

République Islamique de Mauritanie
Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales



Programme National de Santé de la Reproduction

PLAN STRATEGIQUE SR 2008-2012

Elaboré par :

Dr. Slah Meddeb /Assistant Technique Périodique /PNSR/Projet Trarza

1^{er} Draft

Abréviations

ASC	Agent de Santé Communautaire
CAMEC	Centrale d'Achat de Médicaments et Consommables
CBMT	Cadre Budgétaire à Moyen Terme
CHN	Centre Hospitalier National
CS	Centre de Santé
DRS	Direction Régional de la Santé
CSLP	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
DAS	Direction des Affaires Sociales
DMH	Direction de la Médecine Hospitalière
DPL	Direction de la Pharmacie et des Laboratoire
DRH	Direction des Ressources Humaines
EDS	Enquête Démographique et de Santé
HR	Hôpital Régional
IDE	Infirmier Diplômé d'État
IMS	Infirmier Médico-Social
MS	Ministère de la Santé
MSR	Maternité Sans Risque
NN	Nouveau-Né
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PTME	Prévention de la Transmission Mère -Enfant du VIH
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PNLS	Programme National de Lutte contre le SiDA
PNSR	Programme National de la Santé de la Reproduction
PS	Poste de Santé
SF	Sage -Femme
SMI	Santé Maternelle et infantile
SNIM	Société Nationale d'Industrie Minière
SOUC	Soins Obstétricaux d'Urgence Complets
SOUB	Soins Obstétricaux d'Urgence de Base
SR	Santé de la Reproduction

SOMMAIRE

- **Introduction**
- **Résumé du diagnostic de situation de la SR et du plan stratégique SR 2008-2012**
- **Analyse de la situation de la SR :**
 - **Contraintes**
 - **Retombée sur les composantes prioritaires SR**
- **Plan stratégique 2008-2012**
 - **Recadrage stratégique et institutionnel du PNSR**
 - **Plan d'action SR 2008-2012 (cadre logique)**
 - **Chronogramme d'exécution du plan**

INTRODUCTION

La République Islamique de Mauritanie (RIM) est un vaste pays au confluent du Maghreb et de l'Afrique Subsaharienne. L'a superficie est de 1.030.700 km² et la population totale est estimée en 2007 à 3.075.267 habitants (RGPH 2000). Moins de la moitié (46%) de cette population vit en milieu rural. Elle atteindrait 3,4 millions en 2010. La densité de la population est de 2.9 habitants au Km². La population est jeune, avec 44% de moins de 15 ans (dont 31,7% de 0-8 ans) , créant ainsi des pressions importantes sur les services de base.

Le taux d'alphabétisation est de 68% chez les garçons et 58% chez les filles.

L'accès aux soins reste insuffisant avec 67% de la population vivant à moins de 5 km d'un poste ou d'un centre de santé et très inégal, variant de 52% au Hodh El Gharbi à 98% à Nouakchott. Seules les structures (i) dont le local est adapté, (ii) correctement équipées et (iii) dotées de personnels qualifiés conformément aux normes préétablies sont comptabilisées dans cette couverture. Cette situation influe fortement sur l'utilisation des services essentiels de santé, et freine par la même occasion l'amélioration des indicateurs du secteur.

L'enquête permanente sur les conditions de vie des ménages, menée en 2004, a montré que 46,3% de la population vivaient en dessous du seuil de pauvreté estimé à 67.315 UM (250 US\$)¹ par personne et par an. Cette pauvreté touche de manière aiguë 35% de la population (seuil 24.400 UM par personne et par an).

Selon l'enquête MICS 2007, le niveau de mortalité maternelle reste parmi les plus élevés de la sous région Ouest africaine avec un ratio de 686 pour 100.000 naissances vivantes.

Parmi les causes indirectes, on peut citer le paludisme et l'anémie. Ces décès surviennent dans un contexte marqué par des facteurs défavorables à la santé de la femme. Le taux d'accouchement assisté de 61%, reste relativement faible, surtout en milieu rural. Le taux de mortalité néonatale est de 43‰ selon l'enquête sur la mortalité infantile et paludisme (EMIP) 2003-2004, et le taux de mortalité infantile de 77‰ et le taux de mortalité infanto -juvenile de 122‰ selon l'enquête à indicateurs multiples en grappe (MICS) de 2007. Plus de la moitié des décès infantiles surviennent pendant la période néonatale. Les causes de mortalité post néonatale sont essentiellement le paludisme, les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës sur un fond de malnutrition chronique.

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

A la lumière de données actuelles sur la SR (notamment celles fournies par l'enquête MICS 3/2007) on constate que la situation a stagné au cours de la dernière décennie et les indicateurs restent en deçà de ceux escomptés . Ce ci est très inquiétant eu égard aux engagements du pays à la réalisation des Objectifs du Millénaire (OMD). Le manque de moyens notamment humains est très souvent présenté comme raison majeure de la précarité de la situation SR alors que d'autres facteurs entravent la promotion du programme qui bénéficie pourtant d'un l'appui substantiel des différents partenaires.

**ANALYSE DE SITUATION
DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION**

L'analyse de la situation de la SR a permis de mettre en exergue les problèmes qui entravent la promotion du PNSR et empêchent d'atteindre les objectifs assignés . Les contraintes sont d'ordre politique , juridique et social , institutionnel , programmatique et humain & matériel :

I) LES CONTRAINTES

I-1) D'ordre politique :

Malgré les engagements internationaux du pays y compris ceux relatifs à la réalisation des OMD . La volonté politique en faveur de la SR existant au plus niveau et inscrite dans les documents officiels n'est pas palpable au niveau opérationnel en effet :

- Les autorités régionales et locales sont peu ou pas impliqués dans la promotion de la SR. Ne recevant pas des directives claires de la part Gouvernement pour concrétiser cette volonté sur le terrain ,elles restent passives n'offrant pas suffisamment de soutien le programme SR
- Le manque de motivation des responsables régionaux et départementaux de la santé et les prestataires est encore plus inquiétant. Certaines composante comme la PF et la SRAJ qui sont occultées et ne sont pas systématiquement intégrées dans le paquet SR.
- Faute de sensibilisation et d'implication ,la communauté est peu ou pas mobilisée dans les actions de promotion de la SR faute de sensibilisation et d'implication . Dans certaines régions , la mobilisation communautaire reste tributaire d'initiatives de certaines ONG.

I-2) D'ordre social et juridique :

- La femme qui est la principale bénéficiaire de la SR dispose d'un statut juridique et social précaire qui la prive de toute décision concernant sa propre vie reproductive et l'expose à des risques la menaçant pendant tout son cycle de vie comme la MG F, le mariage précoce et les grossesses itératives
- Les adolescents et les jeunes (la moitié de la population) constituent une population vulnérable en matière de SR. Leur vulnérabilité est entretenue par une difficulté d'accéder à un secteur public non adapté à leurs spécificités et à un secteur sanitaire privé faute de moyen financier.
- L'homme qui détient souvent la décision en SR , n'est pas impliqué faute d'actions de sensibilisation ciblées.

I-3) D'ordre institutionnel

La faible capacité de management du PNSR aux différents niveaux le manque de coordination entre les différents acteurs expliquent en partie la stagnation de la situation SR et ce en dépit de la mobilisation des ressources par le Gouvernement et l'apport substantiel des partenaires .

- Au niveau central : l'équipe du PNSR souffre d'une insuffisance chronique en compétences et ne peut de ce fait constituer un référentiel pour le niveau opérationnel. Le nombre très réduit des membres de l'équipe du PNSR et l'absence d'un mandat précis expliquent son dysfonctionnement. A cet effet , cette petite

équipe qui devrait se consacrer à la conception , à l'élaboration des outils de travail à l'établissement des normes et veiller à la conformité des actions à la stratégie national SR , se trouve obligée de parcourir de très longues distances et sillonner le pays pour faire des visites de supervision.

- Aux niveaux régional et départemental : leurs besoins ne sont pas toujours pris en compte par le niveau central ce qui engendre des frustrations et des distorsions .Ainsi et malgré les directives du Ministère de la santé qui a opté depuis des années pour la décentralisation et l'autonomie (y compris financière) des régions et des Moughataa , l'exécution des activités SR et l'allocation des moyens restent tributaires des décisions du niveau central. Ainsi , la mise en œuvre des activités planifiées et l'atteinte des objectifs assignés au niveau opérationnel sont entravées. En plus et compte tenu de la multitude des problèmes de santé aux quels sont confrontés les responsables régionaux et départementaux , la SR ne jouit pas de la PF et la SRAJ .

I-4) D'ordre programmatique :

- La programmation de la SR aussi bien au niveau central que régional et départemental ne respecte pas l'échelle des priorités .A cet effet des composantes stratégiques de la SR sont marginalisés telles que la PF qui constitue un mode de prévention de base de la mortalité maternelle et néonatale et la SRAJ qui concerne la moitié de la population . Les plans d'action régionaux n'inscrivent pas d'objectifs quantitatifs et qualitatifs spécifiques à la PF.

- La planification des actions SR aux différents niveaux ne prend pas en compte les potentialité réelles de réalisation et dépasse souvent les capacités de mise en œuvre. Le résultat est que les objectifs assignés à ces plans ne sont jamais atteints comme prévu et les ressources financières allouées ne sont pas consommées , ce qui est de nature à porter préjudice à la crédibilité du PNSR et décourage la mobilisation de nouvelles ressources pour le soutenir.

