



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



EXAMEN DES POLITIQUES DE GRATUITE DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE POUR LES CLIENTS EN AFRIQUE DE L'OUEST

Septembre 2018

Ce document a été produit en vue d'examen par l'United States Agency for International Development.
Il a été préparé par Anthony Leegwater et Ffiona Patel pour le Projet Health Finance and Governance.

Le Projet Health Finance and Governance

Le Projet Health Finance and Governance (HFG) de l'USAID contribue à améliorer la santé dans les pays en développement en facilitant l'accès de la population aux soins de santé. Dirigée par Abt Associates, l'équipe du projet collabore avec les pays partenaires afin d'augmenter leurs ressources intérieures pour la santé, de gérer ces ressources précieuses plus efficacement et de prendre des décisions d'achat judicieuses. Ce projet d'envergure mondiale de 209 millions USD d'une durée de six ans a pour but d'augmenter l'utilisation des services de santé à la fois primaires et prioritaires, y compris les services pour le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme et la santé de la reproduction. Conçu fondamentalement pour renforcer les systèmes de santé, le projet HFG aide les pays à gérer leurs transitions économiques nécessaires à l'atteinte de la couverture maladie universelle.

2018

Accord de coopération N° : AID-OAA-A-12-00080

Soumis à : Scott Stewart, AOR
Office of Health Systems
Bureau for Global Health

Citation recommandée : Anthony Leegwater et Ffyona Patel. 2018. *Examen des politiques de gratuité des services de planification familiale pour les clients en Afrique de l'Ouest*. Ce rapport a été préparé par l'équipe en charge du Projet Health Finance and Governance. Rockville, MD : Abt Associates Inc.



Abt Associates Inc. | 6130 Executive Boulevard | Rockville, MD 20852 USA
T : 301.347.5000 | F : 301.652.3916 | www.abtassociates.com

Avenir Health | Broad Branch Associates | Development Alternatives Inc. (DAI) |
| Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (JHSPH) | Results for Development Institute (R4D)
| RTI International | Training Resources Group, Inc. (TRG)



EXAMEN DES POLITIQUES DE GRATUITE DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE POUR LES CLIENTS EN AFRIQUE DE L'OUEST

AVIS DE NON-RESPONSABILITÉ

Les opinions des auteurs exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement celles de l'United States Agency for International Development (USAID) ou du Gouvernement des États-Unis.

TABLE DES MATIERES

Table des matières	i
Acronymes	iii
Remerciements	v
Résumé Exécutif	1
1. Introduction	5
1.1 Contexte et justification	5
1.2 Questions de recherche	5
1.3 Sélection du pays.....	5
2. Méthodes	7
2.1 Conception de l'étude et procédures.....	7
2.2 Collecte et utilisation des données secondaires.....	7
2.3 Passage en revue de la littérature	7
2.4 Passage en revue des documents de politique	8
2.5 Sujets des entretiens et échantillonnage	8
2.6 Analyse des données et sélection	11
3. Profil des pays ciblés par l'étude	13
3.1 Ghana	13
3.2 Mauritanie	19
3.3 Niger	25
4. Comparaisons entre pays	31
4.1 Thèmes communs à l'ensemble des pays ciblés par l'étude.....	31
4.2 Divergences entre les pays ciblés par l'étude	34
4.3 Résumé des politiques de planification familiale pour les pays témoins	36
4.4 Comparaisons entre les pays ciblés par l'étude et les pays témoins.....	40
5. Discussion et recommandations	48
5.1 Que signifie « PF gratuite » ?	48
5.2 Difficultés de mise en œuvre.....	48
5.3 Obstacles limitant l'accès.....	49
5.4 Données et recherches nécessaires	50
6. Conclusion et limites	52
6.1 Conclusion.....	52
6.2 Limites.....	52
Références	54
Annexe A: Matrice de sélection	59
Annexe B: Guide pour les entretiens	60
Annexe C : Informateurs clés	68
Annexe D : Tableau des politiques de PF	78



Liste des tableaux

Tableau 1. Résumé des thèmes communs.....	31
Tableau 2. Résumé des divergences.....	34
Tableau 3: Résumé des documents actuels de politique de planification familiale par pays	42
Tableau 4: Caractéristiques de base des six pays étudiés.....	45
Tableau 5: Tendances récentes des indicateurs de la PF ; Totaux de financement.....	46

ACRONYMES

AMPF	Association Mauritanienne pour la Promotion de la Famille (Mauritanie)
ANBEF	Association Nationale pour le Bien-Être Familial (Niger)
CFA	Franc CFA de l’Afrique de l’Ouest (devise au Niger)
CNS	Comptes nationaux de la santé
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
DBC	Distribution à base communautaire (Cote d’Ivoire, Mauritanie, Niger)
DIU	Dispositif intra-utérin
EDS	Enquête démographique et de santé
EIM	Enquêtes à indicateurs multiples
UNFPA	Fonds des Nations unies pour la population (<i>United Nations Population Fund</i>)
FP2020	Planification familiale 2020 (<i>Family Planning 2020</i>)
GHS	Service de santé du Ghana (<i>Ghana Health Service</i>)
HFG	Projet Financement et Gouvernance de la Santé (Health Finance and Governance)
HP+	Projet Health Policy Plus
ISF	Indice synthétique de fécondité
TPCm	Taux de prévalence des contraceptifs modernes
MdS	Ministère de la Santé (Ghana, Mauritanie)
MdSP	Ministère de la Santé publique (Niger)
MSI	Marie Stopes International
NHIA	Agence national d’assurance maladie (<i>National Health Insurance Agency</i>) (Ghana)
NHIS	Régime national d’assurance maladie (<i>National Health Insurance Scheme</i>) (Ghana)
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale

PANB	Plan d'Action National Budgétisé (Niger)
PF	Planification familiale
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA2020	Étude <i>Performance Monitoring and Accountability 2020</i>
PNSR	Politique Nationale de la Santé Reproductive (Mauritanie)
CHPS	Planification et services de santé communautaires (Community-based Health Planning and Services) (Ghana)
ROASSN	Regroupement des ONG et Associations du Secteur de la Santé (Niger)
SR	Santé Reproductive (ou Santé de la Reproduction)
SWEDD	Initiative régionale Autonomisation des femmes et dividende démographique au Sahel (Niger et Mauritanie)
USAID	Agence Américaine pour le développement international (United States Agency for International Development)
USD	Dollars des États-Unis (ou dollars US)
VIH/SIDA	Virus de l'Immunodéficience Humaine/Syndrome d'immunodéficience acquise

REMERCIEMENTS

Les auteurs de l'étude aimeraient exprimer leur gratitude au Bureau régional de santé de l'USAID pour l'Afrique de l'Ouest, au Bureau Afrique de l'USAID et à l'équipe du projet Health Finance and Governance (HFG) pour leur rôle essentiel dans la conceptualisation, la conception, la mise en œuvre et la qualité de cette étude et du rapport qui l'accompagne. Nous tenons à remercier en particulier Rachel Cintron (anciennement) et Eleonore Rabelahasa du Bureau régional de santé de l'USAID pour l'Afrique de l'Ouest, Ishrat Husain du Bureau Afrique de l'USAID, et Jeanna Holtz, Adam Koon, Shipra Srihari, Lisa Nichols, Andre Zida et Birahime Diongue de l'équipe HFG. Nous remercions tout particulièrement les principales parties prenantes au Ghana, en Mauritanie et au Niger pour leur participation et leurs points de vue, qui ont été essentiels à la réalisation de cette étude.



RESUME EXECUTIF

Certains pays d'Afrique subsaharienne ont adopté des politiques déclarant les services de planification familiale (PF) gratuits pour les clients, c'est-à-dire des politiques de « PF gratuite », ou envisagent de le faire dans un avenir proche. Pour éclairer les décisions concernant les politiques futures pour les pays qui y pensent, et pour encourager une utilisation efficace des ressources en faveur d'une telle politique, les décideurs et les bailleurs tireraient profit de la compréhension des objectifs sous-jacents des politiques de « PF gratuite » ainsi que des résultats et des enseignements tirés de leur mise en œuvre. Ce rapport présente les résultats d'une étude qui a examiné six pays d'Afrique de l'Ouest, en examinant spécifiquement leurs politiques relatives aux services gratuits de PF. Cette étude a été menée par le projet Health Finance & Governance (HFG) en collaboration avec le Bureau Afrique de l'United States Agency for International Development (USAID) et le Bureau régional de santé de l'USAID pour l'Afrique de l'Ouest. Comme partie de ce travail, nous reconnaissons que le volontariat et le choix informé sont des fondements essentiels de tout type de service de la PF fournis aux clients¹, si gratuit ou autrement.

En plus de l'USAID, les gouvernements des six pays présentés dans ce rapport, d'autres pays d'Afrique de l'Ouest et d'autres partenaires de développement appuyant la PF dans la région sont parmi les parties qui pourraient être intéressées par ce rapport.

Le présent rapport comprend six chapitres, sans compter le présent Résumé Exécutif (Chapitre 1). Le Chapitre 1 présente l'étude et le Chapitre 2 décrit la méthodologie utilisée dans le cadre de l'étude. Nous passons ensuite au Chapitre 3, qui présente le profil détaillé de trois pays d'Afrique de l'Ouest qui ont mis en œuvre les politiques de « PF gratuite » au niveau national et illustre les différentes considérations, les instruments politiques et les expériences : au **Ghana, en Mauritanie et au Niger**, ci-après dénommés les « **pays ciblés par l'étude** ». Le Chapitre 4 présente une comparaison entre les pays ciblés par l'étude et montre les thèmes communs et les divergences. Cette comparaison peut éclairer les considérations des pays de la région qui envisagent de fournir gratuitement des services de PF à leurs clients. En conséquence, le Chapitre 4 élargit la perspective régionale sur la PF gratuite en présentant des informations provenant de trois autres pays d'Afrique de l'Ouest qui sont sur le point de fournir des services de PF gratuits : **le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire et le Mali**. Grâce à l'inclusion de ces trois pays supplémentaires, l'équipe du projet HFG peut présenter des données comparatives pour les six pays étudiés au Chapitre 6. Nous concluons par Chapitre 7, une discussion sur les résultats de l'étude et les principaux points à retenir pour les décideurs politiques en Afrique de l'Ouest.

Dans le cadre de cette étude, l'équipe chargée du projet HFG a recueilli des données secondaires, examiné des documents et mené des entretiens approfondis avec des informateurs clés (uniquement dans les pays ciblés par l'étude) pour explorer les questions de l'étude. L'essentiel de l'analyse était de nature qualitative.

Profil des pays ciblés par l'étude

Le profil des trois pays ciblés par l'étude comprend un aperçu rapide du pays et de son contexte, suivi d'informations sur les objectifs politiques de la PF gratuite, sur la manière dont ces politiques ont été mises en pratique jusqu'à présent et sur les perspectives de la PF gratuite.

¹ L'amendement Tiahrt de 1998 réaffirme et élargit les normes applicables aux projets de prestation de services de PF volontaires financés par l'USAID. Les normes protègent les destinataires des services de PF. Source : <https://www.usaid.gov/what-we-do/global-health/family-planning/voluntarism-and-informed-choice>



Le **Ghana** a mis en place de nombreuses politiques en matière de PF, et s'est depuis longtemps engagé dans des projets substantiels dans le domaine. Hormis le conseil, aucun service de PF n'est actuellement gratuit dans le secteur public. Cependant, le Ghana a adopté une loi en 2012 ajoutant la PF au paquet de prestations de son régime d'assurance maladie, le National Health Insurance Scheme (NHIS). Le coût de cet ajout fait actuellement l'objet d'un projet pilote. En 2020, le NHIS examinera les résultats du projet pilote afin d'éclairer la réplique future et la mise à l'échelle de la PF gratuite.

Malgré un faible revenu national et un indice synthétique de fécondité (ISF) élevé, mesuré par le nombre de naissances par femme, le **Niger** a décrété en 2005 que la PF serait ajoutée au paquet de prestations gratuites de services de santé. La mise en œuvre a commencé en 2006. Bien que les bailleurs financent la majorité des produits de PF, le gouvernement du Niger couvre les coûts associés aux services cliniques ainsi que les coûts des ressources humaines et de l'infrastructure par le biais d'un système de remboursement. Cependant, le Niger n'a pas été en mesure d'indemniser efficacement tous les établissements en ce qui concerne les services gratuits. La pratique actuelle qui consiste à bailleurs paient les déficits de financement subies par les établissements de santé publiques n'est pas viable à long terme.

La **Mauritanie** est également fortement axée sur la PF, en adoptent les trois politiques nationales qui ont été lancées au cours de la dernière décennie. En 2003, le gouvernement a reconnu la faible demande de produits de PF et a institué des services de PF gratuits par le biais d'une lettre du ministère de la Santé. Depuis 2011, les produits de PF sont gratuits. Tandis que la PF est officiellement gratuite, l'application des politiques est faible. Comme le gouvernement ne paie pas les établissements pour fournir des services ou des produits de PF, les établissements manquent d'incitations à le faire, ce qui menace la disponibilité de la PF.

Comparaisons entre pays

Plusieurs thèmes communs sont ressortis des données de l'étude de base par pays. Par exemple, tous les pays ciblés par l'étude notent l'importance des contributions des bailleurs à financer la PF, mais ils constatent également le risque réel de voir diminuer les ressources financières et techniques des bailleurs à l'avenir. Tandis que les pays ciblés par l'étude se sont engagés à augmenter leur propre financement de la PF, les informateurs clés ont indiqué que les changements menés par les gouvernements dans le financement de la PF ont été lents. **Aucun des pays ciblés par l'étude n'a encore atteint ses objectifs financiers pour le financement de la PF, et tous manquent de plans concrets pour stimuler la mobilisation des ressources nationales pour la PF.**

Les pays sont confrontés à de **multiples obstacles pour stimuler l'adoption de la PF, certains obstacles étant encore plus importants que les coûts directs**. Les barrières socioculturelles, en plus des normes en matière de religion et de genre, et la mesure dans laquelle les programmes de PF intègrent les jeunes et les adolescents en sont deux exemples. Nous avons également identifié des obstacles limitant l'accès à la PF, y compris la distance par rapport aux établissements de santé, en particulier pour les clients vivant dans les zones rurales ; les rôles de genre sont également un obstacle, car les femmes mariées préfèrent ne pas accéder aux services sans l'accord ou la participation de leur conjoint, ou ne sont même pas en mesure d'avoir le choix.

Outre les thèmes communs entre les pays ciblés par l'étude, l'équipe chargée du projet HFG a également identifié quelques points de divergence. Premièrement, les **pays ciblés par l'étude ont utilisé différents mécanismes de financement de la santé pour fournir des services de PF « gratuits »**. Le Ghana a inclus les services de PF dans son panier de soins d'assurance maladie sociale, tandis que le Niger a développé un mécanisme de remboursement des établissements publics pour couvrir les coûts d'un ensemble de prestations gratuites de services de santé qui inclut la PF ; la Mauritanie a utilisé un système de financement basé sur les intrants, laissant aux établissements le soin

de recouvrer les coûts liés à la mise à disposition de la PF gratuite. Deuxièmement, l'étude a révélé des **différences à travers les pays ciblés par l'étude dans la signification pratique de la PF « gratuite »**. À l'exception des conseils et informations en matière de PF, nous avons constaté que les clients qui accèdent à la PF doivent prendre en charge certains coûts, même s'ils sont souvent minimes. Dans chaque pays ciblés par l'étude, l'étude a trouvé que les informateurs clés ont présenté des **leçons apprises uniques** qui peuvent soutenir l'apprentissage par les pairs dans toute la région sur les obstacles limitant l'accès à la PF. Il s'agissait notamment d'établir un lien entre la PF et les croyances religieuses de la population majoritairement musulmane de Mauritanie et de modéliser le succès des programmes d'information et de promotion de la PF ciblant les maris au Niger.

Le projet HFG également **fournit une vision plus large de l'environnement politique pour la PF en Afrique de l'Ouest en examinant les politiques de PF dans trois autres pays d'Afrique de l'Ouest** : le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire et le Mali. Nous ensuite présentons une comparaison entre les six pays de l'étude, en soulignant les stratégies les plus courantes pour augmenter l'accès à la PF et les plans les plus cités pour le financement de la PF. Nous notons également plusieurs tendances récentes de la PF ainsi que les dépenses générales de santé et de PF.

