

Accélérer l'accès à la planification familiale du postpartum (PFPP) en Afrique sub-saharienne et en Asie

Fiche de travail des stratégies de programmation pour la PFPP

I. Introduction au plan d'action du pays à la planification familiale du postpartum

[La fiche de travail des stratégies des pays pour la programmation de la PFPP est un complément, axé sur l'action, du document intitulé Stratégies de programmation pour la planification familiale du postpartum](#)

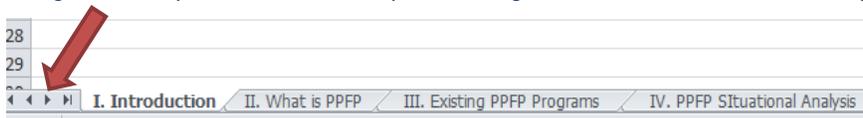
L'outil vise à guider les équipes de décideurs et responsables de programmes en santé maternelle, infantile et santé reproductive et champions de la PF des pays dans la planification systématique de "Stratégies de programmation pour la PFPP" fondées sur des données factuelles spécifiques à chaque pays, portant sur les intervalles entre grossesses trop brefs et sur les besoins non satisfaits en planification familiale dans la période du postpartum, et à accroître l'accès des femmes aux services de PFPP. Lors de la réunion, les équipes de pays vont travailler ensemble, avec un facilitateur, sur les activités suivantes:

- (1) Identifier tous les programmes de PFPP existants qui sont déjà mis en œuvre.
- (2) Évaluer si il y a d'autres possibilités / points d'entrée pour l'offre de services de planification familiale pour les femmes au cours de leur période de postpartum.
- (3) Évaluer ces programmes à la lumière d'une analyse de la situation de la PFPP au niveau des pays et d'une analyse SWOT (forces, faiblesses, opportunités et menaces - FFOM) du système de santé pour déterminer si les mêmes programmes ou des programmes nouveaux ou modifiés, devraient être adoptés comme futurs programmes de PFPP dans le pays.
- (4) Pour chacun des futurs programmes de PFPP, compléter un plan détaillé de mise en œuvre et examiner comment mieux mettre à l'échelle chaque programme pour atteindre les objectifs de planification familiale nationaux et globaux.
- (5) Créer un plan d'action de la PFPP pour documenter les tâches requises et les membres de l'équipe responsables de l'adoption de la mise en œuvre des plans de PFPP par les décideurs concernés. Le plan d'action de la PFPP sera revu et modifié au cours de chaque réunion future de l'équipe de pays jusqu'à que le plan de mise en oeuvre soit adopté.

Instructions:

1. Veuillez seulement remplir les cellules colorées en jaune

2. Il y a 9 onglets distincts pour vous assister à remplir vos stratégies de PFPP. Pour faire défiler la feuille prochaine, cliquer sur la flèche tel qu'indiqué ici.





Accélérer l'accès à la planification familiale du postpartum (PFPP) en Afrique sub-saharienne et en Asie

Fiche de travail des stratégies de programmation pour la PFPP

II. Définition de la PFPP

La PFPP est "la prévention des grossesses non désirées ou très rapprochées durant les 12 premiers mois qui suivent l'accouchement," mais elle peut aussi s'appliquer à une période "étendue" du postpartum jusqu'à deux ans après l'accouchement. La PFPP augmente l'utilisation de la planification familiale en s'adressant aux couples avec des méthodes et des messages de planification familiale autour et au moment de l'accouchement et sauve des vies en favorisant l'espacement idéal des grossesses pour la santé (EIGS), qui est associée à une diminution de la mortalité maternelle, néonatale et infantile. Parce que les femmes sont généralement moins mobiles au moins dans la première partie de l'année suivant un accouchement, les programmes de PFPP peuvent grandement bénéficier de l'intégration des services au niveau communautaire et dans les établissements de santé. Ces programmes doivent, cependant, être soigneusement adaptés au continuum de soins pour la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) qui existe dans le système de santé d'un pays donné pour favoriser l'adoption, la mise en œuvre et le passage à l'échelle

Figure 1: points de contact pour la PFPP au cours de la période élargie du postpartum (OMS 2013)

Family Planning: Every Woman, Every Time

	Antenatal	Birth	Postnatal			Childhood (at least 2 years)	
	0 hours	48 hours	3 weeks	4 weeks	6 weeks	6 months	2 years
Contact Point	ANC Visits	At birth and discharge	Postnatal care visit (scheduled per WHO or national guidelines)			Well child, immunization and nutrition visits	
Family Planning Integration	Exclusive breast-feeding (EBF) and lactational amenorrhea method (LAM); Healthy timing and spacing of pregnancy (HTSP); counseling on PPIUD or, if interested in limiting, postpartum tubal ligation	Initiate immediate and exclusive breastfeeding, LAM, confirm PPIUD or sterilization after timely counseling and informed choice, plus provision of method	Counseling and informed and voluntary choice of method, plus provision of method as appropriate based on breastfeeding status and timing of PP method initiation, EBF/LAM			Counseling and informed and voluntary choice, plus provision of method	
Provider	Skilled birth attendant (SBA), ANC provider, and/or dedicated counselor	SBA, linked provider, or referral	SBA, linked provider, or referral			EPI or MCH worker, or linked or dedicated provider	
Community	Pregnancy identification by CHWs and referral for ANC, danger signs Birth preparedness/complication readiness, introduce postpartum family planning Enrollment in breastfeeding/LAM support groups	Notification of births First home visit for PNC, referral for danger signs Support for EBF/LAM, including support groups	Additional PNC home visits, referral for danger signs EBF support, LAM advice Provision of condoms			EBF support, LAM advice up to 6 months, emphasize fertility will return prior to menses return as baby starts complementary food, mother still needs to breastfeed, but to prevent another pregnancy should start FP Community-based distribution of condoms and hormonal methods as appropriate given infant age/lactation (i.e., no combined hormonal contraception before 6 months)	

Figure 2: possibilités d'intégration de la PFPP (MCHIP 2013)

A Path To PLANNED PREGNANCIES

Opportunities to Talk About Birth Spacing and Family Planning Along the Reproductive Health Journey

By integrating postpartum family planning (PPFP) into maternal, newborn, and child health services, health providers can increase the likelihood that every new mother will leave the clinic having made an informed choice about family planning. From health checks during pregnancy to her young child's checkups and immunization visits more than a year after birth, there are many contact points that serve as opportunities for family planning education.

ANTENATAL CARE

Given that closely spaced pregnancies are associated with adverse pregnancy outcomes, **antenatal care visits with a skilled health provider** are a good time to discuss options for preventing a pregnancy too soon, including those that can be initiated on the day of birth.

WHAT IS PPFP?

Postpartum family planning (PPFP) is the prevention of unintended and closely spaced pregnancies through the first 12 months following child-birth. PPFP reduces both child and maternal mortality because it improves healthy timing and spacing of future pregnancies and limits unwanted pregnancies for those who have completed their families.

PREVENTION OF MOTHER-TO-CHILD TRANSMISSION

While women living with HIV have the right to have the number of children they want, family planning is one of the four pillars for **preventing the transmission of HIV** from a mother to her child. PPFP ensures that the mother's health and that of her children is maximally protected.

LABOR & DELIVERY

Family planning counseling for all women who give birth in a facility before they are released ensures a critical group of women are educated about birth spacing. It is recommended couples wait **24 months** before becoming pregnant again to ensure optimal health for the woman and her baby.

NUTRITION

The Lactational Amenorrhea Method (LAM) is a modern method of postpartum family planning which encourages **exclusive breastfeeding** and offers optimal infant nutrition. At 6 months, when complementary foods are introduced, the mother should transition to another form of contraception.

POSTNATAL CARE

The immediate postpartum period is when couples generally have multiple encounters with the health care system. Providing contraception during this time is **cost-effective and efficient** because it doesn't require significant increases in staff, supervision or infrastructure.

IMMUNIZATION

Immunization services are wide reaching, and the majority of women in Africa and Asia seek immunization services for their children, providing an **ideal opportunity** to reach many mothers with FP counseling. However, integrating PPFP should not overburden vaccinators or distract them from their life-saving work. Although integration is ideal, **monitoring its effects on both family planning uptake and immunization coverage is essential.**

CHILD HEALTH

In areas where child health visits are standard, these checkups give health providers the opportunity to ask mothers of **children under age 2** if they are protected against unintended pregnancy and to make referrals.

POLICY MAKERS

Policymakers are critical to ensure that family planning services are effectively integrated into maternal, newborn, child health and nutrition services.

COMMUNITY

50% of births occur outside of a health facility, meaning these women are less likely to have access to information about postpartum family planning. Community health workers can bring information and services to women and men in the communities where they live.

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE | MCHIP



Accélérer l'accès à la planification familiale du postpartum (PFPP) en Afrique sub-saharienne et en Asie

Fiche de travail des stratégies de programmation pour la PFPP

Pays:	RDC	Coordinateur du pays:	Dr. Lamy (Directeur Adjoint PNSR)
-------	-----	-----------------------	-----------------------------------

III. Programmes existants de PFPP

Considérer les figures ci-dessus et revoir le chapitre 3 des Stratégies de programmation pour la planification familiale du postpartum pour déterminer quels programmes de PFPP existent déjà dans votre pays. Discutez d'autant de programmes que possible avec votre équipe pays, mais faites la liste de trois programmes les plus prometteurs dans le tableau ci-dessous et expliquer les activités spécifiques qui ont été réalisées pour leur mise en œuvre. Indiquez les principaux intervenants (les décideurs, les responsables de programmes, les prestataires, les organisations non gouvernementales, les bénéficiaires) qui ont pris en charge chaque activité et les organisations qui ont été impliquées dans la mise en œuvre. Identifiez les indicateurs utilisés pour évaluer si les objectifs du programme sont atteints.

