

PLANIFICATION FAMILIALE  
INITIATIVE SENEGALAISE de SANTE URBAINE "ISSU"



# CAPITALISATION DES INTERVENTIONS DU PROJET ISSU



Ministère de la Santé  
et de l'Action Sociale



IntraHealth  
INTERNATIONAL  
Forces que les professionnels de santé sauvent des vies.



# ISSU, UN PROJET DE PLANIFICATION FAMILIALE EN MILIEU URBAIN DÉFAVORISÉ



IntraHealth International

85, Lot C & E, Sacré-Coeur Pyrotechnique | Dakar, Senegal  
+221 33 869 74 94 | [www.intrahealth.org](http://www.intrahealth.org)

Ce rapport de capitalisation est disponible sur [www.issu.sn](http://www.issu.sn)

# TABLE DES MATIERES

Sigles et acronymes .....	4
Liste des tableaux .....	5
Liste des graphiques .....	6
Liste des schémas .....	6
Liste des annexes .....	6
Avant-propos .....	7
Résumé exécutif .....	8
Contexte/Justification du Projet ISSU .....	11
Differentes Composantes et Approches	
Mises en Œuvre par ISSU .....	15
Méthodologie du processus de capitalisation .....	19
Composition du Paquet Porteur.....	24
Domaine 1 : Intrants/Prealables .....	24
1.1 Approche Sages-Femmes .....	24
1.2 L'Informed Push Model.....	29
Domaine 2 : Offre De Services PF .....	36
2.1 L'approche ISBC .....	34
Domaine 3 : Génération de la demande .....	46
3.1 Les interventions communautaires .....	43
3.2 La stratégie média .....	53
3.3 Les interventions avec les religieux .....	56
Perspectives .....	61
Annexes .....	63





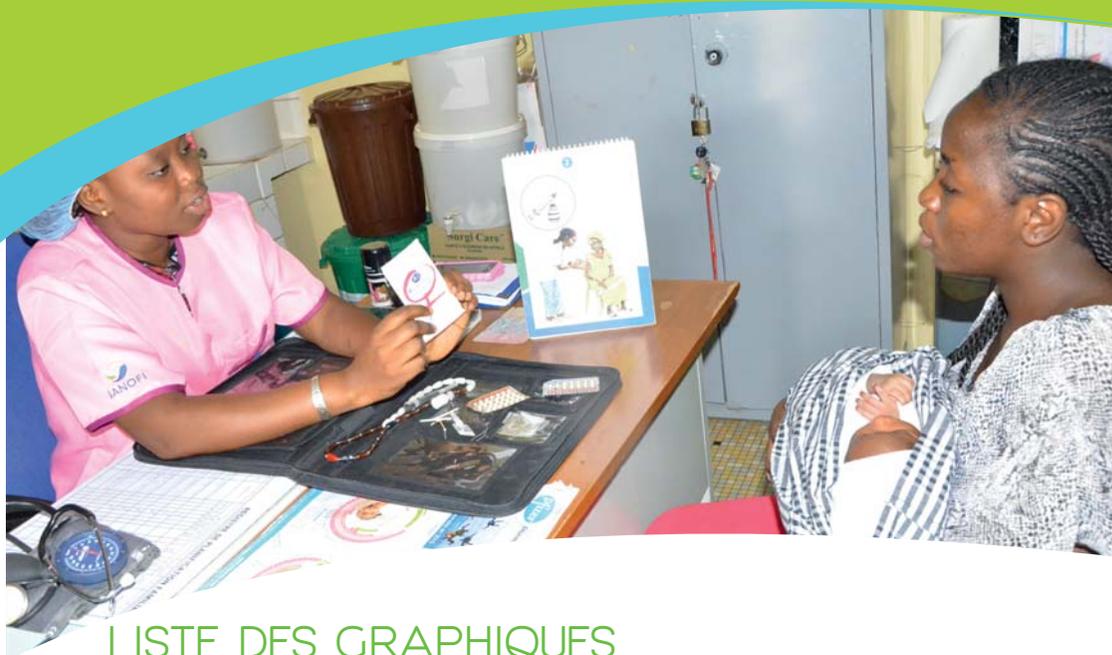
# SIGLES ET ACRONYMES

AcDev	Action et Développement
AJSPD	Association des Journalistes en Santé, Population et Développement
ANSFES	Association nationale des Sages-femmes d'État du Sénégal
BNS/PF	Besoins non satisfaits en PF
CAP	Couple Année Protection
CEFOREP	Centre régional de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction
CFMG	Consultation foraine municipale gratuite
CMM	Consommation moyenne mensuelle
CPC	Consultation primaire curative
CPN	Consultation pré natale
CPON	Consultation post-natale
DIU	Dispositif intra utérin
DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DSRSE	Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l'Enfant
ECD	Équipe Cadre de District
ECR	Équipe Cadre de Région
EDS	Enquêtes démographiques et de Santé
ENDA	Environnement et Développement du Tiers monde
FAR	Femmes en âge de reproduction
ICP	Infirmier Chef de Poste
ISBC	Identification systématique des Besoins des Clientes en PF
IST	Infection sexuellement transmise
LC	Leaders communautaires
LR	Leaders religieux
IPM	Informed Push Model
ISSU	Initiative sénégalaise de Santé urbaine
MCD	Médecin Chef de District
MLDA	Méthodes de Longue Durée d'Action
MCDA	Méthodes de Courte Durée d'Action
MLE	Measurement Learning and Evaluation
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
MSI	Marie Stopes International
OCB	Organisation communautaire de base
OIPUB	Offre initiale de pilule en milieu urbain
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PE	Porte d'entrée
PF	Planification familiale
PNDS	Plan national de Développement sanitaire
PPS	Point de prestation de service
PRA	Pharmacie régionale d'approvisionnement
PTME	Prévention de la Transmission mère-enfant
RAPID	Ressources pour l'Analyse de la Population et de son impact sur le développement
RIP	Réseau Islam et Population
RTS	Rapport trimestriel de stock
SAA	Soins après avortement
SMNI/PF	Santé maternelle néonatale et infantile/Planification familiale
SPSR	Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction
SNEIPS	Service national de l'Éducation et de l'Information pour la Santé
SNP	Surveillance nutritionnelle et pondérale
SR	Santé de la Reproduction
TDR	Termes de Références
TPC	Taux de Prévalence contraceptive
USAID	United States Agency for International Development
VAD	Visite à domicile



# LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Approches modélisées et mise en œuvre dans le cadre du Projet ISSU .....	15
Tableau 2 : Outil de sélection des approches porteuses du Projet ISSU .....	18
Tableau 3 : Résultat de la phase de sélection des approches .....	21
Tableau 4 : Réalisations de l'approche de janvier 2012 à décembre 2013 .....	26
Tableau 5 : Postes de dépenses et coûts des activités de stratégies avancées .....	28
Tableau 6 : Postes de dépenses et coûts de l'IPM .....	32
Tableau 7 : Postes de dépenses et coûts de l'ISBC/PF.....	37
Tableau 8 : Résultats de la mise en œuvre des activités de stratégies avancées de ISSU (de janvier 2012 à décembre 2013) .....	40
Tableau 9 : Postes de dépenses, coût moyen par activité et par CAP offert des différentes stratégies avancées .....	40
Tableau 10 : Réalisations de l'approche de janvier 2012 à décembre 2013 .....	45
Tableau 11 : Postes de dépenses et coûts des activités de Conversation communautaire .....	47
Tableau 12 : Résultats obtenus à la suite de la mise œuvre des activités de Niches de janvier 2012 à décembre 2013 .....	49
Tableau 13 : Postes de dépenses et coûts des activités de Niches .....	50
Tableau 14 : Résultats obtenus à la suite de la mise œuvre des activités de VAD de janvier 2012 à décembre 2013 .....	52
Tableau 15 : Postes de dépenses et coûts des activités de VAD .....	53
Tableau 16 : Impact des activités Génération de la demande du projet sur l'utilisation de méthodes modernes de contraception parmi des femmes en union à l'enquête à mi-parcours (Pikine, Guédiawaye et Mbao) .....	53
Tableau 17 : Impact des activités Mass média du projet sur l'adoption de la contraception moderne par les femmes à l'enquête à mi-parcours à Pikine et Guédiawaye et Mbao .....	55
Tableau 18 : Impact des activités Mass média du projet sur l'approbation de la contraception moderne par les hommes à l'enquête à mi-parcours à Pikine, Guédiawaye et Mbao .....	55
Tableau 19 : Postes de dépenses et coûts des activités média .....	56
Tableau 20 : Résultats obtenus à la suite de la mise œuvre des activités avec les religieux de janvier 2012 à décembre 2013 .....	58
Tableau 21 : Impact des activités avec les religieux sur l'approbation de la contraception moderne par les hommes à l'enquête à mi-parcours à Pikine, Guédiawaye et Mbao .....	59
Tableau 22 : Impact des activités mass média du projet sur l'approbation de la contraception moderne par les hommes à l'enquête à mi-parcours à Pikine, Guédiawaye et Mbao .....	59



## LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Évolution du TPC estimée à Pikine et Kaolack lors du Pilote IPM .....	32
Graphique 2 : Comparaison du nombre de consultations PF 12 mois avant l'ISBC/PF et 12 mois après .....	36
Graphique 3 : Comparaison du nombre de nouvelles clientes PF 12 mois avant l'ISBC et 12 mois après .....	36

## LISTE DES SCHEMAS

Schéma 1 : Modèle d'identification des approches du paquet porteur .....	20
Schéma 2 : Composition du Paquet Porteur .....	23
Schéma 3 : Modèle conceptuel pour le testing du passage à échelle national du Paquet Porteur.....	62

## LISTE DES ANNEXES

Annexe A : Fiche de référence et de contre référence .....	63
Annexe B : Fiche de séance d'activité de VAD .....	64
Annexe C : Guide ISBC.....	65
Annexe D : Stratégie de Diffusion du « Paquet Porteur » des interventions du Projet ISSU .....	67



## PRÉFACE

Le Sénégal, à l'instar de nombreux pays en développement, fait face au défi de la santé de la mère et de l'enfant. Ainsi, à travers son Plan national de Développement sanitaire (2009–2018), le gouvernement a fait de la réduction du fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelles et Infantile juvéniles sa première priorité.

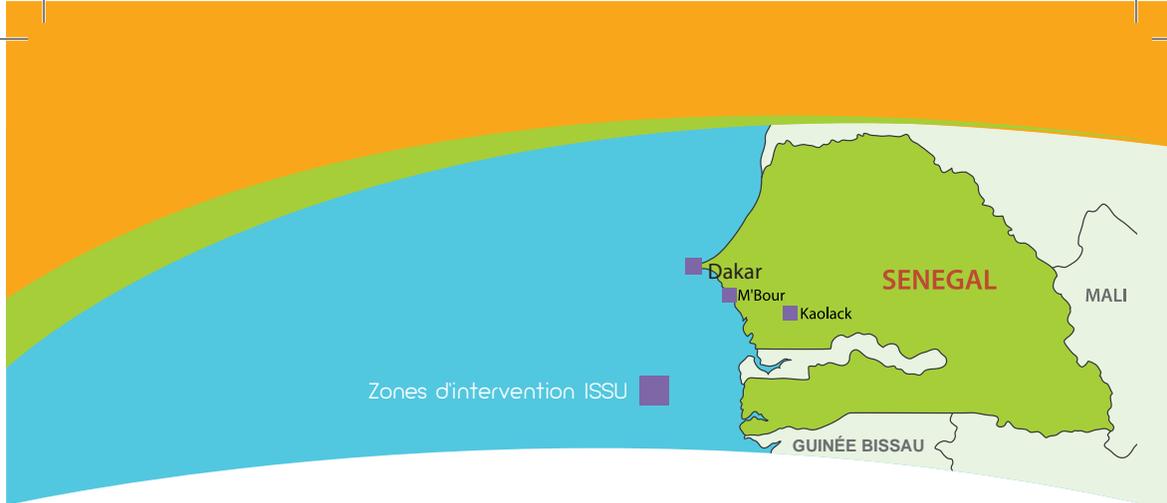
À cet effet, et en perspective de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), 4 et 5, le Sénégal a entrepris divers chantiers dont le repositionnement de la Planification familiale. Cette volonté a été matérialisée par l'élaboration et le lancement du Plan d'Action National de Planification Familiale (PANPF) dans lequel le Sénégal s'est fixé comme objectif de porter le Taux de Prévalence Contraceptive (TPC) à 27% en 2015 chez les femmes en union.

Pour soutenir les actions du Sénégal dans ce sens, IntraHealth Sénégal, à travers un accord de financement signé avec la Fondation Bill et Melinda Gates (B&MG), a mis en œuvre, par le biais d'un consortium fort de huit partenaires, le Projet Initiative Sénégalaise de Santé Urbaine (ISSU). Ce projet, d'une durée de six ans, vise à améliorer la qualité de vie des populations urbaines les plus démunies habitant dans les plus grandes villes sénégalaises par l'augmentation de l'accès et de l'utilisation des services de PF.

Les résultats de l'évaluation à mi-parcours du projet réalisés en 2013, ont montré d'excellentes performances matérialisées par un bond significatif surtout chez les femmes appartenant au quintile le plus pauvre dans les villes de Pikine, Guédiawaye et Mboi où des progressions entre 10% et 14% ont été notées. Cette augmentation s'est confirmée à l'échelle nationale, à travers les résultats publiés par l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) Continue 2013 qui ont montré une augmentation du Taux de Prévalence Contraceptive (TPC) national de 12 à 16% entre 2011 et 2013. Un processus de capitalisation a permis de sélectionner et de documenter les interventions réussies en vue d'un passage à échelle sur l'étendue du territoire national.

Nous remercions La Fondation Bill et Melinda Gates et tous les acteurs qui ont eu à contribuer à la réussite du projet.

Nous remercions également tous les partenaires qui accompagnent le Ministère de la santé et les invitons à soutenir le Sénégal dans l'extension nationale du paquet d'interventions réussies de l'Initiative sénégalaise de Santé urbaine (ISSU) pour le bien-être des familles.



## RÉSUMÉ

Il est établi que dans les réponses apportées à la mortalité maternelle et infanto juvénile, la planification familiale (PF) demeure sans doute l'une des stratégies les plus efficaces pour sauver des vies et améliorer la santé de la mère et de l'enfant.

Ainsi, le Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS) a fait de la planification familiale une priorité matérialisée par l'élaboration d'un Plan d'Action National PF.

À l'instar des autres partenaires techniques et financiers qui appuie le Sénégal dans le repositionnement de la PF, IntraHealth a mis en œuvre le Projet ISSU, pour une durée de six ans, au niveau des zones urbaines défavorisées des villes de Dakar, Pikine, Guédiawaye, Mbao, Mbour et Kaolack, avec le financement de la Fondation Bill et Melinda Gates.

C'est dans cette perspective, que le projet ISSU, en collaboration avec le Ministère de la Santé, s'est appuyé sur les résultats de la recherche aussi bien qualitative que quantitative pour définir un paquet d'approches innovantes articulées autour de 05 objectifs relatifs à l'offre PF, à la demande et au plaidoyer mis en œuvre par un consortium d'ONG et d'associations locales.

Le projet ISSU a enregistré des résultats satisfaisants selon les données de l'évaluation à mi-parcours réalisée en 2013 par Measurement, Learning, and Evaluation (MLE). En effet, il a été noté à travers les résultats de cette évaluation menée dans les villes de Pikine, Guédiawaye et Mbao une évolution positive de la connaissance de la PF, une réduction des restrictions liées à l'offre PF et une augmentation du Taux de Prévalence contraceptive (TPC). Cette augmentation est encore plus perçue dans le groupe des FAR des quintiles les plus pauvres où les taux sont passés de 17,8 à 30,8% pour Guédiawaye, de 13,0 à 27,1% pour Pikine et enfin de 11,1 à 20,5% pour Mbao de 2011 à 2013.

