3. Promouvoir le dépistage volontaire du VIH auprès de la population 4.3.1. Disséminer les supports d'IEC sur les IST/VIH dans la population de site du CSI, HD 4.4.1. Mener des compagnes d'information et de sensibilisation de la communauté sur la transmission mère /enfant du VIH 5.3.1. Mener un plaidoyer en faveur des activités de SR 10000 10000 10000 10000 10000 50000 5.3.2. Créer et faire fonctionner un cadre de partenariat avec les ONG et Associations qui œuvrent dans le domaine de la SR 5.3.4. Impliquer les chefs traditionnels et les leaders religieux dans les programmes de SR 5.4.1.1. Passer des contrats avec les ONG, Associations et structures 25000							0	
femmes et des jeunes pour une utilisation des services d'IST/VIH 4.2.3. Promouvoir le dépistage volontaire du VIH auprès de la population 4.3.1. Disséminer les supports d'IEC sur les IST/VIH dans la population de site du CSI, HD 4.4.1. Mener des compagnes d'information et de sensibilisation de la communauté sur la transmission mère /enfant du VIH 5.3.1. Mener un plaidoyer en faveur des activités de SR 5.3.2. Créer et faire fonctionner un cadre de partenariat avec les ONG et Associations qui œuvrent dans le domaine de la SR 5.3.4. Impliquer les chefs traditionnels et les leaders religieux dans les population pour la 12000 programmes de SR 10000 1								
4.2.3. Promouvoir le dépistage volontaire du VIH auprès de la population 4.3.1. Disséminer les supports d'IEC sur les IST/VIH dans la population de site du CSI, HD 4.4.1. Mener des compagnes d'information et de sensibilisation de la communauté sur la transmission mère /enfant du VIH 5.3.1. Mener un plaidoyer en faveur des activités de SR 5.3.2. Créer et faire fonctionner un cadre de partenariat avec les ONG et Associations qui œuvrent dans le domaine de la SR 5.3.4. Impliquer les chefs traditionnels et les leaders religieux dans les programmes de SR 5.4.1.1. Passer des contrats avec les ONG, Associations et structures 25000	4.2.2. Mener le plaidoyer auprès des associations d'hommes, de						0	
population 4.3.1. Disséminer les supports d'IEC sur les IST/VIH dans la population de site du CSI, HD 4.4.1. Mener des compagnes d'information et de sensibilisation de la communauté sur la transmission mère /enfant du VIH 5.3.1. Mener un plaidoyer en faveur des activités de SR 10000	femmes et des jeunes pour une utilisation des services d'IST/VIH						O	
4.3.1. Disséminer les supports d'IEC sur les IST/VIH dans la population de site du CSI, HD 4.4.1. Mener des compagnes d'information et de sensibilisation de la communauté sur la transmission mère /enfant du VIH 5.3.1. Mener un plaidoyer en faveur des activités de SR 5.3.2. Créer et faire fonctionner un cadre de partenariat avec les ONG et Associations qui œuvrent dans le domaine de la SR 5.3.4. Impliquer les chefs traditionnels et les leaders religieux dans les programmes de SR 5.4.1.1. Passer des contrats avec les ONG, Associations et structures 25000 12000 12000 12000 12000 12000 50000 50000 50000 50000 50000 30000 30000 30000 30000 30000 10000	4.2.3. Promouvoir le dépistage volontaire du VIH auprès de la						0	
de site du CSI, HD 12000 12000 12000 12000 12000 60000 </td <td>population</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>U</td> <td></td>	population						U	
4.4.1. Mener des compagnes d'information et de sensibilisation de la communauté sur la transmission mère /enfant du VIH 5.3.1. Mener un plaidoyer en faveur des activités de SR 5.3.2. Créer et faire fonctionner un cadre de partenariat avec les ONG et Associations qui œuvrent dans le domaine de la SR 5.3.4. Impliquer les chefs traditionnels et les leaders religieux dans les programmes de SR 5.4.1.1. Passer des contrats avec les ONG, Associations et structures 7.5.000 7.5000	4.3.1. Disséminer les supports d'IEC sur les IST/VIH dans la population	12000	12000	12000	12000	12000	60000	
communauté sur la transmission mère /enfant du VIH 5.3.1. Mener un plaidoyer en faveur des activités de SR 10000 10000 10000 10000 10000 50000 5.3.2. Créer et faire fonctionner un cadre de partenariat avec les ONG et Associations qui œuvrent dans le domaine de la SR 5.3.4. Impliquer les chefs traditionnels et les leaders religieux dans les programmes de SR 5.4.1.1. Passer des contrats avec les ONG, Associations et structures 5.5.4.1.1. Passer des contrats avec les ONG, Associations et structures 5.5.5.4.1.1. Passer des contrats avec les ONG, Associations et structures 5.5.6.1.1. Passer des contrats avec les ONG, Associations et structures 5.5.7.1.1. Passer des contrats avec les ONG, Associations et structures	de site du CSI, HD	12000	12000	12000	12000	12000	00000	
5.3.1. Mener un plaidoyer en faveur des activités de SR 5.3.2. Créer et faire fonctionner un cadre de partenariat avec les ONG et Associations qui œuvrent dans le domaine de la SR 5.3.4. Impliquer les chefs traditionnels et les leaders religieux dans les programmes de SR 5.4.1.1. Passer des contrats avec les ONG, Associations et structures 25000	4.4.1. Mener des compagnes d'information et de sensibilisation de la	50000	50000	50000	50000	50000	350000	
5.3.2. Créer et faire fonctionner un cadre de partenariat avec les ONG et Associations qui œuvrent dans le domaine de la SR 5.3.4. Impliquer les chefs traditionnels et les leaders religieux dans les programmes de SR 5.4.1.1. Passer des contrats avec les ONG, Associations et structures 25000 25000 25000 25000 25000 125000	communauté sur la transmission mère /enfant du VIH	50000	50000	30000	50000	50000	230000	
et Associations qui œuvrent dans le domaine de la SR 5.3.4. Impliquer les chefs traditionnels et les leaders religieux dans les programmes de SR 5.4.1.1. Passer des contrats avec les ONG, Associations et structures 30000 30000 30000 30000 30000 1500000 150000 150000 150000 150000 150000 150000 150000 150000 1500000 150000 150000 150000 150000 150000 150000 150000 150000 1500000 1500000 150000 150000 150000 150000 150000 150000 150000 150000 15000000 150000 1500000 1500000 1500000 1500000 1500000 1500000 1500000000	5.3.1. Mener un plaidoyer en faveur des activités de SR	10000	10000	10000	10000	10000	50000	
5.3.4. Impliquer les chefs traditionnels et les leaders religieux dans les programmes de SR 5.4.1.1. Passer des contrats avec les ONG, Associations et structures 25000 25000 25000 25000 25000 25000 125000	5.3.2. Créer et faire fonctionner un cadre de partenariat avec les ONG	30000	30000	30000	30000	30000	150000	
programmes de SR 5.4.1.1. Passer des contrats avec les ONG, Associations et structures 25000 25000 25000 25000 125000 125000	et Associations qui œuvrent dans le domaine de la SR	30000	30000	30000	30000	30000	150000	
programmes de SR 5.4.1.1. Passer des contrats avec les ONG, Associations et structures 25000 25000 25000 25000 125000 125000	5.3.4. Impliquer les chefs traditionnels et les leaders religieux dans les	10000	10000	10000	10000	10000	50000	
		10000	10000	10000	10000	10000	50000	
communautaires pour la sensibilisation en genre	5.4.1.1. Passer des contrats avec les ONG, Associations et structures	25000	25000	25000	25000	25000	125000	
	communautaires pour la sensibilisation en genre	25000	25000	25000	25000	25000	123000	