- La supervision telle que se fait actuellement aux différents niveaux n'est pas souvent programmée au préalable ,n'est pas outillée et n'est pas suivie de feed back systématique aux supervisés. De ce fait elle ne peut pas avoir une portée formative et d'encadrement réel du personnel. .Au niveau des régions , la supervision faite par les points focaux SR est réduite à de visites irrégulières se limitant souvent au contrôle les recettes du recouvrement des coûts.

- La gestion des ressources du programme SR aux différents niveaux accuse beaucoup d'insuffisances en particulier la répartition inéquitable du personnel sur les régions et au sein des régions. L'affectation du personnel n'obéit pas aux normes qui se basent surtout sur la charge de travail de chaque membre de l'équipe . Ce ci mène une pléthore dans certaines structures et une pénurie dans d'autres .

- Faute d'une stratégie nationale de communication sociale pour la promotion de la SR , les activités CCC , de plaidoyer et de mobilisation restent très timides et sans impact réel sur la promotion de la SR. Les services SR ayant essentiellement une portée préventive, ne suscitent pas de besoin pressant d'y recourir auprès d'une population mal ou non sensibilisée en la matière .En effet changer le comportement d'une population, accusant un taux relativement élevé d'analphabétisme , confrontée à des interdits et des tabous dictés par un contexte socio-culturel

réfractaire, ne peut être réalisé par des actions IEC sporadiques, occasionnelles et non structurées . Pour cette raison , l'élaboration (qui est en cours) et la mise en œuvre d'une stratégie nationale de communication en SR constitue une priorité absolue du programme SR . Elle permettra de disposer d'un référentiel national en la matière permettant d'unifier le contenu des message , définir les approches appropriées et mieux cibler les populations concernées.

I-5) D'ordre humain et matériel

→ Ressources humaines

La faible capacité de mise en œuvre des activités sur le terrain est essentiellement liée au manque de compétences et de personnel qualifié en SR. En effet et en dépit des efforts consentis dans les domaines de formation / recyclage et de supervision en matière de SR auxquels d'énormes budgets sont alloués, les capacités techniques du personnel périphérique restent très insuffisantes et ce pour les principales raisons suivantes :

- le personnel recruté surtout à la périphérie manque souvent de qualification et son le profil bas (comme les accoucheuses auxiliaires) ne lui permet pas de progresser sur le plan technique pour dispenser des services de qualité .Au contraire, ce personnel pourrait être même à l'origine de complications dans certaines situations (comme l'accouchement) et de ce fait il confère une fausse sécurité au système sanitaire et décourage davantage la population de recourir à des services aussi précaires.
- L'absence d'un plan de gestion prévisionnelle des ressources humaines l'insuffisance quantitative de ces catégories de personnel par rapport aux besoins réels de la population et La gestion inéquitable des personnels du secteur (affectation, formation, participation aux rencontres internationales, sanction/récompense, etc.)
- L'absence d'un plan cohérent de formation continue et faute d'évaluation systématique des participants surtout en post formation sur le terrain font que les multiples activités de formations en SR réalisées restent inefficaces et sans impact sur l'aptitude du personnel. En plus la formation ne s'appuie pas sur des objectifs d'apprentissage et ne prend pas souvent en considération les profils requis pour telle ou telle formation . Celle-ci est en quelque sorte perçue par le personnel comme une gratification.
- L'insuffisance du système de motivation ne prenant pas en compte les critères de performance de l'individu en plus de sa présence, et l'absence de mesures d'accompagnement pour la fixation du personnel (ex : logement, véhicule de service, indemnités, etc.) .

→ Moyens de travail

- La vétusté du plateau technique SR à la périphérie surtout les salles d'accouchement est aggravée par le manque de maintenance des équipements et l'absence d'un plan d'hygiène des locaux et du matériel. Ajoutant à ces éléments, la mauvaise gestion des produits pharmaceutiques et des médicaments essentiels à la SR dont les ruptures sont fréquentes et qui sont de nature à réduire le recours aux services SR
- Les blocs opératoires : les hôpitaux régionaux de 10 Wilayas sur 12 sont dotés de blocs opératoires fonctionnels.

- Le manque de moyens de communications et de transport qui sont indispensables aux transferts des cas à risque, assombrit davantage le pronostic des complications survenant notamment lors des accouchements. Les moyens d'évacuation sont insuffisants au niveau du pays, et ne sont pas toujours fonctionnels par manque de maintenance, carburant, et l'utilisation à d'autres fins....
- La non fonctionnalité des banques du sang est un facteur pourvoyeur de mortalité maternelle et néonatale surtout que l'hémorragie en postpartum est une cause majeure de mortalité. Les banques de sang existant dans les hôpitaux sont peu utilisées du fait de l'irrégularité du don volontaire de sang due entre autres à l'absence de campagnes régulières de sensibilisation et de collecte du sang.

1-6) Contraintes liées au suivi et l'évaluation de la SR :

- Problème des supports de collecte : les données relatives à la SR sont mal collectées et de ce fait il y a une perte d'informations portant préjudice aux efforts consentis par le personnel prestataire. A cet effet, les supports de collectes des données ne sont toujours disponibles en quantité suffisante ce qui oblige le personnel à utiliser d'autres supports non adaptés ou des feuilles volantes pour notifier les actes. S'ajoute à ces problèmes, le mauvais remplissage des supports par le personnel qui perçoit mal l'intérêt de ces supports d'une part et d'autre part à la multitude de registres (registre pour la gynéco et la PF, registre pour la CPN et la CPON, registre pour l'accouchement, registre des urgencesetc. qui décourage le personnel à les remplir correctement compte tenu du temps consacré à cette tâche
- Absence de pièces à portée **médico-légale** comme le dossier médical permettant d'avoir une traçabilité du passage des parturientes par la structure et en cas de problème (décès ou complication) on ne trouve aucun élément permettant de comprendre les causes dudit problème. Le carnet de santé livrée à la femme enceinte lors de la CPN n'est pas disponible en quantité suffisante ce qui pousse le personnel à confectionner des carnets à la manière artisanale pour y enregistrer quelques données. Par manque **d'ordonnances**, la prescription des médicaments se fait sur des bouts de papier blanc qui ne sont même pas signés par les prescripteurs. En plus on ne trouve aucune trace de la prescription au niveau de l'unité de pharmacie permettant la bonne gestion des médicaments.
- Les rapports mensuels sur les activités au niveau des postes de santé sont souvent adressés directement à la Direction régionale sans passer par l'équipe responsable de la Moughataa ce qui l'empêche de disposer d'informations nécessaires sur la couverture de la population et sur la performance des structures de santé relevant de ses prérogatives. A part les quelques tableaux et histogrammes descriptifs, les données compilées au niveau des directions régionales ne sont pas analysées en vue de faire le point de la situation et pallier aux déficiences. Par conséquent, il n'y a pas de feed back aux équipes périphériques qui souvent attendent les rapports du SNIS pour connaître le bilan de leurs activités et les comparer aux autres équipes.

II) RETOMBÉES SUR LES COMPOSANTES PRIORITAIRES SR

Les contraintes relatives précédemment contribuent en grande partie à la précarité de la situation de la SR et entravent jusqu'à maintenant l'amélioration quantitative et qualitative des indicateurs relatifs aux composantes stratégiques du programme :

II-1) Persistance d'une Mortalité maternelle , néonatale très élevée liée entre autres à :

- L'insuffisance de l'offre ,la mauvaise qualité de la CPN et la CPON aboutissant à une faible utilisation de ces services
- les accouchements non ou mal assistés dans les CS et surtout dans les PS où le personnel manque d'aptitude à bien surveiller la femme en travail (le partogramme n'est pas utilisé)
- Les SOUB (selon les normes) ne sont pas disponibles dans la majorité des CS (incapacité technique, équipements et produits non toujours disponibles....)
- Les SOUC ne sont pas disponibles dans toutes les régions faute de personnel qualifié comme les gynécologues dans certaines régions et les spécialistes en anesthésie et en réanimation dans les blocs opératoires des maternités
- Le recours aux SOU n'est pas toujours rationnel (utilisation par défaut ou par excès) faute d'un système de référence pour les évacuations et les transferts
- L'insuffisance des moyens performants de communication et de transport notamment au niveau départemental permettant d'évacuer et référer à temps les accouchements à risque .
- L'absence ou la non fonctionnalité des unités de réanimation du Nouveau-né dans les salles d'accouchement par manque de formation du personnel des CS et la faible implication des pédiatres au niveau des maternités des HR . La non généralisation du forfait obstétrical qui a fait ses preuves dans beaucoup de régions par l'amélioration du recours aux services de périnatalité Le FO gagnerait à être complété par la prise en charge du nouveau né dans les maternités par l'implication des pédiatres.
- L'absence ou et dysfonctionnement des banques du sang par manque de dons qui n'ont pas été promus par des campagnes de sensibilisation spécifiques surtout via les medias

II-2) La Précarité des services d'espacement des naissances

La prévalence contraceptive reste très faible ne dépassant pas les 9,3% pour toutes méthodes confondues et 8% pour les méthodes modernes et qui semble stagner depuis l'an 2000. En plus les méthodes sont dominées par la pilule (5,7% contre 0,3 % pour le DIU , 1,3 pour les injectables , 0,4 % pour le préservatif et 0% pour les implants) . Cette faiblesse persistante s'explique par :

- **L'insuffisance de l'offre :** d'après les données statistiques , les activités de la contraception connaissent un fléchissement continu au cours de ces dernières années. Ces activités ne sont pas systématiquement intégrées dans le paquet de la SR dans plusieurs structures par manque de motivation des prestataires et de vigilance des responsables .