Discussion

Sur la base des résultats des six pays de l'étude, nous avons examiné ce que cette **étude peut dire aux décideurs politiques et aux parties prenantes intéressées par la promotion de la politique de PF en Afrique de l'Ouest, en particulier ceux qui envisagent de rendre la PF gratuite ou presque gratuite pour les clients**. Cette étude a cherché à clarifier ce que les pays et les bailleurs de fonds entendent par « PF gratuite ». Il semble que la définition peut varier considérablement en ce qui concerne les services couverts et la mesure dans laquelle les établissements fournissent de tels services sans faire payer les clients, que ce soit pour les consommables, produits et/ou procédures, entre autres éléments. Un **travail supplémentaire devrait être fait pour élaborer une définition systématique et concordante de ce que signifie la PF gratuite**, dans la pratique ou dans la planification, pour chaque pays. Cette étude a également noté la rareté de la littérature sur le sujet de la PF gratuite, bien que des articles soient disponibles sur le sujet connexe des exemptions de frais d'utilisation, et de la santé maternelle et infantile. Notre étude doit être considérée comme une analyse exploratoire, une première étape pour combler le manque de connaissances concernant l'élaboration des politiques pour la PF gratuite et les expériences qui peuvent suivre après la mise en œuvre de tels politiques en Afrique de l'Ouest.

L'étude a révélé que le **terme « gratuit », tel qu'il est exprimé dans les documents de politique, ne se traduit pas nécessairement par un engagement financier pour la PF**. Les changements de politique sur papier sont lents à se concrétiser dans la mise en œuvre. Une politique de la « PF gratuite » n'est pas non plus nécessairement synonyme de services de PF gratuits pour les clients. Dans la pratique, les pays ne parviennent pas systématiquement à allouer des objectifs financiers engagés pour la PF. Bien que les données disponibles soient rares, elles suggèrent que les fonds alloués sont moins susceptibles d'être déboursés. Aucun des pays étudiés n'a respecté de façon constante et systématique ses engagements financiers en matière de PF. Les pays continuent de dépendre des bailleurs pour l'achat des produits de base. Ces défis, accompagnés de préoccupations concernant l'inconvénient de dépendre des bailleurs, continuent de diminuer les perspectives de tous les services de PF, y compris des gratuits. Les pays d'Afrique de l'Ouest qui cherchent à respecter des engagements ambitieux en matière de PF par le biais d'une certaine forme de PF gratuite devraient d'abord effectuer des études de coûts pour estimer les fonds nécessaires. Ces estimations de coûts doivent être couplées à une vision réaliste du financement disponible (avec des délais réalistes) pour faire face à l'augmentation des coûts. Nous recommandons une approche séquentielle à un tel changement de politique, avec une attention particulière accordée à la mobilisation de fonds supplémentaires avant qu'un changement

politique ne soit effectuée ; cela augmenterait la probabilité de durabilité, d'autant plus que les ressources des bailleurs diminuent. Il est également extrêmement important d'assurer une coordination étroite entre les acteurs concernés : bailleurs, gouvernements, organisations non gouvernementales (ONG) et autres parties prenantes.

Du point de vue du client, des applications variées de la PF « gratuite » peuvent se traduire par des frais d'utilisation persistants. Même lorsque les sous-populations nominales, les frais d'utilisation peuvent être dissuadés les jeunes, les adolescents, et même les femmes mariées dans certains cas de recourir aux services de PF. Dans les six pays étudiés, indépendamment de la mise en œuvre de la PF « gratuite », nous constatons que les interventions axées sur la sensibilisation aux avantages de la PF au niveau ménage sont largement adoptées et considérées comme efficaces par les décideurs pour l'augmentation d'accès. Les pays d'Afrique de l'Ouest qui cherchent à accroître la demande de PF devraient prendre en considération des exemples spécifiques tels que les écoles des maris et le développement de champions parmi les maris.

Les gouvernements et chercheurs devraient s'efforcer de trouver d'autres moyens d'améliorer la qualité de l'enseignement supérieur pour approfondir les questions de l'étude. Nous **sugérons d'effectuer des recherches plus complètes** sur les facteurs associés à l'adoption de la contraception moderne et à la réduction des besoins non satisfaits en matière de PF, tout en tenant compte d'autres obstacles pour les clients au-delà des coûts ainsi que des obstacles pour le gouvernement. Une **collecte de données supplémentaires** est également nécessaire pour clarifier la situation, en particulier sur le plan financier. Les chiffres budgétaires d'une année sur l'autre n'étaient pas largement disponibles dans les pays de notre étude, en particulier à partir de données normalisées et comparatives internationales. De plus, les données sur l'efficacité budgétaire étaient limitées. Il est encore nécessaire d'effectuer des recherches et de recueillir des données supplémentaires afin de déterminer les meilleures approches pour aborder les obstacles empêchant l'accès à la PF et la contribution relative des politiques de PF gratuite à travers l'Afrique de l'Ouest.

Discussion Principales conclusions de l'étude

Les **principales conclusions de notre étude** sont les suivantes :

- La manière dont les pays mettent en œuvre la PF gratuite peut varier considérablement ; une définition plus précise permettrait à la communauté mondiale de mieux comprendre les expériences des pays.
- Les efforts en matière de PF gratuite exigent de la patience et un financement durable.
- Les facteurs socioculturels et la géographie peuvent empêcher l'accès à la PF plus que les coûts directs.
- Les parties prenantes, y compris les décideurs et les chercheurs, ont besoin de meilleures données et d'études plus robustes pour déterminer si et comment la PF gratuite peut être une stratégie efficace et rentable pour atteindre les objectifs en matière de PF et d'autres objectifs de développement.

I. INTRODUCTION

I.1 Contexte et justification

Tandis que les pays d'Afrique subsaharienne s'efforcent de fournir davantage de services de santé à moindre coût, la planification familiale (PF) est un service de santé dont il est prouvé qu'il produit des résultats élevés en matière de santé et de développement socio-économique par rapport à l'argent investi (Singh et al., 2009 ; Starbird et al., 2016). Les efforts régionaux et nationaux pour avancer vers la couverture sanitaire universelle (CSU), et mettre en œuvre les paniers de services de santé essentiels, l'accès universel à la PF et la fourniture de services de PF sans frais pour les clients sont autant d'occasions d'élargir l'accès équitable aux services de PF pour tous. Un certain nombre de pays d'Afrique subsaharienne ont rendu les services de PF gratuits pour les clients ou envisagent de le faire dans un avenir proche. Ces pays comprennent le Kenya, le Nigeria, la Tanzanie, le Burkina Faso, le Bénin, le Mali et le Niger. Pour encourager une utilisation efficace des ressources des pays et des bailleurs, il est important que les décideurs et les bailleurs comprennent les objectifs de ces politiques, leurs résultats et les enseignements tirés de la mise en œuvre. Cette compréhension, à son tour, peut promouvoir une meilleure élaboration et une meilleure mise en œuvre des politiques, conduisant finalement à de meilleurs résultats en matière de PF, de santé et de développement socio-économique global.

Le projet HFG a mené une analyse de six pays en collaboration avec le Bureau Afrique de l'USAID (USAID/AFR) et le Bureau régional de santé de l'USAID pour l'Afrique de l'Ouest (USAID/WA), afin d'étudier les questions de recherche sur les politiques de PF gratuite. L'analyse comprenait des examens approfondis dans trois pays dits « principaux », choisis dans le groupe plus large des pays d'Afrique de l'Ouest. Nous avons également inclus trois autres pays d'Afrique de l'Ouest – le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire et le Mali – pour élargir notre perspective sur les politiques de PF, comprendre les facteurs et tendances socioéconomiques et démographiques pertinents, et explorer l'application des leçons tirées des pays ciblés par l'étude de la région.

I.2 Questions de recherche

Nous avons défini deux questions de recherche principales liées aux services gratuits de PF en Afrique de l'Ouest :

1. Quels sont les objectifs sous-jacents d'un pays lorsqu'il décide d'offrir des services de PF gratuits à ses clients ?
2. Quelle a été l'expérience et quels ont été les résultats obtenus à la suite de l'introduction de politiques visant à offrir des services de PF gratuits ?

I.3 Sélection du pays

Afin de déterminer les pays pour cette étude, l'équipe chargée du projet HFG a classé les pays potentiels selon quatre critères de sélection :

1. Pertinence pour l'USAID
2. Disponibilité des données
3. Environnement favorable en matière de politiques pour la mise en place de services de PF gratuits

4. Preuves trouvées dans la littérature

Chacun des quatre critères de sélection a été évalué à l'aide des lignes directrices expliquées ci-dessous. La note de chaque critère a été normalisée sur une échelle [0-1] en la divisant par la note maximale possible (p. ex., 8 pour la politique pertinente). Le score total pour chaque pays est égal à la somme des scores standardisés pour les quatre critères. Cela suppose implicitement que chaque critère est également important pour la sélection des pays. Les scores ont ensuite été arrondis au chiffre le plus proche pour faciliter la comparaison.

- Critère 1 : Pertinence pour l'USAID : Un score de 1 correspond aux pays pour lesquels l'USAID a exprimé un intérêt, et 0 à ceux qui ne sont pas mentionnés.
- Critère 2 : Disponibilité des données : Sur une échelle de 6 points, les pays ont été notés en fonction de la disponibilité des :
 - Enquêtes démographiques et de santé (EDS) (3 points maximum, avec 1 point chacun pour : un disponible, plusieurs disponibles et au moins un réalisé au cours des cinq dernières années).
 - Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (EIM) (1 point si l'enquête a été menée au cours des 10 dernières années)
 - Études Performance Monitoring and Accountability 2020 (PMA2020) (1 point)
 - Comptes nationaux de la santé (CNS) (1 point si effectué au cours des cinq dernières années)
- Critère 3 : Environnement favorable aux politiques faisant la promotion de la PF gratuite : La notation pour ce critère utilise une échelle de 8 points. L'équipe chargée du projet HFG a considéré les pays ayant un environnement de politique favorable à la PF gratuite, tel que prouvé par :
 - Une politique de services de PF gratuits (3 points, car l'existence d'une politique de services de PF gratuits est une source pour les deux questions de recherche)
 - Une loi ou un cadre législatif pour la PF (1 point)
 - Une politique de PF en place ou en cours d'élaboration (1 point)
 - Un plan de mise en œuvre de la PF (chiffré) terminé ou en cours d'élaboration (1 point)
 - Un intérêt documenté à réduire les besoins non satisfaits en matière de PF (1 point)
 - Des services de PF « gratuits » pour au moins 100 % des établissements publics (1 point)
- Critère 4 : Preuves de l'existence des services de PF gratuits : Il s'agit de la disponibilité d'études de recherche concernant l'effet de l'élimination des obstacles financiers sur l'utilisation des services de PF. Un score de 1 correspond aux pays ayant fait l'objet d'études pertinentes identifiées dans la littérature, y compris les études multi-pays.

Sur la base des scores totaux les plus élevés, nous avons considéré sept pays à inclure dans cette étude : le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Ghana, la Guinée, la Mauritanie, le Niger et le Nigeria (voir annexe A). En consultation avec l'USAID, nous avons sélectionné un échantillon de six pays par emplacement géographique (sahélien/non sahélien) et majoritairement religieux (musulman/chrétien) pour assurer la transférabilité des résultats dans les pays non étudiés. À partir de là, nous avons identifié la moitié des pays de l'étude comme étant plus avancés en termes de mise en œuvre de politiques relatives à la PF gratuite ; ces pays « ciblés par l'étude » sont : le Ghana, la Mauritanie et le Niger. Les trois autres pays, qu'on appelle les pays « témoins », ne sont pas aussi avancés dans l'élaboration de politiques pour la PF gratuite, mais ils envisagent actuellement de la poursuivre. Ces pays sont le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire et le Mali, pour un total de six pays étudiés.

2. METHODES

2.1 Conception de l'étude et procédures

Dans le cadre de cette étude, l'équipe chargée du projet HFG a rassemblé des données secondaires, examiné des documents et mené des entretiens semi-structurés approfondis (pays ciblés par l'étude uniquement) pour approfondir les questions de recherche. Les méthodes qualitatives ont permis à l'équipe de l'étude d'extraire et d'organiser systématiquement les données des documents clés ainsi que de la littérature pertinente. Un formulaire commun d'abstraction des données a été utilisé pour identifier les données pertinentes, les résultats de l'examen des politiques et de la littérature, respectivement. En outre, des entretiens semi-structurés dans les pays ciblés par l'étude nous ont permis de saisir des données narratives qui ont révélé que les acteurs comprennent la manière dont les politiques concernant les services de PF gratuits pour les clients ont été considérées et/ou mises en œuvre, les principales caractéristiques du processus de prise de décisions, certains des obstacles et éléments facilitant la mise en œuvre des politiques, ainsi que les résultats de la mise en œuvre des politiques (le cas échéant) qui n'ont pas été saisis dans l'examen des documents.

2.2 Collecte et utilisation des données secondaires

L'équipe chargée du projet HFG a examiné, rassemblé et analysé les données pour comprendre les contextes socio-économiques et démographiques de chaque pays étudié et comment ces contextes peuvent avoir influencé les politiques visant à offrir des services de PF gratuits aux clients. L'équipe chargée du projet HFG a également examiné les résultats qui peuvent être liés à ces politiques pour tous les pays étudiés. Les résultats comprenaient des indicateurs de santé et des données financières (y compris l'information budgétaire, le cas échéant). Nos sources de données comprennent : les EDS, les EIM, PMA2020, les CNS et les indicateurs de développement mondial de la Banque mondiale. Les données ont été rassemblées à partir de ces sources dans une feuille de calcul maîtresse contenant tous les pays étudiés afin d'identifier les tendances au sein des pays et les tendances entre les pays.

2.3 Passage en revue de la littérature

L'équipe chargée du projet HFG a d'abord procédé à une analyse rapide de la littérature dans le cadre du processus de sélection des pays pour cette étude. Peu d'articles pertinents ont été trouvés qui fait référence à la réserve possible de pays d'étude en Afrique subsaharienne. Après la sélection des six pays de l'étude, les chercheurs du projet HFG ont effectué une recherche documentaire plus systématique.

Cette recherche plus systématique s'est concentrée sur les politiques de services de PF gratuits pour les clients. Nous avons examiné des documents tirés de la littérature évaluée par des pairs, ainsi que de la littérature grise et des sources gouvernementales.

L'équipe chargée du projet HFG a fait des recherches dans deux bases de données différentes en sciences sociales et en santé : Pubmed (Med-line) et Popline. En plus de la recherche dans les bases de données, nous avons utilisé Google Scholar pour identifier les sources non incluses dans les bases de données électroniques et nous avons recherché des références dans la littérature déjà analysée de manière boule de neige. La liste de termes ci-dessous comprend la stratégie de recherche de base.

(« gratuit ») OU (« frais à la charge des usagers »)

ET

[Ghana OU Niger OU]

ET

« planification familiale »

Nous avons appliqué les critères suivants pour déterminer les sources à inclure. Le titre ou le résumé des titres comportait trois catégories de termes de recherche. Les articles doivent également 1) décrire tout type de politique ou de programmes de services de PF gratuits, 2) identifier les caractéristiques de la politique et 3) fournir une distinction géographique claire (y compris au moins un des pays étudiés).

Nous avons exclu les sources publiées avant 2000, rédigées dans une langue autre que l'anglais ou le français, centrées au niveau mondial ou centrées sur l'opinion ou le plaidoyer, c'est-à-dire les éditoriaux, les commentaires et les revues.

Malgré nos efforts accrus, nous n'avons trouvé que quelques documents supplémentaires, principalement par le biais d'une méthode de traçage boule de neige.

2.4 Passage en revue des documents de politique

L'équipe chargée du projet HFG a procédé à un examen sur dossier des politiques nationales de services de PF dans les pays étudiés. Cet examen nous a permis de comprendre le contexte politique, y compris l'histoire récente, pertinent pour envisager l'offre d'une PF gratuite et ce à quoi elle peut ressembler si elle est poursuivie dans un pays. À la base de notre examen des documents de politique, nous avons cherché à répondre aux questions suivantes au sujet du contexte politique :

- Quel est l'état actuel de l'engagement de tous les acteurs de la PF et en particulier du gouvernement ?
- Le pays dispose-t-il d'un plan de mise en œuvre de la PF (chiffré) ou est-il en train d'en élaborer un ?
- Les décideurs politiques souhaitent-ils réellement réduire les besoins non satisfaits en matière de PF ? Quels sont les principaux objectifs stratégiques pour y parvenir ? Quels sont les principaux objectifs documentés à cet égard ?
- Les services de PF sont-ils « gratuits » dans le pays ?
- Le pays a-t-il décidé d'une politique de services de PF gratuits ?