Programme I de PFPP I existant:	Augmentation de l'accès aux méthodes de PF en post partum immédiat
Activité 1	PPIUD
Période de mise en œuvre	2012 à présent
Preuve de succès	L'approche s'est étendue de Kinshasa à d'autres provinces (Katanga, Nord et Sud Kivu). On est passé d'un noyau de prestataires et de formateurs du secteur publique à d'autres prestataires et formateurs. Pres de 1000 utilisatrices à Kinshasa. Seulement 2% de rejet et aucun cas d'infection ou de perforation (pour ASF).
Coût total pour la durée de la période	\$193,300 (pour ASF)
Est-ce que cette activité est passée à l'échelle? Pourquoi ou pourquoi pas?	Oui, cette activité s'est étendue à d'autres provinces après le succès qu'elle a connu à Kinshasa.
Principaux intervenants	PNSR, Société Congolaise de Gynécologie Obstétrique (SCOGO)
Agence(s) d'exécution	Association de Santé Familiale à Kinshasa et au Katanga; IRC, Save the Children et Care International au Sud Kivu
Activité 2	
Période de mise en œuvre	
Preuve de succès	
Coût total pour la durée de la période	
Est-ce que cette activité est passée à l'échelle? Pourquoi ou pourquoi pas?	
Principaux intervenants	
Agence(s) d'exécution	

Activité 3	
Période de mise en oeuvre	
Preuve de succès	
Coût total pour la durée de la période	
Est-ce que cette activité est passée à l'échelle? Pourquoi ou pourquoi pas?	
Principaux intervenants	
Agence(s) d'exécution	
Indicateur(s) [source de données (s)]	
Programme de PFPP 2 existant:	
Activité 1	
Période de mise en oeuvre	
Preuve de succès	
Coût total pour la durée de la période	
Est-ce que cette activité est passée à l'échelle? Pourquoi ou pourquoi pas?	
Principaux intervenants	
Agence(s) d'exécution	
Activité 2	
Période de mise en oeuvre	
Preuve de succès	
Coût total pour la durée de la période	
Est-ce que cette activité est passée à l'échelle? Pourquoi ou pourquoi pas?	

Principaux intervenants	
Agence(s) d'exécution	
Activité 3	
Calendrier	
Preuve de succès	
Coût total pour la durée du calendrier	
Est-ce que cette activité est passée à l'échelle? Pourquoi ou pourquoi pas?	
Principaux intervenants	
Agence(s) d'exécution	
Indicateur(s) [source de données (s)]	
Programme de PFPP 3 existant:	
Activité 1	
Période de mise en oeuvre	
Preuve de succès	
Coût total pour la durée de la période	
Est-ce que cette activité est passée à l'échelle? Pourquoi ou pourquoi pas?	
Principaux intervenants	
Agence(s) d'exécution	
Activité 2	
Période de mise en oeuvre	
Preuve de succès	

Coût total pour la durée de la période	
Est-ce que cette activité est passée à l'échelle? Pourquoi ou pourquoi pas?	
Principaux intervenants	
Agence(s) d'exécution	
Activité 3	
Période de mise en oeuvre	
Preuve de succès	
Coût total pour la durée de la période	
Est-ce que cette activité est passée à l'échelle? Pourquoi ou pourquoi pas?	
Principaux intervenants	
Agence(s) d'exécution	
Indicateur(s) [source de données (s)]	

Accélérer l'accès à la planification familiale du postpartum (PFPP) en Afrique sub-saharienne et en Asie

Fiche de travail des stratégies de programmation pour la PFPP

Pays:

RDC

Coordinateur du pays:

Dr. Lamy (Directeur Adjoint PNSR)

IV. Analyse Situationnelle de la PFPP

Les programmes de PFPP réussis s'alignent avec les caractéristiques démographiques de la population en postpartum dans un pays et sont adaptés au contexte de la gouvernance du pays. Le tableau suivant extrait les données démographiques et de gouvernance en planification familiale qui devraient influencer les plans des programmes. Remplir les réponses selon les données, convenues par votre équipe de pays, et fournir la source utilisée si elle est différente ou plus spécifique que celle indiquée. Voir Onglet IX pour certaines réponses sortant des sources de données suggérées.

Point de données	Sources/formule potentielles	Réponse des données	Implications pour la PFPP
DONNEES DEMOGRAPHIQUES			
1	Population totale (depuis mi-2014)	Population Reference Bureau (voir Onglet IX) 77433744	Population qui bénéficierait de l'atteinte de la taille souhaitée de leur famille
2	Croissance annuelle de la population (en %)	Population Reference Bureau " Taux d'accroissement naturel" (voir Onglet IX) 3.00%	Rythme de croissance de la population qui pourrait être ralenti avec la PFPP
3	Taux brut de natalité	Population Reference Bureau (voir Onglet IX) 46	Nombre de naissances enregistrées
4	Nombre de femmes en âge de procréation (FAP)	Population Reference Bureau (see Onglet IX) 16261086	Population avec un besoin futur potentiel de PFPP pour atteindre la taille désirée de leur famille et réduire les risques pour la santé maternelle et infantile
5	Nombre de FAP enceintes	Calculé à partir du Population Reference Bureau (voir Onglet IX) 650443	Population avec un besoin immédiat potentiel pour la PFPP pour atteindre la taille désirée de leur famille et réduire les risques pour la santé maternelle et infantile
6	Indice Synthétique de la Fécondité	Enquête Démographique et de Santé (voir Onglet IX) 6.6	Nombre de naissances par femme avec possibilité de PFPP - comparer avec n ° 7 sur la taille idéale de la famille
7	Taille de la famille idéale	Enquête Démographique et de Santé (voir Onglet IX) 6.1	Comparer avec le n ° 6 - indice synthétique de la fécondité

Point de données		Sources/formule potentielles	Réponse des données	Implications pour la PFPP
8	Taux de fécondité des adolescentes	Population Reference Bureau (voir Onglet IX)	138 pour 1000 par an (27% des adolescentes ont au moins un enfant)	<p>Nombre de naissances par femme de 15-19 ans, avec opportunité pour la PFPP</p> <p>(Voir également la proportion des naissances par des femmes de <18 ans avec celles qui courent le plus grand risque de mortalité maternelle.)</p>
9	<p>Pourcentage de grossesses avec intervalle intergénérisque de:</p> <ul style="list-style-type: none"> > 7-17 mois > 18-23 mois > 24-35 mois > 36-47 mois 	Enquête Démographique et de Santé (voir Onglet IX)	<p>10.4%</p> <p>16.7%</p> <p>38.3%</p> <p>19.0%</p>	<p>les intervalles intergénérisque optimaux sont de 24 mois ou plus, de sorte que les grossesses a moins de 23 mois d'intervalle sont trop rapprochées et plus risqués pour la mère et l'enfant</p> <p>(Envisager le manque de sensibilisation de ce risque ou de l'accès à la PF parmi les FAP en postpartum.)</p>
10	<p>Pourcentage de premières naissances chez les femmes:</p> <ul style="list-style-type: none"> > de 15-19 ans > de 20-23 ans > de 24-29 ans > de 30-34 ans 	Enquête Démographique et de Santé (voir Onglet IX)	Donnees non disponibles tel que libelle. Voir donnees alternative EDS 2014 page 78.	Population de nouveaux parents qui peut recevoir des services de PFPP sans délai et fréquents au fur et à mesure qu'ils atteignent la taille désirée de leur famille
11	Pourcentage des besoins non satisfaits parmi les FAP	Enquête Démographique et de Santé (voir Onglet IX)	28%	Les femmes qui ne veulent pas tomber enceintes et qui n'utilisent pas de méthode de planification familiale- des niveaux supérieurs à 10% suggèrent une faible efficacité des efforts de planification familiale
12	<p>Pourcentage des besoins non satisfaits:</p> <ul style="list-style-type: none"> > espacement > limitation 	Enquête Démographique et de Santé (voir Onglet IX)	<p>20.7%</p> <p>6.9%</p>	<p>S'adresse aux femmes qui veulent avoir d'autres enfants (espacement des grossesses) et à celles qui ont désormais le nombre d'enfants souhaité et veulent limiter les futures grossesses (limitation). Les niveaux devraient être comparés avec la gamme des méthodes du # 16 pour déterminer si les femmes sont sensibilisées avec un choix de méthode adapté à leur désir de controle de la fecondité</p>