Fort de ces résultats, un processus de capitalisation des approches porteuses du Projet a été enclenché en 2014.

Au-delà des considérations de patrimoine et de reconnaissance, l'enjeu principal de ce processus de capitalisation est le « passage à échelle » des initiatives réussies du Projet ISSU au Sénégal et dans les autres pays francophones de la sous-région. La vision partagée qui a sous-tendu ce processus est d'identifier un paquet d'interventions porteuses ayant un potentiel élevé d'être adapté et mis en œuvre durablement au sein du programme national de planification familiale. À cet effet, un cabinet de consultance a été commis pour accompagner le processus qui a démarré par l'orientation des parties prenantes sur le concept et les étapes du processus de capitalisation à travers une série d'ateliers.

Ce processus s'est déroulé suivant une méthodologie participative et consensuelle basée sur l'utilisation des données du monitoring, sur une analyse des coûts des différentes approches et sur l'évaluation à mi-parcours du projet. Il a fait l'objet d'orientation des parties prenantes sur le processus d'identification et de validation de critères de sélection, d'indicateurs associés à ces critères, de grilles de notation, de classement et de rédaction des approches.

À terme, un paquet composé de 11 approches réparties autour de trois domaines. Il s'agit : des préalables à l'offre de services PF, de la génération de la demande et de l'offre.

Pour les préalables : La disponibilité des ressources humaines et des produits contraceptifs à travers, respectivement, l'approche dite « Approche Sages-femmes » et celle de l'Informed Push Model (IPM) ;  
Pour la génération de la demande : des approches communautaires (visites à domicile, conversations communautaires et Niches), des approches masse média (émissions, spots, dossiers de presse) et de l'approche avec les religieuses.

Pour l'offre de services PF : L'intégration de la PF dans les services SR à travers la stratégie d'Identification Systématique des Besoins de la Cliente en PF (ISBC) et les différentes approches de stratégies avancées que sont les cliniques mobiles d'Enda Santé, les Outreach de Marie Stopes International (MSI), les stratégies avancées de l'Association nationale des Sages-femmes d'État du Sénégal (ANSFES). Ce paquet a déjà commencé à faire l'objet d'une dissémination à l'échelle nationale et internationale à travers les présentations orales, écrites et audio-visuelle (posters et films).

En perspective à un passage à échelle nationale du Paquet Porteur, une intervention pilote a été mise en œuvre au niveau des districts sanitaires de Rufisque et de Diamniadio avec comme objectifs :

- Adapter le contenu du paquet porteur au contexte des districts ;
  - Tester la capacité des équipes cadres de districts à mettre en œuvre le paquet porteur avec un appui limité de la coordination du projet.
- Ce présent rapport est destiné à des fins de communication, de partage pour le passage à échelle et de plaider pour la mobilisation de ressources additionnelles à l'endroit des acteurs suivants :
- Le Ministère de la Santé et de l'Action sociale et ses différentes structures : DPRS, DGS, DSRSE, DSISS, SNEIPS, la Cellule de santé communautaire, les régions médicales et districts sanitaires ;
  - Le secteur privé ;
  - La communauté à travers les leaders politiques, religieux et communautaires ;
  - Les partenaires techniques et financiers impliqués dans le Programme PF : B&MGF, USAID, UNFPA, UNICEF, OMS, Hewlett Packard, FP 2020, UCPO, les ministères de la Santé des autres pays de la zone ouest-africaine, OOAS, BM, PRB, Merck For Mother, l'AFD, etc.
  - Les syndicats et associations professionnelles.
  - Les syndicats et associations professionnelles.



## CONTEXTE JUSTIFICATION DU PROJET ISSU

Les efforts importants qui ont été déployés par le Ministère de la Santé et ses partenaires techniques et financiers avaient entraîné une baisse progressive du taux de morbidité et de mortalité chez la mère et l'enfant de moins de cinq ans. En effet, entre 2005 et 2011, ces taux ont enregistré une baisse de 401 à 392 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes et de 121 à 72 décès d'enfants de moins de 05 ans pour 1000 (sources EDS 2005 et EDS MICS 2010-2011). Cependant, cette baisse était insuffisante pour l'atteinte des OMD en 2015.

Il est établi que dans les réponses apportées à la question de mortalité maternelle et la mortalité infanto juvénile, la planification familiale (PF) demeure sans doute l'une des stratégies les plus efficaces pour sauver des vies et pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant. La faible progression constatée sur l'évolution du Taux de Prévalence contraceptive (TPC), qui était passé 10,3% en 2005 à seulement 12,1% en 2010, soit un accroissement moyen annuel de 0,36 points de pourcentage, exposait le Sénégal au risque de ne pas atteindre son objectif ambitieux de 27% en 2015. Cette situation était, dans le contexte d'avant-projet ISSU, expliquée par des facteurs multiples :

Les ruptures récurrentes en produits contraceptifs : une évaluation de la chaîne d'approvisionnement des contraceptifs menée d'août 2010 à juillet 2011, en partenariat avec le Cabinet McKinsey, dans les districts sanitaires de Pikine et de Kaolack, avait révélé que plus de 80% des femmes utilisant des contraceptifs avaient affirmé avoir déjà souffert de ruptures dans le secteur public.

L'évaluation avait également montré des niveaux de rupture de stock élevés. En effet, il avait été noté à Pikine 156 jours de ruptures dans l'année pour le Depo provera et 300 jours pour le Jadelle. Cette évaluation avait permis d'identifier les goulots d'étranglement à l'origine des dysfonctionnements dont :

- L'absence d'un système de reportage adéquat ;
- Le déficit de personnel formé en gestion logistique ;
- Les problèmes de transport et d'approvisionnement en produits ;

Le déficit en ressources humaines qualifiées (surtout en personnel sages-femmes) demeure une réalité au Sénégal. À titre d'exemple, avant la mise en œuvre du projet, le district de Guédiawaye avec 73 016 femmes en âge de reproduction (FAR) comptait un total de 35 sages-femmes soit 01 sage-femme pour 2 086 FAR (données

district sanitaire de Guédiawaye), ce qui est très en deçà de la norme requise par l'OMS (ISF/300 FAR) ;

Les divers programmes de planification familiale ont connu des résultats insuffisants. Une des raisons majeures était la prise en charge inadéquate des déterminants en relation avec la génération de la demande. En effet, selon les résultats de l'enquête de base du projet ISSU, le niveau de connaissance des méthodes contraceptives était assez élevé au niveau des zones ciblées, contrastant avec l'existence de fausses croyances, mais aussi d'attitudes non favorables à la PF. Il s'agissait notamment de :

- L'existence des rumeurs sur les méthodes contraceptives ;
- La crainte des effets secondaires ;
- La faible implication des hommes.

De plus, les conclusions de la cartographie de la vulnérabilité dans les villes de Pikine, Guédiawaye, Mbao, Keur Massar et Mbour avaient montré que les programmes de santé de la reproduction n'avaient pas suffisamment tenu compte des dynamiques socioculturelles, des représentations, des valeurs, des normes et des paramètres qui interviennent dans le processus d'acceptation de la PF. Par ailleurs, les efforts importants consentis jusque-là dans le domaine de la communication étaient plutôt de nature événementielle et ne mettaient pas suffisamment l'accent sur une communication média inscrite dans la durée, encore moins sur l'implication des religieux.

Les résultats de l'enquête de base du Projet ISSU avaient montré que la religion occupe une place non négligeable dans les prises de décision des individus qui s'interrogent toujours sur la licéité de l'espacement des naissances avec les méthodes modernes de contraception. En outre, les services de santé ainsi que les communautés elles-mêmes n'étaient pas assez préparés à prendre en charge la question de la planification familiale englobant des aspects complexes liés au sexe, aux valeurs et normes de la société sénégalaise.

Les résultats de l'étude de base avaient mis en évidence un taux important de besoins non satisfaits (30%) résultant en partie de l'inaccessibilité financière et de la faible intégration des services SMNI/PF (selon les résultats de l'enquête de base, la proportion de prestataires intégrant la PF dans l'offre de services SMNI était de seulement 54% dans le public et 34% dans le privé).

Les résultats de l'étude de base, dans le domaine de l'offre de services, avaient mis en exergue un ensemble de barrières qui pourraient constituer des entraves à l'utilisation future de la PF par les femmes des zones urbaines. Parmi ces barrières et obstacles, on peut citer :

- L'inaccessibilité financière ;
- Les restrictions liées à l'offre de services PF.

Par ailleurs, il est noté au Sénégal une urbanisation croissante. De 39% en 1988, la proportion de population vivant en milieu urbain est passée à 42% en 2005. Selon les données du contexte de démarrage du projet, au Sénégal, près de 52% des femmes vivant dans les zones urbaines étaient en âge de procréer (15 à 49 ans), par rapport à 41% dans les zones rurales (EDS 4). Les indicateurs socioéconomiques étaient faibles, dans la mesure où 41% des femmes vivant en milieu urbain n'étaient pas instruites. L'index de pauvreté atteignait par ailleurs 57%. Parmi les femmes pauvres âgées de 15 à 49 ans vivant en milieu urbain, les  $\frac{3}{4}$  étaient soit mariées (69%) ou bien l'avaient été (7%). En outre, parmi les femmes âgées de 20 à 49 ans, cette proportion était de 91%. L'âge médian pour un premier mariage en zone urbaine était de 16 ans parmi les populations démunies et de 19 ans parmi les plus riches. De plus, seulement 31% des jeunes adolescentes mariées ont déjà utilisé une méthode de planification familiale (EDS 4).

L'indice synthétique de fécondité chez les femmes en âge de procréer vivant en milieu urbain était de 4,1 (5,6 en zone urbaine pauvre et 3,2 en zone urbaine riche) selon toujours EDS4. Considérant ce contexte, le Projet ISSU a élaboré un paquet d'une vingtaine d'interventions articulées autour des composantes Génération de la Demande, Offre de Services PF et Plaidoyer au bénéfice des populations des zones urbaines défavorisées (liste des approches, voir tableau annexe) afin d'atteindre les cinq objectifs fixés :

- **Objectif 1** : Développer des interventions rentables pour l'intégration de services PF de qualité accompagnés de programmes de santé maternelle et néonatale et de soins du postpartum et après avortement (SAA) ;

- **Objectif 2** : Améliorer la qualité des services PF destinés aux populations urbaines défavorisées en mettant l'accent sur les milieux cliniques à haut volume d'activités ;
- **Objectif 3** : Tester des partenariats originaux entre les secteurs public et privé ainsi que des approches novatrices dans le secteur privé afin d'accroître l'accès et l'utilisation de la PF par les populations urbaines les plus démunies ;
- **Objectif 4** : Développer des interventions visant la création de la demande en contraceptifs et leur utilisation à long terme par les populations urbaines marginalisées ;
- **Objectif 5** : Disséminer les résultats de l'initiative, mobiliser des ressources et mettre en place un environnement politique favorable en vue d'accroître l'accès aux fournitures et aux services PF pour les populations les plus démunies vivant dans les zones urbaines du Sénégal et dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest.

Ce paquet d'interventions du projet a été mis en œuvre avec la participation d'un consortium de partenaires sélectionnés de manière stratégique sur la base de leur expertise complémentaire. Il s'agit de :

- IntraHealth : Leadership du projet, développement des capacités, services SR/PF ;
- FHI360 : Suivi et évaluation et recherche opérationnelle ;
- Environnement et Développement Tiers-monde (ENDA SANTÉ) : Plaidoyer, engagement communautaire ;
- Action et Développement (AcDev) : Amélioration des structures et de la prestation de services de proximité ;
- Marie Stopes International (MSI) : Franchise sociale, demande de financement annexe, engagement du secteur commercial, introduction de nouveaux produits, marketing social ;
- Réseau Islam et Population : Plaidoyer auprès des responsables religieux et sensibilisation des hommes ;
- Association des Journalistes en santé, Population et Développement : Communication et dissémination ;
- Association nationale des Sages-femmes d'Etat du Sénégal : Plaidoyer pour la réforme politique.

La sélection des villes couvertes par le projet s'est basée sur le potentiel d'impact des résultats sur le TPC en relation avec le poids démographique de la ville. Initialement mise en œuvre dans les villes de Dakar, Pikine, Guédiawaye, Mboj, le projet a connu en 2013 une extension vers les villes de Mbour et de Kaolack.

## DIFFÉRENTES COMPOSANTES ET APPROCHES MISES EN ŒUVRE PAR ISSU

Le tableau suivant présente les différentes approches modélisées et mises en œuvre par ISSU autour des trois composantes essentielles que sont : (I) l'offre de services PF ; (II) la génération de la demande et (III) le plaidoyer.

**Tableau 1** : Approches modélisées et mises en œuvre dans le cadre du Projet ISSU

Composantes	Approches	Brève description de l'approche
Offre de Services PF		
Intégration des Services	Identification systématique des besoins de la cliente en PF (ISBC/PF)	Approche qui consiste à identifier à l'aide d'un outil appelé fiche d'identification, les besoins en planification familiale (PF) des femmes en âge de reproduction (FAR) qui se présentent au niveau des différentes unités de soins pour un motif autre que la PF, en vue de les satisfaire.
Stratégies Avancées	Stratégies avancées de l'Association nationale des Sages-femmes d'État du Sénégal (ANSFES)	Mise en œuvre d'activités d'offre de services PF par les sages-femmes des PPS membres de l'ANSFES. Cette offre intègre des services de dépistage du cancer du col de l'utérus et de référence en cas de présence de lésions précancéreuses.
	Cliniques mobiles d'Enda Santé	Offre de services PF aux FAR des milieux défavorisés à travers les cliniques mobiles d'Enda Santé. Cette offre intègre également le dépistage et la prise en charge des IST.
	Outreach de Marie Stopes International (MSI)	Offre de services PF par les équipes mobiles de MSI dans les PPS ou dans des tentes. L'offre de services PF des équipes mobiles de MSI met surtout le focus sur les Gaps constatés dans l'offre de MLDA au niveau des PPS.
	Consultations foraines municipales gratuites (CFMG)	Offre de services PF au niveau des municipalités selon un partenariat tripartite (districts sanitaires /municipalités/ISSU). Cette journée intègre les autres offres de services de Santé de la Reproduction (SR) que sont : le dépistage et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST), le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus, la prise en charge de l'infertilité et de l'infécondité.

Composantes	Approches	Brève description de l'approche
Renforcement de L'Offre de Services PF au Niveau du Privé	Réseau de franchises sociales	Offre de services PF de qualité par 30 PPS privés des districts sanitaires de Pikine, Mbao et Keur Massar dans le cadre du réseau de franchisés BlueStar.
Renforcement de L'Offre de Services PF au Niveau Communautaire	Offre initiale de pilules en milieu urbain (OIPUB)	Offre initiale de pilules par les agents de santé communautaires (ASC) et matrones des 14 cases de santé du district sanitaire de Keur Massar.
	Offre de services PF au niveau de la Polyclinique communautaire	Intégration et renforcement de l'offre de services PF dans les consultations de la polyclinique Fadia de l'ONG AcDEV.
Renforcement de la Qualité de L'Offre de Services PF	Mise en place des Comités Assurance Qualité (CAQ)	Mise en place de CAQ à Pikine, Keur Massar, Mbour et Kaolack. Les membres de ces CAQ sont les représentants des organisations de la société civile, du secteur privé (clinique, cabinet...) de la communauté (organisations de jeunes, de femmes...) du comité de santé et des structures de santé (ECD, PPS). Processus d'auto-évaluation au niveau des PPS, élaboration et mise en œuvre de plans d'actions en perspective à l'amélioration des services PF.
Génération de la Demande		
Approches Communautaires	Conversations communautaires (CC)	Dialogues communautaires réunissant une trentaine des leaders communautaires, notables, jeunes, religieux, FAR et maris autour des obstacles à la promotion de la PF.
	Visites à domicile (VAD)	Communication interpersonnelle entre un relais/Bajenu Cox et une FAR avec pour objectif d'identifier des besoins non satisfaits en PF et de référence au besoin de la FAR vers les PPS pour offre PF. Elle sert également à assurer le suivi des femmes sous PF.
	Causeries PF	Communication entre la Sage-femme et un groupe d'environ 20 usagers (FAR, maris) autour de thématiques en relation avec la PF.