L'examen des politiques a identifié et éclairci le niveau de progrès documenté et reconnu à l'échelle nationale vers les buts et les objectifs stratégiques de chaque pays de l'étude en matière de PF. Nous avons examiné ce que nous allons généraliser sous le terme « politiques », ce terme comprenant les plans nationaux, les stratégies et les documents de politique officiels. Afin de saisir les politiques de PF à travers les pays, l'examen a également inclus les politiques relatives à la population ou à la santé reproductive (SR) qui peuvent inclure la PF.

2.5 Sujets des entretiens et échantillonnage

2.5.1 Population de l'étude

L'équipe chargée du projet HFG a recueilli des données et procédé à un examen documentaire des documents pertinents, suivi d'entretiens approfondis avec les acteurs nationaux impliqués dans la

promotion des services de PF, par exemple, les ministères de la Santé, les organisations internationales de développement, y compris les agences bilatérales et multilatérales, les partenaires de mise en œuvre, les acteurs nationaux du secteur privé, les chercheurs universitaires et d'autres parties prenantes de la PF. L'équipe chargée du projet HFG a délibérément sélectionné des informateurs clés en consultation avec l'USAID sur la base de leurs domaines d'intérêt pour cette étude et sur les conseils des parties prenantes et consultants du gouvernement au niveau national, ainsi que par échantillonnage en boule de neige (Bernard 2011). L'étude a laissé ouverte la possibilité d'inclure des participants qui n'avaient peut-être pas été identifiés avant la collecte des données et dont la participation a été jugée utile par les chercheurs au fur et à mesure que leur compréhension de l'étude évoluait. Après avoir obtenu le consentement éclairé des informateurs clés, l'équipe chargée du projet HFG leur a demandé de participer à un entretien approfondi, au cours duquel nous avons saisi leurs réponses dans les notes d'entretiens prises sur le terrain par l'équipe chargée du projet HFG.

L'équipe chargée du projet HFG a sélectionné des informateurs clés potentiels en fonction des critères d'admissibilité suivants :

- Travaille actuellement ou a déjà travaillé dans l'un des pays ciblés par l'étude
- A des connaissances ou de l'expérience en matière de plaidoyer, d'élaboration de politiques, de mise en œuvre de politiques et/ou de prestation de services dans l'un des pays ciblés par l'étude

2.5.2 Lieux utilisés dans le cadre de l'étude

L'équipe chargée du projet HFG a mené des entretiens avec les informateurs clés en personne dans les pays ciblés par l'étude uniquement (au Ghana, en Mauritanie et au Niger). Les personnes interrogées ont généralement participé depuis leur lieu de travail. Dans trois cas (deux au Ghana et un en Mauritanie), nous avons trouvé un informateur clé qui n'était pas disponible pour participer à l'étude en personne. Cela n'a pas empêché ces informateurs clés de participer à l'étude ; dans ces cas, nous avons mené l'entretien avec les informateurs clés de la même manière qu'avec les autres, mais par téléphone.

2.5.3 Échantillon et stratégie d'échantillonnage

Dans le cadre de cette étude, on a eu recours à une stratégie d'échantillonnage dirigé. Les informateurs clés ont été recrutés par l'équipe chargée du projet HFG à partir des lieux d'étude en fonction de leur connaissance des domaines thématiques d'intérêt. L'équipe chargée du projet HFG a consulté un point focal de l'USAID pour la planification familiale et/ou la santé dans un pays donné afin d'élaborer une liste d'informateurs clés pertinents qui représentaient un éventail d'antécédents pertinents pour comprendre l'offre, les perspectives politiques et les considérations financières de la PF.

L'équipe chargée du projet HFG prévoyait d'interroger environ huit informateurs clés dans chacun des pays ciblés par l'étude. La taille estimative de notre échantillon a été déterminée en fonction du financement et des contraintes de temps, mais aussi en fonction de l'identification des parties prenantes clés qui comprenaient bien le sujet. Bien que notre capacité de tirer des inférences comparatives serait quelque peu limitée par la petite taille de l'échantillon, la stratégie d'échantillonnage a permis aux chercheurs de lire les données afin de sélectionner les thèmes émergents et d'expliquer davantage les lacunes identifiées dans les revues de la littérature et des politiques.

2.5.4 Instruments utilisés pour la collecte des données

Les chercheurs ont utilisé un guide pour les entretiens semi-structurés (voir l'annexe B) afin d'assurer le bon déroulement des entretiens avec les informateurs clés. Le guide pour les entretiens comprenait 22 questions ouvertes et commençait par quelques questions sur l'organisation de l'informateur clé et le

rôle de cette organisation dans la PF. Cette section a permis aux informateurs clés de parler d'eux-mêmes et de s'immerger plus facilement dans l'entretien.

La section suivante du guide comprenait une série de questions relatives au contexte et aux objectifs du pays en ce qui concerne la politique de PF, l'environnement politique actuel en matière de PF gratuite et les résultats (le cas échéant) d'une politique de PF gratuite. Nous avons conclu l'entretien en remerciant le participant pour le temps accordé et en lui demandant s'il pouvait recommander d'autres parties prenantes clés dont nous pourrions avoir besoin du point de vue des questions de recherche.

L'équipe chargée du projet HFG a rédigé le guide pour les entretiens en anglais et l'a traduit en français. Tous les entretiens ont été menés de la même façon par l'équipe chargée du projet HFG, que ce soit en anglais ou en français. La durée prévue de chaque entretien était d'environ une heure, mais, à de nombreuses occasions, la personne interrogée avait moins de temps à consacrer en raison d'autres tâches qui interrompaient l'entretien.

2.5.5 Travail sur le terrain en ce qui concerne la collecte des données

Deux chercheurs de l'équipe chargée du projet HFG, Ffyoa Patel, responsable qualitatif, et le Dr Birahime Diongue, consultant régional, ont mené des travaux sur le terrain du 18 juin au 6 juillet 2018 et ont terminé la collecte de données avec le dernier entretien téléphonique réalisé le 11 juillet 2018. Par pays, le travail sur le terrain s'est déroulé comme suit :

- Ghana : Du 18 juin au 24 juin 2018, plus un entretien téléphonique le 11 juillet 2018. Onze informateurs clés représentant huit organismes uniques ont été interrogés.
- Niger : Du 25 au 29 juin 2018, 16 informateurs clés représentant neuf organismes uniques ont été interrogés.
- Mauritanie : Du 2 au 9 juillet 2018, 19 informateurs clés représentant 12 organismes uniques ont été interrogés.

Voir l'annexe C pour consulter la liste compilée de tous les informateurs clés et l'état d'avancement des entretiens dans les différents pays. Tous les informateurs clés étaient généralement heureux d'exprimer leurs idées pendant l'entretien ; cependant, plusieurs informateurs clés de tous les pays n'avaient qu'une disponibilité limitée pour répondre à toutes les questions de l'entretien. Par conséquent, l'équipe chargée du projet HFG a souvent priorisé les questions d'entretien en fonction du point de vue de l'informateur clé sur le sujet. Par exemple, un informateur clé qui gère la prestation de services de PF serait bien équipé pour répondre aux questions sur les services fournis par niveau du système de santé, mais pourrait être moins bien placé pour répondre aux questions sur les politiques.

De même, dans tous les pays, soit parce qu'elles n'étaient pas recommandées par l'USAID et les informateurs clés, soit parce qu'elles n'étaient pas disponibles pendant la période de collecte des données, les personnes responsables du financement gouvernemental de la PF (c'est-à-dire en tant que point focal santé du ministère des Finances ou point focal de financement du ministère de la Santé) n'ont pas été incluses dans l'étude.

2.5.6 Notes de terrain

Les notes de terrain ont été compilées par l'équipe chargée du projet HFG immédiatement après les entretiens. Les chercheurs ont enregistré toutes les informations jugées pertinentes pour les entretiens aussi précisément que possible pendant et après les entretiens. Les chercheurs ont réfléchi sur la substance des réponses aux questions des entretiens et ont mis en évidence des aspects particulièrement importants pour l'analyse ultérieure. Ils ont également enregistré de nouvelles

questions qui se sont posées, des lacunes persistantes dans les données recueillies ou des questions problématiques dans les notes de terrain.

2.6 Analyse des données et sélection

L'équipe chargée du projet HFG a analysé des données quantitatives et qualitatives dans le cadre de cette étude de recherche. En raison de la petite taille de l'échantillon de l'étude et du faible volume de données attendu des entretiens avec les informateurs clés, l'équipe chargée du projet HFG n'a pas établi un cadre de codage, utilisé pour le traitement de grandes quantités de données, avant la collecte des données. Par conséquent, l'équipe chargée du projet HFG ne s'attendait pas à ce que les entretiens produisent un nombre important de citations pertinentes, de sorte que l'équipe chargée du projet HFG n'a pas non plus utilisé de logiciel d'analyse qualitative pour l'étude. Au lieu de cela, les chercheurs ont enregistré les réponses à chaque question d'entretien, en soulignant les citations et les thèmes notables dans les notes de terrain. Les chercheurs ont examiné les notes après chaque entretien afin de compléter, de mieux comprendre et d'essayer de combler les lacunes dans les données au moyen d'entretiens subséquents. Après la collecte des données, l'équipe chargée du projet HFG a appliqué une approche d'analyse déductive, en utilisant les questions de recherche pour organiser les données et ensuite évaluer les regroupements de données pour les similitudes, les différences et les thèmes généraux. Ci-dessous, nous résumons le processus d'interprétation et de comparaison des données de sortie.

2.6.1 Sélection et organisation des données

Après la collecte des données dans chaque pays, le responsable qualitatif de l'étude a passé en revue les notes de terrain de chaque entretien individuel. Les notes ont été examinées pour s'assurer qu'elles étaient complètes, et les réponses imprécises ou les acronymes non précisés ont été signalés aux fins de suivi par le consultant régional. Une fois finalisées, les notes d'entretien pour chaque pays ont été organisées dans une matrice qui a facilité la comparaison des données d'entretiens croisés. En particulier, la matrice a présenté les questions d'entretien et les sous-questions comme des catégories dans lesquelles les chercheurs ont identifié les principaux thèmes, les points communs et les domaines de divergence entre les réponses.

2.6.2 Séances d'interprétation

L'équipe chargée du projet HFG a organisé des séances d'interprétation interne dirigées par le chercheur principal qualitatif de l'étude, qui était chargé de mener des entretiens, de superviser le processus de collecte de données qualitatives (avec une rétroaction demandée séparément du consultant régional qui a également mené les entretiens), de rédiger les notes de terrain (ou d'examiner leur qualité si elles ont été rédigées par le consultant régional) et de tirer des conclusions. Le but de ces séances était d'examiner et d'interpréter en collaboration les données des entretiens, d'examiner tous les documents recueillis au cours des entretiens dans les pays et de recueillir des données (Schwartz-Shea et Yanow 2012). Les objectifs des séances comprenaient :

- Trianguler les données relatives à la PF dans les pays de l'étude
- Identifier les tendances
- Explorer la façon dont les pays ont poursuivi ou pourraient poursuivre la PF gratuite

L'équipe chargée du projet HFG s'est engagé dans une discussion collaborative pour comprendre les thèmes émergents de l'examen des documents et des données d'entretien. Nous avons développé



l'organisation de ces thèmes tout au long du processus d'analyse. D'autres pistes d'enquête et les aspects problématiques des thèmes qui n'ont pas encore été abordés ont été identifiés par l'équipe chargée du projet HFG pour discussion. De même, l'équipe chargée du projet HFG a souligné les leçons apprises et les contributions potentielles de cette étude à la connaissance globale ainsi que les domaines de recherche future.

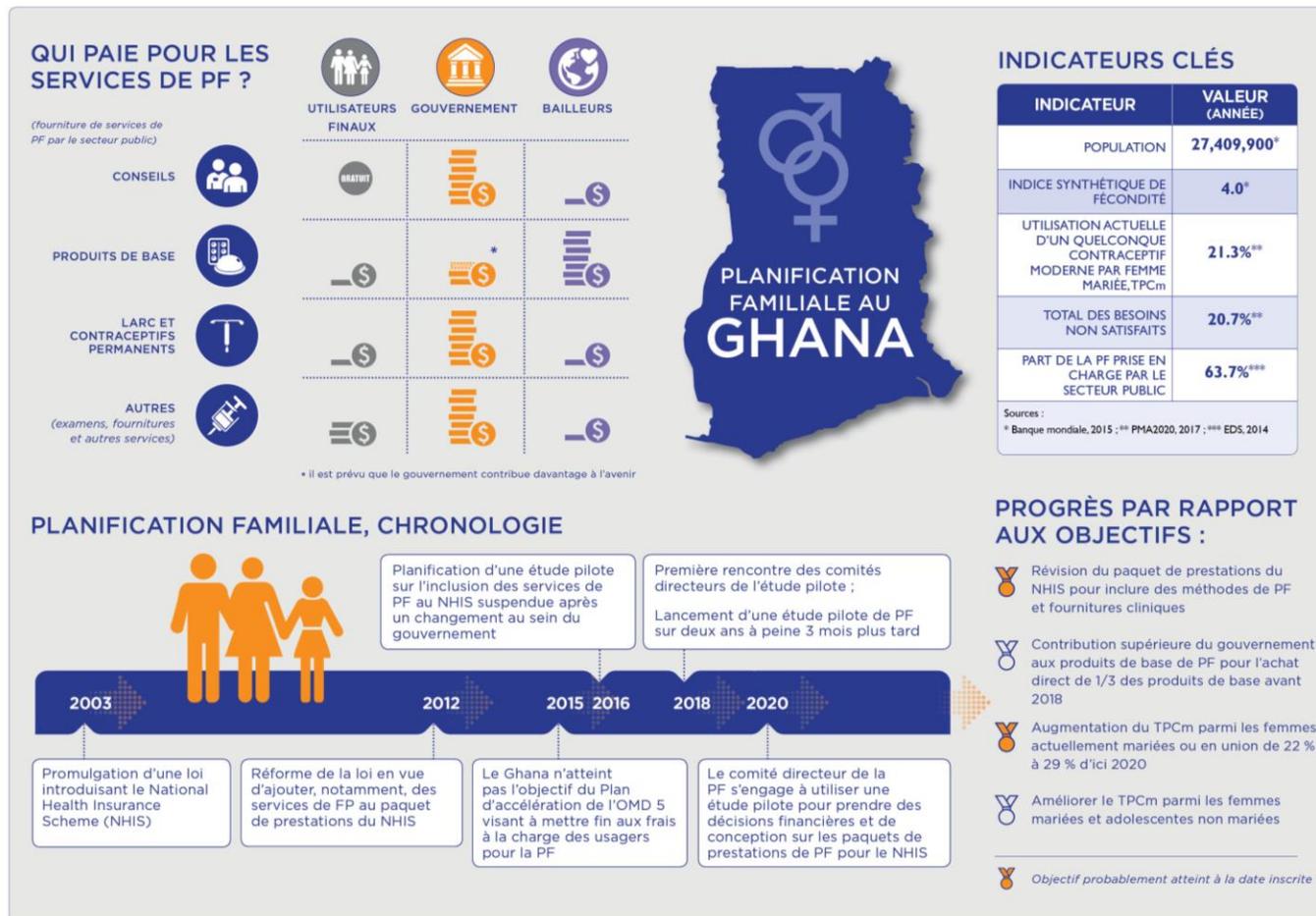
2.6.3 Analyse comparative

La portée de cette étude a été limitée à trois pays ciblés par l'étude et trois pays témoins [nécessité de normaliser la langue et la capitalisation] en Afrique de l'Ouest, ce qui limite la force des comparaisons entre pays. Néanmoins, l'équipe chargée du projet HFG a fait quelques comparaisons en ligne avec notre plan d'étude exploratoire et allégé pour comprendre les thèmes communs et les divergences dans les expériences des pays ciblés par l'étude, et ensuite avec les données des autres pays témoins pour élargir la perspective sur les politiques de PF, les tendances socio-économiques et démographiques, et envisager l'application à la région de l'Afrique de l'Ouest. Nous tempérons les résultats de l'étude en précisant que des recherches futures seront nécessaires pour consolider ces comparaisons entre pays et appliquer les leçons apprises.