5.4.1.2. Mettre en place une stratégie de communication pour le changement de comportement (<i>Impliquer plus les hommes dans les activités de SR, Former les leaders politiques, religieux et les chefs traditionnels en genre</i>)	35000	35000	35000	35000	35000	175000	
5.4.1.3. Adapter les supports éducatifs pour prendre en compte le genre	10000	10000				20000	
5.4.1.4. Appuyer les ONG et Associations de lutte contre les mutilations génitales féminines et les violences faites aux femmes	10000	10000	10000	10000	10000	50000	
5.4.2.1. Intégrer le genre dans les activités de supervision des agents de santé						0	
	539100	509100	473100	478100	483100	2482500	

ACTIVITES DE RECHERCHE

ACTIVITES	2005	2006	2007	2008	2009	Total	Sources de	financement
1.1.6.2. Mener une Enquête CAP /Population + Leaders pour identifier les obstacles à la promotion de la SR		50000			50000	100000		
1.2.3.1. Mener une enquête CAP / obstacles à l'accouchement assistés	25000				25000	50000		
1.3.2.5. Auditer tous les décès maternels enregistrés dans toutes les formations sanitaires						0		
3.1.2.2. Mener une enquête CAP SR/PF auprès des jeunes	25000				25000	50000		
5.1.2.4. Encadrer les activités de recherche en SR au niveau des districts (1 million de FCFA par district)	20000	32500	32500	32500	32500	150000		
	70 000	82 500	32 500	32 500	132 500	350 000		