Composantes	Approches	Brève description de l'approche
Approches Communautaires	Niches ou théâtre forum	Discussion dirigée entre une troupe théâtrale et les membres d'un groupe d'environ 50 personnes (FAR et hommes d'un quartier) sur des thématiques en relation avec la PF développées sous forme de théâtre forum.
	Dialogues communautaires	Dialogue réunissant une trentaine de représentants de la communauté autour d'un PPS sur les barrières à une offre de services PF de qualité.
	Mobilisations sociales	Sensibilisation de masse combinant des formats diversifiés (randonnée pédestre, caravane, panel et animation musicale).
Approches Masse Média	Émissions santé/PF Publireportages Réseaux sociaux Affichage bus / Panneau publique	Diffusion de spots, d'émissions, d'animations musicales, de messages à travers les réseaux sociaux et les réseaux de transports urbains et d'articles sur des thématiques en relation avec la PF à travers des canaux diversifiés (radios communautaires et privées, télévision, presse écrite et presse en ligne).
Approches avec les Religieux	Causeries religieuses PF	Communication entre un relais religieux et un groupe d'environ 25 fidèles (majoritairement des hommes) autour de thématiques en relation avec la position de l'islam sur l'espacement des naissances.
	Prêches PF	Clarification par les imams de la position de l'islam sur l'espacement (l'organisation) des naissances au cours du prêche qui précède la prière du vendredi au niveau des grandes mosquées.
	Conférences religieuses PF	Activités religieuses de masse (regroupant en moyenne 250 personnes hommes et femmes) animée par un ou plusieurs érudits de la pensée islamique sur des thèmes en relation avec l'islam et l'espacement des naissances.
	Visites de proximité auprès de guides religieux (musulmans et chrétiens)	Il s'agit de visites de sensibilisation auprès de guides religieux célèbres tels que les représentants des grandes familles religieuses musulmanes du Sénégal, l'Église chrétienne, certains imams, oustaz et animateurs de desk religieux.
Approche avec les Pharmacies	Pharmacies pilotes de la PF	Mise en place d'un réseau de 82 pharmacies outillées à mener le marketing et le counseling des produits de PF, à référer les clientes vers les PPS pour offre de services PF.

Composantes

Approches

Brève description de l'approche

### Plaidoyer PF

- Mise en place de l'Observatoire national sur la PF.
- L'Observatoire national analyse les programmes et politiques de PF au niveau national en les comparant aux données et situations sur le terrain ; il est conçu pour réduire le cloisonnement entre les secteurs privé, public et la société civile. C'est un cadre de concertation, un mécanisme de coordination, d'analyse, d'alerte, de veille et de propositions.
- Mise en place des comités locaux de plaidoyer.
- Les comités locaux de plaidoyer qui sont des démembrements (antennes) de l'Observatoire et sont composés d'acteurs qui vivent les réalités de terrain et agissent plus au niveau des villes d'intervention du projet pour porter le plaidoyer et stimuler la participation des populations.



## METHODOLOGIE DU PROCESSUS DE CAPITALISATION

La démarche d'identification des approches porteuses a été participative avec l'implication des différents acteurs que sont : le MSAS (leadership stratégique), la communauté (implication et partage des expériences), le consortium (accompagnement et partage des expériences), les collectivités locales (accompagnement) et autres partenaires du Projet MLE, Expand Net, et le Centre régional de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction (appui technique). Tous ces acteurs cités ont été présents à une ou plusieurs étapes du processus.

La méthodologie est basée sur l'utilisation de critères de sélection, d'indicateurs associés à ces critères et de grilles de notation. La finalité étant, pour chaque composante, de pouvoir disposer d'un outil permettant d'analyser et de comparer entre elles les différentes approches mises en œuvre par ISSU, les indicateurs pertinents et les grilles de score appropriées qui ont été proposés en fonction du contexte et des réalités des interventions spécifiques au projet. Les évidences (données de monitoring, coûts directs des différentes approches et de l'évaluation à mi-parcours) ont servi de référence (cf. Tableau1 et Schéma 1). Ainsi, la grille de sélection des approches porteuses, présentée ci-dessous, a été validée par les participants au processus.

Il est important de souligner qu'une telle grille, conçue et taillée sur mesure pour les besoins d'un processus spécifique, comporte des limites objectives du point de vue scientifique du fait de l'absence de données sur ses qualités métrologiques surtout celles qui sont liées au critère « Validité ». Toutefois, cette grille a le mérite d'abord d'être le résultat d'une réflexion participative et consensuelle et ensuite de proposer un outil d'analyse tout à fait objectif basé sur des critères congruents par rapport à l'objectif du processus.

Tableau 2 : Outil de sélection des approches porteuses du Projet ISSU.

Critères	Indicateurs	Grille De Scores
Pertinence	Accessibilité (financière, géographique,) des populations des zones urbaines défavorisées à l'approche	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mobile et gratuit : 03 points aucun coût pour la bénéficiaire</li><li>• Mobile non gratuit ou gratuit non mobile : 02 points</li><li>• Non mobile et non gratuit : 01 point.</li></ul>

Composante	Approche	Brève Description de L'approche
Pertinence	Collaboration de différents partenaires autour de l'approche (santé secteur public, Collectivité, santé secteur privé, partenaires, et communauté)	<ul style="list-style-type: none"> <li>· ≥ 3 acteurs : 03 points</li> <li>· 3 acteurs : 02 points</li> <li>· &lt; 3 acteurs : 01 point</li> </ul>
Efficacité	Niveau d'atteinte des objectifs de l'approche (Performance)	<ul style="list-style-type: none"> <li>· ≥ 75% de performance : 03 points</li> <li>· Entre 74% et 50% de performance : 02 points</li> <li>· &lt; 50% de performance : 01 point</li> <li>· Pour la composante Offre, l'indicateur a été apprécié par rapport au recrutement FAR et à l'offre de CAP et le score moyen calculé</li> <li>· Pour la composante Demande, l'indicateur sera apprécié par rapport à l'exposition aux messages sur la PF.</li> </ul>
	Contribution à la réalisation globale du projet Nombre de FAR enrôlées par approche/total FAR toutes approches pour les approches de l'Offre Nombre de personnes exposées par approche/total personnes exposées toutes approches pour les approches de la Demande	<ul style="list-style-type: none"> <li>· ≥ 10% des réalisations globales : 03 points</li> <li>· Entre 9% et 5% des réalisations globales : 02 points</li> <li>· &lt; 5% des réalisations globales : 01 point.</li> <li>· Pour la composante Offre, l'indicateur a été apprécié par rapport au recrutement FAR et à l'offre de CAP et le score moyen calculé</li> <li>· Pour la composante Demande, l'indicateur sera apprécié par rapport à l'exposition aux messages sur la PF.</li> </ul>
Efficience	Coût/Efficacité de l'approche (il s'agit ici des coûts liés directement à la mise en œuvre de l'activité et ne prend pas en compte les coûts administratifs et ceux associés au salaire du personnel du projet)	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Offre de CAP</li> <li>· Coût moyen par CAP ≤ 3000 F CFA : 3 points</li> <li>· 3000 &lt; coût moyen par CAP ≤ 4000 : 2 points</li> <li>· Coût moyen CAP &gt; 4000 : 1 point</li> <li>· Pour les approches de la Demande le coût moyen a été calculé par rapport à l'exposition aux cibles à des messages sur la PF</li> <li>· Coût moyen d'exposition d'une personne ≤ 500 : 3 points</li> <li>· 500 &lt; coût moyen d'exposition d'une personne ≤ 1000 : 2 points</li> <li>· Coût moyen d'exposition d'une personne &gt; 1000 : 1 point.</li> </ul>

Composante	Approche	Brève Description de L'approche
Durabilité	Niveau de participation des structures du MSAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Participation à toutes les étapes (planification, exécution, mobilisation des ressources, suivi évaluation) : 3 points</li> <li>· Participation à 02 ou 03 des étapes : 2 points</li> <li>· Participation à 01 seule étape : 1 point.</li> </ul>
	Niveau de participation communautaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Participation à toutes les étapes (planification, exécution, mobilisation des ressources, suivi évaluation) : 3 points</li> <li>· Participation à 02 ou 03 des étapes : 2 points</li> <li>· Participation à 01 seule étape : 1 point.</li> </ul>

Schéma 1 : Modèle d'identification des approches du paquet porteur

Une démarche basée sur les évidences



L'application de l'outil de sélection des approches porteuses à travers des sessions de travaux de groupes a permis d'analyser, de comparer et de classer par ordre de priorité les différentes approches du Projet autour de deux composantes majeures que sont la Génération de la demande et l'Offre de services PF (voir résultats dans Tableau 3). Aucune pondération n'a été faite. Quel que soit le nombre d'indicateurs associé au critère, un score moyen a été calculé avec comme valeur maximale : 3.

Tableau 3 : Résultat de la phase de sélection des approches

Composante / Approche	Score moyen par critère				Score Total	Rang
	Pertinence	Efficacité	Efficiencia	Durabilité		
<b>Offre de Services PF</b>						
Clinique mobile Enda Santé	283	3,00	3,00	2,33	11,17	1 <sup>er</sup>
Stratégies avancées ANSFES	2,50	3,00	3,00	2,33	10,83	2 <sup>e</sup>
Informed Push Model (IPM)	2,33	3,00	3,00	2,33	10,67	3 <sup>e</sup>
Outreach MSI	2,17	2,50	3,00	2,50	10,17	4 <sup>e</sup>
Identification systématique des besoins des clients en PF (ISBC/PF)	2,50	2,00	3,00	2,50	10,00	5 <sup>e</sup>
Offre initiale de pilules en milieu Urbain (OIPUP)	1,67	2,33	3,00	3,00	10,00	5 <sup>e</sup>
Approche sage-femmes	2,17	3,00	1,00	2,67	8,83	7 <sup>e</sup>
Consultation foraine municipale gratuite	2,83	2,17	1,00	2,33	8,33	8 <sup>e</sup>
Franchise sociale MSI	2,00	3,00	1,00	2,00	8,00	8 <sup>e</sup>
Polyclinique AcDEV	1,67	1,67	1,00	3,00	7,33	10 <sup>e</sup>
<b>Création de la demande</b>						
ISBC communautaire	2,67	3,00	3,00	2,25	10,92	1 <sup>e</sup>
Visite à domicile	2,67	2,67	3,00	2,33	10,67	2 <sup>e</sup>
Conversations communautaires	3,00	3,00	1,50	2,00	9,50	3 <sup>e</sup>

Composante / Approche	Score moyen par critère				Score Total	Rang
	Pertinence	Efficacité	Efficiency	Durabilité		
Offre de Services PF						
Intégration des Services	2,50	1,50	3,00	1,67	8,67	4 <sup>e</sup>
Intégration des Services	2,33	2,33	1,67	2,00	8,33	5 <sup>e</sup>
Intégration des Services	2,83	1,83	1,00	2,50	8,17	6 <sup>e</sup>
Intégration des Services	2,83	1,67	1,33	2,00	7,83	7 <sup>e</sup>
Intégration des Services	3,00	2,00	1,00	1,50	7,50	8 <sup>e</sup>
Intégration des Services	3,00	1,00	1,00	2,50	7,50	8 <sup>e</sup>
Intégration des Services	2,83	1,83	1,00	1,67	7,33	10 <sup>e</sup>
Intégration des Services	2,17	1,67	1,00	2,00	6,83	11 <sup>e</sup>

NB : À l'étape de l'analyse et du classement des approches, les résultats de l'évaluation à mi-parcours n'étaient pas encore disponibles. Ainsi, à la suite d'un atelier de validation, les décisions suivantes ont été prises de façon consensuelle :

L'IPM et l'Approche Sages-femmes (ASF) ont été retenus comme des Préalables/Intrants du fait que la disponibilité des produits et des ressources humaines sont des éléments indispensables pour l'offre de services PF au niveau des PPS. Ainsi, il a été convenu de faire de l'approche sage-femme un préalable à côté de l'IPM. Cela malgré son faible score obtenu au niveau du critère efficacité qui lui a valu d'être classé 7<sup>e</sup> parmi les approches d'offre de service PF ;

La Niche et les interventions des religieux, malgré leur rang, ont été retenues comme approches porteuses à la suite des résultats de l'évaluation à mi-parcours qui ont démontré que ces approches ont eu un impact significatif sur l'adoption de la PF par les femmes (cas des Niches) ou sur l'adhésion des hommes à la PF (cas des interventions des religieux). En effet, il est ressorti des résultats de l'évaluation à mi-parcours que les Niches combinées aux VAD et conversations communautaires ont significativement ( $p < 0,01$ ) impacté sur l'adoption de la PF par les FAR. De même, il a été également démontré dans le rapport d'évaluation que l'exposition des hommes aux activités des religieux a un impact significatif ( $P < 0,001$ ) sur leur approbation de la PF ;

Les approches média qui n'étaient pas prises en compte lors du processus de sélection des approches porteuses du fait surtout de l'absence de données d'audience ont finalement été retenues dans le Paquet Porteur. En effet, à la suite des résultats de l'évaluation à mi-parcours, il est ressorti que le fait pour un homme d'avoir vu la PF dans un magazine /journal au cours des trois derniers mois ou bien d'avoir entendu une publicité ou un spot à la radio sur la PF impacte significativement sur son approbation face à la contraception moderne (avec respectivement  $p < 0,01$  et  $p < 0,05$ ) ;

L'ISBC communautaire a été considérée lors de la phase de sélection comme une approche spécifique, mais en réalité, dans la mise en œuvre, elle est intégrée aux activités de VAD. Ceci explique qu'on ne retrouve pas cette approche dans le Paquet Porteur.

Au terme de ce processus, 11 approches réparties dans 06 paquets d'activités autour des 03 domaines ont été retenues comme porteuses (voir schéma 2).

### Schéma 2 : Composition du Paquet Porteur



NB : En termes de répliation, il convient de souligner que toutes les approches du Paquet Porteur ne seront pas mises en œuvre. En effet, un paquet minimum adapté au contexte de chaque district d'extension sera défini à la suite de la mise en œuvre d'une activité de diagnostic de base ayant pour objectif d'identifier les domaines pertinents de renforcement. Ce paquet minimum sera appelé Paquet Porteur Adapté.

# COMPOSITION DU PAQUET PORTEUR

## DOMAINE 1 : INTRANTS/PREALABLES

Les différentes enquêtes de base réalisées par ISSU ont mis en évidence les impacts négatifs de l'insuffisance des ressources humaines et de la récurrence des ruptures de stock en produits contraceptifs dans l'utilisation par les FAR de la contraception moderne. Les autorités sanitaires du pays, conscientes du fait que la disponibilité d'intrants de qualité et en quantité suffisante constitue le socle du succès de tout programme de santé, ont fait du développement des ressources humaines une des orientations stratégiques clés pour la période 2009–2018 (PNDS 2009–2018). Cette option est d'ailleurs confirmée dans le Plan national stratégique de Santé communautaire (2014–2018) à travers les axes stratégiques 2 et 3 et le plan de développement des ressources humaines du MSAS.