3. PROFIL DES PAYS CIBLES PAR L'ETUDE

3.1 Ghana

3.1.1 Aperçu du pays et contexte



Des six pays étudiés, le Ghana a la plus grande population et le niveau de revenu le plus élevé, mesuré par le produit intérieur brut (PIB) par habitant. L'ISF du pays, mesuré par le nombre de naissances par femme de 4,0, est inférieur à celui des autres pays étudiés, bien que supérieur à sa trajectoire prévue (la politique démographique révisée de 1994 prévoyait un taux de 3,0 d'ici 2020). Le taux de prévalence des contraceptifs modernes (TPCm), une mesure de la proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui utilisent (ou dont les partenaires utilisent) une méthode moderne de contraception, a augmenté au cours des dernières années, passant de 18,2 % en 2013 à 21,3 % en 2017 pour toutes les femmes (27,4 % pour les femmes mariées). Il semble que l'engagement de FP2020 du Ghana d'atteindre un TPCm de 29 pour cent pour les femmes mariées d'ici 2020 est à portée de main, mais reste bien en deçà de l'objectif de la politique démographique révisée de 1994 de 50 pour cent d'ici 2020. En termes d'équité, le TPCm pour toutes les femmes ne varie pas beaucoup entre les quintiles de richesse, allant de 20 à 23 pour cent dans les données de 2016 (PMA2020).

Les méthodes de planification familiale proviennent principalement du secteur public, auprès duquel près des deux tiers des femmes utilisant les méthodes modernes de PF se les procurent.

3.1.2 Tour d'horizon en ce qui concerne les politiques de PF

3.1.2.1 Objectifs des politiques

Le Ghana occupe une place importante dans les discussions sur la PF en Afrique de l'Ouest. Le gouvernement se considère, plutôt que les bailleurs ou les partenaires techniques et financiers, comme jouant un rôle de chef de file dans la mise en œuvre du programme de PF du pays par rapport aux pays voisins de la région en raison de son système de santé relativement plus fort et de ses structures de gouvernance de la santé plus solides. Cela vient aussi de l'histoire. Le Ghana a adopté l'une des premières politiques démographiques nationales en Afrique en 1969 et a fixé des objectifs nationaux de fécondité et d'utilisation de contraceptifs dans la politique démographique nationale révisée de 1994 (Asante, 2013). Au cours des 20 dernières années, le Ghana a créé le NHIS en 2003, puis, en 2012, a réformé le NHIS de plusieurs façons, y compris en incluant la PF dans l'ensemble des avantages sociaux du NHIS.

Parallèlement à ces politiques, le Ghana a pris plusieurs engagements et plans nationaux et internationaux concernant la PF. Les objectifs nationaux comprenaient ceux de la politique démographique révisée de 1994, tels que la réduction de l'ISF à 3,0 et l'augmentation du taux de prévalence des contraceptifs modernes (TPCm) à 50 % d'ici 2020. Plus récemment, le Plan de mise en œuvre chiffré de la planification familiale, 2016-2020 (GFPCIP) a nommé six domaines stratégiques prioritaires. Le Plan comportait également des objectifs opérationnels actualisés (cibles) pour le TPCm chez les femmes mariées, visant à porter le TPCm au sein de cette sous-population à 29,7 % d'ici 2020 et à 40 % pour les femmes célibataires sexuellement actives. Les engagements pris par les parties prenantes externes en matière de PF sont illustrés par les engagements de Planification familiale 2020 (FP2020) à partir de 2017, qui étaient :

- Élargir l'ensemble des avantages sociaux du NHIS pour inclure les méthodes cliniques des services et des fournitures de PF ;
- Augmenter la contribution financière du gouvernement à l'achat de produits de PF de un quart de tous les produits en 2017 à un tiers de tous les produits à partir de 2018 ;
- Augmenter le TPCm parmi les femmes mariées ou en union de 22 pour cent à 29 pour cent d'ici 2020 grâce à un meilleur accès à la PF dans les zones périurbaines et rurales ;

- Améliorer l'accès des adolescents à l'information et aux services de santé sexuelle et reproductive, en particulier en améliorant l'accès et l'utilisation des services de PF afin d'augmenter le TPCm chez les adolescents mariés et non mariés sexuellement actifs de 16,7 % et 31,5 % à 20 % et 35 %, respectivement, d'ici 2020.

Cependant, les informateurs clés avaient des opinions divergentes concernant les motivations derrière les récentes pressions en faveur des politiques de PF. Un répondant a déclaré que « la planification familiale concerne davantage la santé et la sécurité que le contrôle de la population ». Les informateurs clés voient plusieurs acteurs politiques éminents qui sont considérés comme des champions de la PF au Ghana aujourd'hui, allant des présidents actuels et anciens aux dirigeants d'agences gouvernementales telles que le Ghana Health Service (GHS) et le National Population Council (NPC), ainsi que des conseillers experts du secteur de la santé et du monde universitaire. Cela dit, quelques informateurs clés ont également mentionné que, bien qu'il y ait d'éminents défenseurs de la PF, y compris des politiciens, la politique de PF n'est pas un sujet populaire parmi les politiciens.

« Les politiciens ne parlent pas de planification familiale. Ils parlent de la santé maternelle et infantile, mais pas de planification familiale. Lorsque les hommes parlent de planification familiale, cela suggère la promiscuité ou l'activité extraconjugale. La façon dont l'histoire [de la planification familiale] est écrite ne donne pas de votes politiques ».

Plusieurs répondants ont convenu que l'historique du gouvernement du Ghana en matière de soutien à la PF découle de sa forte tradition de gestion de la population. Actuellement, plusieurs informateurs clés ont cité la réduction du taux de fécondité par l'espacement des naissances comme une motivation politique pour promouvoir la PF. Au contraire, malgré l'opportunité d'inclure la PF dans l'ensemble des avantages du NHIS comme une autre caractéristique du plaidoyer de la nation en faveur de la PF, les répondants ont suggéré que l'inclusion de la PF dans l'ensemble des avantages du NHIS aurait pu avoir des motivations politiques sans trop réfléchir à la mise en œuvre : « même la planification familiale n'était pas axée sur la mise en œuvre. Il s'agissait plutôt de l'empêcher d'être exclue. » En fait, une leçon partagée par les répondants ghanéens était l'importance d'intégrer la PF dans les paquets d'avantages sociaux dès le début, car il est très difficile de l'ajouter une fois qu'un paquet d'avantages sociaux a été adopté.

Enfin, les informateurs clés ont mentionné le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) et l'USAID en tant qu'influenceurs puissants à l'appui des services de PF. D'autres influenceurs ont été mentionnés : le Département for International Development (Royaume-Uni), le projet Reducing Maternal Morbidity and Mortality (R3M) et la Buffett Foundation.

3.1.2.2 Les politiques en pratique

À l'exception des projets des partenaires au développement qui fournissent gratuitement des services de PF et des semaines promotionnelles occasionnelles de service gratuit du GHS qui incluent des services de PF, aucun service de PF n'est actuellement gratuit pour les clients qui recherchent des services dans le secteur public ou privé de la santé. Il y a toujours un coût minimal pour d'autres services, même si les produits sont fournis gratuitement par les bailleurs. Les clients doivent payer des frais d'utilisation, qui vont d'environ 0,10 dollar des États-Unis (USD) pour un injectable à environ 10 USD pour une méthode permanente.

Les répondants ont mentionné deux projets de partenaires de développement qui sont axés sur la réduction et non sur l'élimination des coûts pour les clients. Le projet Health Policy Plus (HP+) de l'USAID explore l'effet de l'élimination des barrières à coût élevé pour les clients afin d'obtenir des

méthodes à long terme sur l'utilisation, en partant de l'hypothèse qu'à mesure que les coûts pour les clients diminuent, l'utilisation sera de plus en plus basée sur la préférence plutôt que sur le coût.

Cependant, les informateurs clés citent d'autres facteurs que le coût pour le client comme obstacles clés limitant l'accès aux services de PF. Les défis socioculturels constituent l'un de ces facteurs. Avec le leadership traditionnel, les hommes jouent un rôle démesuré « en influençant la poursuite ou non de la planification familiale ». En outre, selon les répondants, les hommes ne sont pas suffisamment sensibilisés aux avantages de la PF sur les moyens de subsistance des femmes et des enfants. Chez les femmes, le manque d'éducation peut également freiner l'adoption de la PF. Comme l'a dit un répondant, « [la] plus grande raison pour laquelle les clients ont des problèmes de planification familiale est la peur des effets secondaires, des changements dans le fonctionnement normal de l'organisme et des idées fausses. Ce n'est pas le coût, la disponibilité, la distance ou la religion ».

Dans les pays ciblés par l'étude, l'assurance maladie n'est pas un mécanisme de financement viable pour fournir des services gratuits de PF aux clients. Seul le Ghana dispose d'une option d'assurance publique – NHIS – et elle n'inclut pas la PF dans la pratique. De plus, les répondants avaient des réponses mitigées sur la question de savoir si l'assurance maladie privée couvre le coût de la PF, les réponses variant de « peut-être » à « partiellement » ou à « sans certitude, mais il ne serait pas surprenant que certains régimes privés d'assurance maladie le fassent ». Aucun répondant n'a pu citer un exemple précis.

Comme mentionné, les services de PF ont été exclus du paquet de prestations originales du NHIS, mais la législation de la réforme du NHIS de 2012 comprenait un libellé concernant un « paquet de planification familiale pertinent » (National Health Insurance Act 852, Section 30). La délégation ghanéenne au Sommet sur la planification familiale 2020 à Londres en 2012 a annoncé cet élément particulier de la réforme du NHIS et a renouvelé son engagement à le mettre en œuvre en 2016. Six ans après la réforme, elle n'a pas été mise en œuvre, en partie en raison des défis fondamentaux que pose la viabilité financière du NHIS.

En mai 2018, la National Health Insurance Agency (NHIA) du Ghana – l'agence gouvernementale qui supervise le NHIS, le GHS, Marie Stopes International (MSI), l'USAID et d'autres partenaires – a officiellement lancé une étude pilote pour rendre opérationnelle l'inclusion des services de PF dans le NHIS. L'étude pilote doit durer deux ans et se déroulera dans six districts de traitement et deux districts témoins. Elle vise à tester le coût, les besoins opérationnels et la viabilité financière de l'inclusion des méthodes cliniques des services et des fournitures de la PF dans le paquet de prestations du NHIS. Un répondant a mentionné que le projet pilote fournira également un aperçu sur la protection de la vie privée des clients lors de l'obtention de la PF en raison du « besoin [pour le prestataire] de valider l'inscription [au NHIS] au point de service ». Un autre a mentionné qu'il n'est pas clair si l'intégration du NHIS signifie la gratuité totale [des services de planification familiale] pour les clients ou s'il y aurait des frais d'utilisation au point de service. La plupart des répondants ont reconnu l'intérêt du gouvernement à maintenir un certain niveau de frais d'utilisation, même s'ils sont minimes. L'un d'eux a indiqué que « le concept du NHIS était de permettre un accès amélioré et moins cher [mais pas gratuit] aux soins de santé pour tous, en répartissant la facture de santé sur tout le monde, de sorte que chacun contribue un peu pour couvrir tous ceux qui ont besoin de services. »

Au-delà de l'intégration de la PF dans le NHIS, quelques répondants ont mentionné la campagne pour un « Ghana au-delà de l'aide » comme une initiative nationale visant à réduire la dépendance vis-à-vis des bailleurs et à améliorer le financement intérieur dans tous les secteurs, y compris probablement la santé et la PF. Au moment de l'étude, aucun répondant n'avait présenté de documents concernant cette initiative.

3.1.3 Les perspectives d'avenir de la PF gratuite

Parmi les informateurs clés au Ghana, la mise en œuvre du projet pilote pour l'intégration de la PF dans le NHIS et les principales décisions de financement qui en découleront étaient l'étape suivante la plus souvent citée qui aidera à déterminer l'avenir de la PF gratuite au Ghana. Le projet pilote devrait fournir des informations sur :

- Le coût des produits de base devant être pris en charge par le gouvernement du Ghana par le biais du GHS, en supposant que les bailleurs se retirent du financement du programme-cadre ;
- La demande des clients et la partialité du prestataire et du gouvernement ;
- Les coûts de la PF basés sur la demande réelle des clients pour toutes les méthodes.

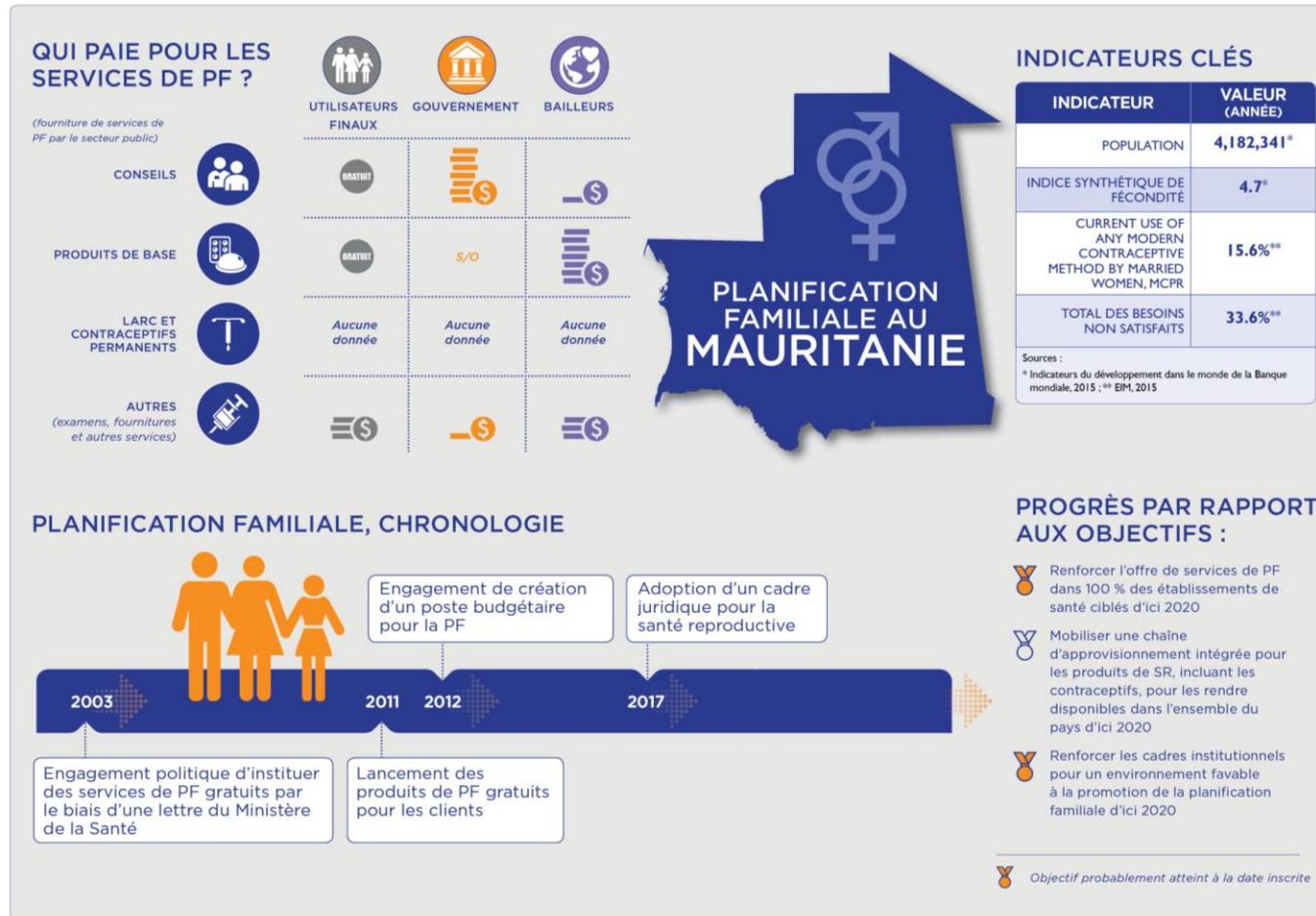
Les répondants ont indiqué que les résultats du projet pilote seront analysés en 2020, date à laquelle le NHIS décidera dans quelle mesure les résultats appuieront la réplication et la mise à l'échelle de la PF gratuite pour les clients.