- **La précarité de la qualité** : la gamme des méthodes offerte est restreinte et n'offre pas à la femme une marge suffisante au choix , le counseling n'est pas pratiqué , les normes ne sont pas actualisées et les méthodes à longue protection (beaucoup moins coûteuses) ne sont pas utilisées faute de prescription de ces méthodes par un personnel ne maîtrisant pas la technique (DIU, Implants). La promotion de ces méthodes qui présentent le meilleur rapport Coût/Efficacité (en comparaison avec la pilule) est indispensable non seulement pour leur efficacité , innocuité et leur longue protection mais aussi pour limiter l'enveloppe budgétaire allouée par la pays pour l'acquisition des produits contraceptifs à la suite de la réduction sensible des dons des bailleurs de fonds en la matière.

- **La faiblesse de la demande** : le comportement procréatif « supposé » pro-nataliste de la population est entretenu par les barrières socio-culturelles et majorées par l'analphabétisme et le faible pouvoir de la femme . Seule la portée démographique de la PF est perçue même par certains responsables qui la considèrent inutile eu égard à la dimension de la population Mauritanienne .De ce fait la PF fait objet d'une stigmatisation « voulue ou non voulue » quant à ses vertus notamment son rôle crucial dans la prévention des risques, induits par les grossesses précoces, rapprochées et itératives .

L'inaccessibilité des jeunes non mariés à la PF (freins sociaux et inadaptation du système sanitaire à leurs besoins) alors qu'ils ont une vie sexuelle active les exposant aux dangers grossesses et aux avortements non médicalisés.

L'homme qui détient souvent la décision et par manque de sensibilisation et d'implication présente un handicap à la promotion de la PF.

- **La mauvaise gestion logistique des produits contraceptifs** : Les ruptures fréquentes à la périphérie et les péremptions qui surviennent de temps à autres au niveau central dénotent la faible capacité de gestion des produits contraceptifs. Comme dans tous les pays de la région ,la régression significative des dons en contraceptifs ont conduit le Gouvernement à assurer sur son propre budget la sécurité en ces produits mais l'augmentation continue de leur coût majorée par leur mauvaise gestion sont de nature à alourdir le fardeau.

II-3) Santé de la reproduction des adolescents et des jeunes.

- En Mauritanie, malgré le poids démographique des jeunes (50% de moins de 20 ans) et leur vulnérabilité aucun programme spécifique n'a été mis en place pour promouvoir leur santé de reproduction. Les actions qui sont menées de temps à autres en direction des jeunes sont sporadiques et éphémères.

- Comme dans tous les pays du continent, les jeunes commencent leur vie sexuelle précocement, sans aucune préparation à une sexualité responsable et protégée. En effet, à l'âge de 16 ans, 56 % d'entre eux entretiennent des rapports sexuels sans précautions . Ainsi , ils restent exposés aux infections sexuelles transmissibles y compris le VIH /SIDA et aux grossesses non désirées.

- L'enquête MICS /2007 a montré la précarité des connaissances des jeunes quant aux dangers encourus par les rapports non protégés puisque seulement 5% des jeunes de 15 à 24 ont une connaissance exhaustive sur la prévention du VIH. Non corrigé à temps ,ce niveau très inquiétant des connaissances chez les jeunes va

entraver la riposte du pays dans sa lutte contre les IST en général et le VIH en particulier.

II-4) La prévention et la prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles

- Les IST font partie du paquet de services de la SR offerts au niveau des structures sanitaires et elles font également partie des prérogatives du programme VIH/SIDA puisqu'elles prédisposent à l'infection au VIH .Par conséquent il est impératif de coordonner les interventions à la recherche d'une synergie entre les actions menées par les différents programmes.
- Le volet CCC devrait accaparer l'attention des responsables compte tenu du très faible niveau de connaissances de la population en matière du VIH comme l'ont montré les résultats du MISC3 . En effet seulement 13% des femmes et 31% des hommes connaissent 3 modes de transmission du VIH et seulement 20% des femmes et 40% des hommes connaissent 2 moyens de prévention .
- Le dépistage du VIH reste également très faible ne dépassant pas 5,3 % chez les femmes et 8,7% chez les hommes et ce faute d'information sur l'existence de centres de conseil et de dépistage volontaire du VIH

**PLAN STRATEGIQUE DU PNSR
2008-2012**

Le plan stratégique du PNSR pour la période 2008- 2012 , vise à pallier aux insuffisances diagnostiquées aux niveau des composantes prioritaires SR .Il va comporter une partie relative au recadrage ou le recentrage du PNSR sur le plan stratégique et institutionnel et une partie concernant le plan de développement des composantes prioritaires de la SR au cours de la prochaine quinquennie

I) RECADRAGE DU PNSR

I-1) Recadrage stratégique de la SR:

Il s'agit d'établir une échelle de priorité nationale privilégiant les composantes dites stratégiques de la SR en leur octroyant la grande partie des ressources nationales et internationales mobilisées pour la période 2008-2012 . Les quatre composantes prioritaires sont développées ci-après dans un ordre hiérarchique :

→**la maternité sans risque** : avec objectif principal la réduction de la mortalité maternelle et néonatale par le renforcement quantitatifs et qualitatifs des services de périnatalité (Prénatal , Accouchement Assisté avec les soins obstétricaux et le postnatal)

→**Le Repositionnement de l'espacement des naissances** en tant que composante stratégique à double objectif à savoir la régulation des naissances et la prévention des effets négatifs des grossesses précoces , rapprochées et successives sur la santé maternelle , néonatale et infantile .

→**L'assurance des droits des adolescents et des jeunes et prise en compte de leurs besoins en santé sexuelle et reproductive dans les actions du programme SR** : sachant qu'il s'agit d'une population vulnérable qui reste jusqu'à ce jour marginalisée dans le système de santé.

→**Le développement du programme de lutte contre les IST** dans le cadre d'une contribution active du programme SR dans la riposte nationale face aux IST/VIH/SID

I-2) Recadrage Institutionnel du PNSR:

Il est vrai que le développement des composantes prioritaires avec l'atteinte de leurs objectifs respectifs relève aussi bien de la responsabilité de l'équipe centrale du PNSR que celle des responsables régionaux et départementaux de la santé , néanmoins la faiblesse actuelle de l'unité centrale chargée de la coordination du PNSR constitue un handicap majeur à l'exécution du programme SR et à la réalisation de ses objectifs .

En effet, à l'état actuel l'équipe centrale du PNSR n'a pas l'envergure requise pour assurer la coordination des actions SR menées par les différents intervenants à cause du nombre réduit de ses membres , du manque de compétences dans des domaines nécessaires au bon fonctionnement et l'absence d'un mandat précis qui définit ses prérogatives et ses relations et interactions avec les différents acteurs œuvrant en matière de la SR

I-2-1) Proposition d'un Mandat pour l'équipe centrale du PNSR :

les attributions ci-après indiquées pourraient être assumées par les membres de l'équipe eux-mêmes ou en faisant appel à une assistance technique nationale ou internationale :

MANDAT DU PNSR CENTRAL

- *Concevoir les programmes SR conformément aux priorités nationales et offrir aux régions un cadre stratégique national leur laissant une marge de manœuvre leur permettant de s'inscrire dans ce cadre en tenant compte des spécificités régionales .*
- *Concevoir et élaborer les requêtes des projets de coopération en matière de SR en les inscrivant dans le cadre stratégique national afin de cadrer les interventions des partenaires pour qu'elles soient conformes aux orientations du programme SR(Approche programme)*
- *Proposer aux hautes Instances concernées (politiques, juridiques..) toute mesure qui est de nature à améliorer la performance de la SR.*
- *Négocier et planifier le financement de programme SR pour permettre la mise en œuvre des activités inscrites aux trois niveaux : central (niveau stratégique), régional (soutien aux équipes départementales) et opérationnel (assurer les services SR)*
- *Coordonner avec les autres secteurs intervenant en SR par la mise e place d'une plateforme de partenariat avec les secteurs de population et action sociale, éducation, jeunesse, communication, promotion de la femme et lutte contre la pauvreté, la société civile.....*
- *Elaborer les outils techniques et de gestion des activités en vue de les unifier et les standardiser en veillant à leur utilisation effective par le personnel (normes ,supports de collecte des données , grille de supervision.....)*
- *Elaborer les modules de formation et les manuels de référence pour toutes les composantes en vue de standardiser la formation dispensée par les différents intervenants en SR (projets de coopération , ONG)*
- *Veiller à la conformité des requêtes provenant du milieu opérationnel avec la stratégie du programme national et la concertation avec les régions devrait prévaloir sur les décisions unilatérales qui sont à l'origine de frustrations et de distorsions .*
- *Instituer et exécuter un programme de supervision régulier des activités du terrain en utilisant des grilles appropriées. Pour rationaliser l'utilisation des moyens, la supervision devrait être effectuée par une équipe multidisciplinaire parmi les membres de la coordination centrale.*
- *Etablir les termes de référence des service et des produits concernant la SR faisant objet d'un appel d'offre .*
- *Représenter le MS dans les comités de suivi des projets de coopération*

I-2-2 Renforcement de l'équipe centrale du PNSR : pour qu'elle parvienne à remplir son mandat , l'équipe a besoin d'être renforcée par :