ACTIVITES DE GESTION DES PRESTATONS SR SUR LE TERRAIN

ACTIVITES	2005	2006	2007	2008	2009	Total	Sources de	financement
1.1.3.2. Délimiter les aires de santé des CSI à travers la		42000				42000		
microplanification		42000				42000		
1.1.5.2. Prodiguer des soins intégrés pour le couple mère/Enfant						0		
1.2.1.1. Tenir dans chaque CSI un registre des parturientes à risque								
élevé et mettre en place un suivi individualisé en collaboration avec la						0		
famille /communauté en vue d'amener ces femmes à accoucher en						U		
milieu assisté								
1.2.1.5. Responsabiliser (sensibiliser) la communauté pour la mise en								
place de mécanismes facilitant l'accès des femmes aux maternités pour						0		
accoucher (fonds communautaire, mutuelles,))								
1.3.1.6. Coordonner le secteur public avec le secteur privé et les								
services de santé des armées pour assurer la prise en charge des						0		
parturientes.								
1.3.6.4. Elaborer et mettre en place les outils pour la référence contre	5000					5000		
référence								
1.4.1.1. Traiter par la chirurgie 500 fistules /An	50000	50000	50000	50000	50000	250000		
1.4.3.1. Réinsérer 500 fistuleuses traitées /An	50000	50000	50000	50000	50000	250000		
2.1.1.1. Intégrer les services de PF dans les activités de tous les						0		
services sanitaires						0		
2.1.2.1. Offrir les services PF aux populations vulnérables des zones						0		
prioritaires (population au delà de 15 Km) à l'aide d'équipes mobiles								
2.1.2.2. Dynamiser la DBC des contraceptifs	10000	10000	10000	10000	10000	50000		
2.3.1.2. Actualiser les outils de gestion et les mettre à la disposition des						0		
structures en permanence								
2.3.1.3. Assurer le monitorage des activités planifiées ;						0		
3.1.3.2. Mettre en place, à chaque niveau, un protocole de partenariat								
avec les secteurs connexes, les organisations de la jeunesse et les						0		
ONGs pour atteindre les jeunes et les informer et les éduquer en						U		
matière de SSRAJ								
3.2.1.1. Intégrer les SSRAJ dans, au moins, deux CSI ruraux par	15000	30000	30000	15000		90000		
districts	10000	30000	00000	10000		30000		

3.2.1.10. Offrir des services de qualité de SR aux jeunes et adolescents selon les critères d'éligibilité conventionnels						0	
3.2.1.2. Intégrer les consultations prénuptiales et renforcer l'éducation des couples en SR						0	
3.2.1.3. Intégrer les SSRAJ dans, au moins, quatre CSI par commune urbainer	15000	15000	15000	15000		60000	
3.2.1.6. Redéployer, dans les centres amis des jeunes, le personnel en adéquation avec les besoins des jeunes et adolescents en matière de SSRAJ;						0	
3.2.1.9. Aménager des conditions (plages horaires, espaces, prestataires,) spécifiques au sein des formations sanitaires existantes pour prodiguer des prestations SR pour les adolescents et les jeunes						0	
3.2.2.1. Réviser les textes législatifs et réglementaires pour faciliter l'accès des jeunes aux SR/PF						0	
5.1.1.5. Frais de Fonctionnement du Centre	50000	100000	100000	100000	100000	450000	
5.1.2.5. Décentraliser la formation continue des agents au niveau district						0	
5.1.3.3. Impliquer les comités dans la délimitation des aires de santé						0	
5.1.3.4. Impliquer les comités de santé dans les activités foraines : choix des centres forains, prise en charge du carburant de la moto, restauration de l'agent, organisation des activités						0	
5.3.3. Créer et mettre en œuvre un cadre juridique favorable à la SR						0	
5.4.2.4. Appuyer le plan de mise en œuvre de la CEDEF						0	
	195000	297000	255000	240000	210000	1197000	

ACTIVITES DE SUPERVISION, SUIVI ET EVALUATION

ACTIVITES	2005	2006	2007	2008	2009	Total	Sources de	financement
2.2.1.5. Assurer le suivi de la prévalence contraceptive (évaluation						>		
globale du PNSR)						U		
2.3.1.4. Superviser les équipes de SR des formations sanitaires dans								
le domaine de la /PF sur la base d'une grille de supervision pré-établie	24000	24000	24000	24000	24000	120000		
(FS + EM)								

