



## GAGNER DU TERRAIN : EXÉCUTION DES PLANS DE MISE EN ŒUVRE AU COÛT ÉTABLI

EXPÉRIENCES ET LEÇONS DE LA TANZANIE



Mettre en œuvre le Plan de Mise en Œuvre au Coût Établi pour la planification familiale permettrait d'éviter plus de

**9,7 millions**

de grossesses non désirées,

**1,3 millions**

d'avortements à risques et plus de

**24,000**

décès maternels entre 2010 et 2015.



En 2015, le Plan de Mise en Œuvre au Coût Établi (CIP) économiserait au total

**529 millions**

de dollars en dépenses de santé directes



### HISTORIQUE

Depuis le Sommet de Londres sur la Planification Familiale (PF) en 2012, 33 pays se sont jusqu'à présent engagés à rendre des services volontaires de PF de haute qualité, des informations, et des produits plus disponibles, acceptables et abordables à plus de 120 millions de femmes et de filles dans 69 pays les plus pauvres du monde d'ici 2020. Ces engagements ont évolué en un partenariat mondial connu comme [Planification Familiale 2020](#) (PF2020). Le [Partenariat Ouagadougou](#) a émergé d'une conférence de 2011 en Afrique de l'Ouest, où les pays ont convenu d'atteindre au moins 1 million de femmes supplémentaires dans la région avec des services de PF en 2015. Le respect des engagements veillera à ce que chaque femme et chaque fille a le droit, et les moyens, de façonner sa propre vie — de grandir, de s'épanouir, et de planifier la famille qu'elle veut.

Les plans de mise en œuvre au coût établi (CIP) sont des plans d'action pluriannuels qui contiennent des projections de ressources détaillées pour atteindre les objectifs d'un programme de PF. Le CIP permet aux pays de concrétiser et suivre les progrès vers leurs engagements. Jusqu'à présent, 16 pays ont développé des CIP : Bangladesh, Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, République Démocratique du Congo, la Guinée, le Kenya, le Mali, la Mauritanie, le Niger, le Nigeria, le Sénégal, le Togo, la Tanzanie, Ouganda, et la Zambie.

Traduire les CIP en action, et finalement en résultats, exige une approche délibérée soutenue au processus d'exécution dans l'ensemble du plan. Cette notion peut sembler simple et directe, mais elle peut être complexe. Les planificateurs stratégiques conviennent que la planification échoue rarement ; c'est l'application qui échoue.

Une littérature abondante décrit les facteurs qui peuvent bloquer un plan, notamment le manque d'adhésion et de propriété, des lignes de responsabilités floues, le manque d'efforts dévoués pour mobiliser les ressources, l'inhabilité de reconnaître et de faciliter les processus de changement, une mauvaise communication et coordination entre les parties prenantes, et la compétence de direction et de gestion inadéquate pour effectuer l'exécution.

Deux ans avant le Sommet de Londres, en mars 2010, la Tanzanie est devenue le premier pays à lancer un CIP. Juin 2014 a marqué quatre années de la mise en œuvre de son plan, qui expire en décembre 2015. Ce rapport d'étude de cas rend compte du processus de traduire et de soutenir le plan en "action" et en "résultats mesurables" — ce qui a été accompli, les défis, et les leçons apprises. Il est basé sur des consultations avec les parties prenantes, menées en avril 2014 pour comprendre le processus de mise en œuvre, et est enrichi par des rapports sur les efforts de suivi de la performance.

L'expérience de la Tanzanie offre des leçons pour d'autres pays qui sont en cours de développement et d'exécution d'un CIP. Toutefois, ce rapport est principalement destiné à partager le processus d'exécution plutôt que de documenter les résultats programmatiques de mise en œuvre. Un rapport documentant les résultats achevés en Tanzanie sera disponible à la fin de 2015.

### LA PLANIFICATION FAMILIALE EN TANZANIE

Les services modernes de PF sont disponibles en Tanzanie depuis plus d'un demi-siècle. Ils ont été introduits à la fin des années 1950 par la filiale « International Planned Parenthood Federation » Chama cha Uzazi na Malezi Bora Tanzania (UMATI) et offerts dans le

cadre du programme de santé maternelle et infantile du gouvernement depuis le début des années 1970. L'utilisation des méthodes modernes a quadruplé en deux décennies, de 6,6% en 1992 à 27,4% en 2010. Le rythme de croissance a toutefois été incohérent ; le taux de croissance annuel était d'environ 1,5 points de pourcentage dans les années 1990 mais a chuté à 0,6 au cours des années 2000. Cette perte de vitesse a été attribuée aux priorités de santé et de développement, qui ont détourné les ressources de la programmation de la PF. La population Tanzanienne a été multipliée par cinq entre les années 1950 et 2000, exerçant une pression sur les ressources disponibles des infrastructures humaines, financières, affectant par conséquent la capacité du pays à suivre le rythme de la demande de services. En 2012, la population a atteint environ 45 millions, avec près de la moitié de la population (46%) étant en âge de procréer (15-49 ans). Une femme sur quatre dans ce groupe d'âge a un besoin non-satisfait de contraception. En outre, les jeunes (15-24 ans) représentent 54% de la population en âge de procréer en Tanzanie, mais seulement 12% utilisent des méthodes contraceptives.

Reconnaissant les défis inhérents à la santé et au développement socio-économique du pays, en plus des taux élevés de la mortalité maternelle et le besoin non satisfait de contraception, la Tanzanie a fixé un objectif ambitieux d'atteindre un taux de prévalence contraceptive de 60% (CPR) d'ici à 2015. Cet objectif était reflété dans le Plan Stratégique de feuille de route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile en Tanzanie (National Road Map Strategic Plan to Accelerate Reduction of Maternal, Newborn and Child Deaths in Tanzania) (2008-2015), connu sous le nom le "Plan Unique," dans le cadre des efforts visant à opérationnaliser les engagements du pays aux objectifs du millénaire pour le développement (Millennium Development Goals). Bien que le "Plan Unique" ait établi



*Hon. Prof. David Mwakyusa, ancien ministre, MOHSW, coupe le ruban lançant le nouveau NFPCIP en Tanzanie.*

la direction pour la PF en Tanzanie, il n'a pas d'indications sur la façon dont le pays devrait atteindre cet objectif ou le niveau de ressources qui serait nécessaire. Ce manque d'informations a donné l'impulsion pour développer un CIP détaillé, maintenant connu comme le [National FP Costed Implementation Program 2010-2015](#) (NFPCIP).

## APERÇU DU NFPCIP

En mars 2010, Hon. Prof. David H. Mwakyusa, alors ministre de la Santé et des Affaires Sociales en Tanzanie, a lancé le Programme de mise en œuvre au coût établi (CIP), qui contenait cinq principaux domaines techniques (appelés des domaines d'action stratégiques) : la sécurité contraceptive, le renforcement des capacités, la prestation des services, la gestion des systèmes de santé, et le plaidoyer. Le plan, élaboré après un processus de consultation d'un an avec un large groupe de parties prenantes, a identifié deux priorités stratégiques : la sécurité contraceptive et l'intégration de la PF dans d'autres services de santé.