- L' établissement d'un organigramme fonctionnel comportant une définition précise des tâches et du profil de poste pour chaque membre de l'équipe
- Définir les attributions des points focaux SR des DRS qui doivent constituer un prolongement opérationnel de l'équipe centrale . Celle –ci est appelée à fournir aux points focaux les outils de travail et établir (ou viser) leurs programmes de travail .En outre ces points focaux devraient faire rapport au PNSR central , relatif au suivi et la supervision des programmes SR régionaux et de.
- Le recrutement de spécialistes en épidémiologie, en communication, en andragogie et en gestion .
- La création d'une unité de partenariat chargée de la coordination avec les autres secteurs et les départements qui s'occupent des programmes verticaux en liaison avec la SR (VIH/SIDA...), les partenaires et les ONGs intervenant dans le domaine .Ce partenariat devrait se baser sur la contractualisation (déjà adoptée par le MS) précisant les actions à mener par le partenaires et qui devraient faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation .
- La mise en place d'une unité de collecte de données sur les différents aspects du programme permettant de détenir un tableau de bord et disposer d'un monitoring permettant le suivi des activités en temps réel. A cet propos, l'équipe centrale doit passer au mode de communication électronique avec les régions en vue d'économiser le temps et les moyens consacrés aux les longs déplacements vers les régions .
- Renforcement des moyens logistiques (parc informatique , réseau Internet , parc auto ...) de la coordination nationale et la mise à sa disposition un budget de fonctionnement conséquent auquel pourraient contribuer les partenaires dans le cadre des projets de coopération

1-3) Amélioration des outils de suivi /évaluation de la SR

1-3-1 : Supports de collectes des données

Quelque soit la technicité et la performance de l'équipe du SNIS au niveau central , le système d'information ne peut pas être un outil fiable et efficace de suivi et d'évaluation lorsqu'il y a un dysfonctionnement au niveau opérationnel qui alimente le système . Pour ce , il est indispensable de :

- Revoir la batterie de supports SR mis à la disposition des structures de prestation en vue de les alléger en intégrant le maximum de composantes dans un support unique
- Former /recycler le personnel à l'utilisation des supports et les sensibiliser à leur importance dans le suivi et l'évaluation des activités
- Sensibiliser les responsables régionaux et départementaux quant à la nécessité de rationaliser l'approvisionnement des structures afin d'éviter les ruptures de stocks et le sur-stockage .
- Inciter les responsables régionaux à passer au stade analytique des données et ne pas se contenter de leur description , ce qui leur permettrait de disposer d'un diagnostic en temps réel et d'un tableau de bord les aidant à mieux gérer leurs programmes

1-3-2 Disponibilité des supports à portée médico-légale

- Le dossier médical constitue une pièce médico-légale qui doit être obligatoirement rempli pour chaque client qui se présente à une structure sanitaire quelque soit sa catégorie (PS ,CS , Hôpital ...). L'inexistence de ce document est une faute professionnelle grave aussi bien de la part des prestataires que de celle de leurs responsables. A cet effet, il est urgent de pallier à cette insuffisance par l'approvisionnement de toutes les formations sanitaires en dossiers médicaux en quantité suffisante et de mettre en place des fichiers pour les conserver .
- La prescription de médicaments ou autres produits pharmaceutiques doit se faire sur des ordonnances portant les coordonnées de la structure de prestation ainsi que le nom et la signature du prescripteur En principe l'ordonnance doit être faite en double exemplaire , pour en donner une copie au client pour observer le traitement prescrit et une autre copie pour la garder au niveau de l'unité de pharmacie pour la bonne gestion des produits (suivre la consommation , l'état du stock et pour faire les révisions . Avec l'existence du matériel informatique dans toutes les directions régionales et dans la plus part des Moughataa , il est possible de confectionner des ordonnances et en approvisionner les structures .

Il est à signaler que la supervision effectuée aux différents niveaux , doit accorder un intérêt particulier à l'existence et l'utilisation de ces outils de base de la prestation e services .

RENFORCEMENT INSTITUTIONNEL DU PNSR

RESULTAT ATTENDU 1 : Les capacités du PNSR sont renforcées au niveau central, régional et départemental	Période d'exécution					Responsable
	2008	2009	2010	2011	2012	
ACTIONS 1						
Etablir l'organigramme de l'équipe de coordination du PNSR avec définition du Mandat (Décret Ministériel)	x					MS (DSSB)
Renforcer les capacités de l'équipe de coordination du PNSR par le recrutement de spécialistes en épidémiologie , communication , andragogie t management		x	x			MS
Définir les attributions et renforcer les capacités en gestion et suivi/évaluation des points focaux SR régionaux	x					PNSR/DRS
Assurer un soutien technique international régulier au PNSR (1mois homme /an)		x	x	x		PNSR
Formation international en technologie SR et en management (5 cadres /an) pour les responsables et les prestataires		x	x	x		PNSR /DRS
Organiser des voyages d'étude, d'information et d'échange d'expériences (5 cadres /an du niveau national et régional)		x	x	x		PNSR/DRS
Doter le PNSR et le niveau régional en matériels informatiques et roulants	x	x				PNSR
Assurer une connexion Internet efficace et permanente du PNSR et au niveau régional	x	x				PNSR
Mettre en place d'une unité de collecte et d'analyse des données SR		x				
Allouer un budget de fonctionnement suffisant du PNSR central		x	x	x	x	MS /coopér
RESULTAT ATTENDU 2 : la Coordination avec les intervenants en SR est renforcée						
Mettre en place une unité de partenariat pour les coordonner et suivre projets de coopérations SR , Programmes en liaison avec la SR , ONG , secteurs connexes intervenant en SR.....		x				PNSR
Mettre en place un comité national et des comités régionaux de prévention des décès maternels et néonataux : groupant MS , autres ministères(jeunesse , femme) et ONG oeuvrant dans le domaine	x					DSSB
Organiser des réunions semestrielles du comité national		x x	xx	xx	xx	PNSR
RESULTAT ATTENDU 3 : Le système d'information sur la SR est fiable et performant						
Former les prestataires à l'utilisation et bonne tenue des supports de collecte des données	x	x				PNSR/SNIS
Rendre disponibles et en quantité suffisante les supports de collecte , les carnets de santé et les fiches médicales individuelles	x					PNSR/SNIS
Réviser les supports actuels de collecte des données SR en vue de les alléger		x				PNSR/SNIS
Former les responsables régionaux et départementaux en matière d'analyse des données (logiciels appropriés)		x	x			PNSR/SNIS

II) PLAN D'ACTION SR 2008 -2012

Le plan d'actions est développé ci-après comporte :

- Un cadre logique : décrivant pour chaque composante , les objectifs principaux les objectifs intermédiaires , les résultats attendus et les actions à mettre en œuvre . La cadre indique également les indicateurs vérifiables de suivi /évaluation , les sources de vérification et hypothèses/risques sont également
- Un Chronogramme d'exécution du plan qui indique la période d'exécution durant la période 2008-2012 , la source de financement et les responsables de la mise en œuvre . Comme l'indique le chronogramme l'exécution va être décentralisée u niveau des régions et les départements.

CADRE LOGIQUE DU PLAN D'ACTION SR 2008-2012

Composante 1 : Santé maternelle et néonatale

OBJECTIF PRINCIPAL	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Hypothèse Risques
D'ici 2012, contribuer à la réduction de la mortalité maternelle de de 30 % et néonatale de 20%			
OBJECTIF INTERMÉDIAIRE 1 : D'ici 2012 ,le taux de couverture Périnatale (CPN , AA ,CPON) est augmentée de 20 % à l'échelle nationale et de 40% dans les régions déficitaires (actuellement< au taux national)			
RESULTAT ATTENDU 1 : La surveillance des grossesses et la surveillance postnatale sont améliorées sur le plan quantitatif et qualitatif dans toutes les formations sanitaires			
ACTIONS 1 <ul style="list-style-type: none"> - Organiser des activités avancées/mobiles intégrant la CPN et la CPON - Généraliser les consultations pré et postnatales de qualité, avec accueil et counseling adéquats, dans tous les CS et PS. - Equiper les structures sanitaires en matériel nécessaire au déroulement des consultations prénatales. - Former le personnel selon les normes actualisées de la CPN et la CPON - Supplémenter en fer et assurer une prophylaxie Palu toutes les femmes qui viennent en CPN. - Vacciner les femmes en âge de procréer contre le tétanos. - Doter les CS et les PS en supports éducatifs imprimés conformément à la stratégie nationale de communication en SR - Doter les CS en matériel audio visuel pour diffusion de messages d'éducation pour la santé. - Mener des activités de CCC en faveur de la CPN et la CPON auprès des femmes des hommes . 	<ul style="list-style-type: none"> - % de femmes qui reçoivent 1 CPN - % de femmes qui bénéficient de la CPON - % de celles bénéficiant de 3 CPN - % des centres adéquatement équipés - % de personnel formé en normes CPN et CPON femmes enceintes - % de femmes en CPN qui reçoivent le Fer et la prophylaxie du palu. - % de femmes en CPN qui reçoivent le VAT2 - % des structures disposant de supports éducatifs imprimés - % de CS disposant de matériel et de supports audio visuels - % des hommes et femmes connaissant les bienfaits de la CPN et CPON 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Enquête /statistique</i> <i>Idem</i> <i>Rapports formation Statistiques</i> <i>Idem</i> <i>Supervision</i> <i>Idem</i> <i>Enquête CAP</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Devant le faible accès aux services , la stratégie avancée et mobile est incontournable pour étendre les services aux populations reculées