Point de données		Sources/formule potentielles	Réponse des données	Implications pour la PFPP
13	Pourcentage prospectifs de besoins en PFPP non satisfaits	Z. Moore et al., Contraception 2015	55% pour espacer et 16% pour limiter (pourcentage prospectif en besoin global pour la PF est estimé à 50,8 %)	Population de femmes qui ont <i>actuellement</i> besoin de PFPP pour atteindre la taille désirée de leur famille et réduire les risques pour la santé maternelle et infantile
14	Taux de prévalence contraceptive	Enquête Démographique et de Santé (voir Onglet IX)	8.10%	Population de femmes qui utilisent actuellement la planification familiale
15	Taux de prévalence contraception ciblée par votre pays	Site Web du gouvernement ou toute autre référence accessible au public	19% d'ici 2020 (référence plan stratégique PF national 2014-2020)	Population de femmes qui devraient utiliser la PF (postpartum ou autre) à une date voulue-considérer l'écart au # 14
16	Taux de prévalence contraceptive pour: <ul style="list-style-type: none"> > les contraceptifs à courte durée d'action > les contraceptifs réversibles à longue durée d'action > La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) > la contraception permanente 	Enquête Démographique et de Santé (voir Onglet IX)	6.9% 0.6% ND 0.5%	La gamme des méthodes actuelles; faire la comparaison de l'utilisation des méthodes permanentes contre le n° 12, besoins non satisfaits pour la limitation des grossesses, et les MLDA, plus efficaces; et les possibilités de transition de la MAMA à d'autres méthodes telles que les MLDA pour atteindre la taille désirée de la famille et réduire la mortalité maternelle et les risques pour la santé de l'enfant (tenir compte de l'ensemble de la gamme des méthodes, par exemple, le nombre de méthodes qui sont utilisées par > 20% des utilisateurs de la planification familiale.)
17	Pourcentage de femmes ayant reçu au moins une visite prénatale	Enquête Démographique et de Santé (voir Onglet IX)	88.40%	Population pouvant être sensibilisée par des messages de PFPP tôt dans le continuum des soins de SMNI, pour recevoir des services à l'accouchement par l'entremise de une mise en œuvre systématique
18	Pourcentage de femmes pratiquant l'allaitement maternel exclusif à: <ul style="list-style-type: none"> > 2 mois > 5-6 mois 	Enquête Démographique et de Santé (voir Onglet IX)	63.4% (0-3 mois) 47.6%	Étudiez les moyens de promouvoir la MAMA (soit 6 mois d'allaitement maternel exclusif avant le retour des menstruations) qui pourraient potentiellement augmenter la durée de l'allaitement ce qui aurait des effets bénéfiques pour la santé maternelle et infantile au-delà de l'espacement des naissances.

Point de données		Sources/formule potentielles	Réponse des données	Implications pour la PFPP
19	Pourcentage d'accouchements dans les établissements de santé	Enquête Démographique et de Santé (voir Onglet IX)	79.90%	La population sensibilisée aux méthodes de PFPP du "jour de naissance", y compris les MLDA-peut être ventilée par âge, lieu de résidence et quintiles de revenus pour mettre en évidence les groupes mal desservis
20	Pourcentage d'accouchements à domicile	Enquête Démographique et de Santé (voir Onglet IX)	18.70%	La population qui pourrait être sensibilisée à la PFPP au niveau communautaire, peut être ventilé par âge, lieu de résidence et quintiles de revenus pour mettre en évidence les groupes mal desservis
21	Pourcentage de femmes qui reçoivent au moins une visite de soins postnatals	Possibly Demographic and Health Survey; if not, use other available data or estimations	47.40%	La population sensibilisée après l'accouchement en counseling en PFPP et sur des services autres que la vaccination systématique
22	Pourcentage de femmes qui reçoivent une visite postnatale à: > 0-23 heures > 1-2 jours > 3-6 jours > 7-41 jours > 42 jours (6 semaines)	Probablement Enquête Démographique et de Santé; sinon, utiliser d'autres données ou estimations disponibles	25.5% 18.3% 2.4% 1.2% (ND pour 42 jours)	Population pouvant être sensibilisée sur certaines méthodes de PFPP qui sont disponibles dans la période du postpartum immédiat (soit avant la sortie de l'hôpital) ou qui peuvent être adoptées lors de contacts plus tard

Point de données		Sources/formule potentielles	Réponse des données	Implications pour la PFPP
23	Taux de vaccination pour: <ul style="list-style-type: none"> > BCG à la naissance > DPT1 > DPT3 > taux d'abandon entre le DPT1 et le DPT3 	Enquête Démographique et de Santé (voir Onglet IX)	83.4% 81.2% 60.5% 20.7%	Population sensibilisée sur des méthodes de PFPP lors des visites de vaccination de routine ou par le biais de la référence lors de ces visites
24	Facultatif: Pourcentage de femmes victimes de violence pendant la grossesse, l'accouchement ou pour l'utilisation de la planification familiale	Probablement Enquête Démographique et de Santé; sinon, utiliser d'autres données ou estimations disponibles	ND	Importance de la sensibilisation des agents de santé servant cette population, y compris sur les possibilités de coercition reproductive, et leur préparation à la discussion sensible sur des stratégies d'atténuation ou de prévention de la violence à l'égard des femmes, intégrées à la CPN / PFPP. Rôle des méthodes discrètes / clandestines pour ces femmes
25	Pourcentage d'avortements à risques	OMS, l'avortement à risque, 2008 [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118_eng.pdf?ua=1 estimations régionales seulement]	ND	Population à risque élevé de mortalité maternelle, qui est susceptible d'avoir besoin de soins après avortement, y compris services de PF
DONNES DE GOUVERNANCE				
26	Engagement PF2020	http://www.familyplanning2020.org/reaching-the-goal/commitments	http://www.familyplanning2020.org/resources/367	Engagement financier public pour la PF au niveau national
27	Approbation dans le pays pour la déclaration pour l'action collective pour la PFPP	http://www.mchip.net/actionppfp/		Soutien public par champions de la PFPP au niveau national
28	Stratégie nationale pour la PF	Site Web du gouvernement ou toute autre référence accessible au public	http://planificationfamiliale-rdc.net/	Où on pourrait y inclure ou renforcer la PFPP pour influencer la politique nationale
29	Plan de mise en oeuvre budgétisés pour la PF	Site Web du gouvernement ou toute autre référence accessible au public	http://planificationfamiliale-rdc.net/ http://www.familyplanning2020.org/resources/367	Où on pourrait inclure ou améliorer la budgétisation de programmes de PFPP pour influencer la politique nationale
30	Situation pour les "cadres de prestataires qui sont autorisés à fournir des services de PFPP"	http://www.optimize-mh.org/intervention.php		

Accélérer l'accès à la planification familiale du postpartum (PFPP) en Afrique sub-saharienne et en Asie

Fiche de travail des stratégies de programmation pour la PFPP

Pays: **RDC** Coordinateur du pays: **Dr. Lamy (Directeur Adjoint PNSR)**

V. Systèmes de santé: Analyse SWOT

La structure du système de santé d'un pays affecte grandement la réussite des programmes de PFPP, en particulier lorsque la mise en œuvre passe à l'échelle. Utilisez le tableau ci-dessous pour effectuer une analyse des Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces (SWOT) de chacun des programmes de PFPP existants dans la feuille III. Programmes de PFPP existants. Dressez la liste des forces et faiblesses internes et les opportunités et les menaces externes de chaque programme à chaque dimension du système de santé. Pour des questions d'orientation, consulter la section 2.2 du chapitre 2 de Stratégies de programmation pour la planification familiale du postpartum.

Programme de PFPP existant I:		les soins prénatals			
Dimension du système de santé	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces	
Services de santé					
a. Secteur Public	disponibilité des documents normatif pour les soins prénatals		90% des femmes ont reçu des soins par un personnel de santé qualifié		
	fonctionnalité des zone de santé	46% de Zone de Santé ont intégré la PF			
		6,5% de non utilisatrice qui ont fréquenté un Centre de santé ont entendu parlé de la PF			
b. Organisation basée sur la foi/non gouvernementale (ONG)	Gestion importante de certaines structures publiques par les confessions religieuses y compris dans l'offre de services PF				
c. Secteur Privé	90% des femmes ont reçu des soins par un personnel de santé qualifié (43% de services ambulatoires)	faible accessibilité financière			
	disponibilité des services plus opérationnelle dans les grandes agglomérations			instabilité de structures privées ciblées	

Dimension du système de santé		Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
2	Système d'information pour la gestion sanitaire (SIGS)	Intégration d'indicateurs PF additionnels dans le SNIS	Faible gestion des données PF (promptitude, complétude, transmission, analyse, prise de décision)	le pays est en voie d'adopter le DHIS2 (NTIC)	Faible motivation du personnel qui rapportent les données
3	Personnel de santé	existence des structures qui forment le cadre pour la santé	Faible formation de base des prestataires en PF	Présence de partenaires pour la PF	instabilité des prestataires de soins

Dimension du système de santé		Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
4	Médicaments et technologies	engagement du gouvernement à l'achat des contraceptifs	Rupture de stock (81% de FOSA ont connu la rupture au cours de 6 derniers moi)	Fort plaidoyer pour la PF	
5	Financement pour la santé	Acroissement de la contribution gouvernementale pour la PF	faible financement du gouvernement alloué dans le domaine de la santé	l'engagement du gouvernement dans le domaine de la PF	
6	Leadership et gouvernance	existence du plan stratégique PF multisectoriel, du CTMP et du CAO	Faible coordination des intervenants et interventions en PF		