Atteindre l'objectif de 60% du taux de prévalence contraceptive (CPR) d'ici 2015 exigerait une croissance annuelle en CPR de 6 points de pourcentage. Cela se traduit par 5,2 millions d'utilisateurs de contraception servis et un nombre estimé à 235 millions de dollars américains mobilisés dans les cinq ans (ou 4,3 dollars américains par femme en âge de procréer par an). La mise en œuvre du plan prévoyait d'éviter plus de 9,7 millions de grossesses non désirées, 1,3 millions d'avortements dangereux, et plus de 24,000 décès maternels entre 2010 et 2015. En 2015, le CIP prévoyait également d'économiser 529 millions de dollars américains en dépenses de soins de santé directs.

## PASSER D'UN PLAN À L'ACTION SOUTENUE ET À DES RÉSULTATS

Le passage du développement à l'exécution du CIP a été rapide et immédiat, juste après le lancement en mars 2010. Il comprenait une brève phase de transition de trois mois, ce qui a permis de mettre en place l'exécution. La base de cette transition réussie avait déjà été établie au cours de l'élaboration du plan même, principalement grâce à l'engagement inclusif et approfondi des parties prenantes, et à travers le plaidoyer intensif pour obtenir un soutien politique et la visibilité de la PF dans le programme de développement national. En outre, grâce à la création du Groupe de travail technique (TWG) en 2008, les parties prenantes étaient déjà résolues à travailler ensemble pour repositionner la PF ; par conséquent, le CIP a représenté une feuille de route commune vers une vision commune. Ce qui suit décrit les efforts conjoints délibérés des parties prenantes pour

déplacer le plan en action soutenue (et finalement en résultats) et les leçons apprises.

## Le Pouvoir propriétaire du pays

**Réalisant une mission commune pour une vision partagée.** Parmi les parties prenantes de la PF en Tanzanie, le lancement du CIP a signalé un appel à l'engagement renouvelé au repositionnement de la PF. Cela signifiait également une responsabilité partagée, une responsabilité mutuelle, et le travail bien coordonné vers une vision partagée. Le jour du lancement, le 30 mars 2010, un Appel à l'Action a été publié qui décrivait les contributions de toutes les parties prenantes, y compris les membres du Parlement ; les autorités gouvernementales de district central, et régional ; les partenaires au développement ; les organisations de la société civile (CSO); les organisations non gouvernementales ; et le secteur privé. Par la suite, le TWG a adopté le mantra "Une vision, Un plan," visant à communiquer le principe clé que le CIP serait un plan guidant tous les plans de travail et les activités des partenaires. En octobre 2013, lors de la première conférence nationale sur la PF, plus de 200 intervenants ont signé une [Déclaration d'Engagement](#) une autre déclaration puissante suivant l'Appel à l'Action de 2010 soulignant une vigueur renouvelée et un engagement commun pour intensifier et accélérer les efforts visant à réaliser l'accès universel à la PF volontaire en 2020.

**Montrer l'exemple.** La proclamation publique, et l'action sur, l'engagement du gouvernement étaient essentielles à rallier d'autres intervenants au plan. Peu de temps après le lancement du CIP, le gouvernement de la Tanzanie (GOT) a plus que doublé son financement annuel pour les produits contraceptifs, par rapport à celui des cinq années précédentes, à ~ 9,3 millions de dollars américains. Ce financement est passé par un nouvel élément budgétaire établi pour la PF dans le budget national, créé à la suite d'un résultat d'efforts de plaidoyer considérables. Cet acte audacieux a également stimulé les partenaires de développement à accroître les ressources pour soutenir la PF. En 2012, le Département australien des affaires étrangères et du commerce (DFAT) et le Département britannique pour le développement international (DFID) ont rejoint l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) et le Fonds des Nations-Unies (FNUAP) comme bailleurs de fonds dominants en produits contraceptifs.

En outre, depuis le lancement du plan, la haute direction au sein du GOT a fait plusieurs déclarations publiques sur l'engagement du pays à la PF. Parmi les plus notables a été l'Honorable Président Dr. Jakaya Kikwete assistant



*Hon. Président Dr. Jakaya Kikwete livrant les engagements de la Tanzanie au Sommet de Londres, juillet 2012.*

au Sommet de Londres à grande visibilité, où il a fait les [six engagements de PF 2020](#). Au cours du lancement du rapport du recensement national de 2012, l'Honorable Premier Ministre Mizengo Pinda a reconnu la croissance rapide de la population comme un défi aux efforts de développement du gouvernement, quand il a été confronté sur le sujet du besoin des citoyens à utiliser la PF. En mai 2014, le Président Kikwete a attesté à nouveau la lenteur des progrès dans la réduction de la mortalité maternelle et néonatale comme attribuée à une faible utilisation de la PF, entre autres facteurs, lors du lancement du "Plan Unique Aiguisé". Contrairement au "Plan Unique" d'origine, le "Plan Unique Aiguisé" a inclus la PF comme l'une des quatre interventions à fort impact, identifiée. Les autres interventions sélectionnées comprenaient les soins à la naissance, les soins du postpartum et postnatals, la sécurité des produits de base, et les initiatives de responsabilisation et de transparence.

**Elever la visibilité de la PF.** La faible visibilité de la PF dans les programmes de santé et de développement est en partie attribuable à la perte de vitesse du programme de PF au début des années 2000. Les efforts visant à repositionner la PF en Tanzanie et développer le CIP ont été fixés à inverser cette tendance. La première année de la mise en œuvre du CIP a donné lieu à plusieurs politiques et plaidoyers clés aux plus hauts niveaux des programmes de développement national. Il s'agit notamment de l'intégration des objectifs à réduire la fécondité totale et les taux de croissance de la population dans National Strategy for Growth and Reduction of Poverty II (MKUKUTA II) et la création d'une cible distincte de PF (élément budgétaire) au sein du cadre des dépenses à moyen terme (MTEF) du Ministère de la santé et des affaires sociales (MOHSW). Des efforts ont également été faits pour engager les médias à augmenter la couverture de la PF, dans le

but de placer la PF au centre des dialogues publics et politiques. Un exemple clé a été la campagne Green Star, qui a renforcé l'attention publique et la sensibilisation à la PF. La première conférence nationale sur la PF avec un thème — “Local Solutions to Local Problems” — a eu lieu à Dar es Salaam en 2013 et a réuni plus de 500 participants. Le thème était encore un autre témoignage de la visibilité croissante de la PF.

