



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



Services de DIU du Postpartum: de l'introduction à la mise à échelle ; Réunion régionale Burkina Faso

3 au 5 février 2014
Rapport de la réunion



La réalisation de ce programme et de ce rapport ont été rendus possibles grâce au soutien généreux du peuple américain par le biais de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID), aux termes de l'Accord Coopératif Leader with Associate Cooperative Agreement No. GHS-A-00-08-00002-00 et du projet d'appui en faveur des organisations internationales de planification familiale (SIFPO) AID-OAA-A-10-0030. Les opinions exprimées ici incombent au Programme Intégré de Santé Maternelle et Infantile (MCHIP) et Population Services International (PSI) et ne reflètent pas forcément les vues de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international ou du Gouvernement des Etats-Unis.

MCHIP est le programme phare de l'USAID pour la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI). MCHIP soutient la programmation en matière de SMNI, de vaccination, de planification familiale, du paludisme et du VIH/SIDA et encourage fortement les possibilités d'intégration. Les domaines techniques intersectoriels incluent l'eau, l'assainissement, l'hygiène, la santé urbaine et le renforcement des systèmes de santé. Veuillez visiter notre site: www.mchip.net pour en apprendre davantage.

PSI est une organisation mondiale de la santé qui se consacre à améliorer la santé des peuples dans le monde en développement en mettant l'accent sur les défis graves comme le manque d'accès à la planification familiale, le VIH/SIDA, les obstacles à la santé maternelle, et aux plus grandes menaces pour les enfants de moins de cinq ans, y compris le paludisme, la diarrhée, la pneumonie et la malnutrition. La vision de PSI sous le projet SIFPO est de mettre à l'échelle la prestation de produits et services de planification familiale de haute qualité pour répondre aux besoins non satisfaits, par le biais de son réseau national de bureaux dans le monde en développement. Pour en apprendre davantage, veuillez visiter le site <http://www.psi.org>.

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	iv
ACRONYMES ET ABREVIATIONS.....	v
DESCRIPTION DE LA REUNION.....	1
CONTEXTE.....	3
STRATEGIES DE PROGRAMMATION POUR LA PLANIFICATION FAMILIALE DU POSTPARTUM.....	4
VISITES SUR LE TERRAIN ET STATIONS DE DEMONSTRATION.....	5
AUTO-EVALUATION DU PAYS SUR LE PASSAGE A L'ECHELLE DU DIUPP.....	5
EXEMPLES DE PROGRAMMES DE DIUPP REPRESENTES.....	6
ECHANGES DE SAVOIR.....	9
REUNION AVEC LES REPRESENTANTS DU MINISTERE DE LA SANTE.....	16
PROCHAINES ETAPES PAR PAYS.....	18
CONCLUSION.....	19
ANNEXE 1 : AGENDA DE LA REUNION.....	21
ANNEXE 2 : LISTE DES PARTICIPANTS.....	24
ANNEX 3 : MATRICE DU STADE DE MISE A L'ECHELLE.....	27
ANNEXE 4 : USAGE DE LA MATRICE SUR LA MISE A ECHELLE DE MCHIP; AUTO-EVALUATION DES EQUIPES DE PAYS.....	29

Remerciements

Nous présentons notre sincère gratitude au Ministère de la santé du Burkina Faso pour son hospitalité et pour les structures sanitaires qu'il a mises à la disposition des personnes extérieures, et pour avoir assuré la participation active du personnel cadre du gouvernement. Nous avons été honorés de la présence de M Paul Sambo Nikiema, Conseiller technique du Ministère de la santé, qui a accueilli les participants et ouvert la réunion.

Nous remercions les nombreux partenaires qui nous ont aidé à inviter les participants à cette réunion, y compris les collègues de Advance Family Planning et ses partenaires; le bureau régional de l'UNFPA à Dakar, au Sénégal; la mission régionale de l'USAID à Accra, au Ghana, et les Missions USAID au Burkina Faso, au Sénégal, et à la RDC; ainsi que les collègues d'AGIR-PF. Vos encouragements et votre soutien étaient essentiels à l'assistance de si nombreux participants.

Nous tenons à remercier tout particulièrement Patricia MacDonald, Conseillère technique Senior du bureau de l'USAID pour la population et la santé reproductive, pour sa suggestion d'une réunion spécifique aux pays francophones, pour ses conseils, pour la facilitation des nombreux contacts avec les missions, et pour sa participation active à l'atelier. Nous avons grandement apprécié ses contributions et son appui à la réalisation des objectifs de la réunion.

Nous exprimons nos vifs remerciements aux représentants de l'Organisation Mondiale de la Santé pour leur soutien à cette réunion, Nathalie Roos et Souleymane Zan, qui ont assuré la disponibilité des "Stratégies de programmation pour la planification familiale du postpartum" en français et le Dr. Mary Lyn Gaffield pour le lancement de la version française lors de cette réunion. La collaboration avec le Dr. Gaffield, liée en particulier aux données probantes de planification familiale du postpartum et à la programmation est de longue date; nous apprécions son soutien en réponse aux besoins négligés de cette catégorie de femmes dans le monde.

Cette réunion n'aurait pas été possible sans la planification minutieuse de l'équipe de Jhpiego au Burkina Faso, qui a répondu à de nombreuses requêtes avec beaucoup d'adaptabilité. Nous remercions en particulier le Dr Stanislas P. Nébié et Mr Yacouba Ouedraogo pour leur leadership.

Nos sincères remerciements aux agents de santé du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado, du Centre Médical avec Antenne Chirurgicale (CMA) de Kossodo, du CMA du Secteur 30, et de la clinique de l'Association Burkinabè du Bien-Etre Familial (ABBEF) de Ouagadougou. Ces médecins, infirmières et sages-femmes ont chaleureusement accueilli les participants, ont répondu patiemment aux questions et ont complètement partagé leurs expériences en permettant un aperçu de leur travail quotidien, malgré leurs emplois du temps chargés.

Acronymes et abréviations

ABBEF	Association Burkinabè pour le Bien-Être Familial
CPN	Consultation prénatale
AGIR-PF	Agir pour la Planification Familiale
CHU	Centre hospitalier universitaire
ASC	Agent de santé communautaire
CMA	Centre Médical avec Antenne Chirurgicale
RDC	République démocratique du Congo
EDS	Enquête démographique et de santé
PF	Planification familiale
SNIS	Système national d'information sanitaire
DIU	Dispositif intra utérin
DIUPP	Dispositif intrautérin du postpartum
MAMA	Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée
MLD	Méthode contraception réversible à longue durée d'action
L&D	Travail et accouchement
MCHIP	Programme intégré de santé maternelle et infantile
SMN	Santé maternelle et infantile
S&E	Suivi et évaluation
MS	Ministère de la santé
MSI	Marie Stopes International
PFPP	Planification familiale du postpartum
DIUPP	Dispositif intra-utérin du postpartum
PSI	Population Services International
SSR	Santé sexuelle et reproductive
SIFPO	Appui en faveur des organisations internationales de planification familiale
UNFPA	United Nations Population Fund
USAID	Agence américaine pour le développement international
WAHO	Organisation ouest africaine de la santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

Description de la réunion

Le programme intégré de santé maternelle et infantile (MCHIP) et le projet d'appui en faveur des organisations internationales de planification familiale (SIFPO) mis en œuvre par Population Services International (PSI), financés par l'Agence américaine pour le développement international (USAID), ont convoqué une réunion régionale en Afrique de l'Ouest qui a rassemblé des experts internationaux et régionaux pour faire avancer l'intégration du dispositif intra-utérin du postpartum (DIUPP) dans les services de santé maternelle. La réunion a eu lieu à Ouagadougou, au Burkina Faso, du 3 au 5 février 2014. Un total de 48 participants en provenance de 11 pays ont participé activement à ces échanges sud-sud, et ont partagé les succès et défis basés sur leurs expériences nationales.

OBJECTIFS GENERAUX DE LA REUNION

Grâce aux échanges sud-sud, la réunion a servi à renforcer la capacité des participants à accélérer l'intégration de la planification familiale du postpartum (PFPP), y compris le DIUPP, dans les services de santé maternelle. La réunion a comporté:

- De présentations et discussions sur les évidences au niveau mondial sur la PFPP et le DIUPP spécifiquement
- Un forum interactif pour partager les succès et discuter des défis dans la mise en œuvre de services de DIUPP de qualité, de l'introduction au passage à l'échelle
- Une opportunité pour quelques participants de visiter les sites de DIUPP au Burkina Faso et d'interviewer les prestataires au sujet de leurs expériences
- Le lancement de la version française des Stratégies de programmation de la planification familiale du postpartum de l'OMS
- L'analyse par pays du degré d'introduction ou d'étendue des services de DIUPP
- Un tutoriel sur l'insertion du DIUPP, avec des démonstrations pratiques en petits groupes sur modèles de l'insertion du DIUPP et une introduction du nouvel inserteur de DIUPP de PSI
- Les expériences des pays et discussions de stratégies de programmes de DIUPP axées sur les éléments suivants:
 - Sélection du site et orientation sur site de tout le personnel,
 - Plaidoyer et engagement des parties prenantes,
 - Counseling, choix éclairé et création de la demande,
 - Systèmes d'information sanitaire et de suivi, et
 - Continuité des soins
- Une occasion pour l'équipe du pays de rédiger des actions à court terme

Voir l'agenda de la réunion en Annexe 1.

PROFIL DU PARTICIPANT

Les 48 participants à la réunion représentaient 11 pays: le Burkina Faso, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, la République démocratique du Congo (RDC), la Guinée, Haïti, Madagascar, le Mali, la Mauritanie, le Niger, et le Togo. Le statut de la mise en œuvre du DIUPP varie considérablement d'un pays à l'autre, passant d'un pays où le dispositif intra-utérin (DIU) vient d'être introduit et où les services de DIUPP ne sont pas disponibles, aux pays avec de grands programmes qui

s'étalent sur plusieurs années. Parmi les pays représentés, la Guinée est le pays le plus avancé sur la voie du passage à l'échelle avec des services dans la plupart des structures de santé.

Parmi les participants figuraient le personnel du Ministère de la santé (MS), d'associations professionnelles, de structures de santé, de United Nations Population Fund (UNFPA), de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), de l'Organisation ouest africaine de la santé (OOAS), de IMA World Health, de l'Union des religieux et coutumiers du Burkina Faso, EngenderHealth, Futures Group, Marie Stopes International (MSI), Jhpiego, MCHIP y compris du personnel des partenaires Save the Children, de PSI et de ses affiliés, comme l'Agence ivoirienne de marketing social. Les participants représentaient une variété de profils: des décideurs politiques et des champions, des prestataires de santé maternelle, des gestionnaires de programmes travaillant dans le domaine de la santé maternelle, des organisations internationales et des bailleurs.

Les facilitateurs provenaient de plusieurs pays, dont le Burkina Faso, le Rwanda, la Suisse et les Etats-Unis et incluaient du personnel de l'USAID, de PSI, de Jhpiego, de MCHIP, et de l'OMS.

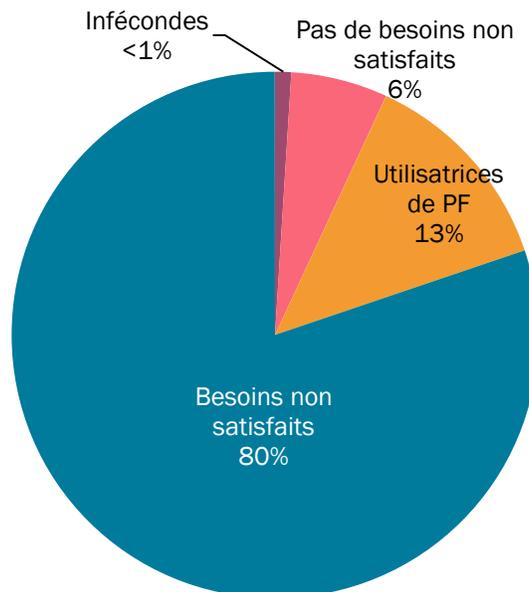
Voir en Annexe 2 la liste détaillée des participants et des facilitateurs.