2.3.1.5. Evaluer par des enquêtes qualitatives rapides l'adhésion des femmes, des hommes et de la communauté à la politique de PF et identifier les obstacles persistants		15000			15000	30000		
2.3.1.6. Estimer par une enquête auprès des populations sur la prévalence contraceptive et les CAP en matière de PF, en 2009					140000	140000		
5.1.2.1. Renforcer l'encadrement de proximité des ECD et des DRSP	8000	8000	8000	8000	8000	40000		
5.2.1. Superviser semestriellement les DRSP	4500	4500	4500	4500	4500	22500		
5.2.2. Instaurer la supervision des HD par des spécialistes sur délégation de l'ECD	960	2400	3120	3240	3480	13200		
5.2.3. Superviser trimestriellement les CSI (25.000 FCFA par trimestre, par CSI. 600 CSI en 2005, 650 en 2006, 700 en 2007, 750 en 2008 et 2009).	60000	65000	70000	75000	75000	345000		
5.2.4. Superviser semestriellement les ECD	15000	15000	15000	15000	15000	75000		
5.5.1.1 Suivi interne de la mise en œuvre						0		
5.5.1.2. Suivi externe		8500	8500	8500	8500	34000		
5.5.2.1. Evaluation à mis parcours			50000			50000		
5.5.2.2. Evaluation finale					50000	50000	·	
	132460	174900	215620	170740	375980	1069700		

MOYENS HUMAINS ET MATERIEL POUR <u>LA MISE EN ŒUVRE DU PNSR</u>

ACTIVITES	2005	2006	2007	2008	2009	Total	Sources de	financement
3.2.1.8. Adapter l'équipement aux services des jeunes et adolescents.						0		
3.2.2.3. Doter les équipes de santé en matériel de production et de	15000	15000	15000			45000		
diffusion d'éducation de la santé	13000	13000	13000			43000		
5.1.1.1. Aménagement et équipement de la DNSR et de l'UAT	172000					172000		
5.1.1.2. Recrutement des cadres nationaux						0		
5.1.1.2.1. Médecin Directeur de l'UAT	4800	4800	4800	4800	4800	24000		
5.1.1.2.2. Médecin S/Directeur des Services SR	4200	4200	4200	4200	4200	21000		
5.1.1.2.3. S/Directeur de la communication	3400	3400	3400	3400	3400	17000		
5.1.1.2.4. S/Directeur de la formation	3400	3400	3400	3400	3400	17000		
5.1.1.2.5. S/Directeur de la programmation et Evaluation	3400	3400	3400	3400	3400	17000		
5.1.1.2.6. agents de secrétariat	4800	4800	4800	4800	4800	24000	-	

	865000	635900	647400	373900	325900	2848100	
chacun)							
dotées de véhicules format "familial" en 2005 à 18 millions de FCFA	144000					144000	
5.2.6. Doter chaque DRSP d'un véhicules de supervision SR (8 DRSP,							
2006, les 12 derniers en 2007)							
millions de FCFA par véhicule, 15 districts dotés dès 2005, 15 autres en	270000	270000	270000			810000	
5.2.5. Doter chaque district d'un véhicule de supervision SR (à 18							
750 en 2008 et 2009).							
FCFA par CSI et par an; 600 CSI en 2005, 650 en 2006, 700 en 2007,	120000	130000	140000	150000	150000	690000	
5.1.3.2. Appuyer le financement des microplans des CSI (200.000							
en 2008 et 2009).							
et par CSI et par an; 600 CSI en 2005, 650 en 2006, 700 en 2007, 750	18000	19500	21000	22500	22500	103500	
5.1.3.1. Appuyer l'élaboration de microplans par les CSI (30.000 FCFA							
FCFA par mois dans 20 districts en 2005 et 42 en 2006)	00000	7 0000	70000	7 0000	7 0000	000-100	
responsable de la mise en œuvre du PNSR (sur la base de 150 000	36000	75600	75600	75600	75600	338400	
5.1.2.3. Affecter dans chaque district sanitaire une sage femme							
partir de 2006)							
responsable du suivi évaluation du PNSR dans la région (sur la base de 300.000 FCFA par mois, 5 médecins recrutés dès 2005, passant à 8 à	18000	28800	28800	28800	28800	133200	
5.1.2.2. Affecter un 2ème médecin de santé publique dans chaque DRSP							
5.1.1.3.2. Consultants Internationaux / 3 mois hommes /an		25000	25000	25000	25000	100000	
5.1.1.3.1. Conseiller Technique permanent (48mois)	48000	48000	48000	48000	05000	192000	
5.1.1.3. Assistance Technique Internationale	40000	40000	40000	40000		0	