## Gouvernance et coordination : mise en œuvre du plan de renforcement

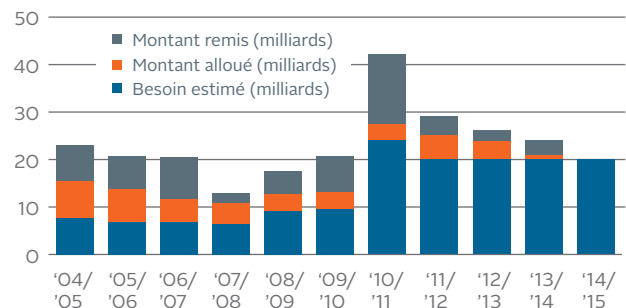
### **Surveillance claire et responsabilité des rôles.**

Pour exécuter le plan effectivement, une structure de gouvernance solide était nécessaire pour définir clairement les responsabilités de différents acteurs et assurer la responsabilité. Le MOHSW a été affecté comme l'intendant principal du plan, et le coordinateur national de PF a été désigné comme la personne clé pour le diriger, le gérer, et coordonner sa mise en œuvre. En outre, cinq agents de programme du MOHSW ont été assignés à chaque co-principal, l'un des cinq domaines techniques du CIP avec un partenaire désigné. A ce stade du plan, des efforts ont également été mis en place pour améliorer la capacité et les ressources du MOHSW pour assurer une mise en œuvre réussie. Par exemple, le personnel a été détaché auprès de l'unité de PF pour soutenir les efforts administratifs et logistiques, et soutenir les questions de la sécurité contraceptive.

**Mécanismes de coordination.** Avec de nombreux acteurs différents en jeu, un cadre de coordination inclusive pour faciliter la planification conjointe, la mise en commun des ressources, la prise de décision, et le partage d'informations et de responsabilités était crucial. Le TWG a été reconfiguré pour solidifier l'accent sur le CIP. Lors de l'élaboration du CIP, les partenaires ayant une expertise dans des domaines techniques spécifiques ont servi dans des groupes consultatifs stratégiques. Ces groupes consultatifs ont été décrétés comme sous-groupes de travail technique, et co-responsables (un agent de programme du MOHSW et un partenaire d'exécution) ont été affectés à servir en tant que personnes de ressources techniques pour leurs domaines techniques respectifs. En outre, quatre groupes de travail (configurés de façon similaire aux sous-groupes de travail technique) ont été mis en place pour soutenir les fonctions transversales suivantes : la mobilisation des ressources, la coordination du plaidoyer, le suivi des ressources et les résultats, et l'engagement des médias. Pour promouvoir le partage d'information, la gestion des connaissances, et la coordination parmi les partenaires, un [site Web](#) a été développé, constitué des fonctionnalités d'extranet et intranet. Extranet est

une source pour les ressources de planification familiale, comprenant des lignes directrices approuvées par le gouvernement, des documents de politique, et des manuels de formation. Le site intranet héberge la base de données de surveillance de la performance pour le CIP, le système e-TrainTracker pour capturer des données sur la formation des prestataires, et le système de plan de travail électronique pour la planification conjointe entre les partenaires. L'information est partagée par l'intermédiaire de liste de diffusion générale et des espaces de travail électroniques pour les différents sous-groupes de travail technique et les équipes spéciales.

**Cascade du plan au niveau infranational.** Pendant les années 1990, le gouvernement de la Tanzanie (GOT) a introduit la décentralisation par la politique de transfert (D par D) pour transférer la responsabilité financière, le pouvoir, et l'autorité du niveau central aux autorités du gouvernement local (LGA) pour améliorer la prestation des biens et des services publics, y compris les services de santé. Dans ce contexte politique, la responsabilité du CIP devait être déléguée au niveau du district. Au début, le CIP a été principalement axé sur le niveau national (c'est-à-dire, pas d'objectifs spécifiques sur la PF ou de cibles ont été affectés au niveau régional ou de district, et les activités n'étaient pas alignées au mandat des autorités gouvernementales locales (LGA) pour l'allocation des ressources). Cependant, il est rapidement devenu évident que le CIP avait besoin d'être cascadié au niveau des LGA pour assurer que les fonctions, les processus, et les ressources alloués à la PF étaient en ligne avec le plan. Pour répondre à ce besoin, les intervenants ont élaboré les plans de santé National Package of Essential Family Planning Interventions for the Comprehensive Council (2010) pour traduire les domaines techniques du CIP en activités qui pourraient être intégrées en plans complets de conseils sur la santé (CCHP) et en budget des LGA. Des réunions de plaidoyer à haut niveau entre les dirigeants régionaux et de district ont également été menées pour sensibiliser sur la nécessité d'augmenter les ressources pour la PF et assurer que la PF a été incluse dans les CCHP annuels du district ainsi que d'autres plans de développement.



## Mobilisation des ressources : clé de la réussite de mise en œuvre du plan

**Plaidoyer budgétaire.** Après le lancement du CIP, le plaidoyer budgétaire l'a emporté considérablement sur d'autres types de plaidoyer. C'était en effet crucial pour répondre aux besoins en ressources financières du plan. Les coalitions locales de la société civile ont été formées et données la capacité d'influencer le gouvernement de la Tanzanie à augmenter l'allocation des ressources de PF au niveau national et de district. Avant le CIP, le MTEF n'avait pas d'éléments budgétaires spécifiques pour la PF, et une voix importante pour influencer le budget du GOT au Parlement, manquait. Avec le plaidoyer intense, un élément budgétaire a été créé en 2011, et un Club de Planification Familiale Parlementaire a été créé. En outre, en 2010/2011, le GOT a plus que doublé son financement annuel pour les produits contraceptifs (environ 9,3 millions de dollars américains) par rapport à celui des cinq années précédentes. En fait, le "propre" financement du GOT a plus que doublé, de 0,5 milliards de shillings en 2010/2011 à 1,2 milliards de shillings en 2011/2012. Ce succès initial n'a pas été soutenu au premier abord, cependant ; en 2012/2013, le GOT n'a pas alloué de fonds pour la PF en raison d'intérêts rivaux entre les décideurs politiques. Cependant, au cours de l'année budgétaire 2014/2015, le GOT a alloué 2 milliards de shillings à la PF — le double du montant fixé l'année précédente, et la plus grande allocation depuis que l'élément budgétaire pour la PF a été créé en 2010.

**Coordination des bailleurs de fonds.** Avec un produit intérieur brut de 630 dollars américains par habitant (en 2013), la Tanzanie fonctionne avec des ressources limitées. Au cours des cinq dernières années, seulement 5-7% du produit brut de la Tanzanie a été consacré à des dépenses de santé ; en outre, seulement 1-2% des dépenses de santé ont été dirigées à la PF. Ainsi, pour que le CIP soit mis en œuvre, une quantité considérable de ressources est nécessaire à mobiliser d'autres sources, notamment des partenaires au développement. Des Champions, comme Tim Manchester (décédé), conseiller en planification familiale et santé de la reproduction au bureau de l'USAID/ Tanzanie, a contribué à engager et influencer les bailleurs à augmenter les ressources et les rediriger vers le plan. Ceci, avec l'engagement renouvelé du gouvernement démontré par les allocations budgétaires pour la PF, a généré des réponses positives en provenance d'autres intervenants qui ont abouti à la stabilité des traitements de la contraception. Après que le DFAT et DFID ont rejoint l'USAID et l'UNFPA en tant que principaux bailleurs de fonds dans l'acquisition de produits contraceptifs, ils ont maintenu leur soutien dans la

## Faire de la Planification Familiale une Priorité d'Investissement pour les Autorités du Gouvernement Local

Lors de l'élaboration du CIP, il était clair que des ressources considérables seraient nécessaires pour mettre en œuvre des activités visant à atteindre l'objectif du pays de 60% CPR d'ici 2015, et que ces ressources seraient nécessaires rapidement. Les autorités du gouvernement infranational (c'est-à-dire, les LGA) représentent une source essentielle de financement pour la mise en œuvre du CIP à travers le CCHP. Par conséquent, le défi était de savoir comment cascader le CIP aux LGA pour assurer que la PF a été une priorité dans les allocations budgétaires au niveau du district, entre autres demandes concurrentes.