Contexte

La prestation de services de PFPP améliore la survie du nouveau-né et de l'enfant. Si l'intervalle depuis une naissance précédente est de moins de 18 mois, les risques de mortalité doublent par rapport aux intervalles de naissance de trois ans.¹ L'utilisation de la PF est une stratégie efficace pour la réduction de la mortalité maternelle. Des études ont montré que si les besoins en contraception étaient satisfaits, ils se traduiraient par une réduction de 29% de la mortalité maternelle dans les pays à faible ressources.²

Des données provenant de 27 pays en développement ont montré que les femmes veulent éviter une grossesse dans les 12 premiers mois suivant un accouchement, mais plus de 64% d'entre elles n'ont pas recours à la PF.³ Une étude récente au Sénégal qui a examiné la question de l'accès à l'information sur la PF avant de quitter la structure de santé a révélé que les femmes qui recevaient l'information au moment de l'accouchement étaient plus susceptibles d'utiliser la PF que celles qui n'en avaient pas reçue. En outre, lors des interviews de sortie, la majorité des femmes qui n'avaient pas reçu d'information sur la PF ont indiqué qu'elles auraient aimé en recevoir.⁴

Figure 1: Besoins non satisfaits de PFPP (approche prospective), Burkina Faso, EDS 2010



Utilisant comme exemple le Burkina Faso, la Figure 1 montre le pourcentage de besoins non satisfaits de PF des femmes pendant la première année du postpartum. Dans une analyse secondaire de l'enquête démographique et de santé (EDS) (n=5,986), on a demandé prospectivement aux femmes "Aimeriez-vous espacer votre prochaine grossesse à deux ans ou plus ou ne plus avoir d'enfants?" Quarante-vingt-un pour cent des femmes ont répondu qu'elles voulaient retarder ou limiter les naissances mais qu'elles n'utilisaient pas de contraception.⁵

¹ Fotso JC, Cleland J, Mberu C. Birth Spacing and Child Mortality: an Analysis of Prospective Data from the Nairobi Urban Health and Demographic Surveillance System. *J. Biosoc. Sci.*, (2013) 45, 779-798, Cambridge University Press, 2012.

² Ahmed S, Li Q, Liu, L, Tsui, A. Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries. *The Lancet* 2012, 380 (9837), 111-125.

³ Ross JA, Winfrey WL. Contraceptive use, intention to use and unmet need during the extended postpartum period. *Int Fam Plan Perspect.* 2001; 27(1):20-27.

⁴ Speizer IS, Fotso JC, Okigbo C, Faye CM and Seck C Influence of integrated services on postpartum family planning use: a cross-sectional survey from urban Senegal. *BMC Public Health* 2013, 13:752 <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/752>

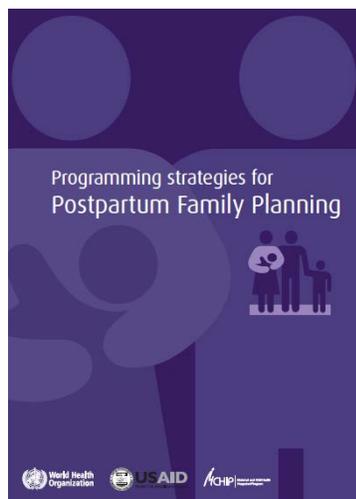
⁵ MCHIP re-analysis Burkina Faso 2010 DHS Septembre 2013.

L'insertion du DIU du postpartum (DIUPP), c'est-à-dire l'insertion d'un DIU dans les 48 heures qui suivent l'accouchement, peut aider à combler cette lacune. Une fois que la femme est conseillée sur la PFPP et accepte l'insertion d'un DIUPP comme la méthode de son choix, les trois opportunités d'insertion sont les suivantes: insertion intra césarienne, post placentaire et lors du postpartum immédiat. L'insertion intra césarienne du DIU s'effectue pendant la césarienne juste avant de suturer l'utérus. Le DIU post placentaire est inséré dans les 10 minutes après la délivrance du placenta. Le DIU du postpartum immédiat est inséré après 10 minutes mais dans les 48 heures après la naissance. On l'appelle parfois l'insertion du "lendemain".

Récemment, la communauté mondiale a connu un regain d'intérêt pour les DIUPP, et par conséquent, l'expérience programmatique s'est élargie. Dans le monde, plus de femmes accouchent dans des structures de santé, ce qui offre des possibilités accrues de PFPP et de services de DIUPP. L'offre de DIU pendant le postpartum immédiat offre aux mères une méthode efficace de contraception réversible à longue durée d'action (MLD) avant de quitter la structure. La technique d'insertion s'est améliorée et les taux d'expulsion sont faibles. Les autres avantages du DIUPP sont les suivants: 1) les effets secondaires de l'insertion du DIU sont masqués par le processus d'involution utérine de routine après l'accouchement et 2) le DIU n'affecte pas l'allaitement. Le DIU (380 A) au cuivre peut être utilisé pendant 12 ans pour l'espacement ou la limitation des naissances. En outre, la plupart des utilisatrices de DIUPP sont très satisfaites de la méthode.

Il y a certes des pays ayant un éventail d'expériences, mais les DIUPP représentent toujours une faible proportion de la prestation des services de contraception en Afrique sub-saharienne, et beaucoup reste à faire pour rendre cette option disponible à chaque femme qui accouche dans une structure. PSI, MCHIP et d'autres partenaires ont collaboré avec des partenaires sur le terrain et soutenu l'introduction des services, mais seuls quelques pays ont mis les services à l'échelle. PSI et MCHIP ont tenu auparavant une réunion régionale similaire en Zambie, en avril 2013, pour les pays africains anglophones, avec pour même objectif le démarrage et la mise à l'échelle des services de DIUPP. Une deuxième réunion régionale en Afrique a permis aux programmeurs et aux décideurs politiques des pays francophones de tirer des leçons de ceux parmi eux qui ont des programmes de base solide et partager leurs expériences, idées et stratégies vécues avec les autres pays pour faire progresser leurs programmes.

Stratégies de programmation pour la planification familiale du postpartum



L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a profité de la réunion régionale francophone sur le DIUPP pour lancer la version française nouvellement développée des *Stratégies de programmation pour la planification familiale du postpartum*. Dr Mary Lyn Gaffield de l'OMS a indiqué que, depuis 2010, plusieurs états membres et organisations ont demandé plus d'information sur la PFPP pendant la première année après l'accouchement. Les *Stratégies de programmation pour la PFPP* ont été élaborées après la revue des directives existantes, un examen approfondi de revues scientifiques, d'enquêtes téléphoniques d'acteurs clés dans plusieurs pays, de réunions techniques entre experts multidisciplinaires à Genève et à Washington, et de la revue d'experts. Lors de la réunion régionale du DIUPP, les participants ont eu l'occasion de se servir des stratégies de programmation pour

la PFPP pour une étude de cas. Un participant a indiqué que l'exercice de l'étude de cas était son activité préférée parce que c'était "une expérience qui pourrait s'appliquer dans notre propre pays."

Visites sur le terrain et stations de démonstration

Lors de la première journée de la réunion, certains participants ont pu visiter des sites à Ouagadougou qui fournissent des services de DIUPP: le CMA Kossodo, ABBEF, CHU Yalgado, et CMA Secteur 30. Ces participants ont rencontré les prestataires et visité les structures, ont discuté de la formation, du counseling, du circuit des clientes en soins prénatals (CPN) et dans la salle d'accouchement, et la tenue des registres. Ils ont pu également voir les registres d'insertion et les cartes des clientes tamponnées avec la méthode de choix de la femme. Les participants ont remarqué l'importance d'une bonne documentation. La prise du numéro de contact des clientes facilite le suivi de celles qui ne reviennent pas. En outre, les chiffres d'insertions, les données de suivi de six semaines, et l'enregistrement des complications peuvent contribuer à maintenir des services de qualité et assurer que des problèmes sont décelés et résolus. De plus, les participants ont perçu les prestataires champions comme des ressources essentielles à la promotion et au maintien d'un programme de DIUPP réussi.

Afin de tenir des discussions approfondies en petits groupes sur les questions de qualité autour des insertions de DIUPP, des stations de démonstration de DIUPP à l'aide de modèles anatomiques ont été organisées le deuxième jour. Les docteurs et sages-femmes de MCHIP et de PSI ont orientés les participants aux techniques d'insertion du DIUPP, en suivant la liste de vérification des compétences cliniques. Les participants intéressés ont alors pratiqué l'insertion du DIUPP sur les modèles Mama-U.



Les participants pratiquent l'insertion du DIUPP sur modèles anatomiques



Station de démonstration pour l'insertion du DIU avec modèle anatomique, kit d'insertion du DIUPP et liste de vérification des compétences cliniques

Auto-évaluation par pays sur le passage à l'échelle du DIUPP

Dans le cadre des efforts de MCHIP pour documenter la réalisation de l'atteinte de son objectif de "mise à l'échelle d'interventions à haut impact," le programme a développé un outil pour quantifier la maturité des capacités du système de santé pour rendre une intervention disponible à l'échelle, et là où c'est possible, donner un sens de sa couverture. L'utilisation de cet outil par MCHIP était rétrospective et actuelle. MCHIP et PSI ont adapté l'outil (Annexe 3) pour l'atelier régional et ont testé son utilisation pour obtenir le consensus des participants d'un

même pays, sur les points forts et les points à améliorer pour l'introduction ou l'extension des services de DIUPP dans ce pays.

En somme, cette activité était utile dans le cadrage des débats pour inclure une perspective des ajustements à faire dans le système de santé, en plus des questions cliniques ou d'organisation au niveau des structures. (Pour de plus amples informations sur les résultats de cette activité, voir l'Annexe 4).

Exemples de programmes de DIUPP représentés

BURKINA FASO

Motivé par la conférence régionale de planification familiale en 2011 à Ouagadougou, le Burkina s'est engagé à accroître le taux de prévalence contraceptive de 15% en 2010 à 25% en 2015.

En mars 2013, dans le cadre de son engagement à la PF2020, Jhpiego a soutenu l'initiation de services de DIUPP dans cinq sites, en formant 50 prestataires sur le counseling en planification familiale du postpartum et 30 prestataires sur les services de DIUPP. Grâce à un financement de l'UNFPA, Jhpiego a, depuis, mis à l'échelle les services de DIUPP à 10 autres établissements, avec pour objectif d'étendre les services dans 10 autres établissements en 2014. Les difficultés rencontrées incluent des lacunes dans la communication entre la CPN et la salle d'accouchement, qui nécessitent une attention particulière.

Insertions de DIUPP et résultats lors du suivi 6 semaines post-insertion au Burkina

- 280 femmes se sont fait poser un DIUPP
 - 57% ont reçu un counseling lors du postpartum immédiat; seulement 20% lors de la CPN
 - CHU Yalgado: 56% des DIUPP insérés pendant les césariennes
 - Autres sites: 88% des DIUPP insérés lors de la période du postpartum immédiat
- 106 femmes ont eu un suivi à 6 semaines
 - 91% n'avaient pas de problèmes
 - Taux d'expulsion de 2%
 - Taux d'infection de 1%

Données de septembre 2013.