OBJECTIF INTERMEDIAIRE 2 : D'ici 2012 , le taux d' Accouchement assisté sera de 85% à l'échelle nationale et dépassera 75 % dans toutes les régions			
RESULTAT ATTENDU 2 : Le recours et l'offre de l'assistance de qualité à l'accouchements sont améliorés dans toutes les maternités des HR et des CS			
ACTIONS 2			
<ul style="list-style-type: none"> - Tenir dans chaque structure un registre des parturientes à risque élevé et mettre en place un suivi individualisé, en collaboration avec les familles et/ou la communauté, en vue de les amener à un accouchement assisté. - Former/recycler les SF et les accoucheuses auxiliaires à l'accouchement et l'utilisation du partogramme. - Elaborer et diffuser des messages (de proximité , radio nationale et locale ,Télé , dans les mosquées et les cérémonies...) pour inciter les femmes à accoucher en milieu assisté. - Mener en coordination avec les ONGs locales et les leaders des campagnes de sensibilisation de masse en faveur de la CPN et de l'accouchement assisté. - Mettre en place des réseaux communautaires facilitant l'accès des femmes à l'accouchement assisté 	<ul style="list-style-type: none"> -% des GARE ayant bénéficié d'un orientation et d'une PEC adéquate au cours de l'accouchement -% des agents utilisant le partogramme. - % des hommes et des femmes connaissant des bienfaits et acceptant l'AA - Nb de compagnes menées en partenariat -Nb de Réseaux identifiés et mis en place dans les départements 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Enquête Statistique</i> <i>Supervision</i> <i>Enquête CAP</i> <i>Rapports d'activités</i> <i>Supervision</i> 	
OBJECTIF INTERMEDIAIRE 3 : D'ici 2012 au moins 80% des accouchements à risque sont référés à temps et pris en charge adéquatement dans les maternités des HR et les sales d'accouchement des CS			
RESULTAT ATTENDU 3 : les soins obstétricaux et néonataux d'urgence de qualité sont disponibles dans toutes les maternités (SONU /CS et SONUC /HR)			
ACTIONS 3			
<ul style="list-style-type: none"> - Rénover et/ou améliorer les équipements des CS et de PS (avec SF) offrant les meilleures conditions et garantissant la sécurité - Renforcer la formation pratique de tous les médecins généralistes et les SF en soins obstétricaux d'urgence de base surtout l'utilisation des instruments (ventouse et 	<ul style="list-style-type: none"> - % des CS et PS (avec SF) répondant aux normes de sécurité de l'AA -% des complic. Obstétric. prises en charge dans les CS -% des CS disposant d'unités fonctionnelles 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Supervision</i> <i>Registre</i> <i>Supervision</i> 	

<p>AMIU).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place des unités de réanimations des nouveaux nés et former le personnel en la matière - Doter les structures en médicaments, équipements et matériels pour assurer sur place les soins obstétricaux d'urgence de base. - Disposer d'une banque de sang fonctionnelle - Compagne de promotion du don du sang - Renforcer le parc des ambulances (2 pour chaque l'HR , 1 à 2 pour CS selon la taille de la population). - Mettre en place un mécanisme communautaire pour faciliter l'accès de la femme aux soins obstétricaux d'urgence. - Auditer tous les décès maternels au niveau des régions - Mettre en place un système de référence et contre référence avec des moyens de communication fonctionnels (ambulance, téléphone). - Dotation des blocs opératoires des maternités d'anesthésistes réanimateurs - Généraliser le Forfait Obstétrical à toutes les régions et impliquer les pédiatres dans le circuit 	<ul style="list-style-type: none"> -% des CS disposant des tous les moyens pour offrir les SOU % des HR disposant d'une banque fonctionnelle - % des structures disposant d'ambulance fonctionnelle - % des femmes et hommes connaissent les signes de dangers des accouchements . - Nb d'audits réalisés - % de Césarienne réalisé dans les maternités régionales -% des structures ayant introduit le forfait 	<p><i>Supervision</i></p> <p><i>Supervision</i></p> <p><i>Supervision</i></p> <p><i>Enquête CAP</i></p> <p><i>Rapport d'audit</i></p> <p><i>Registre maternité</i></p> <p><i>Registre</i></p>	
<p>OBJECTIF INTERMEDIAIRE4 : D'ici 2012 , le nombre de Nné infectés par le VIH est réduit de 50%</p>			
<p>RESULTAT ATTENDU 4 : La PTME est mise en place et généralisée à tous les HR, les CS</p>			
<p>ACTIONS 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - Former/recycler le personnel chargé de la PTME - Fournir les réactifs nécessaires. - Réserver un espace pour le counseling pré et post test . - Dépistage du VIH chez les femmes enceintes - Orienter et suivre les cas positifs pour Traitement 	<ul style="list-style-type: none"> - % de personnel formé - disponibilité des réactifs -% des grossesses reçoivent le counseling - % de femmes enceintes bénéficient du dépistage . - % des cas + orientés pour prise en charge 	<p><i>Rapport/ formation</i></p> <p><i>Supervision</i></p> <p><i>Statistiques</i></p> <p><i>Idem</i></p> <p><i>Idem</i></p>	<p>la PTME constitue une composante stratégique pour maintenir un taux bas de la séroprévalence</p>

OBJECTIF INTERMEDIAIRE 5 : D'ici 2012 , le taux de morbidité maternelle liée à la fistule Obstétricale est réduit de moitié			
RESULTAT ATTENDU 5 : les cas de Fistule Obstétricale sont repérés et identifiée dans toutes les régions et orientées pour prise en charge			
ACTIONS 5 - Former une équipe de Chirurgiens au Tt chirurgical de la FO - Former le personnel à reconnaître les Fistules Obstétricales - Procéder à une recherche active de la FO dans toutes les régions et orienter les cas dépistés vers les centres de référence pour prise en charge et suivi post opératoire . - Développer un programme CCC et de plaidoyer pour lutter contre les facteurs prédisposant à la FO	Nb de chirurgiens formés et opérationnels Nb de personnel formé Nb de fistuleuses recensées et orientées vers la prise en charge % de population connaissant les facteurs prédisposant à la FO	<i>Liste nominative</i> <i>Statistiques</i>	Les efforts à fournir dans l'identification et la prise en charge devraient être consentis dans la prévention

Composant 2 : Espacement des Naissances

OBJECTIF PRINCIPAL : D'ici 2012 l'ISF sera < ou = à 5,5 enfants / par femme	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de Vérification	Hypothèses : Risques
OBJECTIF INTERMEDIARE : -- D'ici 2012 augmenter la prévalence de la contraception de 50 % . --D'ici 2012 augmenter de 50% les « couple/année /protection (CAP)	Prévalence contraceptive CAP	Enquête nationale (20 Système d'information	
RESULTAT ATTENDU 1 : les services de PF de qualité sont dispensés par toutes les formations sanitaires y compris les équipes mobiles.			
ACTIONS 1 - Intégrer les services de PF dans les activités de tous les services sanitaires - Intégrer la PF dans le paquet de services offerts par les activités avancées /équipes mobiles. - Fournir toute la gamme des contraceptifs y compris le DIU et les implants notamment aux structures où il y a une sage femme formée. - Equiper les CS et les PS de matériel nécessaire aux services PF - Formation du personnel en normes PF - Organiser des séminaires de sensibilisation à l'attention du personnel de santé en faveur des activités de PF. - Former le personnel en technique de calcul « Couple/ Année /Protection » (possibilité de recruter un expert international ?)	- Proportion du personnel formé au 2012 - La PF est intégrée dans le paquet de services SR offert par la stratégie avancée et mobile -30% des CS et PS (avec SF) offrent le DIU et les implants en 2012. - Proportion de structures équipées - % de personnel formé - % de personnel ayant participé aux séminaires - % du personnel maîtrisant la technique	- Rapports /formation - statistique -statistique - Supervision rapports/formation - rapports séminaires - Supervision	Volonté politique pour la relance de la PF à tous les niveaux et motivation des responsables du secteur sanitaire Leaders et communautés sensibilisés sur les bienfaits de la PF
RESULTAT ATTENDU 2 : Le recours aux services PF et leur utilisation sont améliorés			
ACTIONS 2 - Mise en œuvre d'une stratégie nationale de communication sociale spécifique à la PF	- Stratégie élaborée , diffusée et mise en œuvre à partir de 2008	Document de la stratégie	Stratégie PF fait partie de la