En 2010, le MOHSW conduit les partenaires à l'élaboration des directives et des procédures pour aider les équipes de gestion du Conseil de la santé (CHMT) à mieux planifier et budgéter pour les interventions de PF dans leurs CCHP. Ces orientations, dénommées National Package of Essential Family Planning Interventions pour le CCHP, ont été diffusées à environ 90 des 169 districts en Tanzanie. D'autres interventions dirigées vers les districts ont inclus le plaidoyer intense avec les dirigeants de district et régionaux, le soutien technique CHMT au cours de la préparation du budget, l'utilisation de champions aux niveaux national et de district, et le renforcement des capacités des CHMT sur l'utilisation des données de PF pour la prise de décisions. Le suivi annuel des budgets a montré un succès remarquable dans les allocations budgétaires pour la PF. Le nombre de districts comprenant la PF dans leurs budgets a augmenté de 26 en 2008 (budget de 5,7 millions de shillings) à 64 en 2013 (budget de 1,2 milliards de shillings).

En juillet 2011, le MOHSW et le Bureau du Premier Ministre ont révisé les directives du Council Health Planning pour améliorer l'orientation fournie à ceux qui sont impliqués dans le développement du CCHP. Bien que ces révisions ont permis d'intégrer la PF comme une intervention appropriée dans le domaine prioritaire de santé maternelle, néonatale, et infantile, ils n'avaient pas besoin que les LGA allouent des ressources pour la PF. En novembre 2014, après une série de réunions de sensibilisation en tête à tête avec les hauts responsables et les négociations de haut niveau entre le MOHSW et le Bureau du Premier Ministre, l'Administration régionale et le gouvernement local, une directive de budget pour l'inclusion de la PF était approuvée à la circulation à tous les conseils municipaux et de district. En outre, pour soutenir la directive du budget, la base de données Local Government Planning and Reporting Database (PlanRep3) — un outil informatique utilisé par les LGA dans la planification, la budgétisation, la projection, et le suivi des recettes — a été révisé pour inclure la PF comme un domaine prioritaire.

mesure où aucunes ruptures de stocks ne se sont produites au niveau national en 2013 ou 2014.

**Donner la priorité aux investissements.** Il était impératif que des ressources limitées soient dirigées vers les efforts les plus susceptibles de donner des résultats, sans nier l'objectif clé de la réalisation d'accès universel à la PF. Le suivi des dépenses les deux premières années du plan a révélé que la plupart du financement a été dirigé vers les régions avec un taux de prévalence contraceptive élevé, et que les régions avec un taux de prévalence contraceptive faible avaient la plus petite part d'interventions. Cette observation a facilité une décision de diriger les ressources vers les régions les moins performantes et les districts dans les zones Occidentales et du Lac de la Tanzanie. Pour assurer l'équité de la répartition des ressources et maximiser les résultats en utilisant des interventions à fort impact et sur mesure, les partenaires ont développé des critères pour la sélection du site qui considéraient le niveau de taux de prévalence contraceptive d'un site, les besoins non satisfaits, la population, et la contribution au CPR national. Ces efforts ont informé le Plan d'Action FP2020, et par la suite le "Plan Unique Aiguisé," lancé en 2014.

## Suivi de la performance et responsabilité : suivre le plan

**Suivi et compte rendu des résultats.** Peu après le lancement du CIP, un mécanisme de suivi de la performance a été créé pour suivre la quantité des ressources mobilisées ou dépensées, les progrès vers la mise en œuvre des activités, et les résultats par rapport aux objectifs énoncés dans le CIP. La conception de ce mécanisme était une mission conjointe donnée au suivi de mobilisation des ressources, l'attribution, la mise en œuvre de l'activité, et les résultats du groupe de travail établi immédiatement après le lancement du CIP. Le mécanisme de surveillance du rendement est un processus cyclique "planifier-agir-évaluer" qui a impliqué 1) la collecte et l'analyse des données trimestrielles sur les engagements de ressources, les dépenses de ressources, et les résultats obtenus au trimestre précédent de tous les acteurs de mise en œuvre, y compris le gouvernement; et 2) l'examen des données et le développement des recommandations pour la planification future. Le simple outil, à base de papier sur le *Suivi des ressources, de l'activité, et des résultats* a été utilisé au début et ensuite remplacé par une base de données sur la surveillance/la performance du CIP ([www.nfpcip.rchs.go.tz](http://www.nfpcip.rchs.go.tz)). Ce système assure maintenant les suivis et rapporte le montant des ressources dépensées, la mise en œuvre de l'activité, et les résultats contre les indicateurs et les objectifs énoncés dans le CIP. Les données de prestation de

service sont également capturées dans le système de gestion d'informations sur la santé.

**Examens périodiques et ajustements.** Les données de ressource et les résultats recueillis sur une base trimestrielle sont partagés et discutés dans une réunion semi-annuelle des exécutants de PF, pendant une journée, qui rassemble le gouvernement, les bailleurs de fonds, et les partenaires d'exécution, y compris la société civile. Les décisions et recommandations de ces réunions s'écoulent dans les programmes du Groupe de travail technique (TWG) pour le suivi. Jusqu'à présent, six réunions semi-annuelles ont été convoquées, entièrement consacrées à l'examen des progrès du CIP. Les décisions clés ont été prises lors de ces réunions, ce qui entraîne des changements considérables dans le plan. Par exemple, en 2013, le CIP a été mis à jour pour redéfinir les priorités des stratégies et ajuster les objectifs basés sur les expériences des deux premières années de mise en œuvre, mettre à jour les projections comme un résultat de l'enquête démographique sur la santé de 2010 (DHS) et le recensement de la population et du logement en 2012, et prendre les questions émergentes (par ex., les engagements FP2020) en considération.

**L'engagement de la haute direction dans l'examen des progrès.** Les intervenants se sont efforcés d'engager en permanence la haute direction en examinant les progrès vers l'objectif de PF du pays. Les hauts dirigeants au sein du MOHSW ont présidé à des réunions d'examens semi-annuelles, et au moins deux séances ministérielles de haut niveau ont eu lieu pour discuter les problèmes de PF avec les intervenants. Par exemple, pour le coup d'envoi du processus de FP2020 dans le pays, le Ministre précédent de la santé et des affaires sociales, Dr. Hussein Mwinyi a présidé à une réunion d'intervenants de la PF en août 2012, où il a réitéré les engagements du pays au Sommet de Londres et a souligné la détermination du gouvernement à donner la priorité à la PF et augmenter le financement de la PF. Une autre réunion que l'actuel



Elèves du secondaire défendent Green Star lors du lancement régional à Mwanza, Tanzanie. (Image courtoisie de [JHU/TCCP](http://JHU/TCCP)).