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

Insertions de DIUPP et résultats en RDC, décembre 2012 à mars 2014

- 2976 femmes se sont fait poser un DIUPP
 - 59% des insertions ont eu lieu dans les 28 heures de la période du postpartum
 - 30% des DIU étaient insérés immédiatement après l'expulsion du placenta
 - 11% d'insertions intra césarienne
- 2857 femmes ont fait une visite de suivi à 15 jours
 - 97% n'avaient pas de problèmes
 - Taux d'expulsion de 3%
 - Taux d'infection de 0%

Données de mars 2014.

L'Association de Santé Familiale (ASF), membre du réseau de PSI, a introduit les services de DIUPP dans cinq cliniques du secteur public à Kinshasa en décembre 2012. Dix formateurs du Programme national de santé reproductive, de la société congolaise de gynéco-obstétriciens, de l'Association des infirmières accoucheuses, et de l'ASF ont été formés. A ces services s'ajoutent des activités d'éducation lors des soins prénatals et du postpartum immédiat menées par mobilisateurs communautaires spécialement formés afin d'accroître la demande pour la méthode. Une formation séparée pour prestataires par une ONG partenaire dans les 5 sites pilotes a contribué à accroître la prestation de services de DIUPP pendant une partie de la phase pilote. En 2013, le Programme national de santé reproductive a intégré le DIUPP, y compris les techniques d'insertion, dans les modules de formation en PF pour prestataires.

Les leçons tirées incluent l'importance de l'engagement et l'adhésion du personnel technique du Programme national afin d'intégrer le DIUPP dans la formation des prestataires de santé, et la nécessité d'une collaboration étroite entre les prestataires qui offrent le DIUPP dans la salle d'accouchement et les prestataires de l'unité de PF, pour faciliter le suivi de la cliente. Un bon counseling post-insertion a augmenté la probabilité que les femmes reviennent à la clinique pour une visite de suivi après 15 jours. La sensibilisation des clientes au cours des soins prénatals et dans la salle de postpartum a augmenté la demande de services de DIUPP. Il faut faire plus de sensibilisation auprès des partenaires de sexe masculin pour surmonter les problèmes comme le refus du conjoint, qui a empêché l'insertion de DIUPP chez certaines femmes qui avaient choisi cette méthode. De plus, la méfiance à l'égard du DIUPP parmi un sous-ensemble de personnel dans les cliniques pilotes s'est répercutée sur l'opinion de certaines femmes sur le DIUPP, soulignant l'importance de l'orientation sur site de tout le personnel et la sensibilisation continue de ce personnel. La supervision facilitative régulière des prestataires de DIUPP a contribué à renforcer les compétences et maintenir une attitude positive à leur sujet.

GUINEE

La majorité (78%) des femmes dans la première année postpartum ne veulent pas tomber enceinte, mais seulement 10% d'entre elles utilisent une méthode de PF.⁶ Le nouveau plan stratégique du Ministère de la santé de la Guinée priorise d'élargir l'accès et le choix volontaire de méthodes à longue durée d'action (MLDA) y compris les méthodes permanentes comme un élément central des efforts du programme de planification familiale.

Avant l'introduction des DIUPP, MCHIP/Guinée avait fait un travail considérable en PFPP. Le programme formait non seulement les prestataires de la CPN et de la maternité, mais également ceux des services de santé de l'enfant, de vaccination et de nutrition. La première expérience avec le DIUPP a commencé dans six structures de santé à Conakry (qui servent de site de stage pratique pour les étudiants en médecine) en formant des prestataires et en fournissant du matériel et de l'équipement y compris des registres supplémentaires pour le suivi de la prestation de services. La mise à l'échelle des services a suivi progressivement à l'intérieur du pays (voir encadré).

L'une des clés de la mise en œuvre était la mise en place de moyens de coordination entre les unités de soins, comme la CPN et le travail et l'accouchement, par le biais d'un tampon de counseling de PFPP sur la carte de la cliente et de réunions régulières de coordination. Des normes de prestation de services de DIUPP ont également été intégrées dans le programme existant d'amélioration de la qualité de la gestion axée sur les standards et la récompense (SBM-R). La supervision facilitative régulière par le personnel du projet a renforcé d'avantage la qualité des services. Enfin, une équipe de formateurs étaient prête à faciliter l'expansion. Beaucoup de clientes

Insertions de DIUPP et résultats, avril 2011 à septembre 2013

- 293 prestataires formés en PFPP
- 85 prestataires formés en DIUPP travaillant dans 32 sites
- 44% des femmes qui ont accouché dans des structures ont reçu un counseling en PFPP
- 2882 (4%) ont opté pour le DIUPP
 - 1% ont opté pour la ligature des trompes PP
 - 90% ont choisi la MAMA
- 45% des insertions étaient en période de postpartum immédiat
- 35% des insertions étaient post placentaires
- 18% des insertions étaient intra césariennes
- 2421 femmes ont reçu un suivi à 6 semaines
 - 97% n'ont eu aucun problème
 - Taux d'expulsion de 1,3%
 - Taux d'infection de 1%

⁶ ACCESS-FP re-analysis of DHS 2005

qui ont profité de cette intervention ont donné un feedback positif sur la tranquillité d'esprit qu'elles ont ressenti sachant qu'elles étaient protégées contre une autre grossesse.

Les leçons tirées de la Guinée soulignent l'importance d'identifier un ou plusieurs champions de DIUPP dans chaque structure, en particulier s'il faut réorganiser la prestation de services pour tenir compte de l'intervention, ce qui exige une communication et coordination entre unités, pour assurer par exemple, que le matériel soit disponible dans la salle d'accouchement. Pour stimuler la demande de la méthode, il est très important que le counseling soit fait lors de la CPN ainsi qu'après l'accouchement. En Guinée, le DIU est gratuit si la femme reçoit la méthode pendant l'accouchement. De plus, il faut prêter une attention particulière en ce qui concerne l'obtention d'un bon numéro de contact pour le suivi, pour que la femme comprenne qu'elle peut recevoir un appel; préciser si c'est le numéro d'un parent ou d'une amie et si cette personne est au courant de son choix de méthode. MCHIP/Guinée a également établi un lien entre l'expansion du DIUPP et le renforcement des services de SONUB, afin de faciliter l'intégration des services. Enfin, la saisie des données sur le site de services est indispensable au suivi de la mise en œuvre du programme.

MALI

PSI/Mali a lancé un programme pilote de DIUPP en 2011, en commençant par une formation de formateurs à Bamako. Au total, PSI a formé 25 formateurs et 97 prestataires à Bamako, Kayes, Sikasso, et Ségou dans les *centres de santé communautaires* ou CSCComs et dans les *centres de santé de référence* ou CSRef en utilisant un modèle de formation des formateurs.

En 2013, MCHIP a lancé des services de DIUPP dans quatre sites du district de Kita—le CSRef et trois CSCComs—en formant 10 participants qui ont développé des plans d'actions pour intégrer des services de DIUPP dans leurs sites ou en collaboration avec leurs associations professionnelles. En 2014, MCHIP a étendu les services de DIUPP à d'autres régions, en menant une formation pour 30 gynéco-obstétriciens et sages-femmes de Kayes, Bamako, et Sikasso sur le counseling en PFPP et la prestation de DIUPP. Les prestataires formés provenaient des structures de Bamako et des régions, un représentant du département régional de la santé de Kayes, et des représentants de l'Ordre des sages-femmes maliennes, de l'Association des sages-femmes maliennes, et de la Société de gynécologie et d'obstétrique du Mali.



Photo credit: A. Coulibaly

Une nouvelle mère qui utilise la PFPP, dans le district de Kita, au Mali.

Tout comme pour les autres pays, l'appropriation du Ministère de la santé a été un élément important du passage à l'échelle et de l'institutionnalisation des services de DIUPP. Au Mali, les politiques, normes et procédures (PNP) sont révisées tous les quatre à cinq ans. La dernière révision en 2012 a intégré le DIUPP et des discussions sont en cours pour les inclure dans la formation de base des sages-femmes.

Les sites sont principalement choisis en fonction du volume d'accouchements. Les projets ont inclus des sites des trois niveaux de la pyramide sanitaire : des centres de santé communautaires, des centres de santé de références et hôpitaux nationaux, en ciblant les structures ayant un nombre élevé d'accouchements. On a aussi recherché les sites où les prestataires étaient plus

motivés à inclure les services de DIUPP ou avaient bénéficié de formations ultérieures en PFPP, MLDA, et pratiques de prévention des infections et qui pourraient donc facilement intégrer la PFPP dans leur pratique. Le matériel et fournitures pour la salle d'accouchement et des registres supplémentaires ont été fournis.

PSI organise des visites d'encadrement hebdomadaires dans les centres de santé pour renforcer les compétences des prestataires après la formation et pour répondre aux préoccupations ou à la résistance des prestataires envers la méthode. De même, MCHIP effectue des visites de transfert de l'apprentissage 6 semaines après la formation, pour faire le suivi avec les prestataires et pour répondre aux problèmes qui se posent lors de la prestation de services de DIUPP dans leurs sites. Les projets ont mis l'accent sur la création de systèmes de suivi des services pour l'amélioration du programme. Les centres de santé envoient les données sur le nombre d'insertions de DIUPP aux centres de références, en notant spécifiquement les nombres de DIUPP parmi le nombre total d'insertions de DIU. Un registre supplémentaire pour le DIUPP fournit à la maternité inclut une colonne pour indiquer le moment du counseling et de l'insertion (post-placentaire, postpartum immédiat, ou au cours de la césarienne), ainsi que les problèmes ou complications. Ces données sont transmises chaque mois aux centres de référence qui soumettent un rapport une fois par trimestre aux hôpitaux nationaux.

NIGER

Le Niger fait partie de cinq pays (avec le Bénin, le Tchad, la Côte d'Ivoire et le Sénégal) participant à un projet régional financé par l'UNFPA pour former une équipe de cinq prestataires d'un hôpital lors d'un stage régional en Guinée. Tous les participants ont reçu une formation en counseling de PFPP, et une partie d'entre eux ont été formés à l'insertion du DIUPP.

Echanges de savoir

Afin de s'engager dans un apprentissage sud-sud et de découvrir les savoirs et astuces localisées quant à l'introduction et l'expansion de services de DIUPP, les participants se sont lancés dans une série d'échanges de savoir.⁷ La session se composait de cinq stations, avec un facilitateur et un preneur de notes. Les participants, réunis en groupes de 8 à 10 personnes représentant plusieurs pays et organisations, ont fait un roulement à travers chaque station toutes les 25 à 30 minutes.

Les sessions d'échanges de savoir ont été précédées par des "initiateurs de discussion" en plénière lors desquelles des représentants de différents pays ont chacun brièvement présenté sur un des thèmes. Les facilitateurs ont ensuite guidé les groupes sur chaque thème à l'aide d'une liste de questions préparées. Les preneurs de notes et les facilitateurs ont synthétisé les résultats des cinq séries de discussions et les ont partagés avec les participants le lendemain.

Plus de la moitié des participants ont classé les échanges de savoir comme leur session préférée. Par exemple, un participant a écrit, "*Cette session a permis un riche échange d'expériences entre les participants qui se trouvent à divers stades de mise en œuvre du DIUPP.*"

⁷ La méthodologie de ces échanges de connaissances a été adaptée de Pugh KB. 2011. *Sharing Hidden Know-How: How Managers Solve Thorny Problems With the Knowledge Jam*. Jossey-Bass.

POINTS CLES SUR CHAQUE SUJET

SELECTION DU SITE ET ORIENTATION SUR SITE DE TOUT LE PERSONNEL

Initiateur de discussion: Jeanne Tessougue de PSI/Mali a recommandé la sélection de sites pilotes à tous les niveaux de la pyramide de santé—des centres de santé communautaires aux hôpitaux de référence. Les services de DIUPP fonctionnent mieux dans les sites qui effectuent suffisamment d'accouchements, permettant aux prestataires de mettre leur formation de DIUPP à profit. La motivation du prestataire est indispensable. PSI/Mali a recherché des sites ayant des prestataires qui étaient désireux d'inclure les services de DIUPP et se sont servis de l'encadrement pour répondre à leurs préoccupations par rapport à la méthode.