MOYENS HUMAINS ET MATERIEL POUR <u>LE DEVELOPPEMENT DES SERCICES SR</u>

ACTIVITES	2005	2006	2007	2008	2009	Total	Sources de financement
1.1.1.1. Rendre fonctionnelles et développer des équipes mobiles							
expérimentales dans les 5 DS les moins couverts (2 DS en 2005, 3 en	175000	303000	160000	160000	160000	958000	
2006)							
1.1.1.2. Mener des activités foraines à partir des CSI	28800	48000	57600	67200	76800	278400	
1.1.1.3. Généraliser les consultations prénatales de qualité avec accueil et counseling adéquats dans tous les CSI						0	

	1		-				1	
1.1.1.4. Equiper les FS en matériel nécessaire au déroulement de la CPN	120000				120000	240000		
1.1.1.5. Doter les CSI ruraux en énergie solaire pour améliorer les conditions de travail et motiver les agents : éclairage, ventilation, réfrigérateur	125000	500000	500000	250000	250000	1625000		
1.1.1.6. Affecter au moins un personnel féminin dans les CSI type 1						0		
1.1.1.7. Doter les districts de salle de formation (11 districts équipés en 2005, autant en 2006, à un coût de 15 millions de FCFA chacun)	165000	165000				330000		
1.1.1.8. Equiper les districts de matériel didactique (11 districts équipés en 2005, autant en 2006, à un coût de 6 millions de FCFA chacun)	66000	66000				132000		
1.1.3.1. Vacciner toutes les femmes enceintes contre le tétanos en assurant les rappels préconisés par le PEV						0		
1.1.4.1. Fournir à tous les points de prestations les quantités suffisantes de fer et de médicaments anti Palustre						0		
1.2.1.4. Equiper (renouveler) les maternités des HD et des CSI 2 en matériel nécessaires notamment les tables et les boites d'accouchement		150000	150000			300000		
1.3.1.2. Rénover et/ou améliorer les équipements des salles d'accouchement de 25 CSI type 2 par an pour offrir les meilleures conditions possibles de sécurité en vue d'encourager les parturientes à venir accoucher dans ces installations (3 millions par CSI 2)	75000	75000	75000	75000	75000	375000		
1.3.1.3. Renforcer le nombre des SF dans les CSI 2						0		
1.3.1.5. Doter les CSI type 2 en médicaments, équipements et matériels pour assurer sur place les soins obstétricaux d'urgence de base (1,5 millions de CFA / CSI 2 / an)	250000	250000	250000	250000	250000	1250000		
1.3.2.1. Remise en état des équipements au niveau des 24 HD	60000	180000	60000			300000		
1.3.2.2. Rendre disponibles les médicaments et consommables de chirurgie dans les H D	85000	219000	293000	313000	346000	1256000		
1.3.2.3. Rendre disponible la transfusion sanguine dans les HD	8000	20000	26000	27000	29000	110000		
1.3.2.4. Equiper et rendre fonctionnels les services de néonatologie (8 Services)	40000	40000				80000		
1.3.3.1. Réaffecter les médecins généraliste formés en chirurgie de						0		