Un facteur clé dans les perspectives de la PF gratuite au Ghana est la capacité du gouvernement à assumer un financement plus important, voire la totalité, du financement des produits de base et des services. Le gouvernement prévoit d'augmenter le poste budgétaire pour la PF, en particulier pour les achats de produits de base. Les répondants ont révélé une double perception du financement de la PF par les bailleurs tout en augmentant les contributions gouvernementales. D'une part, en raison des ressources nationales limitées, les réductions potentielles de l'appui des bailleurs représentent une menace réelle à la disponibilité continue et accrue des services de PF pour répondre aux besoins non satisfaits : « La nature du financement extrêmement dépendante des bailleurs est extrêmement préoccupante. Si [les priorités des bailleurs changent], la prestation de services serait sérieusement menacée. » D'autre part, quelques répondants ont fait remarquer qu'il y a une « priorisation du financement de la planification familiale par les bailleurs » qui peut réduire l'urgence par laquelle le gouvernement du Ghana accorde la priorité au financement de la PF. Un répondant a indiqué que si les bailleurs se retiraient du financement de la PF au Ghana, les mêmes problèmes qu'avec GAVI, l'Alliance du vaccin, et le financement de la vaccination pourraient se produire. À titre de précision, GAVI avait prévu d'éliminer progressivement le financement de la vaccination, mais a dû prolonger son plan d'élimination progressive parce que le gouvernement n'a pas été en mesure d'atteindre les objectifs de contribution accrue.

Dans l'ensemble, le Ghana est sur la voie de la fourniture de services gratuits de PF et a choisi de le faire en dehors du financement direct du gouvernement aux prestataires de soins de santé. Le pays a promulgué une réforme de son assurance maladie sociale – NHIS – et a inclus la PF dans le paquet de prestations du NHIS dans le cadre de cet effort. Bien que l'étude pilote pour l'intégration de la PF dans le NHIS n'en soit qu'à quelques mois de mise en œuvre, le Ghana bénéficie de plusieurs champions politiques de la PF au niveau national, chacun d'eux défendant la PF, qu'il s'agisse de meilleurs résultats pour la santé des mères et des enfants, de meilleurs résultats socioéconomiques ou de vastes avantages en matière de santé et de richesse. Au fur et à mesure que le Ghana progresse dans ses efforts actuels et vers ses objectifs en matière de PF, y compris ses objectifs dans le cadre de l'initiative FP2020, les parties prenantes régionales peuvent être intéressées à voir comment le Ghana équilibre son intérêt à contribuer davantage de ressources financières pour générer et satisfaire la demande ainsi que la rémunération des produits de base tout en déterminant comment ils financeront durablement l'inclusion des services de PF dans le NHIS.

3.2 Mauritanie

3.2.1 Aperçu du pays et contexte



La Mauritanie est un cas unique parmi les six pays étudiés. Ce pays est celui qui semble dépendre le moins des bailleurs en ce qui concerne les efforts de PF, et il dispose également du moins grand nombre de données disponibles concernant les indicateurs clés de PF. Les données récentes de l'EIM 2015 indiquent que la Mauritanie avait un TPCm de 15,6 % chez les femmes mariées ou en union, avec des besoins non satisfaits (33,6 %), le plus élevé des six pays de l'étude. Depuis sa participation en 2011 à la conférence de Ouagadougou « Population, planification familiale et développement : l'urgence d'agir », la Mauritanie dispose de trois documents de politique nationale relatifs à la PF. Son document de politique le plus récent est le Plan d'action en faveur de l'espacement des naissances 2014-2018, bien que le gouvernement ait élaboré un plan stratégique nationale en SR (*Plan National Stratégique en Santé de la Reproduction 2016-2020*). Un autre point intéressant concernant la Mauritanie est qu'en dépit d'un ISF de 4,7 (en 2015), son cadre juridique pour la SR n'a été mis en avant que récemment : Il a été adopté fin 2017 et le décret d'application a été publié en mai 2018.

Les informateurs clés ont indiqué que les méthodes de PF proviennent en grande partie du secteur public. La dernière EDS (en 2000) a rapporté que près de 70 pour cent des femmes utilisant des méthodes modernes de PF se les procuraient dans ce secteur.

3.2.2 Tour d'horizon en ce qui concerne les politiques de PF

3.2.2.1 Objectifs des politiques

Depuis plus de 30 ans, la Mauritanie a pris des engagements politiques qui incluent, directement ou indirectement, les besoins en matière de sexualité et de SR. En 1995, la Mauritanie a mis en place une politique nationale de population suivie d'une Politique nationale de la santé reproductive, élaborée en 1996 ainsi que des politiques nationales de la santé reproductive subséquentes. En outre, la SR a été intégrée par le pays dans des politiques de développement économique plus larges, comme le Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (2001), reconnaissant que l'espacement des naissances, comme il y est fait référence officiellement, combat la forte mortalité maternelle et infantile dans le pays tout en s'attaquant à la croissance rapide de la population et aux mauvais résultats en matière de santé, deux facteurs qui entravent le progrès économique. Suite à son intégration dans le Partenariat de Ouagadougou, la Mauritanie a développé une stratégie nationale pour plaider en faveur d'une priorisation accrue de la Stratégie nationale de repositionnement de la planification familiale ; la stratégie a été élaborée en tenant compte de la croissance rapide de la population, de la fécondité totale élevée et des besoins non satisfaits en matière de PF à travers le pays. Parmi les nombreux engagements de la Mauritanie en faveur de la PF, le fil conducteur a été l'amélioration des indicateurs de santé maternelle et infantile à travers « l'espacement des naissances » – appellation officielle utilisée par les acteurs religieux et non religieux. Selon l'Association mauritanienne pour la promotion de la famille (AMPF), partenaire local de la Fédération internationale pour la planification familiale, les taux de mortalité maternelle, néonatale et infantile sont respectivement de 625 pour 100 000 naissances vivantes, 43 pour 1 000 et 77 pour 1 000. Malgré l'introduction de plusieurs politiques et stratégies au cours des trois dernières décennies, la Mauritanie n'a officiellement déclaré les modalités d'application de sa loi de 2017 sur la SR qu'en mai 2018.

Le secteur de la santé publique en Mauritanie est financé par un système de recouvrement des coûts dans lequel les clients paient des frais d'utilisation basés sur le coût des médicaments et des services. Ce système comprenait la PF jusqu'en 2003, lorsque le gouvernement a reconnu la faible demande pour les produits de PF et, dans le cadre d'un engagement politique, a institué des services gratuits de PF par le biais d'une lettre circulaire du ministère de la Santé. Depuis 2011, les produits de la PF sont gratuits pour les clients, parallèlement aux offres gratuites pour la tuberculose, le virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/SIDA), les vaccinations, le paludisme, la grossesse

et les services de santé pour les enfants de moins de 5 ans. Le défi de la Mauritanie à cet égard a été d'assurer le financement des services gratuits de PF. En 2007, la Mauritanie a établi une ligne budgétaire pour la SR qui inclut la PF. En 2012, reconnaissant que la PF a reçu des allocations financières inadéquates au titre de la SR, la Mauritanie s'est engagée à créer une ligne budgétaire spécifique à la PF.

Actuellement, les objectifs nationaux de la PF en Mauritanie sont encapsulés dans le Plan d'action en Faveur de l'Espacement des Naissances 2014–2018, qui s'articule autour de quatre axes stratégiques :

- Améliorer la demande de services de PF ;
- Renforcer l'offre de services de PF ;
- Créer un environnement favorable aux services de PF ;
- Améliorer le suivi et la coordination des actions en matière de PF.

Les engagements externes en matière de PF sont illustrés par les engagements pris dans le cadre de l'initiative FP2020 à partir de 2017, qui étaient de :

- Renforcer l'offre de services de PF par l'introduction de nouvelles méthodes ainsi que la PF des adolescents, des jeunes mariés et des femmes après l'accouchement dans 100 % des établissements de santé ciblés d'ici 2020.
- D'ici 2020, mobiliser une chaîne d'approvisionnement intégrée de produits de santé reproductive, maternels, néonataux, infantiles et nutritionnels, y compris les contraceptifs afin de les rendre disponibles dans tout le pays – « Ne laisser personne de côté ».
- Renforcer les cadres institutionnels pour un environnement favorable à la promotion de la PF d'ici 2020.

En Mauritanie, en plus du gouvernement, quelques partisans notables se sont mobilisés en faveur de la PF. Premièrement, l'UNFPA a été une force de plaidoyer pour le repositionnement de la PF ainsi que pour l'amélioration de la disponibilité de services de PF de qualité. En outre, l'USAID est reconnue comme un bailleur qui a contribué à des projets inestimables comme Deliver et AgirPF qui ont renforcé les points faibles de la prestation de services de PF. Cela dit, plusieurs informateurs clés ont mentionné qu'il n'y a actuellement aucun projet majeur de renforcement de la PF mis en place par l'USAID dans le pays, une lacune qui est prononcée et qu'il est intéressant de combler. Un informateur clé du gouvernement espérait que « l'arrivée du [projet Global Health Supply Chain de l'USAID] en 2018 améliorerait la disponibilité des produits de PF par une meilleure quantification et une meilleure gestion des produits. » La Banque mondiale, et en particulier son initiative Autonomisation des Femmes et Dividende Démographique au Sahel (SWEDD), a soutenu l'enregistrement, la réglementation pharmaceutique et la distribution des produits de PF à l'échelle nationale. Enfin, AMPF, une ONG nationale qui a été le précurseur de la prestation de services de PF en Mauritanie et qui conduit actuellement des activités dans six cliniques de PF à travers le pays, a été mentionnée comme un partenaire local essentiel dans la PF.

3.2.2.2 Les politiques en pratique

Dans le secteur public, tous les services de PF sont considérés comme gratuits pour les clients, mais ils paient des frais d'utilisation pour les examens complémentaires ainsi que pour les consommables. Cela dit, il n'existe pas encore de précédent juridique pour harmoniser et réglementer les frais qui peuvent être évalués au point de service pour les services de PF. Cela signifie que si la PF est officiellement gratuite, son application est faible dans la pratique. Au-delà du secteur public, les ONG offrent des services gratuits de PF aux jeunes, aux adolescents et aux pauvres. Dans le secteur privé à but lucratif, tous les clients doivent payer des frais, qui ne sont pas réglementés, pour les produits et services de PF. Les programmes d'assurance maladie, y compris les mutuelles, ne couvrent pas actuellement les services de PF. Cela signifie que les clients peuvent être soumis à des dépenses personnelles pour accéder aux

services de PF à moins qu'ils ne fassent partie de l'un des groupes cibles pour des services gratuits par l'intermédiaire des ONG.

De plus, la disponibilité des services de PF aux points de soins est fortement influencée par l'intérêt des établissements à offrir des services de PF. Cela s'explique par le fait que le gouvernement ne rembourse pas les établissements pour la fourniture de services ou même de produits de PF, qui sont pour la plupart fournis gratuitement à la Centrale d'achat des médicaments par les bailleurs. Ce manque d'incitations financières au niveau de l'établissement pose une contrainte importante à la disponibilité des services de PF à l'échelle nationale et surtout dans les zones rurales. Un informateur clé a déclaré : « Certains infirmiers ne commandent pas les produits [de planification familiale] de leur propre choix parce qu'ils ne s'y intéressent pas et aussi parce qu'il y a des frais étant donné que les services sont gratuits pour les clients. » Un autre informateur clé a suggéré que les produits distribués aux établissements publics peuvent être vendus par des prestataires privés plutôt que d'être offerts gratuitement par l'entremise de l'établissement, partageant ainsi : « Le libre accès [aux services] mène à la spéculation et aux ventes parallèles ». Pour contourner ce défi, deux communautés apportent leurs propres fonds pour fournir des services de PF au sein de leurs communautés respectives, bien que les contributions de leurs territoires soient faibles, ce qui menace la durabilité de ces offres locales. En revanche, bien que les établissements privés facturent des frais pour la prestation de services de PF, « tout le monde peut acheter, même les jeunes et les adolescents. Bien que l'offre soit limitée, il n'y a pas de discrimination, de sorte que les tendances sont bonnes pour la prestation de services de planification familiale par le secteur privé ».

Malgré les engagements financiers positifs du gouvernement à l'égard de la PF mentionnés ci-dessus, les allocations financières réelles pour la PF n'ont pas encore atteint les objectifs budgétaires fixés par le pays. En 2014, par exemple, le gouvernement a souscrit une allocation de 15 millions d'ouguiyas (41 488 USD) pour la PF, mais aucune somme d'argent n'a été réellement déboursée. Cette année, une allocation de 50 millions d'ouguiyas (123 294 USD) pour la PF a été inscrite dans un amendement financier, bien que le vote de ratification de l'amendement n'ait pas encore eu lieu au moment de cette étude. En effet, la majorité des informateurs clés ont indiqué que le financement constitue un défi majeur pour répondre aux besoins non satisfaits en matière de PF. Un répondant a déclaré : « Les engagements du gouvernement [en matière de planification familiale] sont un défi et surtout la mobilisation [limitée] [de ressources] pour le budget de planification familiale... [il y avait] un poste budgétaire écrit du gouvernement mais pas de mobilisation ».

Parallèlement aux problèmes de financement, la Mauritanie continue de s'attaquer à l'insuffisance de l'accès à la PF et aux obstacles socioculturels à la demande de PF, les deux principaux contributeurs au besoin actuel de 33,6 % non satisfait de la Mauritanie en matière de PF. Parmi les difficultés d'accès décrites par les informateurs clés, la disponibilité limitée des services a été classée au premier rang. C'est dans les zones rurales que la disponibilité est la plus limitée. Par exemple, un informateur clé a déclaré : « L'accès à la contraception dans les zones rurales est difficile en raison des faiblesses de la couverture des soins de santé en général dans les centres de santé et les établissements de santé des zones rurales, y compris la planification familiale. De plus, la présence de camps maliens à la périphérie de la ville [affecte l'accès] ».