Points clés

Critères de sélection du site

Il faut un volume d'accouchements élevé pour que la formation en DIUPP soit rentable. Les participants ont convenu qu'il ne vaut pas la peine d'introduire des services de DIUPP dans des sites avec un volume trop faible d'accouchements, ce qui ne permet pas aux prestataires de conserver leurs compétences en DIUPP.

Principaux critères de sélection de site de DIUPP:

- Volume élevé d'accouchements
- Le site offre la PF, la CPN, le travail et l'accouchement
- Accessibilité géographique pour les clientes et les prestataires
- Prestataires motivés à offrir le DIUPP

Sites offrant trois services clés: PF, CPN, et travail et accouchement. Les sites qui ont un volume d'accouchements plus élevé sont généralement les hôpitaux nationaux de référence qui traitent les accouchements à haut risque, et qui pour la plupart, n'offrent pas de CPN de routine. Un élément clé des services de DIUPP est le counseling complet en PF pendant la CPN. Pour améliorer l'intégration des services, les participants ont recommandé de choisir des sites qui offrent la CPN et des services de PF en plus de l'accouchement. Les hôpitaux de référence peuvent être inclus exceptionnellement, s'ils ont un lien solide avec les prestataires de CPN des autres sites, afin qu'ils puissent coordonner la référence des femmes qui ont choisi le DIUPP lors de la CPN et qui respectent la notification indiquée sur la carte de CPN de la mère à cet effet.

Donner la priorité aux sites qui sont accessibles géographiquement aux clientes et aux formateurs. Les sites doivent être accessibles aux formateurs pour permettre le suivi post-formation et la supervision.

Prioriser les sites avec prestataires motivés. Les participants ont indiqué que de nombreux prestataires sont biaisés contre le DIU et ne l'offriront pas aux clientes, même s'ils sont formés. Au cours de la phase pilote, les questionnaires de programmes peuvent s'appuyer sur leur degré de familiarité avec les prestataires et distinguer les sites ayant un personnel motivé à l'offre de services de DIUPP. Les participants ont admis que cette stratégie est efficace à petite échelle seulement. Ils ont fait des recommandations pour des orientations efficaces sur site de tout le personnel (ci-dessous) afin de surmonter les obstacles en termes de motivation du prestataire.

Orientation sur site de tout le personnel

Effectuer une orientation sur site sur le DIUPP pour tout le personnel. Une orientation sur site de tout le personnel présente les avantages et les stratégies d'intégration de services de DIUPP à tout le personnel de la structure—direction, prestataires, personnel de soutien, et autres intermédiaires, y compris les gardiens. L'orientation sur site de tout le personnel est très utile, en particulier lorsque l'innovation introduite est soumise à des mythes et tabous, comme il en est le cas avec le DIU dans la plupart des pays participants. Sans ces orientations, le personnel

qui n'est pas formé en DIUPP peut assumer qu'ils n'ont aucun rôle à jouer dans l'intégration des services de DIUPP et peuvent même dissuader les clientes d'obtenir cette méthode en raison de leur incompréhension à son sujet.

Les participants ont trouvé deux idées pour réduire les coûts des orientations sur site de tout le personnel: combiner le personnel de plusieurs sites pour participer ensemble à une orientation et/ou profiter des réunions régulières du personnel pour partager ce qu'ils ont appris sur les services de DIUPP.

Impliquer la direction des sites de DIUPP dans l'orientation des agents. Les participants ont recommandé d'inviter les gestionnaires responsables des sites de DIUPP à la formation pour assurer leur adhésion, même si ces médecins chefs et infirmières se concentrent sur la gestion plutôt que sur la pratique clinique. Ces prestataires en chef doivent jouer un rôle de premier plan dans l'orientation de l'ensemble du personnel du site, afin de démontrer l'importance du programme de DIUPP à tout le personnel. Le soutien de la direction d'une structure sanitaire est essentiel au succès d'un programme de DIUPP.

PLAIDOYER & ENGAGEMENT DES PARTIES PRENANTES

Initiateur de discussion: le Dr Mala Sylla du MS du Mali a abordé le plaidoyer et l'engagement des parties prenantes. Il a mis l'accent sur l'importance de l'engagement du MS et de l'intégration des DIUPP dans les normes nationales. Dr Mala a partagé l'information d'une activité de plaidoyer qui impliquait l'Assemblée Nationale sur la question des droits des femmes en SR l'an dernier. Il a également parlé du processus de coordination de MCHIP et de PSI pour le soutien à la production d'un document de référence nationale pour le DIUPP.

Points clés

Partager les connaissances et exploiter le dynamisme créé lors de conférences internationales

Se servir du soutien de réunions régionales importantes, telle que la Conférence sur la PF de Ouagadougou en 2011. Le Bénin, le Burkina Faso, la Guinée, le Mali, la Mauritanie, le Niger, le Sénégal et le Togo ont profité de la conférence sur la PF à Ouagadougou en 2011 pour relancer leurs programmes de PF et développer des plans d'actions avec les parties prenantes clés présentes. Les gouvernements de ces pays étaient prêts à introduire une nouvelle méthode et ont adopté la PFPP (qui dans certains pays a inclus le DIUPP).

Impliquer les parties prenantes influentes

Engager les champions de haut niveau. Par exemple, la Première dame du Burkina Faso est une championne de premier plan pour la PF. Suivant la conférence sur la PF à Ouagadougou en 2011, le Burkina Faso s'est engagé à accroître le taux de prévalence contraceptive de 15% en 2010 à 25% d'ici 2015. Par ailleurs, le Chef des services de santé maternelle d'un hôpital universitaire au Burkina Faso a été convaincu de l'importance des services de DIUPP lorsqu'il a consulté les données. Il les a partagées avec le MS qui a accepté les données de DIUPP comme une pratique fondée sur des données probantes.

Définir les responsabilités des parties prenantes clés du gouvernement, des sociétés civiles et des ONG. Comprendre leurs rôles dans la PF et dans la mobilisation des ressources. Profiter des réunions pour réviser les normes et directives de PF (pour y inclure le DIUPP).

Les services de PFPP sont une plateforme stratégique pour repositionner la PF. Le DIUPP est une méthode de contraception réversible à longue durée d'action (MLDA) et une méthode de PFPP. A l'appui du consentement volontaire et choix éclairé des clientes, le DIUPP devrait être présenté comme l'une des gammes d'options de PF pour les femmes en postpartum.

Obtenir l'engagement des leaders religieux et politiques, l'engagement des hommes au soutien de l'espacement des grossesses, et travailler avec un comité de pilotage (MS) et un groupe technique.

Visites d'études

Organiser des visites d'études du DIUPP. PSI a plaidoyé auprès d'un MS pour élargir le choix des méthodes de PFPP en intégrant le DIUPP et a identifié un pays, la Zambie, qui a eu cette expérience. PSI, en collaboration avec le MS et d'autres ONG, a identifié un champion de DIUPP qui a été envoyé voir un programme réussi dans un autre pays, pour en apprendre davantage sur sa mise en œuvre. A son retour, le champion a été en mesure d'organiser une formation des formateurs sur le DIUPP. Par ailleurs, une visite d'études à un programme réussi a soutenu le lancement du DIUPP au Burkina. Après la visite d'un programme réussi en Guinée, les parties prenantes burkinabés ont démarré leurs services en mai 2013.

Logistiques

Enclencher les systèmes de logistiques pour éviter les ruptures de stocks de DIU et d'autres consommables dans la salle d'accouchement.

Se tourner vers les acteurs mondiaux comme l'UNFPA, l'UNICEF et l'OMS pour leur soutien. L'UNFPA collabore avec l'équipe burkinabé pour planifier l'expansion à 20 sites supplémentaires.

COUNSELING, CONSENTEMENT ECLAIRE DE LA CLIENTE, ET CREATION DE LA DEMANDE

Initiateur de discussion: le Dr Hanitra Razakanirina de PSI/Madagascar a partagé des détails sur l'expérience de PSI pour lancer un nouveau programme de DIUPP dans un centre de référence en 2013. Dans ce cas, les prestataires eux-mêmes avaient entendu parler du DIUPP et avaient demandé l'appui de PSI pour démarrer les services. PSI a commencé par mener la formation des prestataires et des sages-femmes sur la création de la demande et sur le counseling. En outre, ils ont assuré que le matériel de communication traitait de toutes les méthodes de PF disponibles dans le centre de santé, notamment le DIUPP. Le sujet de la PFPP était également intégré dans les cours sur le rôle parental et la préparation à l'accouchement du centre.

Points clés

Counseling et consentement éclairé

Former les prestataires de services en PFPP et DIUPP. Les prestataires de services formés avec une trop grande focalisation sur le DIUPP peuvent placer une importance exagérée sur cette méthode. A l'opposé, si les prestataires de services ne comprennent pas bien la méthode ou ont une conception erronée sur l'efficacité ou les effets secondaires, ils sont moins motivés ou incapables de conseiller efficacement les clientes qui souhaitent l'utiliser. La formation des prestataires sur la PFPP et sur les services de DIU du postpartum contribue à définir le DIUPP comme l'une des diverses options que les femmes en postpartum peuvent choisir.

Fournir le counseling en PF à des différents points de contact. Le counseling général de PF doit être fourni en premier, suivi d'un counseling spécifique à la méthode une fois que la femme a fait son choix initial. Plusieurs participants ont suggéré de faire le counseling général sur la PF pour un grand groupe, suivi par un counseling individuel spécifique à la méthode, entre la cliente et le prestataire. Offrir le counseling sur toutes les méthodes appropriées pour les femmes en postpartum lors des différents points de contacts (pendant la CPN, au début du

travail, dans les 48 heures du postpartum, et pendant les visites de santé des enfants) devrait leur permettre d'être bien informées de leurs options.

Pendant le counseling en PFPP, offrir une gamme de méthodes de PF, montrer aux clientes le dispositif lui-même, et respecter l'intimité. Les clientes peuvent avoir des difficultés à faire la connexion entre les illustrations des options de PF et ce que la méthode implique réellement. Une affiche simple avec des produits de PF collés dessus peut leur donner une idée plus concrète de la taille d'un DIU et à quoi ressemblent les autres méthodes. Il est important de respecter l'intimité des clientes pour qu'elles soient en mesure de poser des questions et faire un choix sans être influencées par d'autres.

Création de la demande

Intégrer la promotion et le counseling en PF au niveau communautaire. Les agents de santé communautaires qui se rendent à domicile chez les clientes peuvent offrir le counseling en PF aux femmes enceintes et les encourager à se rendre dans les structures de santé pour accoucher et obtenir des services de PFPP. L'engagement des leaders religieux et communautaires était mentionné comme un moyen pour promouvoir l'utilisation de la PF et l'engagement des hommes. En RDC, un projet a fait participer les hommes en organisant un événement autour d'un match de football au cours duquel les leaders communautaires ont parlé de la PF et de son importance pour l'amélioration de la santé des femmes, ce qui a conduit à une augmentation de clients accédant aux services, notamment de femmes qui visitent les structures de santé avec leurs partenaires.

Utiliser les médias pour atteindre un public plus large. Des spots radio en langues locales et en langue nationale peuvent promouvoir la PF et les avantages de l'espacement des naissances. En ce qui concerne le DIUPP, un participant a suggéré d'associer les radios communautaires à la diffusion du message que les femmes n'ont pas besoin d'attendre que leurs enfants marchent pour avoir une méthode de PF, et qu'elles peuvent commencer une méthode de PF juste après l'accouchement. La plupart des participants ont convenu que les spots radio, accessibles à davantage de personnes étaient préférables aux spots à la télévision.