District dans les HD							
1.3.6.1. Doter les CSI type 2 des zones lointaines en ambulances pour faciliter le transfert des accouchements difficiles (30 ambulances		300000	300000	150000	150000	900000	
d'ici 2009);		000000	000000	100000	100000	300000	
1.3.6.2. Renouveler les ambulances des HD (29 ambulances à 30 millions de FCFA par voiture, en 2009)			290000	290000	290000	870000	
1.3.6.3. Doter les CSI ruraux et HD de radios BLU (275) (75 CSI et HD équipés en 2005, 2006 et 2007, 50 en 2008; coût unitaire de 3 millions FCFA)	225000	225000	225000	150000		825000	
1.3.6.5. Créer dans les HD un fonds de solidarité pour la prise en charge des évacuations	8000	12000	6000	1000	2000	29000	
1.3.6.6. Créer dans les CSI un fonds de solidarité pour la prise en charge des évacuations	60500	93000	31500	3500	10000	198500	
1.3.6.7. Standardiser et rendre disponibles les supports de référence /contre référence dans toutes les formations sanitaires						0	
1.3.7.1. Equiper les maternités de référence en instrumentation et matériel de réanimation des nouveaux nés	26000			13000		39000	
1.3.8.1. Rendre disponibles les médicaments et consommables de chirurgie dans les maternités de référence	39000	39000	39000	39000	39000	195000	
1.4.1.2. Rendre disponibles dans les centres de traitement les équipements, fournitures et médicaments nécessaires au traitement des fistules obstétricales						0	
2.1.1.2. Garantir l'approvisionnement des contraceptifs (avec un taux de couverture passant de 4 à 15% des femmes en âge de procréer entre 2005 et 2009)	190000	261000	337000	451000	573000	1812000	
2.1.1.3. Doter toutes les formations sanitaires en contraceptifs						0	
2.1.3.4. Mettre en place un centre de référence en matière de SR/PF pour assurer la formation et promouvoir l'utilisation des techniques modernes de PF dans chaque région (1,5 millions par région)	150000					150000	
2.2.1.3. Doter les formations sanitaires d'un système d'échéancier pour relancer les femmes retardataires ou perdues de vue (CSI 1 et 2)	6000					6000	
2.2.1.4. Doter les CSI 2 en matériel de diffusion d'éducation de la	58400	58400				116800	

santé (TV + vidéo).							
4.1.2. Rendre disponibles dans les CSI les médicaments et réactifs nécessaires au diagnostic traitement des IST/VIH						0	
	1960700	3004400	2800100	2239700	2370800	12375700	

RECAPITULATIF

ACTIVITES	BUGDET 2005 2009 (Millier FCFA)
FORMATION	1 606 500
INFORMATION, EDUCATION ET COMMUNICATION	2 482 500
RECHERCHE	350 000
SUIVI EVALUATION	919 700
GESTION DES PRESTATIONS SUR LE TERRAIN	1 197 000
MOYENS HUMAINS ET MATERIEL POUR <u>LA MISE EN ŒUVRE</u> DU PROGRAMME	2 848 100
MOYENS HUMAINS ET MATERIEL POUR <u>LE DEVELOPEMENT DES SERVICES</u>	12 375 700
TOTAL GENERAL	21 779 500

14.3 ELEMENTS POUR UNE STRATEGIE NATIONALE D'I.E.C DANS LE DOMAINE DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION

Le programme est construit autour de quatre composantes, la maternité sans risque, la planification familiale, la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes et la lutte contre les IST/VIH. Chacune de ces composantes nécessite, des efforts d'information et de sensibilisation pour amener les populations à utiliser les services et à adopter un comportement favorable à leur santé de la reproduction.

L'IEC constitue, à cet effet, un axe fondamental du PNSR. Elle vient en amont de toutes les actions à entreprendre dans la mission de promotion de ce programme auprès de différents publics à savoir : les bénéficiaires des services, les décideurs, les institutions nationales et les PTFs. Elle est également une condition préalable à un développement humain durable; le changement de comportement des femmes, des hommes, des adolescents et des jeunes favorables à la santé de la reproduction est un objectif à atteindre. D'où la nécessité de la mise en place d'une stratégie nationale de communication en SR qui définit les axes prioritaires à développer et à laquelle se conformeront tous les intervenants.

La présente annexe s'attache à cerner les éléments clés pour le développement de cette stratégie nationale d'IEC qui contribuera à l'amélioration de l'état de santé de la reproduction au Niger, conformément aux orientations stratégiques, objectifs et résultats fixés par le PNSR 2005 - 2009.

1. Les cibles de la strategie IEC :

1.1 Les populations bénéficiaires :

Trois catégories de populations seront concernées par l'IEC dans le domaine de la santé de la reproduction :

- 1. Les femmes mariées en âge de reproduction dans différents milieux ;
- les hommes en âge de reproduction dans différents milieux ;
- 3. Les jeunes de deux sexes âgés de moins de 15 ans dans différents milieux.

1.2 Les populations intermédiaires :

- 4. Les prestataires de services du secteur public (personnels médical et paramédical du MSP, cadres du MPAS, cadres du MJIP, etc.), les professionnels de santé du secteur privé (médecins de libre pratique, pharmaciens et préparateurs de pharmacie, etc.) et les agents des ONG et des associations ouvrant dans le domaine;
- 5. Les décideurs, les leaders religieux et d'opinion ;
- 6. Les chefs traditionnels, communautaires et les collectivités locales.