Composante 3 : Santé de la Reproduction des Adolescents et des jeunes

OBJECTIFS PRINCIPAL : D'ici 2012 les besoins en IEC et en services SR AJ sont satisfaits dans toutes les régions	Indicateurs objectivement vérifiables % des AJ bénéficiant de l'IEC/ SR % des AJ bénéficiant des services SR	Sources de Vérification Statistiques	Hypothèses / Risques Engagement politique
OBJECTIF INTERMEDIAIRE : D'ici 2012 la SSR des Adolescents et des Jeunes est prise en compte et mise en œuvre par le PNSR	La SRAJ est intégrée dans les plans annuels au niveau central ,régional et départemental	Rapports d'activités Supervision statistiques	Les freins sociaux sont atténués
RESULTAT ATTENDU 3 : Les Adolescents et les Jeunes bénéficient d'une stratégie spécifique CCC en matière de SSR			
ACTIONS 3 <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place de protocoles de partenariat entre les DRS et les Délégations régionales de la culture de la jeunesse et du sport - Appuyer les organisations de la jeunesse et les ONGs pour atteindre les jeunes et les informer et les éduquer en SSR. - Encourager la création de réseaux communautaires de jeunes dans les villages pour renforcer leur information en matière de SSRAJ. - Plaidoyer auprès des leaders politiques , religieux , traditionnels pour la promotion de la SR des A et J - Utiliser les radios communautaires pour informer les jeunes en matière de SSRAJ. - Sensibiliser les jeunes sur le danger de la transmission du VIH/SIDA et les moyens de les prévenir - Sensibiliser les jeunes aux conséquences des grossesses non désirée et sur les moyens de les éviter - Suivre et évaluer les activités de sensibilisation des jeunes. - Mener un plaidoyer pour le retardement de l'âge au mariage (18 ans et plus) des jeunes filles et l'abolition 	Nb de régions ayant établi les protocoles Nb d'organisations oeuvrant dans la sensibilisation des AJ NB de Réseaux communautaires mis en place Nb de séances organisées à l'intention des leaders Nb d'émissions consacrées à la SRAJ - % des jeunes des 2 sexes connaissant les dangers des rapports non protégés et connaissent les moyens de prévention - %des jeunes des 2 sexes connaissant au moins 3 méthodes de contraception - % des jeunes es 2 sexes utilisant le préservatif.	Document Rapports d'activités Supervision /Rapports Rapports Rapports Enquête CAP SSRAJ Idem Idem	La stratégie CCC/SRAJ Fait partie de la Stratégie nationale de communication Nécessité d'intervention multisectorielles dans le cadre de la stratégie nationale de SSRAJ Actions prioritaires auprès des AJ vulnérables et à risque Plaidoyer auprès du dispositif législatif du pays pour fixer un âge légal pour la fille et pour abolir la MGF

des pratiques traditionnelles néfastes - Création progressive de cellules d'écoute et d'orientation des AJ (au sein des structures de santé ou autres structures qui s'apprêtent)	- Nb de séances de plaidoyer auprès des personnes influentes sur la question -Nb de cellules créées	Rapports Supervision /Rapports	Coordination avec les structures de la jeunesse et ONG
RESULTAT ATTENDU 2: L'offre et l'utilisation des services de SSRAJ est augmenté.			
ACTIONS 2 - Former les prestataires en techniques spécifiques de communication. avec les A et J. -Intégrer les services SSR offerts aux jeunes par le médecin chef , Chef de poste et la Sage Femme du CS (IST, contraception) dans les consultations des CS et les PS . -Prise en charge des IST des AJ par l'approche syndromique dans toutes les structures - Faciliter l'accès des AJ à la contraception (méthodes adaptées (préservatif , pilule , contraception d'urgence...))	- Nb de personnel formé - Nb de consultations spécifiques aux SSRAJ. - Nb de cas traités -Quantité de contraceptifs distribués aux AJ	-Rapports de formation Supervision /Statistiques Idem Idem	Les approches de communications avec les AJ sont différentes de celles utilisées avec les autres populations Stratégie nationale SSR approuve l'accessibilité des AJ aux services

Composante 4 : IST			
OBJECTIF PRINCIPAL: Contribuer à la lutte contre la propagation du VIH	Indicateurs vérifiables	Source de vérification	Hypothèses /Risques
OBJECTIF INTERMEDIAIRE : D'ici 2012 la prévalence des IST est réduite de 30%			
RESULTAT ATTENDU 1 : La population et particulièrement les adolescents et les jeunes est sensibilisée en matière de lutte anti IST			
ACTIONS 1 <ul style="list-style-type: none"> - Elaborer et mettre en exécution la stratégie nationale de communication en matière des IST - Développer un guide d'éducation à l'intention des relais et des pairs éducateurs dans les différents milieux - Identifier et former des relais et des pairs éducateurs dans les différents milieux - Organiser des séances d'éducation au niveau des structures - Elaborer et diffuser les supports éducatifs sur les IST (imprimés ,et audio visuels , promotionnels..) - Organiser des campagnes de sensibilisations en partenariat avec les départements connexes et les ONGs au niveau des régions et des départements - Utiliser des médias pour passer les messages éducatifs (surtout radio locales /communautaires) - Mener des actions de plaidoyer auprès des leaders pour les sensibiliser sur les problèmes des IST - Identifier et cibler par les actions CCC les groupes vulnérables et à risque - Cibler en priorité les adolescents et jeunes des deux sexes - Promouvoir l'utilisation des préservatifs 	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie spécifique élaborée - Guide élaboré et utilisé - Nb de personnes relais et de pairs éducateurs - Nb de séances organisées -Nb et types de supports - Nb de campagnes realices - Nb de messages diffusés par les radios locales - Groupes identifiés bénéficient d'actions spécifiques -% des Ado et jeunes bénéficiant des actions par rapport à l'ensemble des bénéficiaires - Nb de préservatifs distribués 	<ul style="list-style-type: none"> Document Guide Rapports d'activités Registre d'activités IEC Supports Rapports d'activités Rapport des radios Rapports d'activités Statistiques IEC Statistiques 	<ul style="list-style-type: none"> Coordination des actions synergiques avec le programme VIH/SIDA et les départements concernés

RESULTAT ATTENDU 4 – 2 : les capacités de diagnostic et de traitement des IST (prise en charge syndromique) sont renforcées

ACTIONS 2

- Réviser , adapter et diffuser les Algorithmes IST
- Arrêter la liste des médicaments essentiels révisée en tenant compte de sensibilité des germes et médicaments disponibles ;
- Prendre en charge dans les sites de prestation des soins primaires les IST conformément aux algorithmes
- Offrir les services complet de diagnostic, traitement et de conseilsatisfaisants conformément aux directives nationales dans le domaine de la prise en charge des IST dans les hôpitaux de région offrent.
- Promouvoir le traitement des partenaires et la prévention de la réinfection
- Instituer un Système de référence fonctionnel
- Renforcer le Centre de référence nationale pour IST

- Algorithmes actualisés et utilisés
- Liste de médicaments arrêtés et ceux sont disponibles au niveau des structures
- % des sites qui prennent en charge correctement les IST
- % des hommes et des femmes atteints d'IST qui sont pris en charge par les hôpitaux
- % de patients atteints d'IST dont les partenaires sont orientés pour traitement
- système de référence fonctionnel
- Le centre national de référence est performant

Supervision

Statistiques

Statistiques
Statistiques

Supervision
Rapports
d'activités

RESULTAT ATTENDU 3 La Syphilis congénitale ainsi que le chancre mou chez les femmes enceintes sont éradiqués

ACTIONS 3 :

- . - Dépister la syphilis congénitale au cours de la 1^{ère} CPN pour les femmes de 15 à 24 ans
- Traiter adéquatement les femmes séro-positives
- Traiter adéquatement les chancres mous dépistés chez les femmes enceintes

- % de femmes enceintes âgées de 15 à24 ans ayant bénéficié du dépistage
- % des femmes Séro-positives ayant bénéficié d'un traitement adéquat
- % des femmes ayant des chancres mou aynat bénéficié d'un traitement adéquat

Statistiques

RESULTAT ATTENDU 4 les stratégies et les programmes de prévention des IST sont appliqués à grande échelle pour les VIH +

ACTIONS 4

Dispenser au niveau des sites des soins primaires le traitement complet anti IST aux VIH + et leurs partenaires

% des VIH+ et leurs partenaires ayant bénéficié de soins complets anti-IST

Statistiques

PNSR/Prog
VIH/SIDA

RESULTAT ATTENDU 5 : la surveillance des IST dans le cadre de la surveillance du 2^{ème} génération du VIH est améliorée			
ACTIONS 5 - Réaliser une étude de prévalence des IST chez les femmes enceintes consultant en prénatal - Notifier systématiquement les IST par syndrome ou par étiologie - Réaliser au moins deux études de prévalence des IST chez les jeunes et les groupes à risque élevé	- Etude réalisée - Incidence annuelle - Etudes réalisées	Rapport de l'étude Rapports	
RESULTAT ATTENDU 4 – 6. des interventions ciblées à l'intention des populations à haut risque et vulnérables (jeunes, routier, marins,...) sont identifiées et appliquées			
ACTIONS 6 - Evaluer les besoins sanitaires en matière de lutte contre les IST y compris le VIH chez les groupes vulnérables et à haut risque - Identifier et prendre les mesures politiques , juridiques et réglementaires pour l'application de plans d'interventions ciblées adaptées au contexte socio-culturel du pays - Encourager le dépistage des IST chez les jeunes de 15-24 ans notamment chez ceux qui en sont atteints	- le groupe vulnérable et à haut risque sont identifiés ainsi que leurs besoins sanitaires en matière de lutte contre les IST. - les mesures sont identifiées pour appliquer les plans d'interventions -% des jeunes ayant fait le dépistage parmi ceux qui sont atteints	- rapport d'évaluation des besoins -Textes politiques , juridiques et réglementaires décrétés	
RESULTAT ATTENDU 7 : Les services de conseils et de dépistage volontaire du VIH sont mis en place			
ACTIONS 7 - Mettre en place et généraliser progressivement des centres de conseil et de dépistage volontaire du VIH - Promouvoir les services de conseil et de dépistage volontaire du VIH chez les patients porteurs d'IST	- Nb de centres fonctionnels - % des dépistages chez les patients atteints d'IST	Supervision Statistiques	PNSR/PROG VIH/SIDA