Les utilisatrices satisfaites peuvent être des championnes. Les femmes qui ont eu une bonne expérience dans la structure sanitaire ou avec la méthode partagent souvent leurs opinions par l'entremise des réseaux sociaux.

Assurer la qualité à l'échelle

Etablir des standards de performance et surveiller le respect des normes. Les standards et les listes de vérification fournissent une mesure d'évaluation uniforme à tous les niveaux dans le pays pour le suivi de la performance. La supervision pendant le counseling permet de vérifier que les prestataires discutent des méthodes de PF, et que les effets secondaires et les limites des méthodes spécifiques sont convenablement traités. Les prestataires doivent poser des questions aux clientes pour s'assurer qu'elles comprennent. Les listes de vérification rappellent aux prestataires les sujets qu'ils doivent traiter pendant le counseling et servent d'outil d'évaluation des sujets discutés.

Mener une recherche opérationnelle, des sondages pour évaluer la satisfaction des utilisatrices, les taux de continuation de la contraception. Il existe des liens entre la continuité des soins et la qualité du counseling. Après avoir conseillé la femme, il faut vérifier si elle a reçu la méthode qu'elle a choisie et si elle a continué de l'utiliser. En Guinée, une activité demandant aux prestataires de suivre les femmes à qui on avait inséré un DIUPP, a indiqué un taux de continuation de 93% après un an, ce qui suggère que les femmes qui avaient choisi la méthode étaient très satisfaites et conseillées de manière appropriée.

SUIVI & EVALUATION

Initiateur de discussion: Aissata Tandina de MCHIP/Mali a expliqué comment les données de DIUPP sont utilisées aux trois niveaux du système de santé au Mali—les centres de santé communautaires, les centres de références et les hôpitaux nationaux. Les centres de santé transmettent les données une fois par trimestre aux centres de référence au niveau du district, qui sont agrégées avec les propres données du centre de référence, y compris une colonne pour les insertions de DIU. Dans les sites qui ont introduit les DIUPP, on indique séparément, dans la colonne de commentaires, le nombre de DIUPP avec des détails sur le type d'insertion. Le centre de référence est similaire, mais compile les données des centres de santé communautaire avec leurs propres données (en y ajoutant les DIU intra césarienne), de sorte que les données soient disponibles au niveau national. De nouveaux outils du système d'information sanitaire qui intègrent formellement le DIUPP ont été proposés mais n'ont pas encore été approuvés. Actuellement le registre supplémentaire pour les données de DIUPP est conservé dans la salle d'accouchement.

Points clés

Outils

Des outils sont nécessaires pour le suivi des DIUPP dans les services de CPN, travail et accouchement et dans la section de PF. Il est primordial d'avoir des données sur les services de DIUPP pour comprendre l'évolution et les tendances du programme à différents niveaux du système de santé, partager les résultats et obtenir une adhésion accrue, d'autant plus que les DIUPP sont relativement nouveaux.

En fonction du format du registre dans la CPN, on peut utiliser la colonne d'observations/commentaires pour indiquer si la femme a eu un counseling en PFPP et la méthode qu'elle a choisie (si c'est le cas). La carte de la cliente peut également indiquer le choix de la méthode; il faut dire à la cliente d'apporter sa carte lorsqu'elle se présente à la structure de santé pour l'accouchement. De nombreux programmes se sont servis d'un système de tampon sur la carte de la cliente.

Les registres de la salle d'accouchement sont généralement déjà très épais. De plus, la surveillance du DIUPP requiert le suivi d'un certain nombre d'éléments, comme le nombre et le pourcentage de femmes conseillées dans ce domaine, et quand le counseling a eu lieu, combien de femmes ont accepté et se sont fait poser un DIUPP, quand et combien de femmes sont revenues pour le suivi, combien de femmes ont expulsé le DIUPP, combien de femmes ont eu une infection, etc. Tous ces éléments ne peuvent pas être simplement rajoutés aux registres existants, et en conséquence, un registre de DIUPP supplémentaire s'est avéré nécessaire.

La Guinée a davantage lié l'unité de PF aux services de PFPP. Quand une cliente accepte une méthode, comme le DIU ou la ligature des trompes, on lui conseille de pratiquer

Indicateurs essentiels

Plusieurs indicateurs essentiels ont été adoptés lors de la réunion:

- **Pourcentage d'utilisatrices de DIUPP** parmi le nombre total de femmes qui accouchent dans les structures (le MS est très désireux d'avoir ces données)
- **Nombre et pourcentage d'expulsions ou d'infections**
- **Pourcentage de structures sanitaires avec des ruptures de stock de DIU**

Remarque: le pourcentage d'insertions post-placentaires peut servir à évaluer la qualité du counseling lors de la CPN et le niveau de coordination entre les unités.

Indicateurs supplémentaires

Des indicateurs supplémentaires ont été adoptés afin d'examiner les tendances avec le temps:

- **Pourcentage de femmes qui acceptent la PF lors du postpartum immédiat**, ventilé par méthode (MLD, DIU, stérilisation féminine, vasectomie, préservatifs, ou aucune méthode)
- **Pourcentage d'utilisatrices pour chaque méthode** (avec l'idée que les changements dans ces pourcentages peuvent indiquer un changement de comportement envers les méthodes spécifiques)

l'allaitement exclusif. On conseille également à la femme qui décide de quitter la structure de santé sans avoir choisi une méthode, de pratiquer la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) jusqu'à ce qu'elle puisse commencer la méthode de son choix. On prépare une carte de PF pour la cliente au sein de la maternité, et on lui conseille de revenir dans l'unité de PF pour de futures services, où sa carte sera prélevée et conservée. Dans l'idéal, la carte de PF de la cliente servira à coordonner le suivi, soit à partir de l'unité de PF, ou en collaboration avec les agents de santé communautaires qui se rendent au domicile de la femme. Elle peut décider d'obtenir sa méthode de PF dans un centre de santé proche de sa maison, ce qui est bien tant qu'elle continue avec une méthode de PF pour la durée souhaitée.

Données

Mener des études spéciales qui pourraient explorer les questions de normes culturelles, comme les raisons pour lesquelles les femmes acceptent ou n'acceptent pas une méthode de PF dans le postpartum immédiat et les facteurs qui rendent le DIU plus attrayant aux utilisatrices potentielles. En même temps, le suivi des utilisatrices pourraient explorer les raisons de l'abandon prématuré des méthodes, notamment du DIU.

Evaluer si les systèmes nationaux ou locaux d'information ont:

- Un point focal pour la collecte, la synthèse et l'analyse des données au niveau de la structure;
- Des outils et processus de supervision pour la santé maternelle et infantile (MCH)/PF qui incluent une revue visant à établir si les services sont organisés de manière à favoriser les services de DIUPP; et
- Des produits de base et supports dans la salle d'accouchement.

Analyser les tendances. Tout changement soudain des tendances des données de DIUPP doivent être analysées plus profondément par la structure ou le superviseur.

CONTINUITÉ DES SOINS

Initiateur de discussion: le Professeur Yolande Hyjazi de MCHIP/Guinée a déclaré que, pour assurer la continuité des soins de PFPP/DIUPP, il faut impliquer tout le personnel. De plus, les prestataires de soins prénatals, de la maternité, de la PF, des soins aux nouveau-nés et les vaccinateurs doivent être inclus dans le counseling de la PFPP. En Guinée, MCHIP a formé le personnel de la maternité en insertion de DIUPP. L'unité de PF et la salle d'accouchement travaillent en collaboration. Après l'insertion du DIUPP, le personnel de la maternité prend note du nom et du numéro de la femme et de la date du rendez-vous. Si la femme ne revient pas pour la visite de suivi de 6 semaines, le personnel de la maternité appelle la cliente pour s'enquérir du DIUPP. Si la cliente a des problèmes ou des inquiétudes, on lui dit de revenir à l'unité de PF. Une bonne communication entre la CPN et les services de maternité, même s'ils ne se trouvent pas dans la même structure, est essentielle à la

Stratégies pour encourager la communication entre prestataires de services:

- Mener des orientations sur site de tout le personnel.
- Tenir des réunions hebdomadaires avec les prestataires de DIUPP pour revoir les cas de DIUPP.
- Tenir des réunions trimestrielles avec le personnel de différents services pour revoir les données et les services.
- Partager les expériences pour améliorer la qualité.
- Se servir de la supervision pour la résolution des problèmes et l'encadrement.



Exemple de tampon de PFPP en Guinée.

continuité des soins. L'utilisation d'une carte de cliente qui est reconnue dans toutes les structures qui contient des informations sur la PFPP est utile.

Points clés

Communication entre les prestataires

Saisir toutes les occasions de créer des liens entre les structures, promouvoir des champions pour remédier à la résistance et éviter la division du personnel par unité.

Il est important de former le personnel des différents roulements, y compris le personnel des services de garde de nuit qui pratiquent les accouchements.

Pour faciliter la communication entre la CPN et les services de maternité, utiliser un tampon de PFPP (un tampon en caoutchouc que le prestataire de la CPN appose sur la carte de la cliente, qui indique qu'elle a reçu un counseling sur la PFPP et la méthode qu'elle a choisi).

Reconnaître que le personnel de la CPN et du travail et de l'accouchement ont besoin de formation en counseling; tandis que le personnel du travail et de l'accouchement ont besoin de formation supplémentaire sur l'insertion.

Communication avec les clientes

Orienter les prestataires à intégrer les messages de PF dans d'autres services. Les orientations sur site de tout le personnel soulignent l'importance que tout le monde soit orienté sur la PFPP et pour que les prestataires d'autres services soient conscients de la PFPP. Les prestataires peuvent aborder la PF avec les femmes lorsqu'elles amènent leurs enfants à la structure de santé pour les vaccinations, pour les peser ou pour des visites de nutrition.

Se servir des agents de santé communautaires (ASC) pour diffuser les messages sur la PFPP. Lorsqu'on rajoute la PFPP à un ensemble de messages pour les causeries en groupe en langues locales, et lorsque cela se produit régulièrement, on observe une augmentation de l'adoption de la PFPP. Orienter les leaders communautaires pour qu'ils soutiennent et fassent écho aux ASC qui font la promotion de la PFPP.