Communauté et socioculturel						
7	a. A base communautaire	Existence d'un plan opérationnel et des outils DBC	4,9% des non utilisatrices seulement à qui on a parlé de la PF	(Amélioration du profil et du paquet des ADBC)	faible statut de la femme dans la prise des décisions en matière de PF	
			Le volontariat benevole dans le système de la mobilisation communautaire			
			faible organisation et integration de l'approche de soins à base communautaire dans le systeme de sante			
	b. Stratégies avancées					
	c. Marketing social	la communication centrée sur les clients	faible maîtrise du marché total	initiation à une approche du marché total pour la PF	la gratuité fait dans le secteur publique est faiblement coordonné affecte le secteur Privé	
		la disponibilité des produits	le paquet d'intervention est limité par la source de financement	existence des outils de recherche pour capter le comportement	la pérennisation des activité est compromise	
		le travail en réseau des partenaires ciblés (Franchise Sociale)	instabilité de structures privées ciblées	le fait d'appartenir à un reseau global	faible maîtrise du prix pour le consommateur finale	

Programme de PFPP existant 2: **le travail et l'accouchement, y compris la période précédant la sortie de l'établissement**

Dimension du système de santé	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
-------------------------------	--------	------------	--------------	---------

Services de santé				
a. Secteur Public	l'offre de services de DIUPP dans les cliniques/maternités		80% des accouchements ont lieu dans les structures sanitaires	la gratuité fait dans le secteur publique est faiblement coordonné affecte le secteur Privé

Dimension du système de santé		Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
I					
	b. Organisation basée sur la foi/non gouvernementale (ONG)				

Dimension du système de santé		Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
1	c. Secteur Privé			jusqu'à 46% des accouchement ont lieu dans les centres privés	
2	Système d'information pour la gestion sanitaire (SIGS)				
3	Personnel de santé		Insuffisance du personnel forme en PF (qualite et quantite)		
4	Médicaments et technologie				
5	Financement pour la santé				
6	Leadership et gouvernance				
Communauté et socioculturel					
7	a. A base communautaire				
	b. Stratégies avancées				
	c. Marketing social				
Programme de PFPP existant 3:		les soins postnatals			
Dimension du système de santé	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces	

Dimension du système de santé		Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
Services de santé					
1	a. Secteur Public	82% de maman reviennent pour BCG et 89% pour polio I	fort taux de deperdition des femmes après l'accouchement (52% des femmes ne reçoivent pas de soins ou de manière tardive)		
	b. Organisation basée sur la foi/non gouvernementale (ONG)				
	c. Secteur Privé				
2	Système d'information pour la gestion sanitaire (SIGS)				
3	Personnel de santé				
4	Médicaments et technologie				
5	Financement pour la santé				
6	Leadership et gouvernance				
Communauté et socioculturel					
7	a. A base communautaire				
	b. Stratégies avancées				
	c. Marketing social				

Accélérer l'accès à la planification familiale du postpartum (PFPP) en Afrique sub-saharienne et en Asie

Fiche de travail des stratégies de programmation pour la PFPP

Pays:	RDC	Coordinateur du pays:	Dr. Lamy (Directeur Adjoint PNSR)
-------	------------	-----------------------	--

VI. Plan de mise en oeuvre de la PFPP

Réfléchir à la fois sur l'analyse situationnelle PFPP sur la feuille III et sur l'analyse SWOT sur la feuille V, pour évaluer si les programmes existants de PFPP de votre pays peuvent être améliorés, ou si de nouveaux programmes devraient être proposés. Par exemple, selon le contexte de votre pays:

1. Est-ce que les programmes existants devraient mieux cibler les populations difficilement accessibles ou mal desservies?
2. Y a-t-il de meilleurs points de contact pour l'intégration PFPP que ceux utilisés dans les programmes existants?
3. Quelles sont les méthodes contraceptives susceptibles d'être plus acceptables et disponibles dans les milieux où les femmes accouchent dans votre pays?
4. Quelles activités supplémentaires pour le renforcement des services de santé sont nécessaires pour institutionnaliser chaque stratégie?
5. Quelles ressources supplémentaires et les sources de financement peuvent être requises dans les processus annuels de budgétisation?
6. Y a-t-il de nouveaux acteurs clés qui pourraient être engagés?
7. Y a-t-il d'autres organismes d'exécution qui pourraient être intéressés par les activités de PFPP?

Réviser vos programmes existants dans cette feuille, à partir de la feuille IV ou remplacer par des programmes alternatifs pour vos programmes futurs de PFPP dans votre pays. Rapporter toutes les activités qui ont atteint un objectif de programme, mais ayez une vision prospective sur leur mise en œuvre lorsque vous révisez les détails restants. Ajoutez autant de nouvelles activités que nécessaire. Pour aider à déterminer "le coût total pour la durée de la période du projet", visitez le site: <http://www.fhi360.org/resource/costed-implementation-plans-guidance-and-lessons-learned>. Ce tableau constituera le début du plan de mise en œuvre de la PFPP de votre pays.

Programme futur de PFPP I:

Creation de la demande

Activité 1:	Elaborer/reviser la strategie de communication en PF en integrant la PF en PP
Période	Novembre de 2015 a Avril 2016
Preuve de succès	Existence du plan strategique de communication pour le changement social et comportemental en matière de PF non validé
Coût total pour la période du projet	\$60413
Considérations supplémentaires	Implication de tous les acteurs(MSP: PNSA, PRONANUT, PEV, PNLS et les Partenaires locaux)
Intervenants clés	PNSR (MSP), OMS, UNFPA, Gates, USAID, SIDA, DFID
Organisation(s) d'exécution	Engenderhealth, PSI/ASF, Pathfinder, etc
Activité 2:	Reviser des modules/ FICHES TECHNIQUES pour inclure la PFPP
Période	Juillet à Aout 2016
Preuve de succès	Existence au PNSR des fiches techniques PF intégrant la PF PP
Coût total pour la période du projet	\$37700
Considérations supplémentaires	Respect du timing

Intervenants clés	USAID, PNSR, UNFPA, OMS, Gates
Organisation(s) d'exécution	ASF, Pathfinder, Engenderheath, MSH, etc
Activité 3:	Reviser les supports éducatifs pour inclure la PPFP
Période	Aout à Septembre 2016
Preuve de succès	La PPFP est devenu un élément standard dans le curriculum des prestataires et un service standard comme la vaccination, par exemple.
Coût total pour la période du projet	\$94048
Considérations supplémentaires	S'assurer de l'appropriation du Ministère de la Santé (D10) pour assurer la transversalité de la PF dans la SMNE
Intervenants clés	D10, PNSR, USAID, UNFPA, OMS, Gates
Organisation(s) d'exécution	ASF, Pathfinder, Engenderheath, MSH, etc
Indicateur(s) (source de données)	Nombres de prestataires formés en PPFP aux différents niveaux (rapports de formations); Nombres de structures qui utilisent les outils intégrateurs (checklists de supervision)
Activité 4:	Former tous les prestataires à 4 niveaux (Prestataires déjà formés en PF, Prestataires non formés en PF, autres prestataires, ADBCs et relais communautaires)
Période	Aout à Septembre 2016
Preuve de succès	La PPFP est devenu un élément standard dans le curriculum des prestataires et un service standard comme la vaccination, par exemple.
Coût total pour la période du projet	\$3912041
Considérations supplémentaires	S'assurer de l'appropriation du Ministère de la Santé (D10) pour assurer la transversalité de la PF dans la SMNE
Intervenants clés	D10, PNSR, USAID, UNFPA, OMS, Gates
Organisation(s) d'exécution	ASF, Pathfinder, Engenderheath, MSH, etc
Indicateur(s) (source de données)	Nombres de prestataires formés en PPFP aux différents niveaux (rapports de formations); Nombres de structures qui utilisent les outils intégrateurs (checklists de supervision)
Activité 5:	Assurer l'intégration de la PPFP avec les autres services tels que la nutrition, la vaccination, et les soins curatifs.
Période	janvier à mars 2016
Preuve de succès	Existence des outils intégrant la PF PP dans les services connexes (nutrition, vaccination, soins curatifs...)
Coût total pour la période du projet	\$1164886

Considérations supplémentaires	S'assurer de l'appropriation du Ministère de la Santé (D10) pour assurer la transversalité de la PF dans la SMNE
Intervenants clés	D10, PNSR, USAID, UNFPA, OMS, Gates
Organisation(s) d'exécution	ASF, Pathfinder, Engenderhealth, MSH, etc
Indicateur(s) (source de données)	Nombres des Zones de santé aux différents niveaux (rapports de formations); Nombres de structures qui utilisent les outils intégrateurs (checklists de supervision)
Programme futur de PFPP 2	
Augmentation de l'accès aux méthodes de PF en post partum immédiat (48 heures)	
Activité 1:	Elargir la gamme des méthodes de PF en post partum dans toutes les 516 zones de santé
Période	Novembre 2015 à juillet 2016
Preuve de succès	Toutes les structures ciblées intègrent les méthodes PF PP
Coût total pour la période du projet	223020\$\$\$
Considérations supplémentaires	Conflits d'agenda avec d'autres activités prioritaires du ministère; réformes sanitaires en cours (coordination provinciale SR); disponibilité des financements
Intervenants clés	USAID, PNSR, UNFPA, OMS, Gates
Organisation(s) d'exécution	ASF, Pathfinder, Engenderhealth, MSH, etc
Activité 2:	Doter les FOSA en équipements et intrants PF
Période	Entre fin Novembre 2015 et au plus tard février 2016
Preuve de succès	Toutes les structures ciblées (516 zones de santé de la RDC) offrent au moins 3 méthodes de PF en post partum immédiat
Coût total pour la période du projet	3173400\$\$\$
Considérations supplémentaires	Nouvelles recommandations de l'OMS pour produits en post partum immédiat doivent être adoptés dans les normes nationales
Intervenants clés	D10, PNSR, USAID, UNFPA, OMS, Gates
Organisation(s) d'exécution	ASF, Pathfinder, Engenderhealth, MSH
Indicateur(s) (source de données)	Nombre de structures qui offrent les méthodes PF en post partum d'ici 2017; Nombre de structures qui offrent au moins 3 méthodes en postpartum immédiat d'ici 2020