À côté du développement des ressources humaines, un intérêt particulier a également été accordé à l'amélioration de la disponibilité des médicaments et produits médico-chirurgicaux pour l'atteinte de l'objectif sectoriel 3 du PNDS 2009–2018 qui est de renforcer durablement le système de santé. Fort de ces considérations, le Projet ISSU a, dans le cadre de la mise en œuvre de ses activités, modélisé et testé deux approches relatives à la disponibilité des ressources humaines qualifiées et des produits contraceptifs. Il s'agit de l'approche « Offre de services SMNI/PF de qualité par un personnel qualifié » et de la sécurisation des contraceptifs par le biais de la stratégie « Informed Push Model ».

Ces deux approches ont été identifiées comme des préalables essentiels contribuant à améliorer significativement l'utilisation des services de planification par les FAR des zones urbaines défavorisées.

### 1.1 Approche Sages-Femmes

#### Description de l'approche

Dans le cadre du renforcement du système de santé, le Projet ISSU, à travers l'approche sages-femmes, a recruté vingt sages-femmes et les a mises à la disposition des deux districts tests de Pikine et de Guédiawaye afin de faciliter l'accès aux services de planification familiale de qualité pour les populations urbaines pauvres. À travers cette approche, le Projet ISSU a eu pour ambition :

- d'augmenter l'utilisation des services de planification familiale par les populations urbaines défavorisées dans les 02 districts ;
- de fournir un appui technique continu aux districts ;
- de faciliter l'adoption des Méthodes à Longue Durée d'Action par la disponibilité de la gamme de MLDA et des intrants.

Les acteurs principaux de la mise en œuvre de l'approche sont :

**Le Point focal de l'approche** : C'est une sage-femme de carrière avec une longue expérience dans la coordination des interventions PF. Sa mission consiste à coordonner toutes les activités liées à la planification, au suivi de la performance tous les mois, à la supervision et à l'évaluation de l'approche.

**Les vingt sages-femmes de l'approche** : Il s'agit de prestataires titulaires d'un diplôme de sage-femme d'État et justifiant d'au moins d'une année de pratique professionnelle dans la prestation de services SMNI/PF au Sénégal avec une bonne connaissance du système de santé. En termes de description de tâche, elles viennent en appui aux sages-femmes des PPS d'attache en mettant le focus sur l'offre de services PF couplée à la génération de la demande (causeries, counseling, participation à des émissions radio et télé).

L'une des spécificités des sages-femmes de l'approche est qu'elles font des activités soutenues de génération de la demande, avec des niveaux de performance mensuels, fixés et suivis. Elles mettent en œuvre également l'intégration de la PF dans les services SMNI, les stratégies avancées. Elles sont garantes de la qualité et de la continuité d'un paquet d'activités qui leur est dévolu.

La valeur ajoutée notée au niveau de l'approche est le soutien intensif apporté par le projet en termes de renforcement des capacités, de dotation en supports et Kit PF, de suivi de réalisations à travers un contrat de performance, de coordination des activités...



Dans la mise en œuvre des activités, les sages-femmes de l'approche collaborent avec les acteurs suivants.

#### Les coordinatrices des villes ISSU de Guédiawaye et Pikine.

Dans le cadre spécifique de l'approche, elles ont pour rôles :

- de superviser et de coordonner la mise en œuvre de l'approche au niveau de leurs zones respectives en collaboration avec le district sanitaire
- de participer à la formation des sages-femmes
- de participer à l'évaluation des performances de ces sages-femmes.

#### Les équipes cadres des districts et les ICP

Elles créent les bonnes conditions de travail et assurent la supervision technique des sages-femmes (cf tool kit, outil Sup1 et 2).

#### Les relais et Bajenu Gox

Ils constituent le trait d'union entre les PPS et la communauté par la création de demande de services PF et ils participent activement à la référence des clientes vers les structures.

#### Résultats

Le tableau 4 ci-dessous, présente les données de suivi des réalisations des 20 sages-femmes de l'approche à Pikine et Guédiawaye. Il montre d'excellentes performances sur les trois indicateurs phares de l'approche que sont :

- le nombre de FAR exposées à des messages sur la PF
- le nombre de nouvelles clientes recrutées
- le nombre de CAP offerts.

En effet, nous notons, entre 2012 et 2013, une augmentation significative des performances passant de 110% à 485% pour l'indicateur sur l'exposition des FAR à des messages PF, de 139% à 176% pour l'indicateur relatif au recrutement de nouvelles clientes et enfin de 124% à 222% pour l'indicateur en rapport avec les CAP à offrir.

Par ailleurs, nous noterons que la proportion de MLDA dans l'offre totale de méthodes PF est passée de 33% en 2012 à 43% en 2013. Il convient cependant de souligner que cette forte progression notée sur l'indicateur relatif aux FAR à exposer à des messages sur la PF traduit une « surmotivation » des sages-femmes qui les a amenées à réaliser plus de causeries que prévu. Cette situation peut-être également expliquée par le fait que les causeries effectuées par les sages-femmes au niveau de leurs PPS ne requièrent pas de coûts directs liées à l'activité, si bien qu'elles peuvent ainsi les mettre en œuvre à chaque fois que l'opportunité se présente.

Tableau 4 : Réalisations de l'approche de janvier 2012 à décembre 2013

Indicateurs	2012			2013		
	Objectif	Réalisation	Perf	Objectif	Réalisation	Perf
Nombre de FAR exposées à des messages PF	3 100	3 397	110%	4 512	9 300	206%
Nombre de nouvelles clientes recrutées	3 973	5 507	139%	7 200	12 686	176%
Nombre de CAP offerts	5 083	6 308	124%	10 291	22 873	222%
Proportion MLDA	33%			43%		

### La mise en œuvre de l'approche

La mise en œuvre de l'intervention s'est faite en plusieurs étapes.

Il s'est agi :

- d'organiser plusieurs réunions de présentation et de validation de l'approche avec les différents responsables impliqués : la Division de la Santé de la Reproduction, les médecins chefs de la région de Dakar et des districts de Pikine et Guédiawaye
- de recruter des sages-femmes
- d'organiser une cérémonie d'installation officielle des sages-femmes dans chaque district pour officialiser leur affectation et pour faciliter leur insertion dans le dispositif sanitaire et communautaire
- de procéder à l'affectation de 13 sages-femmes à Pikine et de 07 à Guédiawaye sous l'autorité des médecins chefs de districts
- de faire un renforcement des compétences des sages-femmes à travers des mises à jour relatives à la technologie contraceptive (TC) et aux techniques de communication interpersonnelle (counseling et causeries). Ces sessions ont été facilitées par les 2 coordinatrices SR de districts, la responsable du bureau PF de la DSR/SE, les coordinatrices de ville et le point focal de l'approche sage-femme. Ces sessions ont été suivies par celles qui portent sur l'identification systématique des besoins de la cliente (ISBC) et qui sont animées par les coordinatrices SR avec l'appui du projet. L'application systématique de l'ISBC constitue avec les activités de stratégies avancées les deux principales opportunités de recrutement de nouvelles clientes PF par les sages-femmes de l'approche
- de renforcer les PPS par l'affectation des sages-femmes en kits, en matériel pour l'offre de services PF et en moyens de communication

- de mettre en place un système de suivi-évaluation démarré par l'élaboration d'un cadre logique basé sur la gestion axée sur les résultats couplé d'un plan de suivi-évaluation
- de tenir des réunions de coordination mensuelles constituant des moments privilégiés de suivi des performances individuelles et collectives et de partage d'expériences
- d'organiser une revue annuelle de l'approche dans chaque district pour partager les résultats avec l'ensemble des ECD et des prestataires des PPS d'attache et de recueillir les recommandations pour l'atteinte des objectifs fixés.

### Leçons apprises

La disponibilité des produits contraceptifs et la génération de la demande ont constitué des opportunités pour l'atteinte des performances. Les performances des sages-femmes de l'approche confirment que la disponibilité de ressources humaines qualifiées en quantité suffisante est une condition essentielle de succès des programmes PF.

Cependant, du fait que, pour l'instant, les salaires de ces sages-femmes sont entièrement pris en charge par le projet, le défi majeur qui se pose est celui lié à la pérennisation d'une telle approche. À ce propos, un plaidoyer a été mené auprès des collectivités locales, du ministère de la santé et des comités de santé pour le recrutement des sages-femmes de l'approche. Par ailleurs, neuf parmi ces sages-femmes font partie des 500 sages-femmes recrutées par la fonction publique en 2014. Il est à noter que le plaidoyer sera poursuivi pour leur maintien dans leurs PPS d'attache.

### Difficultés rencontrées

La faible disponibilité et le coût élevé des intrants en rapport avec les ruptures de xylocaïne et la quantité d'intrants entrant dans l'offre de services PF (fiche PF, carte RV, xylocaïne, et pansement) constituent des difficultés pour l'offre de MLDA par les sages-femmes de l'approche. À ce niveau le plaidoyer est en train d'être fait auprès de la DSRSE pour la disponibilité des intrants et l'harmonisation de leurs coûts à travers des Kits spécifiques aux méthodes de longue durée d'action accessibles aux populations défavorisées (jadelle et DIU).

## Aspects à améliorer

- Disponibilité des supports de collecte de données (fiches de consultation, cartes de rendez-vous) dans les districts. Cette question pourrait trouver une solution à travers l'élargissement des produits pris en charge par l'IPM aux autres consommables PF tels que les outils de gestion ;
- Disponibilité de la logistique roulante (véhicule) pour les besoins des stratégies avancées.

## Ressources financières nécessaires

En plus du salaire des sages-femmes de l'approche qui est de 300 000 francs CFA (brut mensuel), la mise en œuvre des activités spécifiques de l'approche requiert les frais de mise en œuvre présentés ci-dessous.

Tableau 5 : Postes de dépenses et coûts des activités de stratégies avancées.

Type d'activités	Poste de dépenses	Coût par activité (en Fcfa)
Stratégie Avancée des Sages-Femmes	<ul style="list-style-type: none"><li>· Produits consommables</li><li>· Prise en charge relais communautaires</li><li>· Location matériel (bâches et chaises)</li><li>· Prise en charge de :<ul style="list-style-type: none"><li>02 prestataires,</li><li>01 coordonnatrice SR du district,</li><li>02 Bajenou Gox,</li><li>01 chauffeur</li></ul></li><li>· Frais de carburant</li><li>· Prise en charge pause-café</li></ul>	136 800F
Causeries PF	Mise en œuvre par la sage-femme de l'approche	0 F
ISBC/PF	Mise en œuvre par la sage-femme de l'approche	0 F
Offre PF de Routine	Mise en œuvre par la sage-femme de l'approche	0 F

## 1.2 L'Informed Push Model

### Description de l'approche

Le principe de base de l'approche repose sur la mise en place d'un système d'approvisionnement des points de prestation de service en produits contraceptifs basé sur l'allocation encore appelé « Poussé éclairé » ou « Informed Push Model » contrairement au système « tiré » qui était jusque-là en vigueur dans le système de santé. À cet effet, des opérateurs privés ont été associés au système à travers un mécanisme de contractualisation afin de rendre disponibles les produits contraceptifs en les livrant directement aux PPS à travers un bon de commande et d'assurer le reportage et la remontée des données.

Les opérateurs privés disposent de magasins de stockage, de logistique roulante et de personnels dédiés aux tâches définies dans le cahier de charge. Ils sont chargés de la levée des produits contraceptifs à la Pharmacie Régionale d'Approvisionnement (PRA), du stockage dans leurs propres magasins et ensuite de la distribution au PPS munis d'un bon de commande-livraison selon une quantification définie par l'équipe de coordination de l'IPM sur la base des besoins des PPS. Ainsi, les acteurs principaux de mise en œuvre de l'approche sont :

- La DSRSE qui émet les bons de commande ;
- Les Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA) qui assurent l'approvisionnement des opérateurs privés ;
- L'équipe de ISSU qui assure la coordination technique du projet à travers les logisticiens seniors et les assistantes logisticiennes ;
- Le Cabinet McKinsey et consultants nationaux : expertise qui a accompagné le projet ISSU dans l'enquête sur la chaîne d'approvisionnement et de la mise en œuvre du projet pilote ;
- Les opérateurs privés chargés du ravitaillement des PPS de la collecte et de la remontée des données de consommation (cf tool kit, outil MOI) ;
- Les régions médicales et districts concernés, chargés du suivi de la mise en œuvre et des recouvrements.

L'enseignement qui peut être tiré est que la disponibilité des produits contraceptifs est une condition nécessaire mais non suffisante pour assurer l'augmentation du taux de prévalence contraceptive (voir graphique 1). En effet, l'offre de service s'accompagne forcément de prestataires formés comme ce fut le cas du renforcement des prestataires en technologie contraceptive dans le district de Pikine et de l'intensification de la création de la demande.

## Résultats

Les résultats de l'IPM sont appréciés à partir de 03 niveaux :

- Elimination des ruptures de stock dans les points de prestations de service
- Augmentation progressive de la consommation des produits P
- Amélioration de la remontée des informations à des fins de prise de décision.

### Élimination des ruptures des produits contraceptifs :

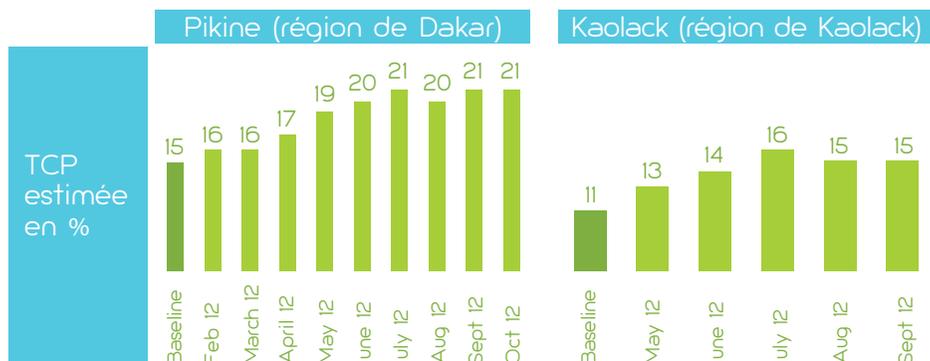
Alors qu'il était établi dans le cahier de charge de l'opérateur privé que le taux de rupture ne devait pas dépasser 2%, le suivi des performances à travers la transmission des données de l'opérateur et celles de la supervision sur les outils de gestion n'a révélé aucun cas de rupture de produits contraceptifs dans les PPS des districts de mise en œuvre du Projet ;

### Augmentation de la consommation des produits :

Les résultats des expériences pilotes de Pikine et Kaolack (cf. graphique 1 ci-dessous) ont permis de démontrer que le TPC estimé sur la base de la consommation au niveau des PPS du district a augmenté progressivement avec la disponibilité des produits PF. Cette progression a été de 6% à Pikine au bout de neuf mois d'expérience pilote et de 1,5% à Kaolack sur cinq mois. Cette différence notée dans la progression des TPC estimés entre les deux districts pourrait s'expliquer par le fait que le district de Pikine a bénéficié des activités du paquet complémentaire de ISSU (activités de génération de la demande, stratégies complémentaire d'offre de service PF et activités de plaidoyer), ce qui n'a pas été le cas pour le district de Kaolack.

Graphique 1 : Évolution du TPC estimée à Pikine et Kaolack lors du Pilote IPM

Évolution du TPC estimée sur la base des consommations des PPS en produits contraceptifs à Pikine et Kaolack durant la phase test de IIPM (février à octobre 2012)



Source : Rapport Evaluation Pilote IPM

### Amélioration de la qualité de la prise de décision

La transmission mensuelle des données : La régularité de la transmission des données par les opérateurs privés, leur analyse et validation par l'équipe de suivi-évaluation conforte cette augmentation de la consommation des produits PF.

Ces données ont fait aussi l'objet de partage au niveau des districts, des régions médicales, des Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA) et du comité de sécurisation des produits de santé de la reproduction (CSPSR) dans le cadre du suivi des performances .