Réunion avec les représentants du Ministère de la santé

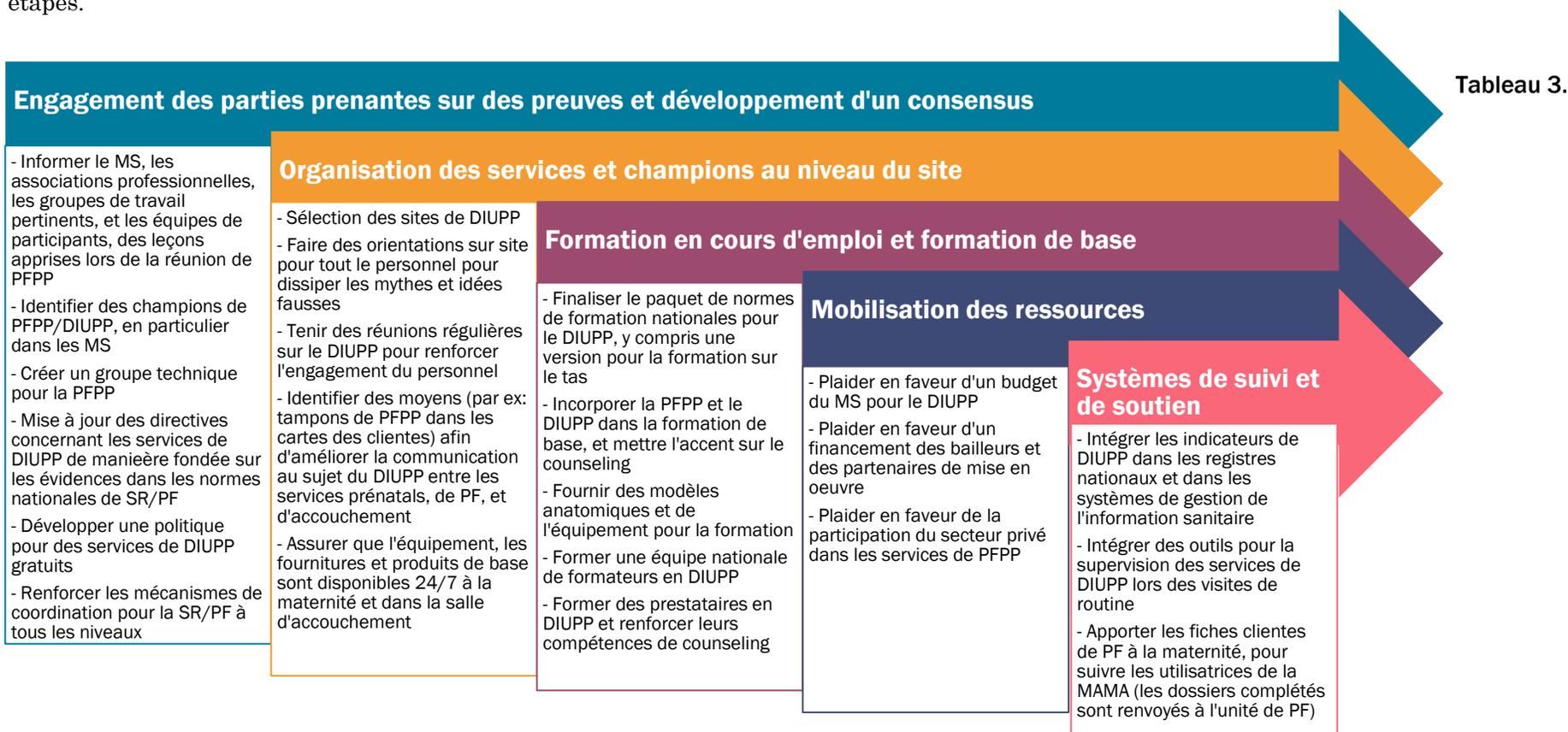
Avec l'aide de la représentante de l'OOAS, une réunion déjeuner a eu lieu le dernier jour de l'atelier avec 7 des pays dont les ministères de la santé étaient représentés. Cette réunion a permis de recueillir les préoccupations, les points de vue et les idées de ces participants sur les défis et possibilités d'intégration des services de DIUPP dans leurs plans opérationnels existants ou futurs. Un souci commun était que le moment de la réunion coïncidait avec la clôture et l'approbation des plans opérationnels annuels, et donc la seule possibilité d'ajouter de nouvelles activités cette année serait si les bailleurs de fonds étaient disposés à fournir un financement supplémentaire. Plusieurs participants avançaient de bonnes idées pour passer ou se préparer à passer à l'échelle plus rapidement, comme par exemple, en offrant une formation et des modèles anatomiques aux instituts de formation de base. Les plans d'actions de courte échéance de la réunion régionale a limité leur capacité à prendre des engagements concrets. Cependant, certains des représentants ont pensé que l'intégration du DIUPP dans le cadre d'une planification à long terme pour la PF pourrait être possible, et ont exprimé l'espoir que les bailleurs seraient réceptifs à cette proposition, étant donné que le besoin de ressources extérieures est généralisé dans la sous-région. En tant qu'organisateur de la réunion de

DIUPP, nous avons apprécié la franchise des conversations et nous avons offert de continuer le plaidoyer avec nos bailleurs pour le soutien des pays d'Afrique de l'Ouest, en particulier dans le contexte de la PF2020 et d'autres initiatives mondiales.

Prochaines étapes par pays

Au cours de la réunion, les participants ont été divisés en équipes de pays, et échangé des idées et appliqué des leçons apprises pour élaborer une série de points d'actions à cibler une fois de retour dans leurs pays respectifs **au cours des six prochains mois**. A la fin de cet exercice, les équipes ont 1) rédigé une vision du succès, 2) partagé quelques idées nouvelles qu'ils ont tirées de la réunion, 3) décrit les contraintes pour atteindre la vision et des stratégies nouvellement apprises pour surmonter ces contraintes, et 4) identifié des domaines à traiter, les mesures requises, le(s) personne(s) responsable(s), et élaboré un calendrier.

Le tableau suivant est une synthèse des points d'actions communs qui sont apparus dans les plans d'actions de plusieurs pays. Chaque flèche représente une catégorie de points d'actions, qui, ensemble, mènent vers le passage à l'échelle réussi du programme. Ces points d'actions peuvent être mis en œuvre dans l'ordre qui convient au contexte de chaque pays. Les calendriers ne sont pas indiqués mais en général, les plans d'actions avaient des délais ambitieux dans les six mois suivant la réunion. La préoccupation commune entre les pays était d'identifier des fonds pour réaliser ces étapes.



Conclusion

L'intégration du DIUPP dans les services de santé maternelle offre aux pays un énorme potentiel d'expansion de la PFPP et de l'offre aux femmes d'une méthode sûre, efficace, durable et pratique qu'elles peuvent utiliser pour espacer ou limiter leurs grossesses.

L'atelier a réuni 48 acteurs sous-régionaux de 11 pays, représentant un continuum d'expériences de programmation de DIUPP—depuis ceux qui contemplent la faisabilité d'établir des services pilotes de DIUPP à ceux qui se lancent dans la mise à l'échelle nationale. La diversité d'expériences programmatiques a créé un environnement riche d'échanges et d'apprentissage entre les pays, combinant les évidences et les apports des programmes bien établis avec des nouvelles perspectives de la part de ceux qui viennent d'introduire le service. Les équipes des pays se composaient de représentants du ministère et de partenaires de mise en œuvre, ce qui a permis une planification coordonnée et des activités intégrées parmi les parties prenantes clés après la réunion. La richesse des échanges et des leçons qui ont émergé et des plans d'actions qui en ont découlé sont un témoignage des années d'expérience et d'engagement à rendre ces services une réalité pour plus de femmes en Afrique francophone et en Haïti.

Pour les participants, la prochaine étape est de traduire ces leçons et idées en action. La réunion a fourni l'occasion aux délégations des pays de réfléchir sur les leçons de l'atelier, de prioriser et de présenter les grandes lignes de mesures concrètes pour la mise à échelle du DIUPP dans leur pays. Certains des domaines auxquels on doit accorder la priorité comprennent notamment:

- La création de groupes techniques nationaux sur le DIUPP
- L'identification de champions de DIUPP, en particulier au sein des ministères de la santé
- L'adaptation/la finalisation de paquets de formation standardisés et la création d'équipes de formateurs
- Le plaidoyer pour le financement par les bailleurs
- L'intégration d'indicateurs de DIUPP dans les registres nationaux et dans les systèmes de gestion de l'information sanitaire

La réunion était un point de départ, et les premiers rapports suggèrent que l'élan a continué après que les participants soient retournés dans leurs pays. Par exemple, un mois après la réunion, quatre ONG partenaires et le MS du Mali ont déjà tenu des réunions de coordination et ont entamé des discussions sur la coordination des activités de DIUPP. Des délégués de Madagascar ont utilisé de nouvelles perspectives pour démarrer des activités de communication supplémentaires pour la promotion de la disponibilité du service, et des prestataires supplémentaires ont été formés. Au Burkina Faso, les participants ont commencé les visites de suivi et la collecte des données dans les sites de DIUPP afin de renforcer les activités du projet et fournir des informations à jour sur les services. Par ailleurs, en plus d'aider les programmes existants à adapter les leçons d'autres pays, la réunion a réussi à fournir aux délégations des pays sans services de DIUPP les données et les leçons nécessaires pour planifier l'introduction des services. Comme l'a dit un participant:

Le partage d'expériences a été riche d'enseignements positifs et un guide très pratique. Le meilleur témoignage qu'on peut faire au sujet de cet atelier sera notre mobilisation rapide pour la mise en œuvre de notre plan d'actions.

Les organisateurs de la réunion explorent des moyens peu coûteux pour faciliter un échange continu, notamment par webinars et par un dialogue continu avec les participants à la réunion.

Pour de plus amples informations, veuillez contacter Maxine Eber (meber@psi.org) ou Anne Pfitzer (anne.pfitzer@jhpiego.org). Des copies de toutes les présentations, des notes détaillées sur les échanges de savoir, et des plans d'actions peuvent être obtenu sur demande à MCHIP ou PSI.

Annexe 1 : Agenda de la réunion

SERVICES DE DIUPP DANS LE POSTPARTUM : DE L'INTRODUCTION A LA MISE A ECHELLE REUNION REGIONALE, BURKINA FASO, 3-5 FEVRIER 2014	
Aperçu de la réunion	Cette réunion, organisé par le Programme Intégré de Santé Maternelle et Infantile (MCHIP) et le projet d'appui en faveur des organisations internationales de planification familiale (SIFPO), mis en œuvre par Population Services International (PSI)—tous deux financés par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID)—rassemble des experts régionaux et internationaux pour faire avancer l'intégration du dispositif intra-utérin du postpartum (DIUPP) dans les services de santé maternelle.
Objectifs de la réunion	<p>La réunion renforcera les capacités des participants d'accélérer l'intégration de la planification familiale du postpartum (PFPP)/DIUPP dans les services de santé maternelle à travers :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Des discussions portées sur les domaines du plaidoyer, la mobilisation communautaire, et les diverses stratégies de prestation de services du DIUPP, axées sur l'évidence et guidées par l'analyse des données du programme ▪ Une opportunité pour les participants de visiter les structures sanitaires à Ouagadougou qui offrent les services DIUPP et de pratiquer l'insertion du DIUPP sur les modèles ▪ Le partage des succès et la discussion des défis dans la mise en œuvre des programmes de DIUPP, de l'introduction jusqu'à la mise à échelle ▪ Une opportunité pour rédiger des plans par pays

Agenda

JOUR 1	
Heure	Session
8:30 – 9:00	Aperçu, objectifs de la réunion, et agenda
9:00 – 9:30	Ouverture
9:30 – 10:30	Préparer le terrain <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evidence globale pour la PFPP ▪ L'annonce des « Stratégies de programmation pour la planification familiale du post-partum » ▪ DIUPP : À l'intersection de la PF et la santé maternelle
10:30 – 10:45	Pause-café
10:45 – 11:15	Présentation : Stratégies de programmation pour la planification familiale du postpartum
11:15 – 12:15	Travaux en groupes : L'application des stratégies PFPP aux programmes DIUPP
12:15 – 12:45	Rapport des groupes sur l'étude de cas
12:45 – 13:45	Déjeuner
13:45 – 14:15	Présentation : Services de DIUPP au Burkina Faso
14:15 – 15:00	Rapport et discussion des visites de site

JOUR 1	
Heure	Session
15:00 – 15:15	Pause-café
15:15 – 16:15	Matrice du stade de mise à échelle <ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientation ▪ Travaux en groupes par pays
16:15 – 16:45	Discussion plénière : Thèmes communs vus sur la matrice
16:45 – 17:00	Résumé du jour 1