Programme futur de PFPP 3

Renforcement du suivi et evaluation a tous les niveaux

Activité 1:	Plaidoyer pour l'intégration de la PF en post partum prolongé (2 ans) dans les outils des autres services (CPoN, CPS, PEV, Nutrition) et secteur (etat civil ...)
Période	Novembre 2015 a Decembre 2015
Preuve de succès	Les decideurs (Directeurs et Chefs de programmes concernes) a tous les niveaux adherent a l'approche
Coût total pour la période du projet	\$10,000
Considérations supplémentaires	Conflits d'agenda avec d'autres activites du ministere, Contraintes financières, Reformes institutionnelles en cours du Secteur Sante
Intervenants clés	SG, D10, PNSR, D5, PRONANUT, PEV, PNLS, DPS, USAID, UNFPA, OMS, DEP, Gates, secteur prive, Tulane, etc...
Organisation(s) d'exécution	ASF, Pathfinder, Engenderheath, MSH, etc...
Activité 2:	Integration des elements PFPP dans les outils des services des programmes concernes (voir plus haut)
Période	Fevrier a mars 2016
Preuve de succès	Disponibilite des outils integrateurs prenant en compte la PFPP
Coût total pour la période du projet	4000\$
Considérations supplémentaires	Voir supra + Possible resistance aux changements
Intervenants clés	SG, D10, PNSR, D5, PRONANUT, PEV, PNLS, DPS, USAID, UNFPA, OMS, DEP, Gates, secteur prive, Tulane, etc...
Organisation(s) d'exécution	ASF, Pathfinder, Engenderheath, MSH, etc...
Activité 3:	Assurer la qualité des données
Période	Avril 2016 a decembre 2020

Preuve de succès	Disponibilité des données PF fiables à tous les niveaux
Coût total pour la période du projet (\$)	618050
Considérations supplémentaires	Conflits d'agenda avec d'autres activités du ministère, Contraintes financières, Réformes institutionnelles en cours du Secteur Santé
Intervenants clés	SG, D10, D5, PNSR, DPS, USAID, UNFPA, OMS, DEP, Gates, Tulane, etc...
Organisation(s) d'exécution	ASF, Pathfinder, Engenderhealth, MSH, etc...
Activité 4:	Organisation des revues périodiques des données à tous les niveaux
Période	Avril 2016 à Juillet 2020
Preuve de succès	Revue PF systématiquement organisée à tous les niveaux chaque année
Coût total pour la période du projet	1372000
Considérations supplémentaires	Disponibilité des données de qualité
Intervenants clés	SG, D10, PNSR, D5, PRONANUT, PEV, PNLS, DPS, USAID, UNFPA, OMS, DEP, Gates, secteur privé, Tulane, etc...
Organisation(s) d'exécution	PNSR
Activité 5:	Mener des recherches opérationnelles sur les barrières socio-culturelles à l'utilisation de la PFPP
Période	2017 et 2019
Preuve de succès	Les barrières socio-culturelles à l'utilisation de la PFPP sont identifiées et prises en compte dans la mise en œuvre du programme
Coût total pour la période du projet	200000\$
Considérations supplémentaires	Contraintes financières
Intervenants clés	PNSR, Tulane, PTF
Organisation(s) d'exécution	École de santé publique
Indicateur(s) (source de données)	Nombre de revues mensuelles au niveau des zones de santé; Nombre de revues trimestrielles au niveau intermédiaire; Nombre de revues annuelles au niveau national, nombre de réunions de consolidation, score de fiabilité de la qualité des données, nombre des réunions de validation organisées dans les DPS, nombre des rapports des recherches opérationnelles

Accélérer l'accès à la planification familiale du postpartum (PFPP) en Afrique sub-saharienne et en Asie

Fiche de travail des stratégies de programmation pour la PFPP

Pays :

Coordinateur du pays:

VII. Considérations concernant le passage à l'échelle

Consulter: Avoir le but à l'esprit dès le début (ou "les neuf étapes pour élaborer une stratégie de passage à grande échelle" pour comprendre les facteurs qui pourraient affecter le passage à l'échelle de chacun de vos futurs programmes de PFPP.)

Prendre en compte le cadre conceptuel et les éléments du passage à l'échelle décrits

Considérations pour le passage à l'échelle		Oui	Non	Des informations/actions supplémentaires sont nécessaires
Programme futur PFPP I				
1	Est-ce que l'avis des diverses parties prenantes sur le programme est sollicité?	Oui		
2	Est-ce que des personnes d'organisations d'exécution interviennent dans la conception et la mise en oeuvre du programme?	Oui		
3	Est-ce que le programme dispose de mécanismes pour renforcer l'appropriation par les organisations d'exécution?	Oui		
4	Le programme répond-il à un problème persistant de santé ou de prestation de services?	Oui		
5	Est-ce que le programme est fondé sur des données probantes et préférable à des approches alternatives?	Oui		
6	Compte tenu des besoins de financement et de ressources humaines, est-ce que le programme est réalisable dans les contextes locaux où il doit être mis en oeuvre?	Oui		
7	Est-ce que le programme est compatible avec les politiques nationales de santé, les plans et les priorités existants?	oui		
8	Est-ce que le programme est conçu à la lumière des attentes convenues avec les parties prenantes pour savoir où et dans quelle mesure les activités seront mises à l'échelle?	Oui		
9	Est-ce que le programme identifie et prend en considération les facteurs communautaires, culturels et de sexe qui pourraient limiter ou soutenir sa mise en oeuvre?	Oui		

Considérations pour le passage à l'échelle		Oui	Non	Des informations/actions supplémentaires sont nécessaires
10	Est-ce que les normes, les valeurs et la culture opérationnelle des agences d'exécution ont été prises en compte dans la conception du programme?	Oui		
11	Est-ce que les possibilités et les limitations de la politique, pratique et du secteur sanitaire et d'autres facteurs institutionnels ont été pris en compte lors de la conception du programme?	Oui		
12	Est ce que les activités de mise en oeuvre du programme sont conçues aussi simplement que possible sans compromettre les résultats?	Oui		
13	Est-ce que le programme est mis en oeuvre dans les divers contextes socio-culturels et géographiques où il sera mis à l'échelle?	Oui		
14	Est-ce que le programme est mis en oeuvre dans les types de structures sanitaires et cadres institutionnels dans lesquels il sera mis à l'échelle?	Oui		
15	Est-ce que le programme exige des ressources humaines et financières qui peuvent raisonnablement être disponibles lors du passage à l'échelle?	Oui		
16	Est-ce que le financement du programme sera stable?		Non	Ceci dépendra de la disponibilité des ressources financières qui seront mises à la disposition du PNSR par les partenaires de mise en oeuvre.
17	Est-ce que le système de santé a actuellement la capacité de mettre en oeuvre le programme? Si ce n'est pas le cas, existe-il des plans pour évaluer comment accroître la capacité des systèmes de santé?	Oui		
18	Est-ce que des mesures appropriées sont prises pour évaluer et documenter les résultats pour la santé et pour le processus de mise en oeuvre?	Oui		
19	Y a-t-il des dispositions pour une adhésion rapide et continue avec les bailleurs et les partenaires techniques pour une base solide de soutien financier pour le passage à l'échelle?	Oui		
20	Est-ce que des plans sont en place pour favoriser des changements de politiques, règlements et autres composantes des systèmes de santé nécessaires pour l'institutionnalisation du programme?	Oui		

Considérations pour le passage à l'échelle		Oui	Non	Des informations/actions supplémentaires sont nécessaires
21	Est-ce que le programme inclut des mécanismes pour évaluer les progrès et intégrer des nouvelles techniques d'apprentissage dans son processus de mise en oeuvre?	Oui		
22	Y a-t-il un plan en place pour le partage des résultats et des perspectives du programme pendant la mise en oeuvre?	Oui		
23	Y a-t-il un entendement commun parmi les principaux intervenants au sujet de l'importance d'avoir des preuves suffisantes liées à la faisabilité et aux résultats du programme avant le passage à l'échelle?	Oui		
Considérations pour le passage à l'échelle		Oui	Non	Des informations/actions supplémentaires sont nécessaires
Programme futur PFPP 2				
1	Est-ce que l'avis des diverses parties prenantes sur le programme est sollicité?	Oui		
2	Est-ce que des personnes d'organisations d'exécution interviennent dans la conception et la mise en oeuvre du programme?	Oui		
3	Est-ce que le programme dispose de mécanismes pour renforcer l'appropriation par les organisations d'exécution?	Oui		
4	Le programme répond-il à un problème persistant de santé ou de prestation de services?	Oui		
5	Est-ce que le programme est fondé sur des données probantes et préférable à des approches alternatives?	Oui		
6	Compte tenu des besoins de financement et de ressources humaines, est-ce que le programme est réalisable dans les contextes locaux où il doit être mis en oeuvre?	Oui		
7	Est-ce que le programme est compatible avec les politiques nationales de santé, les plans et les priorités existants?	oui		
8	Est-ce que le programme est conçu à la lumière des attentes convenues avec les parties prenantes pour savoir où et dans quelle mesure les activités seront mises à l'échelle?	Oui		