Les barrières socioculturelles sont également très importantes en Mauritanie, en raison des points de vue très traditionnels et confessionnels adoptés par une majorité de Mauritaniens. Ces obstacles comprennent les opinions pro-abstinence ainsi que les attentes selon lesquelles seules les femmes mariées auraient accès aux services de PF, et ils ont un impact sur l'accès à la PF par les jeunes et les adolescents en particulier. Un informateur clé a déclaré : « Dans les établissements publics, les contraceptifs ne sont pas [offerts] aux jeunes. Seules les femmes mariées y ont droit. »

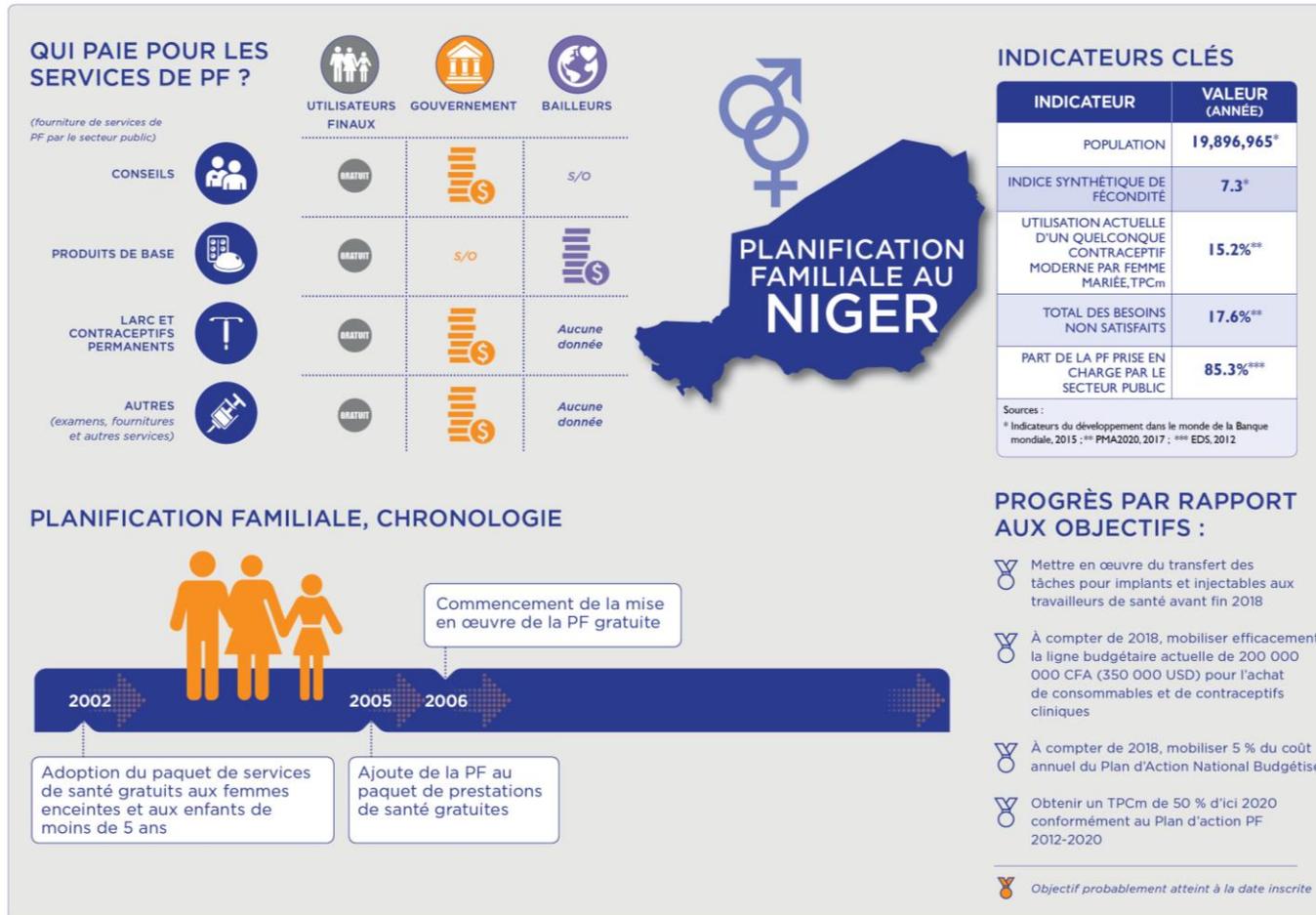
En ce qui concerne les préférences en matière de PF, malheureusement, les options méthodologiques en Mauritanie se limitent en grande partie à des méthodes à court terme, en particulier les préservatifs et les contraceptifs oraux. Force est de constater que les méthodes à long terme sont rarement disponibles. Les dispositifs intra-utérins (DIU) sont de plus en plus disponibles en Mauritanie, mais on ne sait pas dans quelle mesure les frais associés à leur insertion peuvent limiter leur utilisation.

3.2.3 Les perspectives d'avenir de la PF gratuite

Dans l'ensemble, la fourniture de la PF gratuite en Mauritanie est confrontée à de nombreux défis, mais les plus importants sont la mobilisation du financement public et la disponibilité limitée des services en raison des normes socioculturelles et de la situation géographique. Si l'engagement de la Mauritanie en faveur du financement de l'espacement des naissances a clairement progressé, la mobilisation des ressources reste faible. De plus, le manque d'incitations pour les établissements de santé publics à fournir des services gratuits de PF rend la disponibilité des services de PF au point de service sensible aux croyances et aux intérêts des prestataires au niveau de l'établissement. Actuellement, il n'y a pas de partage des tâches des services de PF avec les agents de santé communautaire ni de précédent pour la disponibilité des services de PF au niveau communautaire. Les tendances démographiques en Mauritanie suggèrent que l'augmentation rapide de la croissance démographique se poursuivra. Les moins de 18 ans qui ne travaillent pas deviendront une majorité croissante parmi les groupes d'âge de la population, ce qui créera une urgence supplémentaire pour promouvoir les services de PF et les rendre disponibles, qu'ils soient gratuits ou non.

3.3 Niger

3.3.1 Aperçu du pays et contexte



Sur nos six pays à l'étude, le Niger a le niveau de revenu le plus bas (mesuré par le PIB par habitant) et l'ISF le plus élevé. En fait, le Niger a l'ISF le plus élevé du monde avec 7,3 et figure parmi les pays les plus pauvres du monde (Indicateurs du développement dans le monde 2015). Cette combinaison a établi depuis longtemps un précédent pour ses politiques favorables à la PF. Le TPCm a augmenté ces dernières années, passant de 11 % (sur toutes les femmes, selon l'EDS) en 2012 à 15,2 % en 2017 (PMA2020). Le TPCm est bien en dessous de l'objectif de 50 pour cent de FP2020. En termes d'équité, des données sont disponibles à partir de 2016 sur le TPCm par tertiles de richesse du PMA2020, indiquant que les femmes dans le tertile le plus élevé (18,9 %) utilisent des contraceptifs modernes à un taux environ deux fois plus élevé que les tertiles les plus bas (8,3 %) et moyens (9,2 %).

Les méthodes de planification familiale sont presque entièrement issues du secteur public, 85,3 % des femmes utilisant des méthodes modernes de PF en provenant (EDS 2012).

3.3.2 Tour d'horizon en ce qui concerne les politiques de PF

3.3.2.1 Objectifs des politiques

Le Niger a une histoire de priorisation de la PF qui s'étend sur 30 ans, à commencer par la création d'une direction de la PF au sein du ministère de la Santé en 1988, suivie quelques années plus tard par l'adoption par le gouvernement du Niger d'une politique nationale de population en 1992. Quinze ans plus tard, en 2007, le Niger a adopté sa politique démographique nationale. L'importance de la PF au Niger découle de la reconnaissance du fait que la PF réduit la mortalité maternelle et infantile et soutient également le développement économique. Compte tenu du faible niveau de revenu de la majorité des Nigériens, afin d'améliorer les résultats en matière de santé maternelle et infantile, le Niger a adopté en 2002 une politique axée sur la gratuité des services de santé pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. Plus tard en 2005, par décret, la PF a été ajoutée à l'offre de services de santé gratuits et la mise en œuvre a commencé en 2006. Le ministère de la Santé publique (MdSP) abrite une unité de coordination pour superviser ces services gratuits.

Le Niger a également pris des engagements et des plans substantiels en matière de PF. Les objectifs nationaux comprenaient ceux du Plan d'action pour la planification familiale 2012-2020, qui prévoyait d'atteindre un taux de prévalence contraceptive de 50 % en 2020 grâce à des efforts dans trois domaines stratégiques :

- Améliorer la disponibilité des services de PF à tous les niveaux du continuum de soins ;
- Augmenter la demande de services de PF à tous les niveaux ;
- Promouvoir un environnement favorable à la PF.

Les engagements externes en matière de PF sont illustrés par les engagements pris dans le cadre de l'initiative FP2020 à partir de 2017, qui étaient de :

- Mettre en œuvre le partage des tâches de l'ensemble des services de santé génésique et de planification familiale (implants et injectables) pour les agents de santé communautaire d'ici la fin de 2018, comme proposé par les ministres de la Santé à l'Organisation ouest africaine de la santé le 16 juin 2017 à Abuja.
- D'ici 2018, mobiliser efficacement la ligne budgétaire actuelle de 200 000 000 CFA (350 000 USD) pour l'achat de consommables et de contraceptifs cliniques. Le budget sera augmenté d'au moins 10 % par an jusqu'en 2020.
- D'ici 2018, mobiliser 5 pour cent de son coût annuel au Plan d'Action National Budgétisé (PANB) en s'adressant au secteur privé et aux gouvernements régionaux pour soutenir le financement des crises humanitaires et de SR/PF.

- D'ici la fin de 2017, l'accent sera mis sur les adolescents et les jeunes, et au moins 15 pour cent du budget du PANB plus les révisions doivent être alloués aux interventions ciblant les adolescents et les jeunes en matière de santé sexuelle et de santé reproductive.

Il existe un certain nombre de partisans de la PF au Niger. L'UNFPA et l'USAID sont les principaux bailleurs, en particulier l'UNFPA, qui non seulement fournit des produits de base, mais soutient également le plaidoyer autour de l'importance de la PF. Le Regroupement des ONG et Associations du Secteur de la Santé du Niger (ROASSN), une ONG nationale qui opère par le biais de subventions, joue un rôle de liaison entre le gouvernement, à savoir le ministère de la Santé, les établissements, et les partenaires techniques et financiers. En sa capacité, le ROASSN soutient le développement de politiques inclusives, le dialogue et les efforts éducatifs pour améliorer la sensibilisation et l'adoption de la PF à travers le pays.

3.3.2.2 Les politiques en pratique

Tous les services offerts dans le cadre de l'ensemble des services de santé gratuits, y compris les services de PF, sont gratuits pour les clients. Cependant, le financement de ces services est un défi ; en grande partie, les mécanismes et les systèmes de financement sont incongrus et insuffisants. Bien que les bailleurs, principalement l'UNFPA et l'USAID, financent la majorité des produits de la PF au Niger, le gouvernement du Niger couvre les coûts associés aux services cliniques ainsi que les coûts des ressources humaines et autres coûts d'infrastructure par le biais d'un système de remboursement avec des établissements publics. Malheureusement, le Niger n'a pas été en mesure de rembourser adéquatement les établissements pour les services gratuits. De 2006 à 2015, le Niger n'a été en mesure de rembourser que 61,25 % des établissements publics pour les réclamations liées à la gratuité des services de santé : Les établissements ont présenté 55,9 milliards de francs CFA (97,1 millions de dollars US) en réclamations, mais seulement 34,2 milliards de francs CFA (59,4 millions de dollars US) ont été remboursés. En outre, en 2017, le Niger n'a alloué que 62 millions de francs CFA (107 687 USD) sur les 200 millions de francs CFA (347 379 USD) inscrits au budget provisoire pour le paquet des services de santé gratuits, qui inclut à nouveau, mais sans s'y limiter, les services de PF.

Les problèmes chroniques de remboursement ont affecté l'intérêt des établissements à continuer à fournir ces services de santé gratuits. Un recouvrement insuffisant des coûts affecte la capacité des établissements à maintenir leurs activités s'ils doivent fournir des services gratuits sans remboursement, ou souvent en retard, et recevoir un remboursement partiel qui ne représente qu'une petite fraction des coûts encourus par les prestataires. Un répondant a réfléchi à l'ampleur de ce défi : « Le gouvernement ne paie pas. Par conséquent, dans certaines régions, les prestataires soumettent leurs demandes directement aux ONG qui paient. [C'est] séparé du gouvernement. » Pour compliquer encore davantage les choses, les informateurs clés ont mentionné la qualité variable des demandes de remboursement des établissements de santé comme raison du retard de remboursement. Plus particulièrement, les formulaires de demande de remboursement peuvent non seulement contenir des erreurs, mais aussi des demandes frauduleuses ou des exagérations qui exigent beaucoup de ressources administratives du MdSP et du ministère de l'Économie et des Finances pour être examinées.

Les informateurs clés ont également suggéré des défis en matière de coordination, l'un d'entre eux affirmant que « le gouvernement devrait prendre l'initiative pour obtenir le meilleur résultat possible. En réalité, les bailleurs et les partenaires techniques et financiers travaillent sur les mêmes choses [et il y a] une harmonisation inefficace des efforts.... un représentant de chaque grand partenaire (UNFPA, USAID, etc.) se réunit pour discuter avec le ministère de la Santé [de la prestation de services de planification familiale], mais il n'y a aucune connaissance, même aujourd'hui, de tous les acteurs de la région ».

Du point de vue du client, bien que les services de PF soient gratuits dans les établissements publics, les facteurs socioculturels ont été considérés comme les obstacles les plus importants limitant l'accès des

clients. Au Niger, les services de PF ont tendance à n'être disponibles que pour les femmes mariées, un répondant a déclaré : « Seules les femmes mariées ont droit aux produits [de planification familiale] ». Un autre a fait écho à cette réflexion mais a ajouté que leurs maris doivent approuver. Les efforts du gouvernement, des partenaires techniques et financiers et des ONG continuent d'accroître l'éducation, la sensibilisation et l'engagement des chefs religieux et traditionnels ainsi que des hommes en général dans l'importance de la PF pour le Niger. Jusque-là, plusieurs répondants ont indiqué que l'école des maris, un programme de formation éducative pour les hommes mariés, était une intervention importante visant à améliorer l'acceptation de la PF en tant que service de santé qui sauve des vies.

Malgré les efforts pour améliorer les services de PF en milieu rural – par exemple le programme de distribution à base communautaire (DBC) de l'Association Nationale pour le Bien-Être Familial (ANBEF), qui fournit des ressources de PF comme les injectables de Sayana Press – plusieurs informateurs clés ont mentionné l'accès limité aux services dans les zones rurales et les plus éloignées comme un autre obstacle limitant l'accès des clients. Cet obstacle existe pour deux raisons : l'offre limitée de produits de PF et de professionnels de la santé formés dans les régions les plus reculées du pays, et la capacité et les ressources financières limitées pour que les individus puissent se rendre à l'établissement le plus proche. Un répondant a indiqué : « pour ceux qui vivent en milieu rural, il n'y a aucun moyen de trouver un moyen de transport, et il n'est pas clair pourquoi on marcherait 5 kilomètres pour un service de prévention ».

Enfin, quelques informateurs clés ont noté que malgré les engagements nationaux et externes du Niger à accroître l'accès à la PF, les adolescents et les jeunes ont un accès assez limité et sont stigmatisés, en particulier les jeunes non mariés. Un répondant a simplement dit : « Les jeunes et les adolescents sont exclus ». Un autre répondant a fait remarquer que « dans l'ensemble, les jeunes sont en marge de la société. Ils n'ont pas accès aux ressources et leurs pensées sur la vie sont faibles. Le pays travaille actuellement sur ce problème. »

Il convient de noter que la diversité des méthodes au Niger a évolué au fil du temps. Actuellement, cinq méthodes de PF sont disponibles au Niger : les préservatifs, les injectables, les implants, les DIU et les pilules contraceptives orales, la dernière étant la plus disponible. Tandis que les pilules contraceptives orales étaient la méthode la plus demandée en 2012, en seulement cinq ans, la demande est devenue plus égale pour l'ensemble des pilules contraceptives orales, des implants et des injectables, chacun représentant maintenant 30 % de la demande des clients. Un répondant a mentionné que « [cette] augmentation du nombre d'implants et d'injectables est probablement fonction des moyens efficaces de [les rendre] disponibles, [comme] les cliniques mobiles ». Malheureusement, selon les informateurs clés interrogés, les méthodes à long terme ne sont pas encore disponibles au Niger, bien que des ONG comme ANIMAS-Sutura et des établissements privés recevant un soutien en franchise sociale de MSI et Population Services International recherchent des opportunités pour les introduire sur le marché à l'avenir.

Actuellement, aucune option d'assurance maladie publique n'inclut la PF. La pénétration de l'assurance maladie est faible au Niger en général et ne couvre pas actuellement les services de PF. En outre, les mutuelles, c'est-à-dire les régimes d'assurance maladie à base communautaire, « ont certaines difficultés avec les services gratuits » parce que les « établissements abusent d'eux via les demandes qu'ils soumettent pour fournir les services et produits gratuits, qui sont déjà gratuits ».

3.3.3 Les perspectives d'avenir de la PF gratuite

Comme mentionné ci-dessus, le financement est la menace la plus importante pour la fourniture de la PF gratuite au Niger. Par le passé, des bailleurs comme la Banque mondiale ont couvert le coût des réclamations que le gouvernement du Niger n'a pas été en mesure de payer, mais il n'est pas certain que

cela continuera. Dans l'intervalle, les établissements font face à la pression de fournir des services gratuits avec un paiement limité ou nul. De plus, bien que le Niger se soit engagé à augmenter la contribution du gouvernement au financement des services gratuits, y compris la PF, les ressources nationales disponibles pour le faire sont limitées. De plus, les ressources nationales disponibles ne sont pas axées sur la santé, et encore moins sur les services gratuits. Comme l'a dit un répondant : « Actuellement, la priorité budgétaire est la sécurité ».