JOUR 2	
Heure	Session
8:30 – 8:45	Photo de groupe (dehors devant l'hôtel)
8:45 – 9:15	Vidéo et introduction des techniques d'insertion
9:15 – 10:30	Stations de démonstration de DIUPP (sur modèles anatomiques)
10:30 – 10:45	Pause-café
10:45 – 11:30	Présentation : Services du DIUPP en Guinée
11:30 – 12:15	Travaux de groupes : Quels sont les défis aux programmes de DIUPP ?
12:15 – 13:15	Déjeuner
13:15 – 16:30	Echanges de savoir Introduction Travaux en groupes : Échanges de savoir sur les considérations programmatiques <ul style="list-style-type: none"> ▪ Station 1 : Choisir une structure sanitaire et l'orientation du site ▪ Station 2 : Engagement des parties prenantes et le plaidoyer ▪ Station 3 : Le counseling et le consentement éclairé, la génération de la demande ▪ Station 4 : Systèmes d'information sanitaire et de surveillance ▪ Station 5 : Continuité des soins
16:30 – 16:45	Discussion en plénière des échanges de savoir
16:45 – 17:00	Résumé du jour 2

JOUR 3	
Heure	Session
8:30 – 9:00	Accueil et synthèse des thèmes des échanges de savoir
9:00 – 10:15	Travaux en groupes : Planification des prochaines étapes en équipes de pays
10:15 – 10:30	Pause-café
10:30 – 12:00	Travaux en groupes : Planification des prochaines étapes
12:00 – 13:00	Déjeuner
13:00 – 14:00	Discussion en plénière : Prochaines étapes par pays

JOUR 3	
Heure	Session
14:00 – 14:15	Démonstration : Autres outils et ressources sur le DIUPP
14:15 – 14:30	Evaluation de la réunion
14:30 – 15:00	Clôture

Annexe 2 : Liste des participants

NOM DU PARTICIPANT	ORGANISATION
Burkina Faso	
Dr Aïssa BOUWAYE	OOAS/WAHO
Mr Adama COULIBALY	L'Union des Coutumiers et Religieux du Burkina (URCB)
Mme Brigitte THIOMBIANO	Ordre des Sages-Femmes
Céline SOMÉ	MSI/Burkina Faso
Dr Cheick Omar OUEDRAOGO	Ministère de la Santé – Direction de la Santé de la Famille (DSF)
Dr Isabelle BICABA	Ministère de la Santé – Direction de la Santé de la Famille (DSF)
Pr Jean LANKOANDÉ	Hôpital Yalgado
Mme Justine BELEM	Futures Group
Oumarou KABORE	MSI/Burkina Faso
Lea GARANE	Jhpiego – Consultante
Mme Martine OUEDRAOGO	Hôpital Bobo-Dioulasso
Natalie ROOS	OMS/Burkina Faso
Yacouba OUEDRAOGO	Jhpiego/Burkina Faso
Cameroun	
Juliet NSORBIKA	Association Camerounaise pour le Marketing Social (ACMS)
Cote d'Ivoire	
Dr Evelyne-Patrice OBODOU	Agence Ivoirienne de Marketing Social (AIMAS)
Guinée	
Dr Madina RACHID	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
Dr Saliou Dian DIALLO	OMS/Guinée
Dr Suzanne AUSTIN	Jhpiego/Guinée
Dr Thierno Sadou DIALLO	Centre Médical de Commune de Matam, Conakry
Pr Yolande HYJAZI	MCHIP/Guinée
Haïti	
Dr Jean Bernard FEVRIER	Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP)
Dr Natacha ANTOINE	PSI/Haïti
Dr Reynold GRAND PIERRE	Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP)
Madagascar	
Dr Hanitriniaina RAZAKANIRINA	PSI/Madagascar
Pr Pierana RANDAOHARISON	Ministère de la Santé

NOM DU PARTICIPANT	ORGANISATION
Mali	
Dr Abdourahmane SIDIBE	MSI/Mali
Assetou DOUMBIA	MSI/Mali
Aida Aïssatou LO	MCHIP/Mali
Mme Cely DIALLO	PSI/Mali
Mme Fatoumata DOUMBIA	CS-Réf, Kita
Mme Haoua BA	Centre de Santé de la Commune I de Bamako
Mme Aissata TANDINA	MCHIP/Mali
Dr Jeanne TESSOUGUE	PSI/Mali
Dr Mala SYLLA	Hôpital Régional de Sikasso
Dr Mamadou BERTHÉ	Ministère de la Santé et de L'Hygiène Publique (DNS/DSR)
Mme Mariame ONGOÏBA	CS-Réf de la Commune V de Bamako
Mme Rokia TRAORE	PSI/Mali
Mauritanie	
Pr Aissata BAL - SALL	Cellule Sectorielle de Coordination pour l'Accélération de l'Atteinte des OMD Santé (CESCA OMDs)
Niger	
Dr Abdou AMADOU	Ministère de la Santé Publique
Dr Ibrahim SOULEY	Ministère de la Santé Publique
RDC	
Mme Gaby KASONGO	Association de Santé Familiale (ASF)
Dr Gisele LOWA	IMA World Health
Togo	
Mme Héloïse ADANDOGO	Ecole Nationale des Sages-Femmes du Togo / ASSAFETO
Mr Guy C. AHIALEGBEDJI	UNFPA
Dr André KOALAGA	EngenderHealth / AgirPF
Dr Kassouta N'TAPI	Division de la Santé Familiale (DSF)
Pr Koffi AKPADZA	Université de Lomé, Faculté des Sciences de la Santé
M Simtokina N'GANI	Division de la Santé Familiale (DSF)
Facilitateurs / Autres Représentants	
Anne PFITZER	MCHIP
Ashley JACKSON	PSI
Beata MUKARUGWIRO	Jhpiego/Rwanda
Blami DAO	Jhpiego
Devon MACKENZIE	MCHIP
Gahan FURLANE	Jhpiego
Holly BLANCHARD	MCHIP

NOM DU PARTICIPANT	ORGANISATION
Kodjovi "John" AGBODJAVOU	Jhpiego/Togo
Lillian BENJAMIN	USAID
Mary Lyn GAFFIELD	OMS/Genève
Maxine EBER	PSI
Nancy ALI	Jhpiego
Patricia MACDONALD	USAID
Rachel WAXMAN	Jhpiego
Dr Stanislas Paul NEBIE	Jhpiego/Burkina Faso
Tsigue PLEAH	Jhpiego
Willy SHASHA	Jhpiego

Annexe 3 : Matrice sur le Stade de Mise à l'échelle

1. INFORMATION CONTEXTUELLE

INTERVENTION / PAYS: _____

Nom de la personne qui remplit la matrice: _____

DATE: _____

CAPACITE DU SYSTEME DE SANTE (POUR L'INTERVENTION)	QUESTIONS SUR LA CAPACITE DU SYSTEME DE SANTE LIEE A L'INTERVENTION	Aucune capacité (0)	Phase de préparation (1)	Phase (Pilote) d'introduction (2)	Phase d'expansion préliminaire (3)	Phase d'expansion finale (4)	2. EN CONSULTATION AVEC LE MINISTRE DE LA SANTE ET AUTRES, INDIQUER LES SCORES DE MISE A ECHELLE PAR DOMAINE DE CAPACITE DU SYSTEME SANITAIRE (QUESTIONS COL. D)		3. DECRIRE BRIEVEMENT LES ACTIVITES MISES EN OEUVRE POUR ATTEINDRE CETTE CAPACITE	4. QUELS PARTENAIRES ONT MIS EN OEUVRE OU SOUTENUS CES ACTIVITES (DERNIERE COLONNE A GAUCHE)?	
		0	1	2	3	4	Base (2011)	Actuel (2011)			
				Aucune capacité du système de santé et aucune activité n'a été entreprise dans ce domaine de compétence pour cette intervention.	Principaux choix des stratégies au niveau national et mesures prises pour établir les capacités nécessaires à l'intervention.	Pilotage du compétence liée à cette intervention. Des agences externe prend la majorité de la responsabilité pour ce domaine de compétence.	Le Ministère de la santé ou le secteur privé commencent à assumer la capacité pour cette intervention, en attendant une intégration complète dans les systèmes nationaux ou infranationaux.	La capacité pour l'intervention est complètement acquise et pleinement intégrée dans les systèmes nationaux ou infranationaux (publics ou privés).			
1	Gouvernance	Politique	Est-ce que les éléments de politique nécessaires et les procédures pour la pratique ont été mis en place pour soutenir l'intervention?	Aucune démarche n'a été entreprise pour apporter les changements nécessaires à la politique pour l'intervention proposée.	Des discussions sont en cours au sujet des politiques et lignes directrices qui incluent l'intervention.	Des politiques et lignes directrices ont été développées et sont mises à l'essai notamment par ou avec le soutien d'organismes externes.	Les changements de politiques ont été adoptés, les lignes directrices sont en cours de finalisation; la formation est déployée en accord avec les nouvelles directives.	Une majorité ou la totalité des gestionnaires et prestataires concernés reçoivent une formation sur la politique nationale et sur les lignes directrices qui incluent l'intervention.			
		Planification	L'intervention est-elle incluse dans les plans nationaux ou infranationaux?	Aucune démarche n'a été entreprise pour apporter les changements nécessaires à la planification pour l'intervention proposée.	Des discussions sont en cours pour piloter/tester l'intervention.	L'activité pilote est incluse dans un plan sanitaire infranational.	L'intervention est incluse dans un plan de santé infranational ou elle est mise en oeuvre ou elle apparaît dans le plan sanitaire national, mais seulement pour une partie du pays.	L'intervention fait partie du processus national de planification en santé.			
		Coordination	L'intervention apparaît-elle régulièrement dans les discussions d'organes nationaux ou infranationaux de coordination?	Aucune démarche n'a été entreprise pour apporter les changements nécessaires au processus de coordination pour l'intervention proposée.	L'intervention a été discutée au moins une fois dans une réunion de coordination entre parties prenantes au niveau national et bailleur(s) agence(s) techniques.	Une activité pilote est en cours en collaboration avec parties prenantes au niveau national et on en discute pendant les réunions de coordination.	L'intervention est inclus dans les thèmes de discussion de réunions d'organes de coordination des.	L'intervention est pleinement intégrée dans les organes de coordination nationaux et infranationaux.			
		Leadership	Est-ce qu'il y a des efforts de leadership pour l'intervention (d'abord par des champions, plus tard dans un groupe institutionnalisé au sein du Ministère de la santé)?	Seulement les partenaires externes plaident pour cette intervention.	Il y a au moins un champion/point focal pour l'intervention dans le Ministère ou secteur privé. Les discussions préliminaires demeurent.	Plaidoyer fait pour le renforcement de compétence, l'amélioration de la qualité, et l'expansion du programme; plaidoyer pour l'intégration dans les programmes de santé existants y compris ceux des partenaires.	Plaidoyer pour des fonds supplémentaires pour appuyer l'intervention au niveau national.	Un personnel d'une section appropriée du Ministère est chargé de soutenir la gestion/gouvernance de l'intervention et s'assure de la mise en oeuvre.			
2	Finance	Le Ministère de la santé ou le secteur privé incluent-ils cette intervention dans leurs processus de budgétisation?	Le financement externe de l'intervention en est au stade de discussions seulement.	Des partenaires externes financent les coûts associés aux activités de pilotage, qui couvrent une petite zone géographique.	Les bailleurs financent la mise à l'échelle; le Ministère de la santé ou le secteur privé étudie les coûts et fait des projections pour inclure l'intervention dans leur budget.	Le Ministère de la santé ou le secteur privé finance la majorité des coûts associés à l'intervention, mais il(s) continue(nt) de recevoir une assistance externe.	Le gouvernement a prévu l'intervention dans son budget ou le secteur privé l'a intégrée dans son plan d'affaires.				
3	Ressources humaines pour la santé	Formation	Est-ce que l'intervention est comprise dans les curricula de formation de base et en cours d'emploi appropriés?	A part les discussions, aucune formation n'a eu lieu pour l'intervention proposée.	Seule la formation en cours d'emploi se fait; par des agences externes; et dans des zones pilotes ou dans les cas ad hoc.	La formation en cours d'emploi a lieu seulement avec un appui technique externe.	Les formations en cours d'emploi sont exécutées par le MSP ou le secteur privé (avec peut-être un appui technique externe). L'intervention n'est toujours pas incluse dans les curricula de formation de base.	Le Ministère de la santé ou le secteur privé dirige la formation en cours d'emploi et l'intervention est intégrée dans la formation professionnelle de base.			
		Personnel	Les catégories de personnel de santé appropriés sont-ils autorisés et disponibles en nombre suffisant pour mettre en oeuvre l'intervention?	Les catégories appropriées de prestataires de santé ne sont pas reconnus comme autorisés à réaliser l'intervention.	Les discussions sont en cours pour décider du type de personnel de santé qui pourra mettre en oeuvre l'intervention.	Les catégories de prestataires de santé autorisés mettent en oeuvre une phase pilote avec une supervision effectuée par agences externes.	Les descriptions de tâches ont été revues (si nécessaire). Le MSP et/ou secteur privé fournit une partie mais pas la totalité des ressources humaines nécessaires à l'intervention.	Les prestataires de santé sont autorisés à réaliser l'intervention et le font activement dans le cadre de leur champ de pratique habituel. Le nombre de prestataires est suffisant pour répondre aux besoins.			