Ministre de la santé et des affaires sociales Dr. Seif Rashid a présidée, a eu lieu en juillet 2014 pour faire le point sur les efforts du pays dans la mise en œuvre de FP2020.

## RÉFLEXIONS ET LEÇONS APPRISSES

Gagner du terrain pour mettre en œuvre le CIP était une tâche monumentale. Les intervenants en PF ont soulevé les questions suivantes au cours d'une séance de bilan après le lancement en mars 2010 : d'où viendra l'argent ? Comment devrions-nous travailler ensemble ? Que devrions-nous faire pour rendre le plan plus visible ? Comment saurons-nous que nous faisons des progrès ?

Maintenant, avec moins d'un an d'ici la fin du plan, plusieurs indicateurs clés suggèrent que l'exécution du plan a été couronnée de succès. Une étude menée en 2012 par MEASURE Evaluation a décrit la Tanzanie comme montrant des signes positifs de progrès envers un programme de PF repositionné. Plus précisément, le rapport indiquait un financement important pour la PF, une intendance efficace à travers le groupe de travail technique (en dépit d'être orienté par les bailleurs de fonds), l'engagement multisectoriel (à la fois une force et un défi), des politiques et des plans forts liés à la PF, et l'utilisation de données pour la prise de décision fondée sur des preuves. En outre, une étude menée en avril 2014 pour évaluer la mise en œuvre, a souligné le même message général — que gagner du terrain a été acquis dans l'exécution du plan. Cependant, plusieurs leçons ont également été tirées au long du processus. Ces leçons, décrites ci-dessous, informeront et façonneront la conception et l'exécution du plan ultérieur (NFPCIP II, 2016-2020), à développer vers la fin de 2015.

**La coordination de plusieurs intervenants est complexe ; les efforts dévoués et délibérés sont la clé de la promotion de la planification et l'action conjointe.** Dans la première année du CIP, les partenaires ont été invités à rendre compte des plans d'activité et des engagements de financement pour l'année entière, dans le but d'établir des déficits de financement et d'informer la planification conjointe. Cependant, cela a été considéré comme onéreux, et certains partenaires manquaient d'informations pour l'ensemble de la période des 12-mois. Cette obligation de déclaration a ensuite été retirée, ce qui entrave la capacité des partenaires à planifier de façon proactive des activités conjointes et évaluer les lacunes en matière de ressources. Alternativement, à la demande du gouvernement, les plans de travail de mois en mois ont été institués. Ils étaient principalement axés sur l'activité et ont aidé à faciliter l'organisation au sein

de l'unité de la PF du MOHSW et aider les partenaires à ne pas rivaliser pour le même personnel au sein de l'unité. Un membre du personnel administratif détaché au sein de l'unité a coordonné le mécanisme, mais quand la période de détachement a pris fin, la pratique a décliné. Enfin, en 2014, les intervenants ont convenu de reprendre la planification annuelle conjointe, et un outil de mappage des partenaires de la PF a été réintroduit. Malgré des défis de rapports similaires, des informations considérables ont été recueillies pour faciliter la planification pour le reste de la période du plan. Par exemple, l'outil de mappage a contribué à montrer la distribution géographique des ressources, ainsi que les domaines où il y a des lacunes en matière de ressources.

**Comme l'exécution gagne du terrain, le maintien d'une mission commune pour une vision commune doit rester une priorité.** Le CIP nécessite que tous les partis doivent rendre compte de leurs efforts — à fournir des ressources, mener des activités, livrer des produits, surveiller, et publier les résultats — en temps opportun et efficacement. Cependant, le maintien d'une mission commune au fil du temps peut être un défi, car les intérêts des parties prenantes, les priorités, et les programmes changent périodiquement ; les nouveaux arrivants au processus ne peuvent pas partager la mission commune ; et le financement des bailleurs de fonds et les priorités planifiées peuvent être décalés, bloquant le partenaire d'exécution au milieu. Bien que la flexibilité soit nécessaire pour accueillir de nouvelles idées et initiatives, les intervenants devraient continuer d'être encouragés à travailler vers un plan commun pour l'obtention de résultats ; autrement, le but de l'ensemble du plan est vaincu. L'engagement prudent et systématique des intervenants aide énormément à gérer les changements dans leurs intérêts, leurs concentrations, et les programmes globaux, qui à leur tour subissent une vision partagée.

En outre, comme décrit précédemment, plusieurs groupes de travail ont été établis après que le CIP a été lancé, afin de faciliter la coordination au sein et entre les différents domaines techniques du CIP. A ce jour, ces groupes de travail ont été au mieux, modérément actifs, et certains n'ont jamais vu le jour. Les groupes semblent être actifs seulement lorsque les rapports doivent être préparés pour les réunions semi annuelles d'examen de progrès, mais non pas pour leur objectif global visé. Plusieurs raisons contribuent à cette inactivité, notamment le manque d'un objectif précis, la fatigue de réunions, le changement de partenaire co-responsable, et un nombre limité de personnel au sein de l'unité de la PF pour diriger les groupes. Néanmoins, ces groupes jouent un rôle important non seulement pour faciliter la coordination et encourager la collaboration mais aussi

pour porter une attention particulière aux stratégies mises en œuvre et aux résultats obtenus. Simplement dit, ils favorisent la reddition des comptes et assurent que les différentes parties prenantes travaillant sur un domaine technique spécifique utilisent un langage et des messages communs. Des moyens meilleurs et plus efficaces d'engager ces groupes avec des objectifs concrets et des produits sont nécessaires pour réaliser leur objectif visé.

**La collaboration est instrumentale pour la coordination et l'utilisation efficace des ressources.**

Les parties prenantes de la PF en Tanzanie sont généralement un groupe hautement collaboratif. Dans la plupart des cas, les tâches principales sont menées conjointement, et la prise de décision par consensus est la norme. Le NFPTWG a une "règle" généralement acceptée pour aborder les tâches principales, qui consiste à développer un groupe de travail temporaire et l'attribution des rôles des parties prenantes allant de rôles consultatifs au partage des coûts. Ce principe de collaboration a soutenu la coordination complexe, multifacettes impliquée dans la prestation de la campagne [Green Star](#) dans les zones Occidentales et du Lac de la Tanzanie. Pour la campagne, des partenaires multiples ont travaillé de manière synchrone pour générer la demande, fournir des services, et mener le plaidoyer pour la PF aux populations qui ont longtemps manqué d'accès adéquat à ces services.