CHRONOGRAMME D'EXECUTION DU PLAN STRATEGIQUE

Composante 1 : Santé Maternelle et néonatale

	PERIODE D'EXECUTION					SOURCE DE FINANCEMENT	RESPONSABLE D'EXECUTION
	2008	2009	2010	2011	2012		
OBJECTIF PRINCIPAL : D'ici 2012, contribuer à la réduction de la mortalité maternelle de 30 % et néonatale et infantile de 20%							
OBJECTIF INTERMEDIAIRE 1 : D'ici 2012 ,le taux de couverture Périnatale (CPN , AA ,CPON) est augmentée de 20 % à l'échelle nationale et de 40% dans les régions déficitaires (actuellement< au taux national)							
RESULTAT ATTENDU 1 : La surveillance des grossesses et la surveillance postnatale sont améliorées sur le plan quantitatif et qualitatif							
ACTIONS 1							
- Organiser des activités avancées/mobiles intégrant la CPN et la CPON	X	X	X	X	X	MS / Coopération	DRS / Moughataa
- Généraliser les consultations pré et postnatales de qualité, avec accueil et counseling adéquats, dans tous les CS et PS.	X	X	X	X	X	MS	DRS / Moughataa
- Equiper les structures sanitaires en matériel nécessaire au déroulement des consultations prénatales.	X	X	X			MS /Coopération	DRS / Moughataa
- Former le personnel selon les normes actualisées de la CPN et la CPON	X	X				Coopération	PNSR / DRS /
- Supplémenter en fer et assurer une prophylaxie Palu toutes les femmes qui viennent en CPN.	X	X	X	X	X	MS /Coopération	Moughataa DRS /
- Vacciner les femmes en âge de procréer contre le tétanos.	X	X	X	X	X	MS /Coopération	Moughataa DRS /
- Doter les CS et les PS en supports éducatifs imprimés conformément à la stratégie nationale communication en SR		X	X	X	X	Coopération	Moughataa PNSR / DRS /
- Doter les CS en matériel audio visuel pour diffusion de messages d'éducation pour la santé.		X	X			Coopération	Moughataa
- Mener des activités de CCC en faveur de la CPN et la CPON auprès des femmes des hommes .	X	X	X	X	X	MS /Coopération	DRS / Moughataa DRS / Moug

RESULTAT ATTENDU 2 : La qualité et le taux des accouchements assistés sont améliorés

ACTIONS 2

- Tenir dans chaque structure un registre des parturientes à risque élevé et mettre en place un suivi individualisé, en collaboration avec les familles et/ou la communauté, en vue de les amener à un accouchement assisté.	X	X	X	X	X	MS	DRS / Moughataa
- Former/recycler les SF et les accoucheuses auxiliaires à l'accouchement et l'utilisation du partogramme.	X	X	X			Coopération	PNSR/ DRS / Moughataa
- Elaborer et diffuser des messages (de proximité , radio nationale et locale ,Télé , dans les mosquées et les cérémonies...) pour inciter les femmes à accoucher en milieu assisté.		X	X	X	X	MS /Coopération	DRS / Moughataa
- Mener en coordination avec les ONGs locales et les leaders des campagnes de sensibilisation de masse en faveur de la CPN et de l'accouchement assisté.	X	X	X	m		MS /Coopération	DRS / Moughataa
- Mettre en place des réseaux communautaires facilitant l'accès des femmes à l'accouchement assisté							DRS / Moughataa

RESULTAT ATTENDU 3 :La qualité et la disponibilité des soins obstétricaux d'urgence sont améliorées

ACTIONS 1-3

- Rénover et/ou améliorer les équipements des CS et de PS (avec SF) offrant les meilleures conditions et garantissant la sécurité	X	X	X	X	X	Coopération	DRS / Moughataa
- Renforcer la formation pratique de tous les médecins généralistes et les SF en soins obstétricaux d'urgence de base surtout l'utilisation des instruments (ventouse et AMIU).	X	X	X	X		Coopération	PNSR/ DRS / Moughataa
- Mettre en place des unités de réanimations des nouveaux nés et former le personnel en la matière	X	X	X	X	X	Coopération MS/ Coopération	DRS / Moughataa
- Doter les structures en médicaments, équipements et matériels pour assurer sur place les soins obstétricaux d'urgence de base.	X	X	X			MS	
- Disposer d'une banque de sang fonctionnelle	X	X	X			Coopération	CNTS/DRS
- Compagne de promotion du don du sang	X	X	X	X	X		

- Renforcer le parc des ambulances (2 pour chaque l'HR , 1 à 2 pour CS selon la taille de la population).	X	X	X	X	X	-	DRS Moughataa
- Mettre en place un mécanisme communautaire pour faciliter l'accès de la femme aux soins obstétricaux d'urgence.	X	X	X			- MS/ Coopération	DRS
- Auditer tous les décès maternels au niveau des régions	X	X	X			MS	DRS/Moughataa
- Mettre en place un système de référence et contre référence avec des moyens de communication fonctionnels (ambulance, téléphone).	X	X	X			MS /Coopération	DRH /DRS
- Dotation des blocs opératoires des maternités d'anesthésistes réanimateurs							PNSR/DRS
- Généraliser le Forfait Obstétrical à toutes les régions et impliquer les pédiatres dans le circuit							
RESULTAT ATTENDU 4 : La PTME est généralisée à tous les HR, les CS							
ACTIONS 1-4							
- Former/recycler le personnel chargé de la PTME	X	X	X			Coopération	PNSR/DRS
- Fournir les réactifs nécessaires.	X	X	X	X	X	MS	PNSR
- Réserver un espace pour le counseling pré et post test.	X	X	X			MS	/PNLS/DRS
- Dépistage du VIH chez les femmes enceintes selon le protocole préconisé.	X	X	X	X	X	MS/Coopération	DRS
- Orienter et suivre les cas positifs vers NKC pour Traitement	X	X	X	X	X	-	PNSR/PNLS /DRS DRS
RESULTAT ATTENDU 5 : L'identification et la prise en charge de la Fistule Obstétricale sont améliorées							
ACTIONS 1-5							
- Former le personnel à reconnaître les Fistules Obstétricales	X	X	X	X	X	Coopération	PNSR/DRS
- Procéder à une recherche active de la FO dans toutes les régions et orienter les cas dépistés vers les centres de référence pour prise en charge et suivi post opératoire .	X	X	X	X	X	MS/Coopération	PNSR/DRS
- Développer un programme CCC et de plaidoyer pour lutter contre les facteurs prédisposant à la FO						Coopération	PNSR/DRS

Composante : Espacement des Naissances

OBJECTIF PRINCIPAL : D'ici 2012 l'ISF sera < ou = à 5,5 enfants / par femme	PERIODE					SOURCE DE FINANCEMENT	RESPONSABLE
OBJECTIF INTERMEDIAIRE : - D'ici 2012 augmenter la prévalence de la contraception de 50 % . --D'ici 2012 augmenter de 50% les « couple/année /protection (CAP)	2008	2009	2010	2011	2012		
RESULTAT ATTENDU 1 : L'Offre et la qualité des services de PF sont améliorés.							
ACTIONS 1							
- Intégrer les services de PF dans les activités de tous les services sanitaires	X	X	X	X	X	-	DRS/Moughataa
- Intégrer la PF dans le paquet de services offerts par les activités avancées /équipes mobiles.	X	X	X	X	X	MS / Coopération	DRS/Moughataa
- Fournir toute la gamme des contraceptifs y compris le DIU et les implants notamment aux structures où il y a une sage femme formée.	X	X	X	X	X	MS / Coopération	PNSR/DRS
- Equiper les CS et les PS de matériel nécessaire aux services PF	X	X	X			MS /Coopération	DRS /Moughataa
- Formation du personnel en normes PF		X	X			Coopération	DRS
- Organiser des séminaires de sensibilisation à l'attention du personnel de santé en faveur des activités de PF.		X	X			Coopération	PNSR / DRS
- Former le personnel en technique de calcul « Couple/ Année /Protection » (possibilité de recruter un expert international)	X	X				Coopération	PNSR /DRS
RESULTAT ATTENDU 2 : L'utilisation des services de PF est augmentée							
ACTIONS 2							
- Mise en œuvre d'une stratégie nationale de communication sociale spécifique à la PF	X					Coopération	PNSR
- Elaborer et diffuser des supports éducatifs en matière de PF se basant sur la stratégie		X	X	X	X	Coopération	PNSR/ DRS

- Organiser régulièrement des séances éducatives sur la PF dans les structures.	X	X	X	X	X	-	DRS /Moughataa
- Former et impliquer les agents communautaires pour sensibiliser et orienter les utilisatrices de la contraception		X	X	X	X	MS /Coopération	DRS /Moughataa
- Organiser du plaidoyer auprès des hommes, des chefs des villages, des leaders d'opinion et des chefs religieux en PF.		X	X	X	X	MS /Coopération	DRS /Moughataa
- Mener en coordination avec les ONGs locales des campagnes de sensibilisation de masse en faveur de PF.		X	X	X	X	MS / Coopération	DRS /Moughataa
- Elaborer et diffuser des messages radiophoniques (radio locale nationale .		X	X	X	X	MS / Coopération	DRS /Moughataa
- Organiser des séances d'éducation de groupe dans les villages par le personnel de santé, les ASC, et les relais communautaires pour inciter les femmes et leurs époux à adopter les méthodes de PF.	X	X	X	X	X	-	DRS /Moughataa
- Informer la population sur la disponibilité et la gratuité des contraceptifs.							