La forte implication des parties prenantes : La participation des membres des comités de santé au renforcement de capacités sur l'IPM a facilité le recouvrement des coûts au niveau des Points de Prestation de Service. En fin juin 2013, le montant des ressources financières issues des ventes de produits contraceptifs s'élevait à 27 956 666 F CFA pour l'ensemble des districts de la région de Dakar. De ce montant sera défalquée la marge bénéficiaire des districts et des PPS représentant respectivement 15% et 31%. Il faut noter qu'à la fin de la période référence (janvier à juin 2013), à l'exception d'un district qui devait un reliquat de 1 830 168 F CFA, l'ensemble des districts était à jour sur le versement des montants dus.

La supervision mensuelle des PPS par les Logisticiens IPM : Cette supervision constitue une opportunité de collecte de données et de renforcement des capacités des prestataires et/ou dépositaires sur le terrain et pour la gestion de l'IPM. Elle a par ailleurs permis d'analyser et de corriger les données transmises par l'opérateur.



La coordination de l'intervention : Dans le cadre de la mise en œuvre du Plan d'Action National PF, la sécurisation des produits contraceptifs requiert un suivi régulier. Les réunions organisées à cet effet, ont donné l'occasion à l'équipe IPM de discuter avec les ECD/ECR et le CSPSR de la mise en œuvre des activités, de partage des performances, de la définition des mécanismes et de l'application des recommandations issues de l'analyse des données.

### Leçons apprises

L'expérience IPM après une phase pilote de neuf mois dans le district de Pikine et cinq mois dans celui de Kaolack s'est étendue en seulement trois mois (d'octobre à décembre 2012) dans les 09 districts restants de la région de Dakar. Cette extension en un temps record dans neuf districts de la région de Dakar rassure quant à la mise à échelle nationale de l'initiative.

Il est important de souligner le caractère dynamique de la mise en œuvre et des réorientations en fonction des obstacles rencontrés. À titre d'exemple, la méthodologie de formation sur site en vigueur au début de la mise en œuvre de l'approche a été abandonnée au profit d'une formation classique à la suite de la disparité constatée sur la compréhension de l'IPM par les différents acteurs.

### Aspects à améliorer

Le retard sur le recouvrement des coûts des produits consommés pouvant entraîner un arrêt de livraison par l'opérateur.

### Difficultés rencontrées

La faible performance de certains PPS notamment en offre de MLDA est surtout due à l'insuffisance de personnels qualifiés, de formation en technologie contraceptive, d'équipements et d'intrants PF et de supervision. Le recrutement et la mise à disposition des sages-femmes de l'approche à Pikine et Guédiawaye, l'appui aux sessions de renforcement des capacités des prestataires (sages-femmes et infirmiers) en technologie contraceptive et en supervision, les dotations en kits d'insertion et de retrait de MLDA ont permis d'aplanir cette difficulté ;

Le faible accès des établissements publics de santé (EPS) et des structures privées aux produits contraceptifs est lié à leur non-prise en compte par l'IPM. Ce problème a trouvé un début de solution avec la mise en place de rayons privés dans certains districts sanitaires ;

L'inaccessibilité de certaines zones pendant l'hivernage a été résolu par la mise en place d'une dotation suffisante des PPS concernées pour couvrir les besoins en période d'hivernage.

### Ressources financières nécessaires

Les coûts et ressources nécessaires à la mise en œuvre de l'IPM dans les 3 régions de Dakar, Thiès et Kaolack de janvier 2012 à septembre 2013 sont présentés dans le tableau suivant.

Tableau 6 : Postes de dépenses et coûts de l'IPM

Type d'activités	Poste de dépenses	Coût par activité (en Fcfa)
Mise en œuvre IPM	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Honoraires opérateurs privés</li> <li>• Formation des équipes cadre de régions districts, des prestataires et des dépositaires sur l'IPM</li> <li>• Frais de réunions</li> <li>• Frais de supervisions</li> </ul>	110 953 359 F

Le succès de la phase pilote a conduit à l'extension dans tous les PPS des régions de Dakar, Kaolack et Thiès. Ainsi, à la fin de l'année 2013 :

- 146 Points de Prestation de Services et 6 rayons privés ont été enrôlés dans les 10 districts de la Région de Dakar
- 85 PPS et 02 rayons privés dans les 4 districts de la région de Kaolack
- 160 PPS et 6 rayons privés dans la Région de Thiès.

Cette extension de l'IPM dans les régions de Dakar, Thiès et Kaolack touche plus de 40% de la population des FAR du Sénégal. Il convient de souligner que l'IPM s'est constitué comme projet autonome d'IntraHealth à partir de septembre 2013 et un plan d'extension national a été élaboré et mis en œuvre à travers ce nouveau projet.

## DOMAINE 2 : OFFRE DE SERVICES PF

Afin d'améliorer l'accès des femmes des zones urbaines défavorisées aux services de planification familiale, le projet ISSU s'est appuyé sur trois (03) des cinq objectifs du projet que sont :

1. Le développement d'interventions rentables des services ;
2. La qualité des services ;
3. Le partenariat public-privé.

À cet effet, le focus a été mis sur l'intégration des services PF de qualité dans les programmes de santé maternelle et néonatale existant et le développement d'offre de service de proximité.

L'intégration des services est réalisée à travers une approche appelée Identification Systématique des Besoins du Client en PF (ISBC/PF). Cette dernière a pour objet d'accroître le nombre de prestations reçues au cours d'une seule et même visite par les clients au niveau des Points de Prestation de Services (PPS).

Le service de proximité est matérialisé par les stratégies avancées. Elles représentent une excellente opportunité pour atteindre les populations les moins ou mal desservies en matière d'informations et d'offre de services de santé contribuant ainsi à améliorer les indicateurs de la santé de la reproduction. En vue de faciliter l'accès aux services de planification familiale aux populations à faibles revenus vivant dans des zones éloignées, le projet ISSU a mis en œuvre plusieurs types de stratégies avancées menées par différents partenaires du projet. Trois d'entre elles se sont révélées porteuses à la suite de l'application de la grille de sélection.

1. Des stratégies avancées mises en place par Enda Santé à travers ses cliniques mobiles
2. Des stratégies avancées des sages-femmes de l'ANSFES
3. Des stratégies mises en œuvre par les équipes mobiles de MSI.



## 2.1 L'approche ISBC

### Description de l'approche

L'ISBC/PF est une approche qui consiste à identifier à l'aide d'un outil appelé fiche d'identification les besoins en planification familiale (PF) des Femmes en Age de Reproduction (FAR) qui se présentent au niveau des unités de soins pour un motif autre que la PF, en vue de les satisfaire (cf toolkit, outil MO2).

Ces unités de soins, appelées dans le cadre de cette approche des portes d'entrée (PE), sont : les consultations prénatales (CPN), la vaccination (PEV), le dépistage et traitement IST/SIDA, le suivi et promotion de la croissance de l'enfant (SPC), les consultations postnatales (CPoN), les services de soins après avortement (SAA) et les consultations curatives préventives (CPC).

### Acteurs

L'approche a été déroulée dans les zones d'intervention avec la contribution des acteurs ci-après dont les rôles sont ainsi déclinés :

- **MSAS et démembrements** (DSRSE, régions médicales et districts sanitaires engagés dans la conception, la validation et l'opérationnalisation de l'approche.
- **Membres du consortium ISSU** la composante Renforcement de Prestations de Services (RPS) du programme santé de l'USAID qui à travers IntraHealth assure la conception et l'appui technique (renforcement des capacités, suivi) et finances.
- **Secteur privé** impliqué dans le testing et la mise en œuvre de l'approche.
- **Autres structures** (APAPS chargée de l'évaluation à mi-parcours de l'approche)

### La mise en œuvre de l'approche

Pour mettre en œuvre l'ISBC, la démarche suivante a été adoptée :

- Adaptation de l'approche à la PF et validation nationale
- Mise en œuvre d'une phase test de l'approche au niveau de 06 PPS publics et privés des districts de Pikine, Guédiawaye, Keur Massar et Mbao.
- Formation des équipes cadre de région, de district et des prestataires et conseillères sur l'outil ISBC (Annexe C).
- Introduction de l'approche dans les PPS de Pikine, Guédiawaye, Keur Massar et Mbao (2011), enrôlement des 04 districts de la ville de Dakar (en 2012) et extension vers Mbour et Kaolack (en 2013).

## Résultats

**Le test de l'ISBC :** Il a été réalisé pendant un mois et a mis en évidence la capacité à augmenter le taux de recrutement dans les PPS aussi bien publics que privés. Par ailleurs, il a permis d'identifier les portes d'entrée les plus porteuses.

**L'évaluation à mi-parcours de l'approche :** Cette évaluation réalisée en 2013 dans un échantillon de 11 PPS des districts de Pikine, Guédiawaye et Dakar a montré les résultats suivants :

- La faible application en général de l'outil ISBC par les prestataires de soins. En effet, il ressort de l'évaluation que pour toutes les portes d'entrée considérées, le niveau d'application de l'outil est de seulement 7% sur l'ensemble des consultations reçues durant les 12 mois qui ont suivi la mise en place de l'ISBC ;
- L'utilisation des services PF a sensiblement augmenté de 17%, passant de 26 971 douze mois avant à 31 628 douze mois après. (source Rapport final Évaluation ISBC).

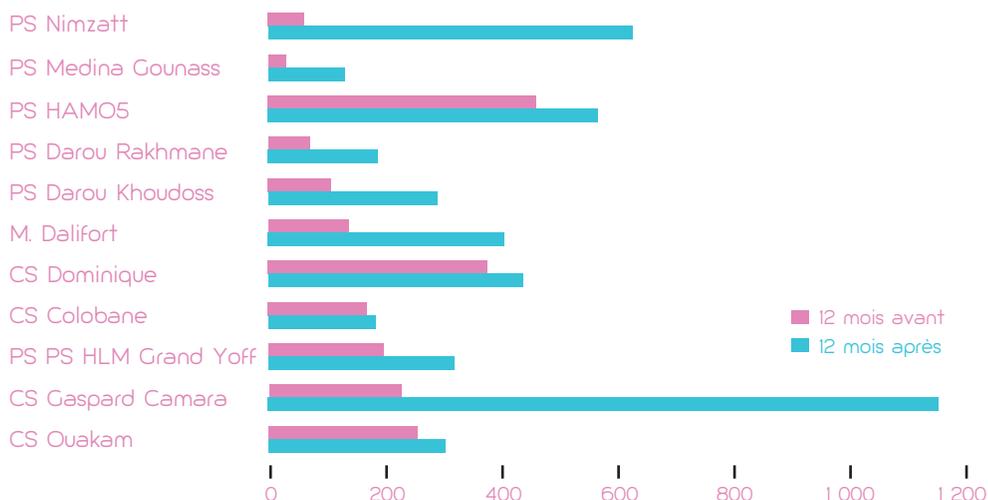
**Graphique 2 :** Comparaison du nombre de consultations PF 12 mois avant l'ISBC/PF et 12 mois après.



Source : Rapport Evaluation ISBC/PF

Le nombre de nouvelles recrues PF, stationnaire autour de 2 122 avant l'application de l'approche, a considérablement augmenté en une année, atteignant 4 955 soit une progression de 133%.

**Graphique 3** : Comparaison du nombre de nouvelles clientes PF 12 mois avant l'ISBC et 12 mois après.



Source : Rapport Evaluation ISBC/PF

La contribution ISBC/PF mesurée par la proportion de nouvelles clientes orientées par ISBC (1982) par rapport au nombre total nouvelles clientes (4 500) est de 44% malgré un très faible niveau d'application de l'approche par les prestataires qualifiés (7%).

### Leçons apprises

L'approche a permis aux prestataires dont le rôle primordial est l'offre de services PF de communiquer davantage avec les clients et de procéder à l'information et à la sensibilisation des FAR sur la PF.

### Difficultés rencontrées

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'approche ISBC, des difficultés ont été rencontrées dont l'insuffisance d'engagement des prestataires se traduisant par une application dégressive de l'approche dans le temps. En effet, les unités de soins où l'administration de la fiche ISBC se fait le plus fréquemment sont :

- L'unité de consultation post natale avec 23% d'application
- L'unité de soins après avortement avec 20% d'application
- L'unité de consultation prénatale avec 14% d'application.

Cette difficulté liée surtout à l'insuffisance d'appropriation pourrait être aplaniée par l'institutionnalisation de l'approche en cours de validation au niveau national.

## Aspects à améliorer

- Mettre en place un dispositif de suivi des rendez-vous (RV) afin d'augmenter l'offre de services PF ;
- Mettre en place un système d'identification des FAR déjà soumises à l'outil ISBC/PF ;
- Prendre en compte comme indicateur l'exposition à la PF des FAR à travers l'ISBC. En effet, en plus d'être une approche d'identification de besoins en PF pour offre, l'ISBC/PF est en soi une approche d'exposition à des messages sur la PF du fait de la communication qu'elle permet d'établir entre la cliente et le prestataire.

## Ressources financières nécessaires

Le tableau suivant présente le budget nécessaire pour la mise en œuvre de l'ISBC.

Tableau 7 : Postes de dépenses et coûts de l'ISBC/PF

Type d'activités	Poste de dépenses	Coût par activité (en Fcfa)
Mise en place de l'ISBC	<ul style="list-style-type: none"><li>· Formation</li><li>· Suivi post-formation</li><li>· Supervision</li><li>· Reproduction des outils</li></ul>	25 000 000F

## 2.2 Les stratégies avancées

· Les stratégies avancées sont des services de proximité mises en œuvre par le projet ISSU à travers 3 variantes menées par différents partenaires du projet que sont ENDA Santé par le biais de ses cliniques mobiles, MSI à travers des outreach et ANSFES par le déploiement de sages-femmes au niveau des sites ciblés. Les stratégies avancées facilitent l'accès des services de planification familiale aux populations à faibles revenus vivants dans des zones éloignées. Chaque partenaire met en œuvre ses sorties selon sa spécificité :

Les cliniques mobiles de Enda Santé, initialement dédiées au dépistage et prise en charge des IST auprès des travailleuses du sexe, a servi d'opportunité pour intégrer l'offre de services PF gratuits chez ce groupe spécifique et pour l'élargir aux femmes des zones difficiles d'accès de la banlieue. Une unité mobile est un mini bus équipé en matériel médical ;



· Les outreach de MSI sont des activités de stratégies avancées d'offre de services PF de qualité mises en œuvre par une équipe mobile. Cette dernière intervient dans les zones mal desservies et difficiles d'accès. Les sites de mise en œuvre sont les Points de Prestations de Services (PPS), les centres culturels, les écoles, les mairies et les marchés hebdomadaires. En l'absence de local approprié, des tentes sont utilisées.

Il convient de souligner que l'offre de service PF au cours des sorties des équipes mobiles de MSI est payante sauf pour des cas d'indigence confirmés de certaines clientes.

Les stratégies avancées menées par l'Association Nationale des Sages-Femmes d'État du Sénégal (ANSFES) ont été une opportunité pour appuyer l'offre de services en SR/PF de qualité. Elles sont mises en œuvre gratuitement dans les structures sanitaires des différentes zones d'intervention du projet par les sages-femmes de l'association des antennes décentralisées.

· Les stratégies avancées sont menées en collaboration avec différents partenaires

· les acteurs du consortium assurent la planification et la mise en œuvre des stratégies avancées

· les coordinatrices SR des districts sanitaires appuient la planification et la mise en œuvre des activités. Elles constituent le trait d'union entre le district et les partenaires. Elles participent également au suivi des activités

· l'équipe du district appuie la planification et la mise en œuvre des activités, participe également au suivi et capitalise les données issues des stratégies

· les prestataires (des organisations partenaires Enda Santé et MSI) qualifiés, mobilisés par le partenaire. Il s'agit de sages-femmes appartenant aux organisations de mise en œuvre et qui apportent un appui à l'équipe locale. Elles sont chargées du counseling et de l'offre de PF

· les prestataires qualifiés des PPS. Les sages-femmes des postes de santé ou maternité ciblés et les infirmiers chef de poste participent à l'organisation et à l'offre de service

· les acteurs communautaires (relais, médiateurs, Bajenu Cox, agents de marketing et ASC) jouent un rôle d'appui dans la génération de la demande par l'information, la sensibilisation, la communication, le marketing social, le counseling initial et l'orientation des cibles vers les points d'offre de services SMNI/PF

· le personnel de soutien (chauffeurs et matrones) aide au déplacement des équipes et à l'entretien du matériel.