4. COMPARAISONS ENTRE PAYS

Tandis que la section précédente examinait chaque pays ciblés par l'étude séparément pour comprendre le contexte politique, la mise en œuvre et les perspectives, nous cherchons également à comprendre comment des comparaisons entre pays peuvent clarifier les politiques et la mise en œuvre de la PF gratuite. Nous examinons les thèmes communs (sous-section 5.1) et les divergences importantes (sous-section 5.2) entre les trois pays ciblés par l'étude. À cela **s'ajoutent des résultats des trois autres pays témoins : le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire et le Mali. Nous le faisons pour quatre raisons principales :**

1. Donner une vision plus large des politiques de PF et de l'inclinaison vers la PF gratuite dans les pays d'Afrique de l'Ouest ;
2. Identifier s'il existe des facteurs socioéconomiques et démographiques ou des tendances associées à la position d'un pays par rapport à l'offre gratuite de PF ;
3. Identifier si des tendances plus larges peuvent être à l'origine d'un TPCm qui peut avoir des « effets » écrasants de la mise en œuvre de la PF gratuite ;
4. Considérer les pays témoins en Afrique de l'Ouest comme des cas types pour l'application des leçons apprises des pays ciblés par l'étude, et pour étendre les résultats à d'autres pays d'Afrique de l'Ouest.

Dans la sous-section 5.3, nous donnons une vision plus large de l'environnement politique en Afrique de l'Ouest en examinant les politiques de PF dans nos trois pays témoins. Nous comparons ensuite les politiques et les données pertinentes sur les indicateurs socio-économiques, de PF et de financement dans les six pays étudiés dans la section suivante. La somme des résultats nous aidera plus tard dans la section Discussion à nous attaquer à notre quatrième raison d'appliquer les leçons apprises aux pays d'Afrique de l'Ouest.

4.1 Thèmes communs à l'ensemble des pays ciblés par l'étude

Dans les pays ciblés par l'étude (le Ghana, la Mauritanie et le Niger), plusieurs **thèmes communs sont ressortis de l'analyse des politiques de SR et de PF au niveau national et des perspicacités des entretiens avec des informateurs clés sur le terrain** (voir tableau I). Ces thèmes communs comprennent le financement de la PF ainsi que les obstacles à la prestation de services gouvernementaux et l'accès des clients à la PF. Ces thèmes portent des considérations importantes pour les pays témoins ainsi que pour d'autres pays de la région qui envisagent de poursuivre ou non la PF gratuite.

Tableau I. Résumé des thèmes communs

Résumé des thèmes communs à l'ensemble des pays ciblés par l'étude	
1	Le financement des bailleurs reste toujours important mais on s'attend à ce qu'il diminue
2	Les politiques visant à accroître la priorité de la prestation de services de PF peuvent ne pas être bien acceptées.
3	Aucun des pays ciblés par l'étude n'a encore atteint les objectifs financiers de son FP2020 et/ou les engagements nationaux visant à améliorer le financement de la PF

Résumé des thèmes communs à l'ensemble des pays ciblés par l'étude	
4	Il existe des obstacles considérables limitant l'accès des jeunes et des adolescents à la PF
5	La situation géographique, surtout être situé dans une zone rurale, constitue un obstacle considérable limitant l'accès à la PF
6	Les normes de genre (par exemple, l'importance de l'approbation du mari) ont un obstacle pour accéder à la PF.

Tous les pays ciblés par l'étude ont noté **l'importance des contributions des bailleurs à la PF, mais aussi le potentiel réel de réduction des ressources financières et techniques des bailleurs à l'avenir**. Les pays ont reconnu les vastes possibilités d'améliorer le coût et la disponibilité des services de PF pour les clients grâce aux bailleurs, à savoir l'USAID et l'UNFPA, qui couvrent le coût des produits de PF. En outre, ils ont mentionné le soutien des bailleurs en matière de PF dans des domaines tels que les activités de génération de demande, l'amélioration de la prestation de services par le biais de programmes tels qu'AgirPF et les activités visant à développer des systèmes d'information sanitaire plus rationalisés. Afin de maintenir ces gains en matière de PF dans le contexte de réductions imminentes des ressources des bailleurs et de la menace que de telles réductions pourraient être mises en œuvre avec peu d'avertissement, les pays ont été motivés à améliorer la prestation des services de PF dans les prochaines années. Les pays ont pris des engagements pour 2017 dans le cadre de FP2020, tels que l'augmentation de la demande de PF, la sensibilisation à la PF dans les sous-populations cibles et l'augmentation de leurs propres contributions financières à la PF. Bien que ces engagements montrent l'intérêt des pays pour le maintien, sinon l'augmentation, du niveau actuel des activités de PF dans le pays, les informateurs clés ont reconnu que les changements apportés par les gouvernements au financement des PF n'ont pas été rapides. Les pays sont intéressés à accroître leur appropriation du financement de la PF, par exemple, mais il a été difficile pour les parties prenantes de déterminer comment le faire de manière durable, en particulier avec des données limitées sur le coût et les avantages de la prestation de services de PF dans leurs pays respectifs. En plus d'apporter davantage de ressources financières à la PF, les pays réfléchissent également à la manière d'utiliser les ressources existantes pour améliorer la prestation de services de PF. Les informateurs clés au Ghana et au Niger ont cité le transfert des tâches comme exemple spécifique : « Beaucoup d'efforts sont consacrés au transfert des tâches avec les cadres inférieurs pour des méthodes plus efficaces comme les implants, poussés par une politique visant à accroître la disponibilité des services de planification familiale. » Une formation plus poussée des cadres professionnels de la santé a été mentionnée par les trois pays comme une autre occasion de rendre les services de PF plus largement disponibles à moindre coût.

Tandis que les trois pays ciblés par l'étude ont pris l'engagement de 2017 dans le cadre de FP2020 d'augmenter l'allocation de ressources financières à certains éléments de la prestation de services de PF – notamment sous la forme d'un financement public plus important pour les contraceptifs – aucun des **pays ciblés par l'étude n'a encore atteint ses objectifs financiers**. Tous les écarts signalés entre les engagements budgétaires au titre de la PF et les allocations réelles, ce qui suggère qu'il faut faire davantage pour donner la priorité au financement de la PF. Dans tous les pays, les informateurs ont cité peu d'efforts concrets pour la mobilisation des ressources nationales axées sur la PF, bien qu'ils aient mentionné l'intérêt national pour l'augmentation du financement de la santé, y compris la PF. De plus, dans les pays du Sahel comme le Niger, où la sécurité est un énorme défi, cette réalité est encore plus tendue par des priorités concurrentes. Un informateur clé a fait remarquer : « Le poste budgétaire a été créé pour accroître la possibilité que le gouvernement puisse appuyer l'achat de produits [de planification familiale]. Actuellement, la priorité budgétaire est la sécurité. » Même au-delà de la PF, les interventions sanitaires et autres interventions non sécuritaires se disputent les ressources du

gouvernement. Tandis que les pays sont aux prises avec des priorités concurrentes dans le domaine de la santé et au-delà, associées à des ressources nationales limitées, ils devront déterminer comment ils considèrent que la PF profite à leurs citoyens et dans quelle mesure elle s'inscrit parmi les priorités budgétaires.

Parallèlement aux changements imminents dans le financement de la PF, les trois pays ciblés par l'étude ont des politiques visant à accroître la priorité de la prestation de services de PF. Ces politiques, vérifiées par des réponses d'informateurs clés, présentent un intérêt pour l'amélioration des résultats en matière de santé maternelle, néonatale et infantile ; la prise en compte de la croissance démographique croissante ; et/ou la reconnaissance des avantages socio-économiques de la PF. Toutefois, les entretiens avec des informateurs clés dans les trois pays ciblés par l'étude mettent en évidence une réceptivité mitigée à ces intérêts dans la pratique. Par exemple, bien que des informateurs clés reconnaissent que le taux de croissance démographique est le plus élevé parmi les populations jeunes et sans travail, les informateurs clés avaient des opinions partagées sur la question de savoir si les jeunes et les adolescents célibataires, sinon tous les jeunes et les adolescents, devraient avoir un accès illimité aux services de PF. Un informateur clé a noté que « [Il existe] des facteurs culturels/sociaux qui devraient être pris en compte dans le contexte [du pays] pour déterminer si les injectables devraient ou non être administrés aux jeunes... [Nous] finirons probablement par donner gratuitement la planification familiale à un groupe de personnes (jeunes et adolescents) à qui nous ne voulons pas la donner ». Un autre, interrogé sur les différences d'accès selon l'âge, a déclaré : « Les jeunes et les adolescents sont exclus. L'accès dépend principalement de l'âge. »

Au-delà du paysage du financement de la PF, l'accès à la PF, et en **particulier les obstacles à cet accès, était l'un des principaux sujets des entretiens avec les informateurs clés**. Tous les pays ciblés par l'étude ont décrit l'importance des normes socioculturelles comme des obstacles limitant l'accès des clients à la PF. Pour les pays à majorité religieuse, qu'ils soient musulmans ou chrétiens, les tabous autour de la PF persistent. Un informateur clé a déclaré : « Nous devons accroître nos efforts en matière d'éducation et de sensibilisation des dirigeants culturels et locaux. » Un autre a indiqué : « [Il y a] des problèmes de mentalité et de religion. Il y a des contraintes sociales sur les jeunes et les adolescents. Les femmes mariées et les jeunes ont des problèmes d'accès aux contraceptifs. » Une troisième remarque : « [Il y a] des contraintes morales religieuses et socialement, [le recours à la planification familiale] est interdit ».

Tous les pays ciblés par l'étude ont au moins un engagement de 2017 au titre de FP2020 qui identifie les **jeunes et les adolescents comme une population cible pour accroître l'accès à la PF**. Toutefois, comme indiqué tout au long du rapport, les progrès ont été mitigés dans la mise en œuvre d'interventions axées sur les jeunes et les adolescents. Le Niger, par exemple, s'est engagé à augmenter la fraction de son budget des Archives consacrée aux interventions axées sur les jeunes et les adolescents à au moins 15 %. Cependant, le pays est confronté à des normes socioculturelles et à la stigmatisation qui limitent l'accès des jeunes et des adolescentes à la PF à la permission de leur mari, si elles sont mariées, ainsi que via les ONG pour peu ou pas de frais ou le secteur privé au prix coûtant. En outre, bien que le gouvernement ait précédemment investi dans des centres pour les jeunes où les services de PF pouvaient être discrètement accessibles, les informateurs clés les ont décrits comme ne fonctionnant pas actuellement. En Mauritanie, des barrières socioculturelles similaires limitent l'accès des jeunes et des adolescents. Un informateur clé a noté que « les adolescents n'ont accès à rien d'autre qu'à l'information, à l'éducation et à la communication en général et à aucun produit du secteur public ». Au Ghana, un informateur clé a noté que « le besoin non satisfait est d'environ 50 pour cent, le mariage des enfants représente un obstacle, l'abstinence des jeunes est toujours la pensée sociétale prédominante [donc il y a] une stigmatisation contre l'utilisation de la planification familiale par les jeunes, les jeunes n'ont que peu ou pas de moyens financiers pour accéder à la planification familiale ».

Les pays ciblés par l'étude ont noté que **l'accès limité à la PF dans les zones rurales** est un point faible dans la prestation de services de PF. Un informateur clé au Niger a indiqué : « [Les gens] sont isolés, et avec la DBC des produits parce que les populations rurales sont dispersées et que les clients ont des problèmes d'accès. [Il y a aussi] des problèmes de sécurité dans certaines régions. » En Mauritanie, en particulier, les services de PF semblent essentiellement inexistant dans les zones rurales. Un informateur clé a clairement indiqué qu'il n'y a pas de couverture efficace dans les zones rurales. Au Ghana, l'accès aux zones rurales a été un domaine d'intervention particulier en raison des difficultés à assurer une couverture adéquate. En plus de l'engagement explicite de 2017 dans le cadre de FP2020 d'augmenter le TPCm par un accès accru à la PF dans les zones périurbaines et rurales, un informateur clé ghanéen a indiqué que « l'expansion des services CHPS (planification et services de santé communautaires, une intervention de santé communautaire), la communication en matière de changement social et comportemental sur la PF, les activités de génération de demande et les initiatives gouvernementales non sanitaires pour augmenter l'alphabétisation et l'éducation des filles » étaient des interventions qui ciblaient la couverture des zones rurales et ont eu pour résultat « le fait que la couverture des zones rurales a dépassé celle des zones urbaines pour la première fois ». Pour le Niger, malgré les défis opérationnels, la DBC a été présentée par plusieurs informateurs clés comme une intervention prometteuse pour élargir l'accès aux zones rurales. L'un d'entre eux a déclaré : « La DBC est une bonne expérience. Les agents communautaires sont choisis pour assurer [la planification familiale] à proximité de la population (avec l'UNFPA). Permettre [leur] engagement [mène à] l'accès. Ces agents sont organisés, motivés et engagés. »

Les rôles de genre constituent le dernier obstacle majeur limitant l'accès à la PF. Dans les trois pays ciblés par l'étude, le rôle du mari est prépondérant dans la capacité à poursuivre la PF. Les femmes mariées ont été signalées comme ayant moins d'accès par un informateur clé « l'accès indépendant aux services de planification familiale sans passer par un homme "serait considéré comme une marque de promiscuité" ». Un autre a indiqué : « En principe, compte tenu des normes sociales, [l'accès à la planification familiale] est préféré pour les femmes mariées, avec l'accord de leur mari. » Tandis que les informateurs clés du Ghana et du Niger ont signalé des changements dans le choix de méthodes de PF en faveur des injectables² comme un choix plus discret qui peut être poursuivi de manière plus indépendante, l'implication des maris dans la PF reste omniprésente dans les pays ciblés par l'étude,

Malgré les obstacles existants, tous les pays sont motivés à se pencher sur les domaines dans lesquels il y a lieu d'améliorer la prestation des services de PF.

4.2 Divergences entre les pays ciblés par l'étude

Bien qu'il y ait eu plusieurs thèmes communs à travers les pays ciblés par l'étude, les entretiens avec les informateurs clés ont également mis en évidence certaines divergences. Les différences portaient sur l'état d'avancement de la mise en œuvre de la PF gratuite et les leçons apprises dans chaque pays (voir tableau 2).

Tableau 2. Résumé des divergences

Résumé des divergences entre les pays ciblés par l'étude

² Remarque : Au moment de l'étude, les informateurs clés en Mauritanie ont indiqué que la disponibilité des injectables était extrêmement limitée.

1	Les pays ciblés par l'étude ont eu recours à différents mécanismes de financement et de politique pour offrir des services gratuits de PF aux clients
2	Les pays ciblés par l'étude n'ont pas tous la même définition de la PF « gratuite »
3	Chacun des pays ciblés par l'étude a fourni des leçons uniques d'après ses expériences qui pourraient être partagées avec d'autres pays d'Afrique de l'Ouest

La prémisse de cette étude était d'explorer les motivations, les expériences et les résultats de chaque pays dans la fourniture gratuite de services de PF aux clients (c'est-à-dire l'élimination des frais à la charge des usagers). Les trois pays ciblés par l'étude ont tous été identifiés comme ayant des politiques nationales en place, notant que la PF est gratuite pour les clients. **Les mécanismes de financement de la santé par lesquels ces services « gratuits » étaient fournis différaient d'un pays à l'autre** : Le Ghana a inclus les services de PF dans le paquet de prestations de son régime national d'assurance maladie, le NHIS, tandis que le Niger a mis au point un mécanisme de remboursement du gouvernement pour couvrir les coûts d'un ensemble de services comprenant la PF ainsi que la santé maternelle et infantile et d'autres services, et la Mauritanie a établi des services gratuits de PF mais a laissé aux établissements le soin de déterminer comment ils pourraient équilibrer le coût des établissements pour fournir gratuitement la PF avec des opportunités de profit par la fourniture d'autres services. Les mécanismes utilisés en ce qui concerne les politiques pour mettre en place les services gratuits différaient également. Le Ghana a utilisé une loi (National Health Insurance Act, 2012), le Niger un décret et la Mauritanie une lettre du ministère de la Santé dans le cadre d'un engagement politique.