RESULTAT ATTENDU 3 : La gestion des services de la PF est améliorée.

ACTIONS 3							
- Assurer l'approvisionnement régulier en contraceptifs des structures	X	X	X	X	X	MS / Coopération	PNSR /DRS
- Tenir les fiches de gestion des contraceptifs dans toutes les structures	X	X	X	X	X	-	DRS / Moughataa
- Superviser les équipes dans le domaine de la PF sur la base d'une grille de supervision pré-établie.						MS /Coopération	PNSR/DRS/ Moughataa

Composante 3 Santé de la Reproduction des Adolescents et de Jeunes

OBJECTIFS PRINCIPAL : D'ici 2012 les besoins en IEC et en services SR AJ sont satisfaits dans toutes les régions	PERIODE					SOURCE DE FINANCEMENT	RESPONSABLE
	2008	2009	2010	2011	2012		
OBJECTIF INTERMEDIAIRE : D'ici 2012 la SSR des Adolescents et des Jeunes est prise en compte et mise en œuvre par le Programme National de Santé de la Reproduction							
RESULTAT ATTENDU 1 : Les Adolescents et les Jeunes bénéficient d'actions spécifiques de sensibilisation et d'éducation en matière de SSR							
ACTIONS 1							
- Mettre en place de protocoles annuels de partenariat entre les DS et les Délégations régionales de la culture de la jeunesse et du sport		X	X	X	X	-	DRS
- Appuyer les organisations de la jeunesse et les ONGs pour atteindre les jeunes et les informer et les éduquer en SSR.		X	X	X	X	Coopération	PNSR / DRS / ONG
- Encourager la création de réseaux communautaires de jeunes dans les villages pour renforcer leur information en matière de SSRAJ.		X	X	X	X	Coopération	DRS / Moughataa
- Plaidoyer auprès des leaders politiques , religieux , traditionnels pour la promotion de la SR des A et J		X	X	X	X	Coopération	DRS / Moughataa
- Utiliser les radios communautaires pour informer les jeunes en matière de SSRAJ (contrats)		X	X	X	X	Coopération	DRS / Moughataa
- Sensibiliser les jeunes sur le danger de la transmission du VIH/SIDA et les moyens de les prévenir		X	X	X	X	Coopération	PNSR/PNLS/DRS
- Sensibiliser les jeunes aux conséquences des grossesses non désirée et sur les moyens de les éviter		X	X	X	X	Coopération	PNSR/DRS/Moughataa /Moughataa
- Suivre et évaluer les activités de sensibilisation des jeunes.		X	X	X	X		DRS / Moughataa
- Mener un plaidoyer pour le retardement de l'âge au mariage (18 ans et plus) des jeunes filles et l'abolition		X	X	X	X	-	PNSR / Min de la Femme /ONG

des pratiques traditionnelles néfastes - Création progressive de cellules d'écoute et d'orientation des AJ (au sein des structures qui s'apprêtent ou en dehors)		X	X	X	X	MS / MJ /Coopération	DRS / Délég Ministère de la jeunesse
RESULTAT ATTENDU 2: L'offre et l'utilisation des services de SSRAJ est augmenté.							
ACTIONS 3-2 -Former les prestataires en techniques spécifiques de communication. avec les A et J. -Intégrer les services SSR offerts aux jeunes par le médecin chef , Chef de poste et la Sage Femme du CS (IST, contraception) dans les consultations des CS et les PS . -Prise en charge des IST des AJ par l'approche syndromique dans toutes les structures - Faciliter l'accès des AJ à la contraception (méthodes adaptées (préservatif , pilule , contraception d'urgence...)		X	X			Coopération	PNSR / DRS
		X	X	X	X	-	DRS / Moughataa
	X	X	X	X	X	MS / Coopération	PNSR/ PNLS/DRS
		X	X	X	X	MS	PNSR / DRS

Composante 4 : Les infections sexuelles Transmissibles

OBJECTIF PRINCIPAL : Contribuer à la lutte contre la propagation du VIH et maintenir la séro- prévalence à son faible niveau	PERIODE					SURCE DE FINANCEMENT	RESPONSABLE
	2008	2009	2010	2011	2012		
OBJECTIF INTERMDIAIRE 4 : D'ici 2012 la prévalence des IST est réduite de 30%							
RESULTAT ATTENDU 1 : toute la population et en particulier la population vulnérable connaît les dangers et les moyens de prévention des IST							
ACTIONS 1							
- Elaborer et mettre en exécution la stratégie nationale de communication en matière des IST	X					Coopération	PNSR /DRS
- Développer un guide d'éducation à l'intention des relais et des pairs éducateurs		X				Coopération	PNSR
- Identifier et former des relais et des pairs éducateurs dans les différents milieux		X	X			Coopération	PNSR / DRS
- Organiser des séances d'éducation au niveau des structures	X	X	X	X	X	-	DRS/Moughataa
- Elaborer et diffuser les supports éducatifs sur les IST (imprimés ,et audio visuels , promotionnels..)		X	X			Coopération	PNSR
- Organiser des campagnes de sensibilisations en partenariat avec les départements connexes et les ONGs au niveau des régions et des départements		X	X	X	X	Coopération	PNSR /DRS/ONG
- Utiliser des médias pour passer les messages éducatifs (surtout radio locales /communautaires)		X	X	X	X	MS / Coopération	DRS
- Mener des actions de plaidoyer auprès des leaders pour les sensibiliser sur les problèmes des IST		X	X	X	X	Coopération	DRS /Moughataa
- Identifier et cibler par les actions CCC les groupes vulnérables et à risque et cibler en priorité les adolescents et jeunes des deux sexes		X	X	X	X	MS	DRS /Moughataa
- Promouvoir l'utilisation des préservatifs	X	X	X	X	X	MS / Coopération	PNSR / DRS

RESULTAT ATTENDU 2 : les capacités de diagnostic et de traitement des IST (prise en charge syndromique) sont renforcées

ACTIONS 2							
- Réviser , adapter et diffuser les Algorithmes IST	X					Coopération	PNSR
- Arrêter la liste des médicaments essentiels révisée en tenant compte de sensibilité des germes et médicaments disponibles ;	X					MS	PNSR
- Prendre en charge dans les sites de prestation des soins primaires les IST conformément aux algorithmes	X	X	X	X	X	MS	DRS/Moughataa
-Offrir les services complet de diagnostic, traitement et de conseil satisfaisants conformément aux directives nationales dans le domaine de la prise en charge des IST dans les hôpitaux régionaux.	X	X	X	X	X	MS	PNSR et DH
- Promouvoir le traitement des partenaires et la prévention de la réinfection	X	X	X	X	X	MS	DRS / Moughataa
- Instituer un Système de référence fonctionnel		X	X			MS / Coopération	HR /DRS
- Renforcer le Centre de référence nationale pour IST	X					Coopération	PNSR

RESULTAT ATTENDU 3 La Syphilis congénitale ainsi que le chancre mou chez les femmes enceintes sont éradiqués

ACTIONS 3 :							
. - Dépister la syphilis congénitale au cours de la 1 ^{ère} CPN pour les femmes de 15 à 24 ans	X	X	X	X	X	MS/Coopération	DRS / Moughataa
- Traiter adéquatement les femmes séro -positives	X	X	X	X	X	MS /Coopération	HR / DRS
- Traiter adéquatement les chancres mous dépistés chez les femmes enceintes	X	X	X	X	X	MS / Coopération	

RESULTAT ATTENDU 4:les stratégies et les programmes de prévention des IST sont appliqués à grande échelle pour les VIH +

ACTIONS 4							
Dispenser au niveau des sites des soins primaires le traitement complet anti IST aux VIH + et leurs partenaires	X	X	X	X	X	MS /Coopération	PNSR /PNLS /DRS

RESULTAT ATTENDU 5 : la surveillance des IST dans le cadre de la surveillance du 2^{ème} génération du VIH est améliorée							
<p>ACTIONS 4-5</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réaliser une étude de prévalence des IST chez les femmes enceintes consultant en prénatal - Notifier systématiquement les IST par syndrome ou par étiologie - Réaliser au moins deux études de prévalence des IST chez les jeunes et les groupes à risque élevé 	X	X	X	X	X	Coopération - Coopération	PNSR DRS / Moughataa PNSR
RESULTAT ATTENDU 6. des interventions ciblées à l'intention des populations à haut risque et vulnérables (jeunes, routier, marins,...) sont identifiées et appliquées							
<p>ACTIONS 4-6</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluer les besoins sanitaires en matière de lutte contre les IST y compris le VIH chez les groupes vulnérables et à haut risque - Identifier et prendre les mesures politiques , juridiques et réglementaires pour l'application de plans d'interventions ciblées adaptées au contexte socio-culturel du pays - Encourager le dépistage des IST chez les jeunes de 15-24 ans notamment chez ceux qui en sont atteints 	X	X	X	X	X	MS /Coopération MS MS	PNSR / PNLS PNSR PNSR / DRS
RESULTAT ATTENDU 7 : Les services de conseils et de dépistage volontaire du VIH sont mis en place							
<p>ACTIONS 4-7</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en place et généralisation progressive de centres de conseil et de dépistage volontaire du VIH - Promouvoir les services de conseil et de dépistage volontaire du VIH chez les patients porteurs d'IST 		X	X	X	X	MS / Coopération MS	PNSR /PNLS /DRS PNSR / PNLS/DRS