**Le plaidoyer porte ses fruits, mais doit être consistant et continu.** Plaidoyer — une intervention essentielle dans la réalisation des résultats du CIP — ne devrait pas être abordé comme un effort temporaire ou un événement isolé. Plutôt, cela devrait être un processus continu et cohérent qui va de pair avec la mise en œuvre du plan. C'est parce que les décideurs et les priorités peuvent changer. Les efforts de plaidoyer du CIP ont découvert plusieurs leçons clés dans le domaine de l'augmentation des ressources domestiques pour le plan. Par exemple, en dépit de l'allocation de ressources du gouvernement à la PF immédiatement après le lancement du CIP, le financement de la PF a été incohérent en raison de la compétition et l'évolution des priorités, des systèmes inadéquats pour nécessiter des allocations, le changement de leadership, et un manque général d'appréciation du rôle de la PF dans l'amélioration du bien-être familial et le développement socio-économique. Depuis le lancement du CIP, le MOHSW en Tanzanie a traversé plusieurs cycles de leadership, avec trois ministres différents, des médecins en chef, et des secrétaires permanents. Le leadership au sein de la section Santé reproductive et infantile (RCHS) a également changé deux fois. Bien qu'il y ait eu un

soutien général pour le programme de PF parmi tous les dirigeants, la rotation parmi les responsables du gouvernement nécessite une orientation rapide des décideurs entrants et le recadrage des messages de plaidoyer et des stratégies.

Comme les précédents efforts de plaidoyer, les efforts ultérieurs se concentrèrent davantage sur l'augmentation des ressources et moins sur l'environnement politique. Cela a été et continuera d'être la priorité donnée à la dépendance de la Tanzanie sur le soutien des bailleurs de fonds pour son programme de PF. Cependant, la même énergie et les stratégies doivent être réorientées pour favoriser un environnement politique. Certes, il y a eu des succès politiques remarquables depuis que le CIP a été introduit, y compris la formation de la ligne budgétaire sur MTEF, l'intégration de la PF dans le PlanRep3, et l'expansion de la gamme des méthodes pour inclure Jadelle, les contraceptifs d'urgence dédiés, et le Collier. Cependant, d'autres programmes politiques restent insuffisamment traités par les efforts de plaidoyer. Il s'agit notamment de la délégation des tâches, l'éducation sexuelle dans les écoles, la couverture de la PF par l'assurance maladie, et la mobilisation du soutien à la PF du secteur privé.

Une raison pour laquelle les efforts de plaidoyer n'ont pas été couronnés de succès est que de nombreux partenaires ont une compréhension insuffisante des activités de plaidoyer, souvent confondues avec l'information, l'éducation, et la communication ou avec le changement de comportement. En outre, seules quelques organisations s'engagent au plaidoyer de la PF, et les OSC locales sont largement absentes de ces efforts. Pour renforcer et soutenir les efforts du plaidoyer, la capacité de l'ensemble des OSC locales de défenseurs de la PF doit être renforcée, comme la Tanzanie compte actuellement une poignée d'OSC locales travaillant dans le plaidoyer de la PF. Cependant, selon la Fondation pour la société civile (Foundation for Civil Society), il y a plus de 5 000 OSC nationales qui pourraient être engagées à plusieurs niveaux (national, régional, district, et communautaire) pour traiter divers programmes de plaidoyer de PF, de la responsabilité politique et sociale à la mobilisation communautaire, afin d'augmenter la participation des citoyens et le soutien de la population pour la PF. Comme le nombre d'OSC engagées augmente, il est impératif que les coalitions régionales et de district d'OSC soient constituées et que leur engagement de leadership vers la PF soit soutenu. Une coalition nationale d'OSC similaire contribuerait à la lutte contre le programme de PF au niveau national tout en fournissant un soutien au niveau communautaire.



**Pour contribuer au développement socio-économique, la PF doit être intégrée et institutionnalisée au-delà du secteur de la santé.** Il n'y a aucun doute que des progrès ont été faits pour repositionner la PF au cours des 10 dernières années, mais cela a été confiné au secteur de la santé. Il est temps de passer au-delà de ce secteur et construire un cas pour la PF comme une partie intégrante de tout le développement durable. Les efforts de plaidoyer précédents ont réussi à faire inclure des objectifs de PF dans MKUKUTA II. Bien que cela représente la reconnaissance de la PF comme un outil pour atteindre les objectifs socio-économiques, cette reconnaissance n'a pas encore été traduite effectivement en pratique. Un [rapport récent](#) évaluant les possibilités de dividendes démographiques en Tanzanie ont indiqué que le pays doit être agressif et simultanément prioriser les investissements dans la réforme économique, la PF, l'éducation, les soins de santé, et la gouvernance afin d'achever la transformation socio-économique envisagée dans National Vision 2025 et l'initiative Big Results Now. Pour s'assurer que les objectifs de la PF sont correctement intégrés dans d'autres initiatives de santé et de développement, le développement et la mise en œuvre du CIP devraient s'étendre à tous les autres ministères touchés par une forte croissance de la population, tels que les finances, la protection sociale, l'éducation, et la Commission de planification. Le plan actuel de Big Results Now pour la santé souligne la nécessité pour le multi-secteur CIP II d'adopter un programme de développement plus large et impliquer un large éventail des intervenants pour coordonner des activités et des ressources.

**Lorsqu'engagés, et lorsque les systèmes sont en place pour soutenir l'engagement, les gouvernements infranationaux deviennent des joueurs clés dans l'exécution du plan.** Avant le CIP, pas de directives politiques, de directives, ou d'outils exigeaient les districts à allouer des ressources et donc à être engagés en avançant les objectifs nationaux de PF. Par conséquent, la plupart des districts n'avait pas l'allocation des ressources pour les activités de PF dans leur CCHP. Maintenant, à la suite des efforts de plaidoyer conjoints de plusieurs années, ces exigences sont en place. La question est de savoir si cela se traduira par l'engagement de districts accru et soutenu de la PF au cours du temps, et si le degré d'engagement saura répondre aux besoins dans les districts respectifs. Les expériences des efforts de plaidoyer au niveau du district soulignent la nécessité d'un plaidoyer soutenu pour assurer que la PF est entièrement intégrée et budgétisée dans les CCHP sur une base continue, et que les districts augmentent continuellement leurs propres ressources financières pour la mise en œuvre des activités de PF au-delà des périodes de financement

des bailleurs de fonds. Couplée avec des directives, l'assistance technique cohérente est nécessaire pour aider les gouvernements locaux à prendre des décisions éclairées, et fondées sur des preuves liées à la programmation et le budget pour la PF. Basé sur des leçons tirées de la mise en œuvre du CIP jusqu'à présent, il est impératif que le CIP II comprenne des buts et des objectifs au niveau du district pour faciliter la participation totale à tous les niveaux du système de santé et dans d'autres secteurs. Cela exige inévitablement aussi de forts mécanismes de coordination au niveau du district.

**L'harmonisation des bailleurs de fonds a augmenté les ressources, mais des possibilités inexploitées existent.** Parce que les bailleurs continueront d'être une source importante de ressources financières pour mettre en œuvre le CIP, ils doivent être pleinement engagés à aligner leurs contributions programmatiques et financières avec le CIP. Les Champions au sein de la communauté de bailleurs, ainsi que l'exigence du gouvernement aux problèmes de la PF, ont contribué à faciliter l'harmonisation des bailleurs de fonds et accroître la visibilité de la PF, mais il y a encore des possibilités inexploitées de renforcer l'engagement des bailleurs. Le GOT devra rallier les bailleurs et les partenaires autour du programme de PF, y compris les efforts de galvanisation existants et le soutien, pour s'assurer que la PF est au centre du programme de développement global des bailleurs. Le Development Partners Group, une entité ombrelle qui concerne l'assistance du bailleur dans la coopération au développement, est un forum de coordination établi qui doit être engagé et mis à profit pour faire avancer le programme de PF.