2. LES OBJECTIFS DE LA STRATEGIE IEC:

1.1 L'objectif général :

Contribuer, dans le cadre du PNSR, à l'amélioration de l'accessibilité et de l'utilisation de services de la santé de la reproduction y inclus les composantes de maternité sans risque, la planification familiale et santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes.

1.2 Les objectifs intermédiaires :

- 1. Un environnement institutionnel, juridique et socioculturel favorable à la santé de la reproduction y inclus les composantes de la maternité sans risque, la planification familiale et la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes renforcé.
- Une connaissance et une prise de conscience des bienfaits et des services de la santé de la reproduction améliorées chez les femmes, les hommes et les jeunes dans les zones d'intervention.
- 3. Des capacités techniques et de gestion améliorées pour la mise en œuvre des actions appropriées d'IEC en santé de la reproduction renforcées.

1.3 Les objectifs spécifiques par objectif intermédiaire

Objectif spécifique 1 : Un environnement institutionnel, juridique et socioculturel favorable à la santé de la reproduction y inclus les composantes de la maternité sans risque, la planification familiale et la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes renforcé.

- 1.1 Les chefs traditionnels et religieux sont favorables à la promotion de l'utilisation des méthodes modernes de PF.
- 1.2 Tous les réseaux des religieux et des journalistes/communicateurs impliqués dans les actions de sensibilisation des populations bénéficiaires dans le domaine de la santé de la reproduction.
- 1.3 Toutes les ONGs agissant dans le domaine de la SR ont renforcé leurs efforts en faveur de la promotion de la PF.
- 1.4 Toutes les structures gouvernementales concernées sont engagées dans les actions d'IEC dans le domaine de la santé de la reproduction.

Objectif spécifique 2 : Une connaissance et une prise de conscience des bienfaits et des services de la santé de la reproduction améliorées chez les femmes, les hommes et les jeunes dans les zones d'intervention.

Pour la composante MSR :

- 2.1 La proportion des femmes en âge de reproduction et des hommes qui connaissent les bienfaits de la CPN et du post-natal atteint 80%.
- 2.2 La proportion des femmes en âge de reproduction et des hommes qui connaissent les bienfaits de l'accouchement assisté atteint 80%.
- 2.3 80% des familles et des communautés savent reconnaître les signes des dangers des accouchements.
- 2.4 80% des familles et des communautés référent à temps les cas à risque.
- 2.5 100% des femmes et des hommes connaissent les risques des IST/VIH.
- 2.6 100% des hommes et des femmes savent que les CSI assurent la prise en charge des cas des IST/VIH.
- 2.7 Tous les parents savent que le VIH peut se transmettre durant la grossesse.

Pour la composante PF:

- 2.8 La proportion des femmes en âge de reproduction et des hommes qui connaissent les bienfaits de la PF atteint 80%.
- 2.9 40% des femmes déclarent avoir l'intention d'utiliser une méthode contraceptive moderne.
- 2.10 La prévalence contraceptive est de 15%.

Pour la composante SSRAJ:

- 2.11 100% des filles et des garçons connaissent les dangers des rapports sexuels non protégés.
- 2.12 100% des filles et des garçons connaissent au moins trois méthodes contraceptives modernes.
- 2.13 80% des filles et des garçons reconnaissent l'intérêt d'une santé sexuelle et reproductive.
- 2.14 60% de ceux et celles, parmi les jeunes, qui ont une vie sexuelle active utilisent le préservatif pour se protéger contre le VIH/SIDA.

Objectif spécifique 3 : Des capacités techniques et de gestion améliorées pour la mise en œuvre des actions appropriées d'IEC en santé de la reproduction renforcées.

- 3.1 60% du personnel prestataire est formé et pratique le counseling SR/PF.
- 3.2 60% du personnel éducatif en IEC sont formés et pratique l'IEC sur terrain.
- 2.3 Des messages et des supports éducatifs appropriés développés dans le domaine de la santé de la reproduction y inclue la maternité sans risque, la PF et SSRAJ.
- 3.4 Les médias diffusent des informations sur la maternité sans risque, sur la planification familiale et sur la prévention des IST/VIH/SIDA à l'attention des populations bénéficiaires.