## La mise en œuvre de l'approche

L'organisation d'une stratégie avancée suit les étapes suivantes :

### La planification

La planification est établie mensuellement par les partenaires en concertation avec l'équipe du district, les coordinatrices de ville, les représentants des collectivités locales, les infirmiers chefs de poste. Par la suite, les acteurs communautaires sont informés des dates en vue de diffuser l'information à travers la sensibilisation de proximité au sein de la communauté ;

### L'offre de services

En prélude à la consultation avec les équipes chargées des stratégies, des séances de visites à domicile sont organisées par les relais des OCB au sein de la communauté pour expliquer davantage aux FAR les objectifs de l'activité, les méthodes contraceptives disponibles ainsi que les avantages et effets secondaires de chacune d'elles. Le jour de l'activité, les acteurs communautaires et certains prestataires tiennent des séances de causeries sur la PF pour alléger le temps d'attente et éclairer les FAR sur les avantages de la PF et les différentes méthodes contraceptives disponibles dans le programme de PF au Sénégal.

Avant l'offre de service, les FAR bénéficient de counseling afin d'aider au choix libre et éclairé. À la fin de la stratégie, les fiches de consultation PF des clientes sont transmises au poste de santé de la zone d'intervention pour intégration dans le fichier des PPS. Par ailleurs, certaines stratégies avancées offrent aux FAR l'opportunité de bénéficier d'autres services SR (consultations gynécologiques, consultations prénatales, consultations postnatales, dépistage et prise en charge IST, dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus, conseils pour la survie de l'enfant).

### Résultats

Les différentes stratégies des trois partenaires (ENDA Santé, MSI et ANSFES) ont engendré les résultats suivants de janvier 2012 au 31 décembre 2013 (cf. tableau 22).

**Tableau 8** : Résultats de la mise en œuvre des activités de stratégies avancées de ISSU (de janvier 2012 à décembre 2013)

Indicateurs	2012			2013		
	Objectif	Réalisation	Perf	Objectif	Réalisation	Perf
<b>Clinique Mobile Enda Santé</b>						
Recrutement nouvelles clientes	1 920	911	47%	2 888	3 551	1233%
CAP offerts	2 827	1 485	53%	4 878	6 707	137%
<b>Outreach de MSI</b>						
Recrutement nouvelles clientes	5 760	2 953	51%	5 280	5 089	95%
CAP offerts	23 424	11 909	51%	21 472	17 750	83%
<b>Stratégies Avancées ANSFES</b>						
Recrutement nouvelles clientes	5 760	3 193	55%	3 600	3 387	95%
CAP offerts	7 310	5 362	73%	5 831	7 824	134%

Source : Données de monitoring

Quel que soit le partenaire considéré, nous notons une évolution positive des performances entre 2012 et 2013. La faiblesse des performances relative à l'offre de service PF est principalement expliquée par les lenteurs qui ont été notées dans la mise en place des ressources financières au profit des partenaires, ce qui est dû au retard accusé dans les signatures des contrats.

### Ressources financières nécessaires

Les coûts des stratégies selon le partenaire sont consignés dans le tableau suivant.

**Tableau 9** : Postes de dépenses, coût moyen par activité et par CAP offert des différentes stratégies avancées

Type de Stratégie Avancée	Poste de Dépenses	Coût d'une Stratégie Avancée (En FCFA)	Coût Moyen Pour 1 Cap Offert (En FCFA)
Clinique mobile de Enda Santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prise en charge 02 sages-femmes</li> <li>• Produits consommables</li> <li>• Prise en charge relais communautaires</li> <li>• Location matériel (bâches et chaises)</li> <li>• Prise en charge chauffeur</li> <li>• Frais de carburant</li> </ul>	85 000 F	1 808 F (moyenne de 47 CAP offerts par sortie en 2013)

Type de Stratégie Avancée	Poste de Dépenses	Cout d'une Stratégie Avancée (En FCFA)	Cout Moyen Pour 1 Cap Offert (En FCFA)
Stratégie Avancée ANSFES	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Prise en charge 07 prestataires</li> <li>· Produits consommables</li> <li>· Prise en charge de 04 relais et médiateurs</li> <li>· Pause-café</li> </ul>	152 800 F	2 152 F (moyenne de 71 CAP offerts par sortie en 2013)
Outreach MSI	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 01 sage-femme</li> <li>· 01 assistante sage-femme</li> <li>· Consommables, médicaments, matériel</li> <li>· Dotation en eau</li> <li>· Création de la demande</li> <li>· Chauffeur</li> <li>· Carburant</li> </ul>	320 000 F	2 807 F (moyenne de 114 CAP offerts par sortie en 2013)

### Leçons apprises

- La mise en œuvre des stratégies avancées a engendré les enseignements suivants :
- La mise en œuvre des stratégies avancées à permis de rendre effective l'intégration des services SR (dépistage et prise en charge IST, dépistage cancers du sein et du col de l'utérus...) au bénéfice des FAR des zones urbaines pauvres ;
- La mise en œuvre des stratégies avancées a contribué dans certains PPS au renforcement des capacités des prestataires des structures visitées. En effet, la mise en œuvre des stratégies avancées au niveau des PPS a servi d'opportunité de formation sur site de certains prestataires particulièrement sur les MLDA ;
- L'implication des prestataires de la zone rassure les FAR, accroît le succès des activités de stratégies avancées et facilite le suivi par les prestataires des PPS ;
- Les fréquents conflits calendaires avec les autres activités phares des districts sanitaires ont impacté négativement sur la mise en œuvre des stratégies avancées.

## Aspects à améliorer

La coordination avec les districts dans le cadre de la planification des activités de stratégies avancées. La présence des partenaires de mise en œuvre et les coordinatrices de villes ISSU aux réunions de coordination des districts a permis une meilleure coordination des interventions. D'ailleurs un district de Dakar (le district centre) a initié des réunions de coordination spécifiques pour la coordination des interventions du projet dans sa zone de responsabilité. Ce genre d'initiative qui permet de régler des questions opérationnelles liées au déploiement des différents partenaires dans les sites est à répliquer dans les autres districts ;

La régularité de la supervision des activités de stratégies avancées.

## Difficultés rencontrées

Des difficultés suivantes inhérentes à la mise en œuvre ont été recensées :

- télescopage sur le terrain entre les partenaires du consortium. Cette difficulté a trouvé un début de solution par une répartition des zones et une planification des sorties de tous les partenaires lors des réunions de coordination
- rupture fréquente et coût élevé des intrants et de supports dans certains PPS. À ce niveau, le plaidoyer est en train d'être fait auprès de la DSRSE pour la disponibilité des intrants, de fiches et pour l'harmonisation de leurs coûts à travers des Kits spécifiques aux méthodes longue durée d'action accessibles aux populations défavorisées (Jadelle et DIU).



## DOMAINE 3 : GÉNÉRATION DE LA DEMANDE

Au Sénégal, depuis plusieurs décennies, les programmes de planification familiale ont connu des résultats insuffisants pour diverses raisons. Une des raisons majeures est la prise en charge insuffisante des déterminants en relation avec la génération de la demande. Ainsi, le projet ISSU a modélisé un paquet d'approches de génération de la demande. Ces activités sont articulées autour d'interventions communautaires (conversations communautaires, visites à domiciles, Niches), intégrant des activités avec les religieux, le tout soutenu par un plan média mis en œuvre en étroite collaboration avec les districts sanitaires.

### 3.1 Les approches communautaires

#### 3.1.1 La Conversation Communautaire

##### Description de l'approche

La Conversation Communautaire (cc) est une approche qui aide les communautés à poser le débat sur la manière dont leurs attitudes, leurs comportements, leurs croyances, leurs représentations et leurs valeurs socioculturelles influent sur leur santé. Elle s'appuie sur le questionnement stratégique pour instaurer un apprentissage mutuel, collectif et social. Elle vise à promouvoir l'engagement des communautés en les mettant au cœur du processus de résolution de leurs problèmes de santé surtout ceux qui sont liés à la faible utilisation des services de planification familiale. Elle engage, sur une durée de 6 mois, une cohorte représentative de la communauté (composée de chefs de quartiers, de leaders religieux, de Bajenu Gox, de représentants des jeunes, de FAR, et de maris), d'environ 30 à 50 personnes sur des questions en relation avec les rumeurs, la religion et les considérations socioculturelles. En vue d'amorcer des changements, la conversation communautaire qui est une approche basée sur des initiatives d'interactions communautaires constitue une démarche adaptée à la résolution des problèmes au niveau local. Initiées sous l'égide de Enda Santé, les conversations communautaires ont été mises en œuvre dans les zones les plus défavorisées des districts sanitaires de Mbao, Pikine, Guédiawaye à partir de 2011, puis dans celles des districts Nord et Centre à partir de 2012 et enfin à Mbour et Kaolack à partir de 2013.

Cette initiative a été le fruit de la concertation et de l'implication de plusieurs acteurs :

**Les équipes des districts et postes de santé** : Elles participent à l'identification des médiateurs et organisations communautaires de base (OCB), au renforcement de compétences et à la supervision des séances.

**L'équipe du projet** : Elle assure l'assistance technique, le transfert de compétences et le suivi de la mise en œuvre.

**Le médiateur communautaire** : Il joue un rôle important dans le processus de conversations communautaires. Il constitue également l'interface entre les communautés et les structures de santé. Il est le facilitateur principal des sessions de conversation communautaire.

**Les relais** : Ils assurent la mobilisation de la cohorte de participants et facilitent le contact avec la communauté.

**Les superviseurs communautaires** : Ils appuient la planification des activités et garantissent le respect des étapes et la qualité du processus (cf tool kit, outil Sup3).

**Les différentes cibles des conversations communautaires** : Il s'agit de religieux, de groupements de femmes, de chefs de quartiers, d'associations de jeunes, des représentants des collectivités locales qui participent au dialogue.

### La mise en œuvre de l'approche

La conversation communautaire est mise en œuvre à travers les étapes suivantes :

**Processus pour choisir les médiateurs** : L'identification du médiateur est centrale dans la démarche pour la réussite de la mise en œuvre. Le médiateur est choisi avec les partenaires sous l'approbation du district selon certains critères tels que l'intégration dans le milieu, le leadership, la crédibilité, l'esprit d'initiative, l'expérience en santé communautaire et la capacité de porter une dynamique communautaire. Le médiateur doit aussi avoir des prédispositions à la communication, joue un rôle d'interface entre les communautés et les structures de santé pour l'orientation et la référence vers les structures offrant des services et délivre des messages de qualité pour faciliter le dialogue sur la SR/PF.

**Information et implication des leaders locaux** : Le médiateur et les relais effectuent des visites de courtoisie à l'endroit des leaders locaux afin d'obtenir leur adhésion au processus. Il s'agit d'obtenir à travers leur implication une forte mobilisation communautaire autour du processus.

Établissement d'un contrat social avec les membres de la cohorte (participants) : La première rencontre sert de prise de contact, de modalités de mise en place du groupe, de présentation des objectifs et d'adoption d'un contrat social qui définit le règlement, l'heure, le lieu, le jour et les responsables de l'organisation.

L'apprentissage mutuel, collectif et social : Il s'appuie sur le diagnostic des spécificités de la communauté en relation avec la PF à travers un questionnement stratégique portant sur les axes de réflexion suivants :

- Les forces de la communauté ;
- Les occasions de rencontre de la communauté ;
- Les activités de la communauté ;
- Les causes de la vulnérabilité de la communauté ;
- La préservation du lien communautaire.

Dans le processus de création d'un environnement propice à la promotion de la PF, les échanges et les arguments peuvent être divergents, mais, avec la recherche perpétuelle de consensus, le groupe parvient souvent à résoudre les conflits en vue d'obtenir les transformations souhaitées.

**Le suivi** : La conversation communautaire nécessite un suivi rapproché, un coaching de la part du médiateur pour le respect des différentes étapes du processus pour faciliter la résolution des problèmes identifiés. Les conversations communautaires ont réussi à développer chez les communautés des capacités d'organisation et de cohésion sociale pour mieux prendre en charge la SMNI/PF et mener les communautés à profiter petit à petit des bienfaits de celle-ci, mais également à avoir un regard nouveau sur les problèmes des différentes couches de la population. En témoigne cette affirmation d'un participant au cours d'une session de conversation communautaire :

« Les conversations communautaires sont des cadres de concertation qui permettent d'apporter des éclairages par rapport aux asymétries d'informations qui existent entre les populations et les leaders communautaires ».

M. Barry, Président de la Commission santé de la mairie de Grand Medina (Patte d'oie).

Par ailleurs, la mise en œuvre des conversations communautaires a généré des effets positifs. Il s'agit de la mise en place de 07 caisses de solidarité, d'une coopérative communautaire de ration alimentaire et le recrutement de nouvelles Bajenu Gox.

La mise en place des caisses de solidarité a été appuyée dans certaines localités par les maires de communes d'arrondissement. L'objectif de ces caisses a été de faciliter la prise en charge de la santé maternelle et infantile.

**Tableau 10** : Réalisations de l'approche (CC) de janvier 2012 à décembre 2013

Indicateurs	2012			2013		
	Objectif	Réalisation	Perf	Objectif	Réalisation	Perf
Nombre de sessions de CC réalisées	80	62	78%	300	317	106%

Source : Données de monitoring

Entre 2012 et 2013, nous avons noté une évolution positive de la performance dans la mise en œuvre des sessions de conversations communautaires. En effet, 317 sessions de conversations communautaires ont été réalisées dans les différents sites d'intervention du projet soit une performance de 106% contre 78% de performance en 2012.

### Leçons apprises

L'implication des communautés dans la résolution des problèmes de santé à travers la conversation communautaire a permis de mettre en place des stratégies moins coûteuses, plus efficaces et plus soutenues par les populations et donc susceptibles d'être pérennes. En effet, les différentes expériences vécues avec l'approche ont montré que :

- une communauté bien organisée permet de réduire les inégalités sociales en termes d'accès aux services de santé, des exemples existent comme la création de caisse de solidarité
- la participation des leaders religieux et communautaires a donné de la valeur ajoutée à ces instances, car constituant des références dans la communauté. En témoignent les propos suivants :

### Aspects à améliorer

Une faiblesse a été notée dans la supervision des médiateurs. Cependant, la contractualisation avec des superviseurs formés sur la question a permis de renforcer les compétences et améliorer de façon significative la qualité de conversations communautaires.

### Difficultés rencontrées

La mise en œuvre des conversations communautaires s'est heurtée à un certain nombre de difficultés. Il s'agit essentiellement du maintien des membres d'une cohorte durant tout le processus, en particulier les hommes. La remobilisation et la sensibilisation des membres de la communauté à la participation active aux conversations ont légèrement amélioré la situation.

### Ressources financières nécessaires

Le tableau suivant présente le budget ainsi que les postes de dépenses requises pour la mise en œuvre d'une activité de CC.

**Tableau 11 :** Postes de dépenses et coûts des activités de Conversation Communautaire

Type d'activités	Poste de dépenses	Coût par activité (en Fcfa)
Conversation Communautaire	<ul style="list-style-type: none"><li>· Remboursement transport du médiateur et des relais</li><li>· Frais de communication</li><li>· Location de chaises</li><li>· Forfait collation</li><li>· Honoraires de la troupe théâtrale</li></ul>	25 000F



Il convient également de préciser que la motivation mensuelle du médiateur est de 75 000 F CFA, couvrant, en plus de la mise en œuvre et le suivi des activités de conversations communautaires, le suivi des autres activités communautaires.