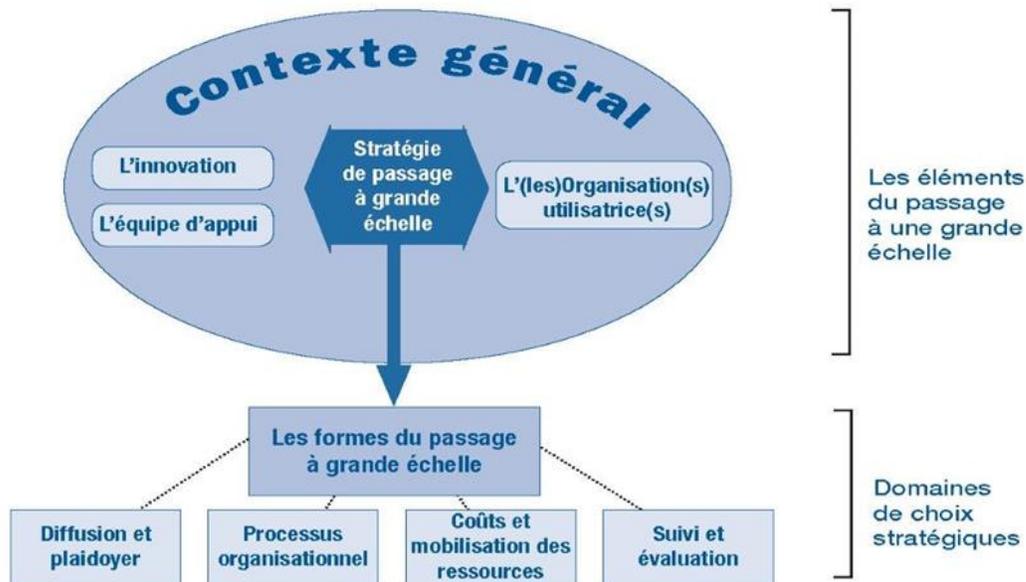
Considérations pour le passage à l'échelle		Oui	Non	Des informations/actions supplémentaires sont nécessaires
9	Est-ce que le programme identifie et prend en considération les facteurs communautaires, culturels et de sexe qui pourraient limiter ou soutenir sa mise en oeuvre?	Oui		
10	Est-ce que les normes, les valeurs et la culture opérationnelle des agences d'exécution ont été prises en compte dans la conception du programme?	Oui		
11	Est-ce que les possibilités et les limitations de la politique, pratique et du secteur sanitaire et d'autres facteurs institutionnels ont été pris en compte lors de la conception du programme?	Oui		
12	Est ce que les activités de mise en oeuvre du programme sont conçues aussi simplement que possible sans compromettre les résultats?	Oui		
13	Est-ce que le programme est mis en oeuvre dans les divers contextes socio-culturels et géographiques où il sera mis à l'échelle?	Oui		
14	Est-ce que le programme est mis en oeuvre dans les types de structures sanitaires et cadres institutionnels dans lesquels il sera mis à l'échelle?	Oui		
15	Est-ce que le programme exige des ressources humaines et financières qui peuvent raisonnablement être disponibles lors du passage à l'échelle?	Oui		
16	Est-ce que le financement du programme sera stable?		Non	Ceci dépendra de la disponibilité des ressources financières qui seront mises à la disposition du PNSR par les partenaires de mise en oeuvre.
17	Est-ce que le système de santé a actuellement la capacité de mettre en oeuvre le programme? Si ce n'est pas le cas, existe-il des plans pour évaluer comment accroître la capacité des systèmes de santé?	Oui		
18	Est-ce que des mesures appropriées sont prises pour évaluer et documenter les résultats pour la santé et pour le processus de mise en oeuvre?	Oui		
19	Y a-t-il des dispositions pour une adhésion rapide et continue avec les bailleurs et les partenaires techniques pour une base solide de soutien financier pour le passage à l'échelle?	Oui		

Considérations pour le passage à l'échelle		Oui	Non	Des informations/actions supplémentaires sont nécessaires
20	Est-ce que des plans sont en place pour favoriser des changements de politiques, règlements et autres composantes des systèmes de santé nécessaires pour l'institutionnalisation du programme?	Oui		
21	Est-ce que le programme inclut des mécanismes pour évaluer les progrès et intégrer des nouvelles techniques d'apprentissage dans son processus de mise en oeuvre?	Oui		
22	Y a-t-il un plan en place pour le partage des résultats et des perspectives du programme pendant la mise en oeuvre?	Oui		
23	Y a-t-il un entendement commun parmi les principaux intervenants au sujet de l'importance d'avoir des preuves suffisantes liées à la faisabilité et aux résultats du programme avant le passage à l'échelle?	Oui		
Considérations pour le passage à l'échelle		Oui	Non	Des informations/actions supplémentaires sont nécessaires
Programme futur PFPP 3				
1	Est-ce que l'avis des diverses parties prenantes sur le programme est sollicité?	Oui		
2	Est-ce que des personnes d'organisations d'exécution interviennent dans la conception et la mise en oeuvre du programme?	Oui		
3	Est-ce que le programme dispose de mécanismes pour renforcer l'appropriation par les organisations d'exécution?	Oui		
4	Le programme répond-il à un problème persistant de santé ou de prestation de services?	Oui		
5	Est-ce que le programme est fondé sur des données probantes et préférable à des approches alternatives?	Oui		
6	Compte tenu des besoins de financement et de ressources humaines, est-ce que le programme est réalisable dans les contextes locaux où il doit être mis en oeuvre?	Oui		

Considérations pour le passage à l'échelle		Oui	Non	Des informations/actions supplémentaires sont nécessaires
7	Est-ce que le programme est compatible avec les politiques nationales de santé, les plans et les priorités existants?	Oui		
8	Est-ce que le programme est conçu à la lumière des attentes convenues avec les parties prenantes pour savoir où et dans quelle mesure les activités seront mises à l'échelle?	Oui		
9	Est-ce que le programme identifie et prend en considération les facteurs communautaires, culturels et de sexe qui pourraient limiter ou soutenir sa mise en oeuvre?	Oui		Ces questions seront prises en charge par les recherches opérationnelles
10	Est-ce que les normes, les valeurs et la culture opérationnelle des agences d'exécution ont été prises en compte dans la conception du programme?	Oui		
11	Est-ce que les possibilités et les limitations de la politique, pratique et du secteur sanitaire et d'autres facteurs institutionnels ont été pris en compte lors de la conception du programme?	Oui		
12	Est ce que les activités de mise en oeuvre du programme sont conçues aussi simplement que possible sans compromettre les résultats?	Oui		
13	Est-ce que le programme est mis en oeuvre dans les divers contextes socio-culturels et géographiques où il sera mis à l'échelle?	Oui		
14	Est-ce que le programme est mis en oeuvre dans les types de structures sanitaires et cadres institutionnels dans lesquels il sera mis à l'échelle?	Oui		
15	Est-ce que le programme exige des ressources humaines et financières qui peuvent raisonnablement être disponibles lors du passage à l'échelle?	Oui		
16	Est-ce que le financement du programme sera stable?		Non	Ceci dépendra de la disponibilité des ressources financières qui seront mises à la disposition du PNSR par les partenaires de mise en oeuvre.
17	Est-ce que le système de santé a actuellement la capacité de mettre en oeuvre le programme? Si ce n'est pas le cas, existe-il des plans pour évaluer comment accroître la capacité des systèmes de santé?	Oui		
18	Est-ce que des mesures appropriées sont prises pour évaluer et documenter les résultats pour la santé et pour le processus de mise en oeuvre?	Oui		

Considérations pour le passage à l'échelle		Oui	Non	Des informations/actions supplémentaires sont nécessaires
19	Y a-t-il des dispositions pour une adhésion rapide et continue avec les bailleurs et les partenaires techniques pour une base solide de soutien financier pour le passage à l'échelle?	Oui		
20	Est-ce que des plans sont en place pour favoriser des changements de politiques, règlements et autres composantes des systèmes de santé nécessaires pour l'institutionnalisation du programme?	Oui		
21	Est-ce que le programme inclut des mécanismes pour évaluer les progrès et intégrer des nouvelles techniques d'apprentissage dans son processus de mise en oeuvre?	Oui		
22	Y a-t-il un plan en place pour le partage des résultats et des perspectives du programme pendant la mise en oeuvre?	Oui		
23	Y a-t-il un entendement commun parmi les principaux intervenants au sujet de l'importance d'avoir des preuves suffisantes liées à la faisabilité et aux résultats du programme avant le passage à l'échelle?	Oui		

Figure 3 : Le cadre ExpandNet/OMS pour le passage à grande échelle



Le Tableau A définit chacun des éléments représentés à l'intérieur de l'ovale en fournissant des exemples à l'appui.