**Un effort concerté de mobilisation des ressources doit être au centre de planifier l'exécution.** Un des grands défis du CIP continue d'être la mobilisation de ressources suffisantes pour atteindre les objectifs de performance du plan de cinq ans. En fait, pour les domaines techniques de la prestation de services et de renforcement des capacités, seulement environ 13% and 22% des objectifs, respectivement, ont été mobilisés à la fin de la troisième année. La sécurité contraceptive a reçu la plus grande part des ressources, et jusqu'à présent 50% des ressources totales nécessaires pour ce domaine technique a été mobilisé. Bien qu'un groupe de travail ait été établi au début du plan pour travailler sur la mobilisation des ressources, ces efforts ont éventuellement diminué à l'exception du plaidoyer budgétaire impliquant le gouvernement. Par conséquent, il n'y avait pas d'efforts dévoués, systématiques, et persistants pour mobiliser des ressources, comme l'expansion de la base des bailleurs ou l'augmentation

des ressources nationales non gouvernementales. Néanmoins, la Tanzanie a connu une augmentation des ressources, principalement en raison du plaidoyer interne et des initiatives externes telles que FP2020. Des efforts initiés par le pays doivent être en place afin d'élargir la base de bailleurs et maintenir ou augmenter les niveaux de financement des bailleurs actuels. En outre, d'autres mécanismes de financement durables pour la PF doivent être considérés, comme l'exploration d'une assurance santé pour la PF et l'engagement intensif du secteur privé comme une ressource.

#### **Mieux cibler les ressources pour un impact maximum.**

Le prochain DHS (2015/2016) va révéler la mesure dans laquelle les activités de PF ont atteint leurs différents bénéficiaires visés, classés par âge, sexe, niveau d'éducation, et situation géographique. Cependant, l'examen des données de performance indiquent qu'il peut y avoir eu quelques occasions manquées à mieux cibler l'utilisation des ressources. Par exemple, selon le recensement de 2012, quatre femmes Tanzaniennes sur dix en âge de procréation (âgées de 15-49 ans) sont des jeunes (15 à 24 ans). En outre, selon le DHS de 2010, seulement 12% des jeunes utilisent des méthodes de contraception, et 23% des femmes sont des mères ou sont enceintes de leur premier enfant dès l'âge de 19 ans. Par conséquent, les jeunes doivent être au centre des efforts visant à réduire les besoins non satisfaits et augmenter l'absorption de la PF. Pourtant les interventions axées sur les jeunes ne représentent que 10% des estimations budgétaires du CIP.

Il est également nécessaire d'assurer l'équité tout en améliorant le ciblage des ressources. La concentration de ressources actuelles dans les zones Occidentales et du Lac était stratégique, car ces régions ont des taux bas d'utilisation et des nombres élevés de ménages. Cependant, pour atteindre un équilibre dans la répartition des ressources, les ressources ne devraient pas être simplement déplacées de régions performantes telles que Dar es Salaam, Morogoro, et Mbeya aux régions à faible rendement, principalement dans les zones Occidentales et du Lac. Il y a plusieurs raisons un tel changement devrait être découragé. Premièrement, le CPR de toutes les régions est inférieur à la contribution exigée projetée à l'objectif national de PF. Deuxièmement, les régions telles que Dar es Salaam, Mbeya, Kagera, Morogoro, et Dodoma ont de grandes populations de femmes et ont donc probablement un nombre absolu plus élevé de femmes ayant des besoins non satisfaits que dans les régions où le CPR est bas.

**Leadership solide du gouvernement ne devrait pas être anticipé sans l'attention portée au traitement des problèmes de capacité.** Grâce au MOHSW,

le gouvernement de la Tanzanie a maintenu son engagement à la gestion du CIP pour produire des résultats tout au long de la période de résultats. L'unité de PF, connue comme le "géant endormi" dans les RCHS au début des années 2000, s'est réveillé. Cependant, la capacité de l'unité n'a pas suivi le rythme de la croissance de la PF. Comme plusieurs partenaires ont rejoint le mouvement de PF, le nombre d'employés dans l'unité PF a diminué, certains sont partis en retraite, d'autres partant vers d'autres postes, sans remplacement pour un temps considérable. Ce manque de personnel a contribué au débordement du personnel de PF, l'incapacité de transférer des compétences au MOHSW, et à la demande croissante des partenaires pour le peu de personnel disponible. De même, comme avec d'autres bureaux du gouvernement, l'unité de PF est sous-financée et a besoin de soutien financier continu, d'administration de base et de logistique pour un fonctionnement efficace.

Les bailleurs de fonds ont fourni cet aide depuis plusieurs années, et les nouveaux membres du personnel ont récemment été détachés à l'unité afin de réduire la charge de travail du personnel actuel. Cependant, les efforts de plaidoyer avec les responsables du MOHSW et du gouvernement sont nécessaires pour assurer que les nouveaux employés et les ressources pour l'unité de PF sont une priorité — un mouvement qui va démontrer davantage l'engagement vers l'objectif PF du pays. Il convient également de noter que bien que ce rapport a noté les problèmes de capacité seulement au niveau central du MOHSW, des défis similaires au niveau infranational exigent des mesures pour assurer la dotation en personnel optimale.

**Suivi de la performance renforce la responsabilité et l'attention aux résultats, mais il y a place à l'amélioration.** La surveillance continue des ressources du plan et des résultats a facilité l'accent des parties prenantes et leur engagement. Pour la première fois, le GOT a dirigé plus de ressources vers les efforts de PF des partenaires et est mieux informé pour diriger et coordonner le programme. Le système de surveillance de la performance a également armé le MOHSW avec des données pour identifier les tendances (par ex., les activités et les ressources concentrées dans les zones de CPR élevé, les lacunes dans la disponibilité des services conviviaux pour les jeunes) qui peuvent faciliter les décisions sur la façon de réviser les stratégies, revoir les priorités des activités, et recentrer les investissements pour réduire les disparités.

Malgré ces atouts, le système de surveillance de la performance tombe à court dans plusieurs domaines. Par exemple, le système de gestion électronique des

informations sur la santé capture les statistiques du service de PF, mais ces données ne sont ni disponibles ni accessibles aux parties prenantes. Jusqu'à ce que cela change, les intervenants continueront de s'appuyer sur des données DHS, qui sont rassemblées et analysées seulement tous les cinq ans. Bien que le système basé sur le Web a eu plus de succès que le système fondé sur papier, la collecte des données est toujours difficile, et la priorité insuffisante est accordée aux rapports entre les partenaires. Cela affecte largement la fiabilité de l'information présentée dans les revues semi-annuelles. En outre, le mécanisme qui a été établi pour soutenir le suivi des actions des revues des progrès est erroné. Des efforts sont en cours pour améliorer le système, y compris la révision de la fonctionnalité de la plate-forme Web, l'introduction d'un tableau de bord CIP avec le minimum d'indicateurs de performance clés, et la promotion de l'utilisation des données pour les prises de décisions.