### 3.1.2 La Niche

#### Description de l'approche

La Niche est une discussion dirigée entre membres d'un groupe homogène sur des thématiques développées dans une pièce de théâtre forum. Elle est mise en œuvre depuis juillet 2011 dans les zones d'intervention du projet ISSU. Sous la responsabilité d'ACDEV, membre du consortium, l'expérience est toujours en cours et a démarré dans les districts de Pikine, Guédiawaye, Mbao et Keur Massar en 2011 et dans les districts Ouest, Sud en 2012 et Mbour et Kaolack en 2013. La Niche permet, tout en divertissant la communauté, de mettre en exergue des valeurs socio-culturelles et de créer un déclic au sein de la communauté en faisant passer des informations justes sur la PF. Elle contribue ainsi à la réduction des fausses croyances et représentations et constitue un puissant outil de changement social, particulièrement dans le domaine de la santé. L'auditoire est constitué d'environ 50 personnes. La pièce théâtrale est jouée suivant un format interactif (Les comédiens jouent, d'abord, la pièce de théâtre, ensuite, les spectateurs apprécient la prestation et enfin, les spectateurs deviennent acteurs pour simuler des situations idéales).

#### Acteurs

Sa mise en œuvre nécessite des acteurs qui sont principalement : **le district et ses postes de santé** qui participent à l'identification des médiateurs (le médiateur coordonne la mise en œuvre des CC et des Niches) et OCB, au renforcement de compétences et à la supervision des séances.

L'équipe du projet qui assure l'assistance technique, le transfert de compétences et le suivi de la mise en œuvre :

**L'organisation communautaire de base** (OCB) chargée de :

- Donner la date et le lieu de la tenue de la Niche
- Informer les autres acteurs
- Assurer la mobilisation et l'organisation de l'activité
- Produire le rapport de l'activité.

**Le médiateur communautaire** chargé de :

- Coordonner la planification des Niches ;
- Informer les prestataires sur la planification ;

- Introduire la troupe théâtrale, faciliter la session et faire la synthèse des messages essentiels.
- Assurer la supervision de l'activité (cf tool kit, outil Sup4)

### La troupe théâtrale

- Participe avec les membres de l'équipe génération de la demande d'ISSU à la réalisation du scénario ;
- Assure la prestation à travers un sketch qui fait ressortir les réticences et obstacles à utilisation de la PF ;
- Fait participer l'assistance à travers le forum pour lever les craintes, rumeurs, croyances socioculturelles erronées et les mauvaises pratiques sur la PF.

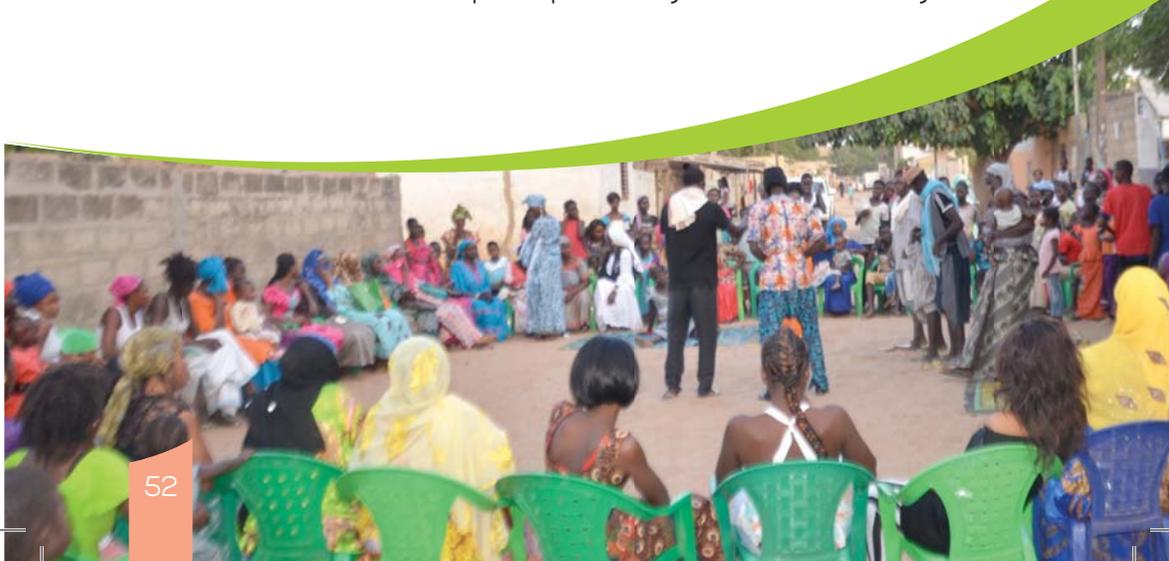
Le leader religieux clarifie la position de l'islam par rapport à la PF.

La sage-femme du PPS de la localité apporte des informations correctes à l'assistance en matière d'utilisation de la PF.

### La mise en œuvre de l'approche

Les différents acteurs travaillent en synergie et sont appuyés par le délégué de quartier et d'autres leaders communautaires. La mise en œuvre de la Niche peut être déclinée selon les étapes suivantes :

- L'identification de troupes théâtrales ayant une expérience dans la méthodologie de théâtre forum ;
- La sélection de thèmes prioritaires liés à la SR/PF ;
- L'orientation de la troupe sur les thèmes identifiés ;
- La préparation : information de la cible sur l'activité, négociation avec les leaders communautaires de la localité ciblée (délégués de quartier, imams, OCB, notables) et avec les prestataires de service (infirmiers, chef de poste, sage-femme). L'activité proprement dite, facilitée par un médiateur qui est le même que pour la CC, est déclinée ainsi qu'il suit :
  - prestation de la troupe théâtrale qui amplifie les comportements non favorables à l'utilisation de la PF pour heurter la sensibilité de l'auditoire
  - appréciation des prestations des différents acteurs par la communauté
  - ouverture et modération des discussions par le médiateur
  - reprise du scénario par les participants selon le changement souhaité
  - clarification de certains aspects par la sage-femme et le religieux.



## Résultats

Tableau 12 : Résultats des activités de Niches de janvier 2012 à décembre 2013

Indicateurs	2012			2013		
	Objectif	Réalisation	Perf	Objectif	Réalisation	Perf
FAR	4 160	923	22%	8 550	8 173	95%
Hommes	1 040	153	15%	950	828	87%

Les résultats de la mise en œuvre des Niches présentés dans le tableau ci-dessus montrent des performances très faibles en 2012. Cette faiblesse est essentiellement due au retard de mise en œuvre des activités de Niche qui ont effectivement commencé au mois de juillet du fait du retard accusé dans la formation des membres des troupes théâtrales. Cependant, nous notons en 2013 des performances tout à fait satisfaisantes avec 95% de FAR et 87% d'hommes exposés à des messages sur la PF à travers ces Niches. Le nombre moyen de personnes exposées à travers une Niche en 2013 est de 51.

### Leçons apprises

La synergie d'action entre la sage-femme, le religieux et le médiateur rassure davantage les participants à la Niche et constitue un aspect non négligeable dans l'adhésion à la PF. Ceci est confirmé par les propos suivants.

«Grâce aux Niches et à la présence du personnel de santé, nous avons pu comprendre ce que voulait dire la planification familiale. Ces Niches nous ont donné l'opportunité d'en discuter avec nos époux qui nous ont encouragé à utiliser la contraception avec les éclaircissements du religieux de notre localité »

### Aspects à améliorer

La participation des hommes constatée dans la mise en œuvre des Niche mérite d'être améliorée. Un début de solution a été trouvé avec l'organisation de ces activités les weekends (jours où ils sont plus disponibles).

### Difficultés rencontrées

Des contraintes et difficultés ont été identifiées dont la principale est l'insuffisance de troupes de théâtre aptes à animer des Niches, ce qui a été surmonté par la formation de nouvelles troupes locales sur le théâtre-forum.

### Ressources financières nécessaires

Le tableau suivant présente le budget nécessaire pour la mise en œuvre d'une activité de Niche.

Tableau 13 : Postes de dépenses et coûts des activités de Niches

Type d'activités	Poste de dépenses	Coût par activité (en Fcfa)
Niche	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Remboursement transport médiateur, sage-femme, relais</li> <li>· Location de chaises</li> <li>· Forfait collation</li> <li>· Honoraires de la troupe théâtrale</li> </ul>	60 000F

### 3.1.3 La Visite à Domicile (VAD)

#### Description de l'approche

La VAD est une forme de communication interpersonnelle par laquelle une bénéficiaire (généralement une FAR) est aidée par un relais à exprimer son problème en PF, à identifier des solutions possibles et pertinentes dans une perspective d'adoption de la PF. Elle offre un cadre d'échange interactif permettant de passer des informations justes et fiables à la cible principale (FAR), de communiquer avec des hommes et des leaders communautaires et de référer vers les structure de santé les plus proches les femmes désirant adopter une méthode contraceptive de leur choix. Elle vise essentiellement à détecter des besoins non satisfaits et à donner des informations appropriées sur la planification familiale. Elle permet également d'assurer le maintien des recrues par un suivi des messages de renforcement positif.

La VAD est une activité qui nécessite une collaboration de plusieurs acteurs et il s'agit :

- **du district** qui participe à l'identification des organisations communautaires de base (OCB) et qui appuie, à l'occasion, le renforcement de compétences
- **des OCB** qui disposent d'un ancrage avéré dans leurs zones d'intervention et qui assurent la mise en œuvre à travers leurs réseaux de relais
- **des relais** qui mettent en œuvre les activités de VAD
- **de l'équipe du projet** qui assure l'assistance technique et financier, le transfert de compétences et le suivi de la mise en œuvre
- **des superviseurs** d'Enda Santé et AcDev pour le suivi des activités communautaires, pour la supervision des relais, et pour la vérification de la fiabilité des données à transmettre (cf tool kit, outil Sup5).

## La mise en œuvre de l'approche

La VAD est mise en œuvre par le relais ou la Bajenu Gox selon la démarche suivante :

1. établir le répertoire des FAR habitant dans sa zone de responsabilité (quartiers relevant du relais) et préciser leur adresse exacte
2. se rendre dans les familles en respectant les mœurs et les coutumes du milieu
3. établir un climat de confiance avec les membres de la famille (mari, belle-mère)
4. rassurer la FAR du caractère confidentiel de l'entretien
5. évaluer les perceptions et les connaissances des femmes ou de la cible visée par la VAD sur la PF
6. identifier et corriger les fausses rumeurs liées à la PF
7. identifier les besoins non exprimés
8. informer sur les différentes méthodes contraceptives
9. référer éventuellement les FAR vers les points de prestations de services PF pour une adoption de méthode PF
10. renforcer les messages pour minimiser les risques d'abandon.

La mise en œuvre des activités de VAD nécessite la mobilisation de ressources matérielles telles que la fiche de séance (cf tool kit, outil MO3), la fiche de référence et de contre-référence (cf tool kit, outil MO4), la fiche de synthèse, la boîte à images, le présentoir des méthodes PF.

## Résultats

Tableau 14 : Résultats des activités de VAD de janvier 2012 à décembre 2013

Indicateurs	2012			2013		
	Objectif	Réalisation	Perf	Objectif	Réalisation	Perf
Nombre de FAR à exposer	18 700	13 143	70%	134 200	149 142	111%
Nombre d'hommes à exposer	4 675	2 633	56%	34 738	35 685	103%
Nombre de FAR référées	6 233	1 151	18%	47 583	17 130	36%

Source : Données de monitoring



Après une année 2012 marquée par des performances relativement faibles expliquées par un retard dans la mise en place des budgets des partenaires, 2013 a été caractérisée par des performances tout à fait satisfaisantes particulièrement sur les indicateurs liés aux FAR et aux hommes à exposer à des messages sur la PF. Cependant, la relative faiblesse notée sur l'indicateur en relation avec les références au cours de l'année 2013 est expliquée par le niveau ambitieux de la cible de réalisation attendue (1/3 des FAR exposées à référer). Par ailleurs, cette faible performance constatée au niveau des références pourrait être liée au fait que certaines VAD sont des activités de suivi, donc destinées à des FAR déjà sous PF, ne nécessitant pas une référence. De plus, les offres de services PF par les cliniques mobiles et autres stratégies avancées d'ISSU réduisent les besoins de références vers les PPS.

### Leçons apprises

La VAD offre aux relais communautaire une opportunité de discuter avec les cibles en profondeur, de façon très confidentielle, de questions en relation avec la PF. En atteste la déclaration de cette bénéficiaire.

« Je suis jeune et j'ai déjà fait six grossesses dont deux décès, vraiment c'est quand le relais communautaire est venu chez moi et m'a sensibilisée que j'ai pris conscience du danger des grossesses rapprochées. Elle m'a aussi conseillé d'espacer mes naissances pendant au moins 3 ans en faisant la PF. J'en ai parlé avec mon mari et il a accepté que je prenne une méthode contraceptive. Je trouve très utile le fait de trouver les femmes chez elles pour les sensibiliser »

Ndoumbe Ndan, 28 ans habitante de Thiaroye Kao

### Difficultés rencontrées

Certaines difficultés ont été notées parmi lesquelles on peut citer : Le retour des fiches de contre-référence vers les relais qui n'est pas toujours effectif. À ce propos, un plaidoyer auprès des prestataires a été fait.

### Ressources financières nécessaires

Le tableau suivant présente le budget nécessaire pour la mise en œuvre d'une activité de VAD.

Tableau 15 : Postes de dépenses et coûts des activités de VAD

Type d'activités	Poste de dépenses	Coût par activité (en Fcfa)
VAD	Remboursement transport relais	500 F

La motivation mensuelle du superviseur est de 75 000 F CFA et prend en compte en plus du suivi des VAD, celui des autres activités communautaires

### 3.1.4 Impact des interventions communautaires

Tableau 16 : Impact des activités de Génération de la demande du projet sur l'utilisation de méthodes modernes de contraception parmi des femmes en union à l'enquête à mi-parcours (Pikine, Guédiawaye et Mbao)

Activité	Rapport de Cotes (RC) et Intervalle de Confiance (IC, 95%)	P Value
Avoir participé à au moins 1 activité communautaire d'ISSU (conversation communautaire, VAD ou Niche)	162 [117 - 225]	<001

Source : Evaluation mi-parcours du projet ISSU (2013)



## 3.2 La stratégies média

### Description de l'approche

Le Projet ISSU a élaboré un plan de communication en vue de soutenir les différents domaines particulièrement la création de la demande pour favoriser, chez les femmes en âge de reproduction vivant dans les zones urbaines défavorisées, l'utilisation continue des méthodes contraceptives modernes. Le plan est fondé sur différentes stratégies au nombre desquelles la communication média occupe une place de choix. Les résultats de l'enquête de base du projet confirment l'importance des média dans l'information et la sensibilisation des populations sur la PF. En effet, selon la ville, entre 32% et 50% des femmes avaient vu un message PF à la télévision. Chez les hommes, ces proportions variaient entre 49% et 67%. Par ailleurs, la proportion de femmes qui avait entendu un message sur la PF à la radio était comprise entre 18% et 24% chez les hommes, cette proportion variait entre 33% et 51% (rapport Enquête de base ISSU, 2011).

La stratégie de communication s'inscrit dans l'optique de l'amélioration de l'environnement de la PF selon les objectifs ci-dessous mentionnés :

- informer sur les avantages de la planification familiale
- renforcer la communication sur les méthodes contraceptives
- clarifier la position de la religion sur la PF
- informer les populations d'accès difficile (non atteintes) par des activités de proximité
- susciter une meilleure implication des hommes ;
- apporter des éclairages sur les effets secondaires et les rumeurs
- informer les populations sur des problèmes de SR (Infertilité, IST/Sida).