Accélérer l'accès à la planification familiale du postpartum (PFPP) en Afrique sub-saharienne et en Asie

Fiche de travail des stratégies de programmation pour la PFPP

Pays;

RDC

Coordinateur du pays:

Le plan de mise en œuvre de la PFPP commencé dans la fiche VI aura des informations manquantes ou temporaires que votre équipe de pays devra compléter, et le plan final devra également être adopté par tous les intervenants et les organismes d'exécution impliqués. Dans le tableau ci-dessous, identifier toutes les tâches restantes et affecter un membre primaire et secondaire de l'équipe responsable de sa réalisation dans un délai donné.

Programme I: creation de la demande

	Tâche	Responsable primaire	Responsable secondaire	Délai	Base de caalcul du coût	Coût total (USD)	Quels problèmes anticipez-vous? Que ferez-vous lorsque vous aurez ces problèmes?
2	ACTIVITE:1.1. Elaborer/reviser la strategie de communication en PF en integrant la PF en PP					60,413	
3	1.1.1. Organiser une reunion de concertation(va definir l'option pour elaboration du plan strategique)	PNSR National	PNCPS, Coordination provinciale SR, Pathfinder I(PI), PSI,OMS,Engender Health,.....	Nov-15		1,255	Gestion des agendas et le manque de financement; deux responsables et un noyau par organisation,
4	1.1.3 faire une analyse situationnelle sur la communication en PF,	PNSR National	Coordination provinciale SR, Pathfinder I(PI), PSI,OMS,Engender Health,.....	Jan-16		12000	Disponibilité des fonds, mobilisation active des fonds
5	1.1.4. atelier de developement et d'adoption de validation des documents	PNSR National	Coordination provinciale SR, Pathfinder I(PI), PSI,OMS,Engender Health,.....	D'avril a juin 2016		33,349	Disponibilité des fonds, mobilisation active des fonds
6	1.1.5. organiser les visites de vulgarisation dans les differentes provinces (selon les criteres a definir)	PNSR National	Coordination provinciale SR, Pathfinder I(PI), PSI,OMS,Engender Health,.....	Nov-16		13,809	Disponibilité des fonds, mobilisation active des fonds
1	ACTIVITE.1.2. Reviser des modules/ FICHES TECHNIQUES pour inclure la PFPF					37700	
3	1.2.1 Constituer une equipe d'experts au niveau du pays pour appuyer le PNSR dans la revision des modules	PNSR National	Coordination provinciale SR, Pathfinder I(PI), PSI,OMS,Engender Health,.....	Jul-16	les ateliers vont se faire en trois sessions	350	Gestion des agendas; deux responsables et un noyau par organization

	Tâche	Responsable primaire	Responsable secondaire	Délai	Base de caalcul du coût	Coût total (USD)	Quels problèmes anticipez-vous? Que ferez-vous lorsque vous aurez ces problèmes?
6	1.2.2 Organiser l'atelier de révision(production ,adoption,validation) des modules /Fiches techniques	PNSR National	Coordination provinciale SR, Pathfinder I(PI), PSI,OMS,Engender Health,.....	De juillet-Aout 2016	cfr atelier de revision	37000	Disponibilité des fonds, Gestion des agendas; intensifier la mobilisation des fonds, designer deux responsables et un noyau par organization
7	1.2.3. Elaborer un plan de renforcement des capacités des formateurs, des prestataires et des communautaires à tous les niveaux	PNSR National	Coordination provinciale SR, Pathfinder I(PI), PSI,OMS,Engender Health,.....	Aug-16		350	Disponibilité des fonds, Gestion des agendas; intensifier la mobilisation des fonds, designer deux responsables du MSP et un noyau par organization
1	ACTIVITE:1.3 Reviser les supports éducatifs pour inclure la PFPF					94048	
3	1.3.1 Constituer une équipe d'experts au niveau du pays pour appuyer le PNSR/PNCPS dans la révision des supports éducatifs,	PNSR/PNCPS National	Coordination provinciale SR, Pathfinder I(PI), PSI,OMS,Engender Health,.....	Aug-16		66698	Gestion des agendas; designer deux responsables du MSP et un noyau par organization
6	1.3.2 Organiser l'atelier de révision(production ,adoption,validation) des supports éducatifs	PNSR/PNCPS National	Coordination provinciale SR, Pathfinder I(PI), PSI,OMS,Engender Health,.....	Sep-16	cfr atelier revision	27000	Disponibilité des fonds, Gestion des agendas; intensifier la mobilisation des fonds, designer deux responsables du MSP et un noyau par organization
8	1.3.3. Elaborer un plan de renforcement des capacités à tous les niveaux	PNSR National	Coordination provinciale SR, Pathfinder I(PI), PSI,OMS,Engender Health,.....	Sep-16		350	
9	ACTIVITE:1.4.Former tous les prestataires a 4 niveaux (Prestataires déjà formés en PF, Prestataires non formés en PF, autres prestataires, ADBC et relais communautaires)				3 sessions de formation des formateurs provinciaux:3/province	3,912,041	
10	1.4.1.Organiser les formations des formateurs	PNSR National	Coordination provinciale SR, Pathfinder I(PI), PSI,OMS,Engender Health,.....	Oct-16		55,629	Gestion des agendas; deux responsables et un noyau par organisation,le manque de financement
11	1.4.2.Organiser la cascade des formations(prestataires, DBC, Reco)	PNSR Provincial/DPS	, Pathfinder I(PI), PSI,OMS,Engender Health,.....	octobre-december 2016	cfr form des form prestataires,communautaires	32,412	Disponibilité des fonds, Gestion des agendas; intensifier la mobilisation des fonds, designer deux responsables du MSP et un noyau par organization
11	1.4.3.Organiser le briefing des formateurs sur les supports éducatifs intégrant la PF en PP	PNSR/PNCPS National	Pathfinder I(PI), PSI,OMS,Engender Health,.....	Oct-16	cfr form des prestataires	55000	Disponibilité des fonds, Gestion des agendas; intensifier la mobilisation des fonds, designer deux responsables du MSP et un noyau par organization
	1.4.4.Organiser le briefing des prestataires cliniques et communautaires sur les supports éducatifs intégrant la PF en PP	PNSR Provincial/bureau CCC provincial /DPS	Pathfinder I(PI), PSI,OMS,Engender Health,.....	octobre-december 2016	reproduction des supports éducatifs	3150000	Disponibilité des fonds, Gestion des agendas; intensifier la mobilisation des fonds, designer deux responsables du MSP et un noyau par organization

	Tâche	Responsable primaire	Responsable secondaire	Délai	Base de caalcul du coût	Coût total (USD)	Quels problèmes anticipez-vous? Que ferez-vous lorsque vous aurez ces problèmes?
	1.4.5.Organiser des seances de sensibilisation en PF	ECZS	Pathfinder I(PI), PSI,OMS,Engender Health,.....	Jan-17	suivi post formation a tous les niveaux	609000	Disponibilité des fonds, Gestion des agendas; intensifier la mobilisation des fonds, designer deux responsables du MSP et un noyau par organization
12	1.4.6.Organiser le suivi post formation	PNSR National/PNSR Provincial/DPS/ECZS	Pathfinder I(PI), PSI,OMS,Engender Health,.....	Apr-17		10000	Disponibilité des fonds, Gestion des agendas; intensifier la mobilisation des fonds, designer deux responsables du MSP et un noyau par organization
14	ACTIVITE:1.5.Assurer l'integration de la PFPP avec les autres services tels que la nutrition, la vaccination, et les soins curatifs.					116488	
15	1.5.1.faire un état des lieux dans les services ciblés	PNSR National	Coordination provinciale SR,Pathfinder I(PI), PSI,OMS,Engender Health,.....	Jan-16		2510	Disponibilité des fonds, Gestion des agendas; intensifier la mobilisation des fonds, designer deux responsables du MSP et un noyau par organization
17	1.5.2 Organiser les réunions de concertation avec les responsables des structures	PNSR National	Coordination provinciale SR,Pathfinder I(PI), PSI,OMS,Engender Health,.....	Jan-16		33349	Disponibilité des fonds, Gestion des agendas; intensifier la mobilisation des fonds, designer deux responsables du MSP et un noyau par organization
18	1.5.3.organiser l'atelier d'intégration des aspects PF	PNSR National	Coordination provinciale SR,Pathfinder I(PI), PSI,OMS,Engender Health,.....	Feb-16		55629	Disponibilité des fonds, Gestion des agendas; intensifier la mobilisation des fonds, designer deux responsables du MSP et un noyau par organization
19	1.5.3.organiser un atelier de briefing d'intégration des aspects PF des formateurs centraux dans les differents services retenus	PNSR National/Services retenus au niveau national	Coordination provinciale SR,Pathfinder I(PI), PSI,OMS,Engender Health,.....	Mar-16		25000	Disponibilité des fonds, Gestion des agendas; intensifier la mobilisation des fonds, designer deux responsables du MSP et un noyau par organization