Certains partenaires n'ont pas la capacité de surveillance et d'évaluation au sein de leurs organisations et nécessitent donc plus de soutien et de formation pour utiliser la base de données de suivi de la performance pour le CIP. En outre, la base de données saisit seulement les activités liées à la PF menées par les partenaires d'exécution. La capture des données de niveau inférieur, comme des activités des LGA, CHMT, et les organisations à base communautaire, devront renforcer les capacités pour imposer l'utilisation du système au niveau infranational.

## RÉFLEXIONS FINALES

La Tanzanie a joué un rôle proactif dans le développement du CIP avant la déclaration de ses engagements FP2020 et a maintenu le cap pendant les quatre dernières années en traduisant son plan en action soutenue. Compte tenu de l'absence de statistiques fiables de service, la Tanzanie devra attendre jusqu'en 2016 pour déterminer si ces efforts accrus visant à repositionner la PF ont considérablement augmenté le CPR du pays. Il y a cependant, des indications que la tendance est positive. Néanmoins, l'expérience du pays avec l'exécution CIP fournit des leçons instructives à d'autres pays, en termes d'apprécier la valeur d'avoir un CIP et de comprendre les quatre facteurs qui soutiennent l'exécution efficace : l'appropriation par le pays, la gouvernance et la coordination, la mobilisation de ressources, la surveillance de la performance et la responsabilité. Comme plusieurs pays développent leur CIP et se trouvent en phase d'exécution, nous nous attendons à avoir des expériences et des leçons plus riches pour approfondir notre compréhension du processus d'exécution. En fin de compte, chaque pays aura une expérience unique adaptée à son

propre contexte, mais ces quatre facteurs facilitants resteront des éléments clés qui doivent être en place pour une exécution réussie. Il reste à voir si l'exécution des CIP conduira les pays à remplir leurs engagements FP2020 et à réaliser leurs objectifs de PF. Cependant, un CIP restera crucial en fournissant une feuille de route formalisée de la façon dont un pays a l'intention d'atteindre son objectif de PF et fournir des orientations essentielles aux parties prenantes — en particulier le gouvernement, le développement, et les partenaires d'exécution — pour comprendre les exigences budgétaires et prioriser les ressources limitées et les efforts pour atteindre les résultats souhaités.

## REMERCIEMENTS

Ce document a été écrit par Christine Lasway, Lucy Harber, et Sammy Musunga de FHI 360. Un remerciement spécial à nos réviseurs : Maurice Hiza, Coordinateur national de planification familiale au Ministère de la santé et des affaires sociales en Tanzanie; Halima Shariff, Directeur en Tanzanie du projet Advance Family Planning (AFP), Johns Hopkins University; Elizabeth Creel, Directrice du projet, Advancing Partners and Communities (APC), John Snow Inc.; Sarah Harlan, Agent principal du programme/Directrice de la formation, projet K4Health, Johns Hopkins Center for Communication Programs; et Kerry Aradhya, FHI 360.

L'expérience décrite dans ce document est le résultat des efforts de collaboration collectifs des partenaires du NFPTWG, notamment le MOHSW en Tanzanie pour son rôle de leadership et l'UNFPA, l'USAID, et DFID en tant que partenaires de développement. Les efforts de plaidoyer budgétaire cités ici représentent le travail du projet AFP, DSW, EngenderHealth, Futures Group, Human Promotion Trust, Marie Stopes Tanzania, et Pathfinder International. Le suivi de la performance est soutenu par FHI 360 et Health Access Initiative de la Fondation Clinton. La coordination des efforts est soutenue par Pathfinder International, FHI 360, et EngenderHealth. Cette publication a été créée grâce au soutien généreux du peuple américain à travers l'USAID aux termes du projet K4Health (AID-OAA-A-13-00068) et le projet APC (AID-OAA-A-12-00047). Le contenu est la responsabilité de FHI 360, et ne reflète pas nécessairement les vues de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis.

*2015 FHI 360. Tous droits réservés.*

## RÉFÉRENCES

Bujari P, McGinn E. Influencing Government Health Budgets in Tanzania: A Guide for Civil Society. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Initiative, Task Order 5, 2013. Available: [http://www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/1540\\_1\\_Budget\\_Advocacy\\_Booklet\\_.pdf](http://www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/1540_1_Budget_Advocacy_Booklet_.pdf)

Chitama D, Baltussen R, Ketting E, et al. From papers to practices: district level priority setting processes and criteria for family planning, maternal, newborn and child health interventions in Tanzania. BMC Women's Health 2011;11:46. Available: <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/11/46>

Family Planning in Tanzania: A Review of National and Districts Policies and Budgets. DSW, May 2014. Available: [http://www.dsw.org/uploads/tx\\_aedswpublication/family-planning-tanzania\\_update.pdf](http://www.dsw.org/uploads/tx_aedswpublication/family-planning-tanzania_update.pdf)

Judice NR, Snyder E. Framework for Monitoring and Evaluating Efforts to Reposition Family Planning. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation PRH, 2013.

Kahabuka C. Lessons from Implementation of the National Family Planning Costed Implementation Plan (NFPCIP) in Tanzania: Findings from Stakeholders' Consultations. May 2014.

National Bureau of Statistics, Ministry of Finance (Tanzania). 2012 Population and Housing Online Census Database. Government of Tanzania, 2013. Accessed January 30, 2015.

National Family Planning Costed Implementation Program 2010-2015 (Updated July 2013). Tanzania MOHSW. Available: <http://www.rchs.go.tz/index.php/en/resources/family-planning/strategy-policy-8.html>

National Package of Essential Family Planning Interventions for the Comprehensive Council Health Plans, September 2010. Tanzania MOHSW/Reproductive and Child Health Section.

National Road Map Strategic Plan To Accelerate Reduction of Maternal, Newborn and Child Deaths in Tanzania 2008-2015.

Lasway C, Madsen EL, Maiga M. Translating FP CIPs into Action: The Case of Senegal and Tanzania. Presentation at the CIP Experts Meeting, FP2020, May 2014.

Zulu E, Mueni E, Oronje R, Wasao S. Prospects and Challenges for Harnessing the Demographic Dividend in Tanzania. AFIDEP. July 2014. Available: [http://www.afidep.org/images/downloads/25.07.2014.Tanzania\\_Demographic\\_Dividend\\_Research\\_Brief\\_Final.pdf](http://www.afidep.org/images/downloads/25.07.2014.Tanzania_Demographic_Dividend_Research_Brief_Final.pdf)

World Bank Development Indicators. Available: <http://data.worldbank.org/country/tanzania>.

---

### Informations de contact :

Tous les commentaires et les questions peuvent être adressés à [publications@fhi360.org](mailto:publications@fhi360.org)

FHI 360  
359 Blackwell Street, Suite 200  
Durham, NC 27701 USA  
[www.fhi360.org](http://www.fhi360.org)

Citation suggérée : Lasway C, Harber L, Musunga S. (2015). Gaining traction: Executing costed implementation plans. Experiences and lessons from Tanzania. Durham, NC: FHI 360.