### La mise en œuvre de l'approche

La stratégie média a été axée sur la diffusion de spots, d'émissions, d'animations musicales et d'articles de presse à travers des magazines et des quotidiens. Les caractéristiques de la communication par les media ont tourné autour de

- **la continuité** : utilisée dans la durée
- **la diversification** : combinaison d'une variété de canaux médiatiques
- **l'objectivité** : une méthodologie de travail basée sur les évidences de l'enquête de base ISSU

· **l'inclusion** : une participation effective de plusieurs acteurs parmi lesquels, des religieux, des journalistes, des acteurs communautaires et le personnel de santé.

La clé de voûte du plan média a été la combinaison des canaux de communication basée sur une contractualisation annuelle selon le médium en vue d'augmenter les opportunités d'exposition des cibles aux messages avec :

- Les radios communautaires qui couvrent les sites du Projet Oxyjeune FM et Rail bi FM, Guédiawaye, Mbao, Keur Massar, Afia FM, Rendo FM, Mbour FM, Dunya FM à Mbour, Sud FM, Al Fayda et Sine Saloum FM ;
- Les chaînes de télévision RTS, TFM, Sen TV, Walf TV et la 2STV pour la diffusion d'émissions sous le format de « grands débats télévisés », la presse écrite et la presse en ligne, L'Observateur et Walf Quotidien et l'Agence de Presse sénégalaise (APS).

## Résultats

Durant l'année 2013, une série de 60 reportages sur la santé de la reproduction et l'espacement des naissances a été produite et est disponible sous forme de presse book. De plus, cinq émissions phares ont été réalisées pour positionner l'espacement des naissances au cœur du débat social. Il s'agit des « grands débats télévisés » notamment « Sens Interdit » (SEN TV), « Jigéen » (Walf TV), « Xéw Xéw ak diiné » (RTSI) et 02 publiereportages (TFM) qui ont été organisés. Enfin, 98 émissions sur santé et religion ont été diffusées à travers les radios communautaires et les radios privées.

Les résultats de l'enquête à mi-parcours de ISSU ont montré que, contrairement aux activités communautaires, les émissions santé, religieuses, musicales, la diffusion de spot, les articles PF dans les magazines ont plus impacté positivement sur l'approbation des hommes à la PF que sur l'adoption de la PF par les FAR dans les sites du Projet (Voir tableaux 14 et 15 ci-dessous).

**Tableau 17** : Impact des activités Masse média du projet sur l'adoption de la contraception moderne par les femmes à l'enquête à mi-parcours à Pikine, Guédiawaye et Mbao

Activité	RC et IC (95%)	P-Value
Avoir entendu au moins 1 émission d'ISSU sur la PF à la radio	136[0,98 - 185]	<0,10 (impact marginal)
Vu la PF dans un magazine/journal au cours des 3 derniers mois	127[0,75 - 216]	Non significatif
Entendu la PF à la radio au cours des 03 derniers mois	119[0,89 - 159]	Non significatif
Vu la PF à la télé au cours des 03 derniers mois	124[0,96 - 160]	<0,10 (impact marginal)
Avoir entendu une publicité ou un spot sur la PF à la radio	106[0,78 - 144]	Non significatif
Avoir entendu un leader religieux parler en faveur de la PF	113[0,88 - 145]	Non significatif

**Tableau 18** : Impact des activités Masse média du projet sur l'approbation de la contraception moderne par les hommes à l'enquête à mi-parcours à Pikine, Guédiawaye et Mbao

Activité	RC et IC (95%)	P-Value
Avoir vu la PF dans un magazine/journal au cours des 3 derniers mois	188 [120 - 294]	<0,01
Avoir vu au moins 1 émission de ISSU sur la PF à la télévision	169[128 - 223]	<0,01
Avoir entendu une publicité ou un spot à la radio sur la PF	139 [105 - 183]	<0,05
Avoir entendu au moins une émission ISSU sur la PF à la radio	109 [0,82 - 146]	<0,10 (impact marginal)

Source : Evaluation mi-parcours du projet ISSU (2013)

### Difficultés rencontrées

Le choix des organes de presse et des horaires de diffusion ne s'est pas fait sur la base de données d'enquête d'audience. La difficulté a été surmontée en se basant sur les avis des informateurs-clés (journalistes, éducateurs pour la santé, leaders communautaires, et services commerciaux des différents organes).

### Ressources financières nécessaires

Le tableau suivant présenté le budget nécessaire pour la mise en œuvre d'une activité média.

Tableau 19 : Postes de dépenses et coûts des activités média

Type d'activités	Poste de dépenses	Coût Moyen (FCFA)
Diffusion Radio	Spots radio Émissions radio Animations musicales radio	60 000 000
Diffusion Presse écrite	Articles de presse	1 400 000
Diffusion Télévision	Émissions télé	15 200 000
TOTAL		76 600 000 F CFA

Source : Données monitoring

NB : Il est impossible de distinguer la part des spots, des émissions radio ou des animations musicales sur le coût global des activités avec les radios. En effet, les contrats se négociaient par paquet.



### 3.3 Les interventions avec les religieux

#### Description de l'approche

L'activation et la redynamisation du réseau des champions religieux sont inscrites comme une action prioritaire du Plan National d'Action de Planification familiale (PANPF). Cette orientation politique est réaffirmée à travers le plan national de communication qui en a fait un axe stratégique majeur. Ainsi, le Réseau Islam et Population (RIP), membre du consortium du projet, a planifié un paquet d'activités visant à mettre à la disposition des populations les informations relatives à la position favorable de l'Islam sur la planification Familiale. La stratégie adoptée s'articule autour d'activités majeures que sont :

- l'élaboration de supports de communication par le RIP, en partenariat avec la DSRSE et le SNEIPS
- les sessions d'orientation des imams/maîtres coraniques et le renforcement de capacité des relais religieux
- la communication de proximité (visites de familles religieuses, causeries religieuses, prêches, conférences religieuses)
- la communication de masse (les émissions radio et télé).

#### Les supports de communication

Ils sont composés d'un argumentaire religieux, d'une foire aux questions (FAQ) et d'un dépliant réalisés à partir d'extraits du Coran, des Hadiths, du consensus des Oulémas et du raisonnement par analogie, en vue de répondre aux questions les plus récurrentes sur l'Islam et la PF. Ces documents constituent les bases argumentaires pour l'ensemble des interventions auprès des cibles (cf tool kit, outils 5, 6 et 7).

#### Les renforcements de capacité

Des sessions d'orientation étaient organisées à l'intention des Imams, Maîtres et Maîtresses coraniques et autres leaders religieux en vue d'harmoniser leur compréhension sur la position de l'Islam par rapport à la planification familiale. Au cours de ces sessions, d'autres aspects de la PF notamment, la problématique de la mortalité maternelle et infantile juvénile, les méthodes contraceptives, l'importance de l'implication des hommes et des religieux sont également abordées par les participants. Après deux ans de mise en œuvre de cette activité, il a été décidé de mener un nouveau recensement des imams non encore enrôlés dans l'optique d'un élargissement de la base des leaders religieux engagés en faveur de la promotion de la PF.

Le recensement consistait à rencontrer tous les Imams des mosquées, les responsables des affaires religieuses des préfectures et des municipalités afin de disposer d'une liste complète des coordonnées de religieux des localités ciblées par le projet. Les relais religieux ont également bénéficié de sessions de renforcement de capacités pour une meilleure communication sur les questions relatives à la planification familiale. Ces derniers devaient par la suite appuyer le déroulement des activités de proximité et les activités média du projet.

#### La mise en œuvre de l'approche

La mise en œuvre des activités des religieux est déroulée à travers deux formes de communication :

#### La communication de proximité

L'utilisation de canaux de communication de proximité tels que les prêches, les causeries et les conférences au sein des quartiers, mosquées et organisations religieuses de quartier (Dahiras) a été appuyée par ISSU à travers tous les districts d'intervention du projet. En effet, ces canaux constituent des moments d'échange et de communion entre les leaders religieux et leur auditoire.

#### La communication de masse

Les radios communautaires avec qui le projet a signé un contrat ont diffusé mensuellement des émissions sur la PF et islam. Certains animateurs de ces émissions ont été ciblés au cours de la formation de relais sur islam et PF. Parallèlement à ces interventions, les religieux ont également participé aux grands plateaux des chaînes de télévisions et de radios privées.

**NB :** Les interventions ci-dessus ont été supervisées par les points focaux du RIP au niveau local ou national et l'équipe de coordination du projet ISSU. La mise en œuvre des activités avec les religieux a nécessité la mobilisation de ressources :



- humaines (membre du RIP, les imams, les relais religieux, l'équipe de coordination du projet, les représentants des districts, de la DSRSE et du SNEIPS)
- matérielles (fiche séance causeries religieuses, fiche supervision, supports communication : argumentaires religieux traduit en trois langues, un dépliant).

### Résultats

En terme de réalisations, de janvier 2012 à décembre 2013, les activités avec les religieux ont donné les résultats ci-dessous :

**Tableau 20** : Résultats obtenus à la suite de la mise œuvre des activités avec les religieux de janvier 2012 à décembre 2013

Indicateurs	2012			2013		
	Objectif	Réalisation	Perf	Objectif	Réalisation	Perf
Nombre d'imams orientés sur islam et planification familiale	176	132	75%	352	308	87%
Nombre de relais religieux formés pour les sensibilisations de quartiers	20	20	100%	50	50	100%

Les activités menées par les imams et relais religieux ont permis d'exposer 9 325 personnes (majoritairement des hommes) à des messages sur Islam et Planification Familiale. L'enquête à mi-parcours a montré que, selon le site de mise en œuvre, la proportion de femmes et d'hommes qui affirme avoir au cours des 12 derniers mois entendu un imam parler en faveur de la planification familiale varie entre 51% et 66%. De plus, il ressort également de cette enquête que les activités des religieux ont eu un impact positif sur l'adhésion des hommes à la Planification Familiale (cf. tableau 21).

**Tableau 21** : Impact des activités avec les religieux sur l'approbation de la contraception moderne par les hommes à l'enquête à mi-parcours à Pikine, Guédiawaye et Mbo.

Activité	RC et IC (95%)	P-Value
Avoir entendu un leader religieux parler en faveur de la PF	5,06 [3,51 - 7,32]	<0,001

Source : Evaluation mi-parcours du projet ISSU (2013)

### Leçons apprises

- L'implication des grandes familles religieuses (représentants de confréries) à travers des annonces en faveur de la PF a facilité le débat des religieux autour des questions de planification familiale ;
- Le maillage du RIP au niveau national a facilité la mise en œuvre des activités avec les religieux.

### Difficultés rencontrées

- l'insuffisance de la motivation des relais religieux pour le déroulement des causeries, car certains trouvent que rassembler 25 personnes et leur parler de PF n'est pas facile. Le taux de remboursement du transport octroyé aux imams lors des sessions d'orientation est jugé faible par certaines autorités religieuses
- la lenteur dans la remontée des pièces justificatives des causeries éducatives
- le retard de démarrage des sessions d'orientation, car les imams et maîtres coraniques ont des agendas non maîtrisés (baptêmes, funérailles, mariage, récitation de coran, etc.)
- l'insuffisance du nombre de relais capables de bien communiquer à la radio ou lors des conférences religieuses, car de pareilles activités sur le thème « islam et PF » suscitent d'innombrables interrogations, ce qui fait que le relais qui s'en charge doit être bien outillé pour soutenir le débat. Cette difficulté est aplaniée avec le temps grâce au renforcement soutenu des capacités des relais sur la thématique PF.

### Ressources financières nécessaires

Le tableau suivant présente le budget nécessaire à la mise en œuvre des activités avec les religieux.

**Tableau 22** : Impact des activités mass média du projet sur l'approbation de la contraception moderne par les hommes à l'enquête à mi-parcours à Pikine, Guédiawaye et Mboac.

Type d'activités	Poste de dépenses	Coût par activité (en Fcfa)
Causerie religieuse	<ul style="list-style-type: none"><li>· Collation</li><li>· Location de chaises</li><li>· Prise en charge du relais religieux</li><li>· Frais de mobilisation</li></ul>	30 000
Conférence religieuse	<ul style="list-style-type: none"><li>· Location de chaises et de bâche</li><li>· Location de sonorisation</li><li>· Prise en charge du conférencier</li></ul>	130 000
Prêche	<ul style="list-style-type: none"><li>· Prise en charge de l'imam</li></ul>	25 000

## PERSPECTIVES

En termes de perspectives, il s'agit essentiellement :

- de la diffusion du produit de la capitalisation ;
- du passage à échelle des approches porteuses du Projet ISSU au niveau national et dans les pays francophones de la sous-région selon le plan qui sera défini très prochainement.

La stratégie de diffusion du Paquet Porteur ainsi défini sera portée par l'Observatoire nationale de la PF. Elle cible les principaux destinataires que sont les structures du MSAS, le privé, les partenaires techniques et financiers, la communauté, les associations, ordres et syndicats de professionnels de la santé. À cette fin, plusieurs supports de communication seront utilisés (rapport sur la capitalisation du Paquet Porteur, fiche d'information, présentations, articles scientifiques, films, dépliants, site web, et magazine.

En termes de passage à échelle, il convient de préciser que le contenu du Paquet Porteur ne sera pas forcément mis en œuvre intégralement dans les districts d'extension. Un exercice d'adaptation sera réalisé sur la base d'un diagnostic de base pour identifier les approches du paquet les mieux appropriées (en termes de niveau d'impact potentiel) sur le contexte d'accueil. Ce processus permet de capitaliser sur les potentialités du district d'extension.

Ce processus d'adaptation a été réalisé dans le cadre de l'extension des interventions du Projet ISSU vers les districts sanitaires de Rufisque et de Diamniadio entre 2014 et 2015. En effet, l'analyse du contexte de ces districts en termes de potentialités/forces et de gaps/faiblesses/menaces aussi bien au niveau de l'environnement du système de santé que du tissu communautaire a permis de modéliser les paquets minimums d'approches porteuses à mettre en œuvre au niveau de ces 02 districts. Les résultats de la cartographie continue des changements notés en termes d'organisation, de direction ainsi que les performances réalisées en matière d'utilisation de la PF par les FAR fourniront des évidences sur la capacité des équipes-cadres des districts sanitaires à intégrer et à porter la mise en œuvre des approches du Paquet Porteur avec un accompagnement limité de la part du projet. Le modèle conceptuel de cette phase test du passage à échelle dans les districts de Rufisque et de Diamniadio est présenté dans le schéma 3.

**Schéma 3** : Modèle conceptuel pour le testing du passage à échelle nationale du Paquet Porteur.



**DIAGNOSTIQUE DE BASE/PF**

- Apprécier l'environnement général (tissu communautaire, position et engagement des religieux) en relation avec la promotion de la PF.
- Analyser les forces et faiblesses des districts en matière d'offre de service PF (formation, intégration, restrictions, supervision, disponibilité intrants et équipements..)
- Mesurer l'évolution des consommations PF sur 10 mois avant mise en œuvre du "Paquet adapté".
- Identifier les différents partenaires du district en matière de promotion de la PF pour une meilleure synergie dans la réponse.

**MISE EN ŒUVRE**

- Mise en œuvre des approches du Paquet Porteur adapté à chaque district.
- Coordination de la mise en œuvre du Paquet assurée presque exclusivement par l'Equipe Cadre des districts (accompagnement de ISSU limité au départ et dégressif dans le temps).

**EVALUATION**

- Intégration de sites et PPS de Rufisque et Diamniadio dans l'évaluation finale de MLE.
- Evolution des consommations PF sur 10 de l'extension.



# ISSU, un projet de planification familiale en milieu urbain pauvre



Pour un passage à échelle  
en Afrique de l'ouest francophone