Programme 2: Augmentation de l'accès aux methodes de PF en post partum immediat (48 heures)

	Tâche	Responsable primaire	Responsable secondaire	Délai	Base de calcul du coût	Coût total	Quels problèmes anticipez-vous? Que ferez-vous lorsque vous aurez ces problèmes?
11	2.1.Elargir la gamme des methodes de PF en post partum dans toutes les 516 zones de santé				voir base de calcul	223,020	
12	2.1.1. Organiser une réunion d'adoption des directives de l'OMS sur les nouveaux critères d'éligibilité médicale sur l'utilisation des méthodes contraceptives	Responsable : Secrétariat Gen/D10	PNSR	Novembre 2015	voir base de calcul	5,000	Conflits d'agenda => Harmonisation des agendas et delegation des taches; Contraintes financières => Respect des procedures financieres des partenaires; Reformes institutionnelles en cours du Secteur Sante
13	2.1.2 Réviser les outils de prestation de service (module de formation/fiches techniques, support de CCC, fiche de consultation, outils de collecte des données) en intégrant l'approche PFPP avec toute la gamme.	PNSR National	PNSR	Janvier 2016	voir base de calcul	8,400	disponibilité a temps des fonds

	Tâche	Responsable primaire	Responsable secondaire	Délai	Base de caalcul du coût	Coût total (USD)	Quels problèmes anticipez-vous? Que ferez-vous lorsque vous aurez ces problèmes?
14	2.1.3. Prétexter les outils développés dans 2 provinces	PNSR National	PNSR	Mars 2016	voir base de calcul	9,120	disponibilité a temps des fonds
15	2.1.4.Organiser la formation de 50 formateurs sur PPPF	PNSR National	PNSR	Avril 2016	voir base de calcul	25,800	Conflits d'agenda => Harmonisation des agendas et delegation des taches; Contraintes financières => Respect des procedures financieres des partenaires; Reformes institutionnelles en cours du Secteur Sante
16	2.1.5. Organiser la formation des formateurs provinciaux et des prestataires en PPPF	PNSR National	PNSR	Avril a juillet 2016	voir base de calcul	174,700	
17	2.2.Doter les FOSA en équipements et intrants PF	les partenaires cles(UNFPA,DFID,...)	PNSR	Fevrier 2016		3,173,400	
18	2.2.1.1. Acheter les équipement et intrants PF (Mannequins, kits d'insertion, consommables, intrants et autres)	les partenaires cles(UNFPA,DFID,...)	PNSR	Fevrier 2016		2,657,400	Contraintes financières => Respect des procedures financieres des partenaires; Reformes institutionnelles en cours du Secteur Sante
19	2.2.1.2. Acheminer ces intrants et équipements a tous les niveaux			Fevrier 2016		516,000	Conflits d'agenda => Harmonisation des agendas et delegation des taches; Contraintes financières => Respect des procedures financieres des partenaires; Reformes institutionnelles en cours du Secteur Sante

Programme III: Renforcement du suivi et evaluation a tous les niveaux

	Tâche	Responsable primaire	Responsable secondaire	Délai	Base de caalcul du coût	Coût total	Quels problèmes anticipez-vous? Que ferez-vous lorsque vous aurez ces problèmes?
9	3.1. Plaidoyer pour l'intégration de la PF en post partum prolongé (2 ans) dans les outils des autres services (CPoN, CPS, PEV, Nutrition) et secteur (etat civil ...)	PNSR National	Partenaires clé PF			6,425.00	Conflits d'agenda => Harmonisation des agendas et delegation des taches; Contraintes financières => Respect des procedures financieres des partenaires; Reformes institutionnelles en cours du Secteur Sante
10	3.1.1. Organiser une reunion multisectorielle sur l'importance de l'integration de la PFPP en RDC	SG / D10 / PNSR	Partenaires clé PF	Nov-15	1. 5 Reunions preparatoires de 15 pers., 325\$/reunion; 1125\$. 2. Max. 50 pers, location salle, cocktail, transport, duree: 2h., 2500\$ + Presse (2*500)	\$5,125.00	
11	3.1.2. Definir les éléments PFPP a intégrer dans les outils des autres services. (PNSR, partenaires PF)	D10/PNSR National / Programmes concernes	Partenaires clé PF	Nov-15	1Reunion preparatoire de 15 pers., durée: 1j.	\$325.00	

	Tâche	Responsable primaire	Responsable secondaire	Délai	Base de caalcul du coût	Coût total (USD)	Quels problèmes anticipez-vous? Que ferez-vous lorsque vous aurez ces problèmes?
12	3.1.3. Partager la proposition d'éléments PFPP a intégrer dans les outils des services des programmes concernés (PRONANUT, PEV, PNLS)	PNSR National / Programmes concernes	Partenaires clé PF	Debut dec 2015	1 réunion de réflexion et consensus avec chaque programme concerné	\$975.00	
13	3.2. Integration des elements PFPP dans les outils des services des programmes concernes	PNSR National	Partenaires clé PF			\$3,825.00	Resistance aux changements => Implication du SG et de la D10
14	3.2.1. Organiser un atelier de consensus sur l'integration de la PFPP dans les outils des services des programmes concernes	D5/PNSR National	Partenaires clé PF	Fev 2016	1. 1 Reunion preparatoire de 15 pers., 2. Max. 30 pers, location salle, cocktail, transport, duree: 2h., 2500\$	\$2,825.00	
15	3.2.2. Soumettre pour validation les outils integrateurs au Comite de Coordination Technique (CCT)	SG/PNSR National	Partenaires clé PF	Mars 2016	1. Reproduction des outils integrateurs: 5*20\$=100\$ 2. Max.20 pers., 3 facilitateurs et modérateur, pause-café, transport: (10*20)+(5*20)+(100*3)+200=900\$	\$1,000.00	
	3.3. Assurer la qualité des données	PNSR et D5/SNIS	Partenaires clé PF			\$123,610.00	Conflicts d'agenda => Harmonisation des agendas et delegation des taches; Contraintes financières => Respect des procedures financieres des partenaires; Reformes institutionnelles en cours du Secteur Sante
	3.3.1 Organiser les missions de supervision à tous les niveaux	PNSR et D5/SNIS	Partenaires clé PF	T2 2016 -2020	1.billet d'avion forfait 600 \$*26= 2 DSA forfait 150\$/jour*7jours *26 3 transport local 20\$/ jour* 7 jours *26	\$46,540.00	
	3.3.2 Organiser des réunions de consolidation et validation des données dans les DPS	PNSR et D5/SNIS	Partenaires clé PF	T2 2016 -2020	1.billet d'avion forfait 600 \$*26= 2 DSA forfait 150\$/jour*7jours *26 3 transport local 20\$/ jour* 7 jours *26 4 forfait frais organisation en province 18000	\$64,540.00	
	3.3.3 Organiser les missions d'audit de qualité des données dans les DPS ciblées	PNSR et D5/SNIS	Partenaires clé PF	T2 2016 -2020	1.billet d'avion forfait 600 \$*7= 2 DSA forfait 150\$/jour*7jours *7 3 transport local 20\$/ jour* 7 jours *7	\$12,530.00	
16	3.4. Organiser les revues périodiques des données PF à tous les niveaux.	PNSR National	Partenaires clé PF			\$274,550.00	Conflicts d'agenda => Harmonisation des agendas et delegation des taches; Contraintes financières => Respect des procedures financieres des partenaires; Reformes institutionnelles en cours du Secteur Sante
17	3.4.1. Elaborer les TDR et les outils de collecte des donnees relatives a la revue, ainsi que le canevas de presentation, et les partager avec les provinces	PNSR National	Partenaires clé PF	T2 2016 -2020	1.Pause café de 10 personnes 2.Transpor de 10 personne pour 2 jours	\$150.00	

	Tâche	Responsable primaire	Responsable secondaire	Délai	Base de caalcul du coût	Coût total (USD)	Quels problèmes anticipez-vous? Que ferez-vous lorsque vous aurez ces problèmes?
18	3.4.2. Organiser la revue PF provinciale (11)	DPS	Partenaires clé PF	T3 2016 -2020	Voyages: Billets d'avion, DSA, taxes Participants du niveau central: 3 par province; 2 PNSR et 1 part.; DSA + billets Participants prov.: Max.30/prov. Salle, restauration, logement, fournitures, transport local, communication, facilitateurs et modérateur,	\$220,000.00	
19	3.4.3. Organiser la revue PF nationale	PNSR National	Partenaires clé PF	T4(octobre) 2016 - 2020		\$50,000.00	
20	3.4.4. Disseminer les rapports de la revue PF (y compris site web)	PNSR National	Partenaires clé PF	Janvier 2017 - 2020	Reproduction du rapport de la revue (=30*0.5*26*10) Transmission aux DPS (=3*5*26)	\$4,400.00	
21	3.5 Mener des recherches opérationnelles sur les barrières socio- culturelles à l'utilisation de la PFPP	PNSR National / Ecole de santé publique et autres institutions de recherche (IRES etc.)	Partenaires clé PF	Janvier 2017 - 2020	Forfait 100000\$/étude /tous les 2 ans	\$200,000.00	Conflits d'agenda => Harmonisation des agendas et delegation des taches; Contraintes financières => Respect des procedures financieres des partenaires; Reformes institutionnelles en cours du Secteur Sante