Capacité du Système de santé (pour l'intervention)		QUESTIONS SUR LA CAPACITE DU SYSTEME DE SANTE LIEE A L'INTERVENTION	Aucune capacité (0)	Phase de préparation (1)	Phase (Pilote) d'introduction (2)	Phase d'expansion préliminaire (3)	Phase d'expansion finale (4)	2. EN CONSULTATION AVEC LE MINISTRE ET AUTRES, INDIQUER LES SCORES DE MISE A ECHELLE PAR DOMAINE DE CAPACITE DU SYSTEME SANITAIRE (QUESTIONS COL. D)		3. DECRIRE BRIEVEMENT LES ACTIVITES MISES EN OEUVRE POUR ATTEINDRE CETTE CAPACITE	4. QUELS PARTENAIRES ONT MIS EN OEUVRE OU SOUTENUS CES ACTIVITES (DERNIERE COLONNE A GAUCHE)?
			0	1	2	3	4	Base (20...)	Actual (20...)		
4	Prestation des Services	Amélioration de la qualité	L'intervention n'est pas prise en compte ni dans les systèmes ni dans les activités d'AO.	Le système d'AO est en train d'être modifié pour inclure l'intervention dans le matériel pertinent existant.	Des prestataires d'AT externes forment les cadres de santé dans les zones pilotes en amélioration de la qualité/approches en matière de gestion de la qualité, y compris l'utilisation de la documentation, du suivi, du rapportage et de l'évaluation.	Standardisation de l'approche de l'AO dans les structures de santé et dans les organismes infranationaux (par exemple, équipes de gestion de la santé de district). Les agences d'AT externes collaborent avec les acteurs locaux pour le mentorat des équipes dans les structures pour mener à bien l'évaluation participative de routine de la qualité de soins; s'assurer de l'adhésion du personnel et le renforcement de l'esprit d'équipe; des procédures d'opération standard pour l'amélioration de la qualité sont développées.	Système d'AO/GQ institutionnalisé aux niveaux local, régional et national et dirigé par des équipes infranationales du secteur public ou privé.				
		Supervision	L'intervention est-elle prise en compte dans les activités de supervision régulière?	Les superviseurs ne prennent pas en compte l'intervention dans leurs activités.	Des révisions aux éléments de système de supervision (par exemple liste de vérification) sont en cours afin d'intégrer l'intervention dans le matériel pertinent existant.	Des prestataires en AT externes forment des gestionnaires dans les sites d'apprentissage sur les techniques de supervision; développer ou réviser les directives de supervision.	Les prestataires d'assistance technique externes effectuent des visites de supervision conjointes avec leurs homologues gouvernementaux ou du secteur privé; suivent les constats de visites conjointes de supervision; forment les gestionnaires sur les stratégies de prise de décision et évaluation de l'efficacité des programmes.	Les lignes directrices et les processus de supervision sont institutionnalisés au sein des systèmes gouvernementaux ou du secteur privé; et ces derniers financent et exécutent les visites de supervision de manière autonome dans tous les sites d'intervention.			
		Création de la Demande / Engagement des Communautés	Est-ce que le Ministère de la santé et/ou le secteur privé s'occupent de susciter la demande pour l'intervention parmi les clients possibles?	Aucune activité entreprise pour susciter la demande pour l'intervention.	La stratégie et le matériel nécessaire pour bénéficiaires et pour prestataires afin de susciter la demande est en voie de développement.	Les parties prenantes externes font tout le soutien pour l'assimilation de l'intervention auprès des bénéficiaires potentiels.	Le Ministère de la santé et/ou le secteur privé entreprend quelques activités pour susciter la demande pour l'intervention.	Les activités pour susciter la demande sont menées par le Ministère de la santé et/ou le secteur privé et sont intégrés avec d'autres programmes. Plaidoyer communautaire pour susciter la demande pour les services.			
5	Logistiques et produits de base	Est-ce que le Ministère de la santé et/ou le secteur privé achètent et distribuent les produits de base nécessaires dans les quantités suffisantes à travers son système logistique habituel?	Les produits de base nécessaires à l'intervention ne sont ni inclus dans le système logistique, ni disponibles à travers l'assistance externe.	Discussions en cours avec le MSP et/ou le secteur privé au sujet de l'approvisionnement de produits de base nécessaires pour l'intervention.	Les agents d'AT externes forment les équipes de santé en systèmes de gestion pour l'approvisionnement des produits. Les produits primaires destinés aux sites pilotes sont financés par sources externes.	Les produits et consommables sont disponibles dans zones géographiques multiples, mais l'approvisionnement et la logistique sont gérés par des partenaires externes.	L'approvisionnement et la logistique des produits consommables indiqués sont intégrés dans le système du MSP et/ou du secteur privé (prévision, approvisionnement, distribution et contrôle)				
6	SNIS: SRE / utilisation des données	Les indicateurs/informations appropriées pour l'intervention sont-ils collectés, rapportés et utilisés?	Aucuns indicateurs convenables ne sont disponibles pour suivre l'intervention dans le système national d'informations de santé publique ou privé.	Discussions en cours sur la nécessité de nouveaux indicateurs et/ou collecte de données et formulaires de rapport.	Une expérience pilote ou évaluation préparatoire pour l'intervention a été menée qui a testé des indicateurs, outils et formulaires de rapport.	De nouveaux indicateurs sont utilisés dans certains mais pas toutes les zones et/ou les indicateurs sont collectés, mais ne sont pas (encore) acheminés à travers la chaîne habituelle.	Les indicateurs appropriés pour l'intervention sont dans le SNIS et/ou les systèmes du secteur privé et sont rapportés régulièrement.				
Score Moyen								0.0	0.0		
S. DONNEES DE COUVERTURE - REMPLIRE LES COLONNES J & K											
Nombre total de districts dans le pays										Couverture Districts à la Base #DIV/0!	Couverture Districts à la Fin #DIV/0!
Nombre de districts où l'intervention est mise en oeuvre										Couv. Structures à la Base #DIV/0!	Couv. Structures à la Fin #DIV/0!
Nombre total de structures sanitaires dans le pays										Couv. Population à la Base #DIV/0!	Couv. Population à la Fin #DIV/0!
Nombre de structures sanitaires où l'intervention est mise en oeuvre											
Population totale du pays											
Population couverte par l'intervention											

Annexe 4 : Usage de la Matrice sur la mise à échelle de MCHIP; Auto-évaluation des équipes de pays

Les participants ont reçu la Matrice du stade de mise à l'échelle (Annexe 3) avant la réunion. Les participants d'un même pays ont eu l'occasion de travailler ensemble en équipe. Les équipes ont étudié et attribué une note de 0 à 4 pour chaque élément de l'outil. Ces éléments sont harmonisés avec les éléments du système sanitaire de l'OMS; *gouvernance, finance, ressources humaines pour la santé, prestation de services, logistiques et produits de base et système d'information pour la santé – (S&E et utilisation des données)*. L'outil a permis aux équipes des pays d'évaluer 13 aspects sous les éléments du système sanitaire de l'OMS. Les équipes ont évalué à quel niveau leur pays se trouvait sur une échelle de "0" signifiant "système de santé n'a pas la capacité et aucune activité n'a été entamée dans ce domaine de compétence pour cette intervention" à une note de "4" signifiant une phase d'expansion mature, où "la capacité pour cette intervention est complètement acquise et pleinement intégrée dans les systèmes nationaux et infranationaux (publiques ou privés)." Aucune tentative n'a été faite pendant l'atelier pour quantifier ou estimer la couverture en termes de population desservie ou nombre de structures offrant des services de DIUPP.

Certains scores liés à la gouvernance et à la politique étaient difficiles à déterminer pour certaines équipes sans se référer aux documents ou sources nationales. Comme prévu, les scores des pays qui ont initié des services de DIUPP étaient généralement plus élevés que ceux des pays qui n'ont pas encore commencé ces services. Etant donné qu'il ne s'agissait pas d'établir une base de référence, mais plutôt d'aider à orienter la réflexion sur les aspects de la programmation en gardant à l'esprit la possibilité de l'intervention à l'échelle, les facilitateurs n'ont pas remis en cause ou modifié les extraits de chaque pays.

Les scores pour la gouvernance allaient de 0 à 4, avec des scores maximum pour la politique et la planification pour plusieurs pays. Le financement, c'est-à-dire que le gouvernement inclut la PFPP/le DIUPP dans le processus de budgétisation, n'a pas obtenu un score de plus de 2. Les organismes externes assument la majorité des coûts associés au programme de DIUPP, donc les scores allaient de 0 à 1. Les rubriques 'ressources humaines pour la santé', c'est-à-dire l'inclusion des DIUPP dans les programmes de formation de base et continue, et cadres appropriés autorisés et disponibles en nombre suffisants pour mettre en œuvre les DIUPP, ont reçu des scores de 0 à 3, tout comme

Aspect	POLYTRIE	PEANET	COORDINA	LEADERSHIP	FINANCE	FORMAT	PERSONNEL	AMELIORA	SUPERVIS	CREATION DE LA DEMANDE	LOGISTIQ	SNIS
Politique	3	4	3	2	1	3	3	3	3	0	2	3
Planification	2	4	3	2	1	3	3	3	3	0	2	3
Coordination	3	4	3	2	1	3	3	3	3	0	2	3
Leadership	2	4	3	2	1	3	3	3	3	0	2	3
Finance	1	4	3	2	1	3	3	3	3	0	2	3
Formation	2	4	3	2	1	3	3	3	3	0	2	3
Personnel	3	4	3	2	1	3	3	3	3	0	2	3
Amélioration de la qualité	3	4	3	2	1	3	3	3	3	0	2	3
Supervision	3	4	3	2	1	3	3	3	3	0	2	3
Création de la Demande / Engagement des Communautés	0	4	3	2	1	3	3	3	3	0	2	3
Logistiques et produits de base	2	4	3	2	1	3	3	3	3	0	2	3
S&E / utilisation des données	1	4	3	2	1	3	3	3	3	0	2	3

DIUPP, scores pour la mise à l'échelle selon l'évaluation par les équipes des pays

l'amélioration de la qualité' des prestations de services. Les scores de 'supervision' et 'génération de la demande' allaient de 0 à 4, tout comme les 'logistiques et produits de base' et les 'systèmes d'information pour la santé'.