4. LES AXES D'INTERVENTION, APPROCHES ET PRINCIPALES ACTIONS :

En tenant compte des résultats du diagnostic de la composante de l'IEC dans le domaine de la santé de la reproduction, des orientations du Programme National de Santé de la Reproduction, et tirant des leçons des expériences menées, les axes stratégiques identifiés regroupent les éléments suivants :

- L'intensification des actions spécifiques d'information, de sensibilisation pour augmenter l'acceptabilité de services SR et pour un changement de comportement auprès des différentes populations bénéficiaires. Deux actions complémentaires sont retenues pour les toucher :
 - Une communication médiatique qui répond à la nécessité de susciter l'intérêt autour de la SR et l'approche définie, de créer un climat favorable à la PF, de relancer l'intérêt chez les cibles acquises et de déclencher la prise de conscience chez les cibles hésitantes et non informées;
 - Une communication proximité fondée sur l'éducation interpersonnelle et de groupe pour compléter l'action médiatique et fournir aux publics une information éducative l'aidant à une prise de décision et un changement de comportement.

Pour les choix des approches, il faut réserver une place de choix au développement des activités génératrices de changement de comportement pour les femmes en âge de procréer

et les jeunes de moins de 15 ans, tout en tenant compte de leurs spécificités. Certaines actions peuvent être envisagées :

- Multiplier et varier les interventions pour répondre en matière de SR en faisant appel aux personnes influentes et crédibles pour éduquer la communauté, aux personnes relais, aux pairs éducateurs, etc.;
- Adapter les messages aux différents publics bénéficiaires en utilisant des supports éducatifs appropriés et les intégrer dans les autres actions d'IEC/santé ;
- Mettre en place des mécanismes et des programmes visant à renforcer les pratiques socioculturelles positives et à éliminer les pratiques négatives et néfastes;
- Promouvoir le PNSR auprès des bénéficiaires à travers une prise en compte des contextes socioculturels en vue de réaliser l'adéquation « objectifs – publics – messages – moyens »
- 2. Le renforcement du plaidoyer pour promouvoir le PNSR, dans ses différentes dimensions y compris la question Population et Développement, auprès des décideurs et des institutions nationales pour maintenir leur intérêt et pour bénéficier de leur soutien, et ce à travers :
 - des interventions de relations publiques (journées d'information, tables rondes, actions médiatiques, documentation, etc.);
 - la mise en place des plans de plaidoyer pour un environnement institutionnel favorable :
 - des actions continues pour encourager les groupes de plaidoyer à sensibiliser sans cesse les responsables politiques et religieux, les décideurs, en vue de la création d'un climat favorable à la SRPF.
- 3. Le renforcement du partenariat stratégique afin de pouvoir améliorer la coordination entre les différents intervenants (y inclus le secteur scolaire et universitaire pour l'intégration de la composante IEC/SR dans le cursus de formation).

La mission s'orientera vers une fonction d'interface entre les besoins de la population et l'optimisation des potentialités nationales susceptibles d'y répondre. Pour ce faire, il faut accentuer les efforts, créer un sentiment d'urgence afin de mobiliser les différents partenaires nationaux afin d'assurer l'exécution et la gestion d'activités éducatives et prestations de services conformément aux orientations du programme.

Le ministère assurera la coordination des partenaires dans un esprit de complémentarité et de collaboration mutuelle et leur fournira l'appui et le soutien nécessaire, notamment en matière de formation et de supports de communication, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation de leurs activités. Des conventions de partenariat peuvent être établies à cette fin.

- 4. Le développement des programmes d'éducation pour la préparation des jeunes à une vie sexuelle, conjugale et familiale responsable à travers :
 - l'intégration de volets PF, SSR dans le cursus d'enseignement ;
 - le renforcement des actions d'information et d'éducation des clubs de santé.
- 5. La promotion du PNSR auprès des prestataires de services et autres intervenants, par des actions combinant :

- le développement et renforcement des compétences en IEC;
- le développement de l'approche humaniste / Qualité de Service IEC/SR ;
- l'intensification de l'encadrement et supervision.
- la motivation
- 6. Le développement d'un système de planification, de collecte d'information, de suivi et d'évaluation des actions d'IEC qui va :
 - définir le rôle et l'organisation de l'IEC dans la mise en œuvre du PNSR;
 - choisir des approches appropriées d'intervention en IEC/SR;
 - établir des instruments de travail et de collecte de données sur l'IEC/SR;
 - mettre en place de mécanismes de suivi et d'évaluation.
- 7. Le développement de la recherche comportementale pour évaluer la demande en matière de SR et l'impact de l'IEC en mettant l'accent entre autres, sur les questions du genre. Elle utilisera la recherche documentaire, les enquêtes quantitatives et qualitatives et la recherche socioculturelle et l'utilisation de ses conclusions pour identifier les facteurs qui contribuent aux problèmes de la SR afin de mettre en place les interventions appropriées.