En plus des différences dans les mécanismes de financement et de politique utilisés pour financer et institutionnaliser les services de PF sans frais pour les clients, **l'étude a révélé des différences dans la signification réelle du mot « gratuit »**. Dans tous les pays ciblés par l'étude, les services de PF étaient assortis de frais d'utilisation, ce qui signifie qu'ils n'étaient pas vraiment gratuits. Au minimum, des frais d'utilisation sont imposés pour les examens et les consommables qui accompagnent le produit de PF. Dans d'autres cas, la fourniture de méthodes cliniques avait son propre coût. Dans l'ensemble, à l'exception du conseil et de l'éducation, nous avons constaté que l'accès à la PF entraîne des coûts, quoique souvent minimes, pour les clients. De plus, les clients qui doivent voyager doivent engager des coûts supplémentaires, souvent substantiels. Par ailleurs, tandis que le Niger et la Mauritanie ont établi leur statut actuel de PF « gratuite », le Ghana vient tout juste de lancer son étude pilote pour comprendre comment la gratuité de la PF par l'intermédiaire du NHIS pourrait fonctionner. L'étude, d'une durée de deux ans, permettra au gouvernement de décider quels services de PF seront inclus et comment il intensifiera ses efforts pour couvrir toutes les régions du Ghana. Comme ce mécanisme de PF gratuite dépend de l'inscription au NHIS, si le Ghana a l'intention de fournir des services de PF gratuits à tous, il devra examiner comment il va augmenter le taux d'inscription au NHIS, qui est actuellement inférieur à 40 pour cent (HFG 2018).

L'étude HFG a permis de tirer des **enseignements précieux**. Nous avons demandé aux informateurs clés quelles leçons tirées de l'expérience de leur pays seraient intéressantes à partager avec d'autres pays d'Afrique de l'Ouest. Parmi les informateurs clés d'un pays, il y avait plusieurs réponses communes ; cependant, dans les trois pays clés, les informateurs clés ont présenté des leçons uniques qui pourraient être prises en compte pour l'apprentissage par les pairs à l'avenir. Les informateurs clés en Mauritanie ont fourni des leçons autour de la nécessité de relier la PF aux croyances religieuses de sa population à majorité musulmane, notant son modèle de plaidoyer ciblé auprès des leaders de la communauté musulmane, son utilisation de l'« espacement des naissances » par opposition à la « planification familiale » comme terminologie plus conviviale pour le public, et la promotion de l'espacement des

naissances par le groupe théologique islamique (la Ligue des Oulémas) comme des leçons qui pourraient être partagées avec d'autres pays. Les informateurs clés du Niger ont souligné le succès des écoles des maris », qui sont des programmes locaux d'éducation et de promotion de la PF destinés aux maris au Niger. Les informateurs du Niger ont également mentionné les DBC comme décrit précédemment, l'éducation sur les avantages pour la santé de l'espacement des naissances, et les programmes d'éducation et d'accès axés sur les jeunes, y compris les jeunes scolarisés et non scolarisés. En particulier, ils ont souligné le programme ELIMIN pour les jeunes filles non scolarisées dans la mesure où il intégrait la SR dans un programme éducatif plus large qui comprenait également l'apprentissage de la lecture et de l'écriture. Enfin, les informateurs clés au Niger ont mentionné le Projet Jeunes Filles Saisonniers, un programme de services sociaux et d'éducation à la PF destiné aux jeunes filles qui quittent leur famille pour aller travailler comme domestiques dans la capitale et gagner un revenu à renvoyer à leur famille. « Elles sont les plus prédisposées à être maltraitées, à tomber enceinte et à contracter des maladies ».

Au Ghana, les leçons tirées des informateurs clés portaient sur le financement, la distribution, l'éducation et l'apprentissage. Un répondant clé a déclaré : « La planification familiale devrait faire partie du paquet de prestations minimales pour n'importe quel pays, en particulier les méthodes à long terme ». Un autre répondant a spécifiquement mentionné le dialogue actuel sur la CSU au Burkina Faso et a mis en garde : « Si la planification familiale n'est pas intégrée au départ, il est très difficile de l'inclure après ». Un autre, en réfléchissant sur les succès obtenus au niveau communautaire, a noté que la prestation des soins de santé primaires par le biais du concept de CHPS était une leçon précieuse à partager puisque « une fois déployés, les services de [CHPS] sont axés sur le ménage, au lieu du centre de santé, pour la santé ». Le Ghana a réalisé des progrès dans la mobilisation des champions politiques de la PF pour soutenir la prise de conscience des bénéfices globaux de la PF. Un informateur clé a déclaré : « Lorsque les mères connaissent les avantages de la PF sur le plan de la santé et de la richesse et qu'elles y ont recours, cela aura une incidence positive sur tous les services de santé ». Enfin, afin de continuer à apprendre ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas pour la prestation des services de PF, un informateur clé a indiqué qu'il serait utile d'inclure la question suivante dans les enquêtes pour mieux comprendre la demande : « Quel genre de service de planification familiale serait idéal pour vous ? »

4.3 Résumé des politiques de planification familiale pour les pays témoins

En plus des trois pays ciblés par l'étude, l'équipe chargée du projet HFG a mené des analyses documentaires, des données et des analyses documentaires sur trois autres pays de la région : le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire et le Mali. Ces pays étudient actuellement la possibilité et la manière d'offrir gratuitement des services de PF à leurs clients. En effet, grâce à cette étude, nous avons appris que l'un de ces pays, le Burkina Faso, a commencé à offrir une subvention pour les contraceptifs au cours de la dernière année. Nous présentons de brefs résumés de l'historique de leurs politiques de PF pour élargir la perspective de l'étude en Afrique de l'Ouest, ce qui nous permet de contextualiser et d'appliquer les thèmes identifiés à travers l'analyse approfondie des pays ciblés par l'étude à ces pays et à d'autres pays de la région dans la section Discussion.

4.3.1 Burkina Faso

Le Burkina Faso est l'un des premiers pays à avoir soutenu la PF en Afrique de l'Ouest. Depuis son accession à l'indépendance en 1960, le Burkina Faso a été l'un des piliers des conférences régionales et mondiales sur la croissance démographique et les droits fondamentaux et a compris la relation inverse entre la surcroissance démographique et le développement économique. Dès les années 1980, le gouvernement du Burkina Faso a commencé à reconnaître des organisations comme l'Association burkinabè pour le bien-être familial et le Conseil national de la population, des organisations approuvées pour soutenir la prestation publique de services de PF et pour élaborer une politique démographique qui présente des idées concrètes afin de faire face à la croissance démographique tout en reconnaissant les normes socio-économiques et culturelles du pays. En 1985, le ministère de la Famille a présenté un plan d'action sur la PF, qui a permis d'inclure la prestation de services de PF dans les centres de santé et l'éducation en SR dans les écoles. Il a également formellement introduit un langage liant la PF au développement. Près de 10 ans plus tard, en 1994, le Code de santé publique a été adopté ; parmi ses nombreux éléments, il a établi que toutes les méthodes de PF, à l'exception de l'avortement, devraient être disponibles dans les établissements de santé publics et privés.

La Politique nationale de population, la Politique nationale de promotion de la femme, et la Stratégie de croissance accélérée et de développement durable du gouvernement ont suivi en 2000, 2004 et 2010, respectivement, reliant davantage le développement à la PF en promouvant les programmes de PF dans le cadre d'une stratégie transversale de développement à long terme. Comme le nom de la conférence l'indique, le Burkina Faso a accueilli en 2011 la Conférence régionale sur la population, le développement et la planification familiale d'Ouagadougou dans sa capitale, à Ouagadougou. C'est ainsi que le Partenariat de Ouagadougou a été lancé, faisant du Burkina Faso un pays pionnier en matière de PF dans la région. En 2012, le gouvernement a adopté une Politique nationale de population et un plan d'action connexe dont l'objectif principal est de réduire le taux de croissance démographique à 2,3 % d'ici 2030 (il était de 3,1 % en 2006) et un objectif supplémentaire d'atteindre un taux de prévalence contraceptive totale de 32 % d'ici 2020. Parallèlement, le Burkina Faso a également commencé à mettre en œuvre son Plan National de Sécurisation des produits 2009-2015, y compris les produits de PF, par le biais d'un système de surveillance et de suivi régulier.

En termes de financement de la PF, le Burkina Faso s'est engagé à financer la PF depuis au moins 2008. En 2008, le gouvernement a créé une ligne budgétaire dédiée à la PF d'un montant de 500 millions de francs CFA (885 000 USD), montant qui a fluctué au cours des années depuis – notamment en 2015 quand il a chuté à 150 millions de francs CFA (265 000 USD), mais qui est ensuite remonté à 500 millions de francs CFA en 2017. En 2017 également, le gouvernement a introduit une subvention pour les contraceptifs tout en examinant la possibilité de rendre les services de PF entièrement gratuits pour les clients.

Outre ses engagements nationaux, le Burkina Faso est également engagé dans des engagements internationaux en faveur de l'amélioration de la PF, notamment à travers son engagement vis-à-vis de FP2020. En 2017, ses engagements étaient :

- Augmenter le poste budgétaire de l'État pour l'achat de contraceptifs de 10 % par an de 2017 à 2020 ;
- D'ici 2020, soutenir 50 pour cent des autorités locales pour financer les activités de PF en instituant un poste de PF dans leurs budgets au niveau communautaire ;
- Élargir la politique de partage des tâches pour le personnel des centres de santé et les agents de santé communautaire d'ici la fin de 2018 ;
- S'assurer que la PF est gratuite ;

- Établir un organisme de coordination multisectoriel pour répondre à la fracture démographique d'ici la fin de 2018.

Grâce à notre examen documentaire des documents de politique, nous avons été en mesure d'identifier un certain nombre d'interventions prévues ou en cours pour relever les défis de l'accès à la PF au Burkina Faso. Comme en Mauritanie et au Niger, grâce à l'appui de MSI, le pays mène des campagnes de sensibilisation à la PF ciblant les hommes dans l'industrie de la production du coton. En outre, au cours des dernières années, le gouvernement et ses partenaires ont augmenté la disponibilité de du contraceptif injectable Sayana Press dans le secteur public. De plus, le Plan National d'Accélération de Planification familiale du Burkina Faso 2017-2020 mentionne la semaine nationale de la PF ainsi que l'organisation locale, soutenue par les ONG, de journées spéciales gratuites de PF comme des initiatives qui, bien que non harmonisées, stimulent grandement la demande de PF. Tout comme au Ghana, ces événements génèrent non seulement une demande, mais aussi de nouveaux utilisateurs. L'UNFPA a constaté qu'au Burkina Faso, 25 % des femmes qui ont reçu une PF gratuite pendant la semaine nationale de PF gratuite étaient de nouvelles utilisatrices. Le gouvernement y voit une preuve de la nécessité d'un accès à moindre coût à la PF ; par conséquent, depuis 2017, il s'est engagé à réduire progressivement les coûts des clients jusqu'à pouvoir offrir gratuitement des services de PF aux clients. Conformément à son engagement de 2017 en ce qui concerne FP2020, le Burkina Faso vise à rendre les services de PF gratuits et disponibles dans tout le pays, notamment lors de journées spéciales de PF gratuites d'ici 2020.

4.3.2 Côte d'Ivoire

La Côte d'Ivoire est relativement débutante par rapport à d'autres pays de l'étude dans sa quête d'un accès élargi à la PF. La Côte d'Ivoire a adopté sa Politique nationale de population en 2007 et a inclus des objectifs de PF dans les politiques ultérieures, y compris son Plan national de développement sanitaire 2012-2015. En 2013, la nation a présenté deux documents connexes axés sur l'amélioration de l'accès aux services de PF et les résultats connexes : le Plan stratégique de la planification familiale 2013-2016 et le plan d'action qui l'accompagne. Quelques années plus tard, en 2015, le gouvernement a adopté un Plan d'action national budgétisé pour la planification familiale 2015-2020. À travers ces politiques, la Côte d'Ivoire s'est fixé des objectifs ambitieux, y compris la mise à disposition des produits de PF à 100 pour cent des centres de santé centraux et de district et à 75 pour cent des centres de santé communautaires. À partir de 2015, le gouvernement a également mis en avant un objectif financier autour de la PF, établissant un budget pour la poursuite de l'objectif de disponibilité du produit mentionné ci-dessus. Ce budget couvrait également la fourniture gratuite de services de PF dans les écoles et les universités. Plus récemment, la Côte d'Ivoire a adopté une loi sur la SR qui est en attente du décret d'application. Fait à noter,

Outre ses engagements nationaux en matière de politiques, la Côte d'Ivoire est engagée au titre de FP2020 et a pris les engagements internationaux suivants en 2017 :

- Augmenter la disponibilité de la PF dans les établissements de santé publics et privés pour la faire passer à 90,8 % en 2017 à 100 % d'ici 2020 ;
- Augmenter les fonds alloués aux produits contraceptifs de 10 % par an, passant de 400 millions de francs CFA en 2017 ;
- Intégrer la distribution de contraceptifs dans le paquet minimum d'activités [fournies par] 4 000 agents de santé communautaire d'ici 2020 ;
- Renforcer l'offre de services de PF dans 100 établissements de santé (...) pour répondre aux besoins des adolescents et des jeunes d'ici 2020 ;

- Renforcer la chaîne d'approvisionnement en médicaments « pour augmenter la disponibilité des produits de PF à tous les niveaux du système de santé ».

Grâce à notre examen documentaire des documents de politique, nous avons pu identifier un certain nombre d'interventions planifiées ou en cours pour relever les défis de l'accès aux PF en Côte d'Ivoire. D'une part, les documents de politique font état des obstacles limitant l'accès à la PF en milieu rural, ce qui constitue également un obstacle important dans les trois pays de base, notant que les interventions telles qu'une stratégie de santé mobile et les efforts pour assurer la disponibilité des produits de la PF à tous les niveaux du système de santé sont des éléments clés. Un autre obstacle limitant l'accès est d'ordre socioculturel. À cela, la Côte d'Ivoire a appliqué le concept de DBC – vu en Mauritanie et au Niger – aux écoles et aux universités, comme mécanisme de distribution pour donner accès à la PF. Selon les documents de politique, la Côte d'Ivoire offre ces services de PF aux étudiants gratuitement. Parallèlement, le gouvernement a lancé plusieurs campagnes de sensibilisation à la PF par l'intermédiaire des ministères de l'Éducation et de la Santé, avec des slogans tels que « Zéro grossesse à l'école ». En outre, les documents de politique socioculturelle soulignent l'importance de l'engagement des hommes afin de rendre la PF plus accessible à tous. Comme au Niger, pour s'attaquer à cet obstacle, le gouvernement, les ONG et les acteurs de la société civile ont développé des écoles des maris en même temps que des slogans de sensibilisation comme « Engagement constructif des hommes » et « Champions masculins ».

4.3.3 Mali

Le Mali est le premier pays d'Afrique à expérimenter le modèle de DBC, qu'il a commencé dans les années 1990, pour distribuer des pilules contraceptives. Par rapport à d'autres pays de l'étude, le Mali a fait des progrès précoces dans la détermination de la PF comme faisant partie du paquet minimum de services de santé offerts dans le cadre d'activités préventives dans les établissements de santé publics. Par rapport à d'autres pays de l'étude, le Mali a légalement établi l'importance de la SR en adoptant une loi sur la SR en 2002. La loi a étendu la distribution de contraceptifs à toutes les régions du pays et a mis en place une formation à la PF parmi les agents de santé cadres. Presque simultanément, elle a établi sa Politique nationale de population en 2003, suivie d'un plan stratégique de PF en 2004. Dix ans plus tard, le Mali a adopté une nouvelle politique, le Plan d'Action National de Planification Familiale du Mali 2014-2018. L'objectif de cette politique est de renforcer l'accès et l'intérêt pour la PF dans les zones à taux de natalité élevé du pays, l'objectif ultime étant d'augmenter la prévalence totale de la contraception à 30 % d'ici 2025, en mettant l'accent sur les méthodes contraceptives modernes et l'adoption par les populations pauvres et vulnérables. Depuis plusieurs années, les parties prenantes préconisent la priorisation, l'amélioration et l'intégration de la PF dans les services de santé essentiels au Mali.

Sur le plan international, le Mali est engagé au titre de FP2020 et a pris les engagements suivants en 2017 :

- Atteindre une prévalence contraceptive moderne de 15 % d'ici 2018 et de 20 % d'ici 2020 ;
- Augmenter de 10 % par an les fonds alloués par le budget national pour l'achat de contraceptifs ;
- Mettre en œuvre des programmes spécifiques dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive des jeunes et des adolescents afin qu'ils soient opérationnels d'ici 2020 ;
- Renforcer la chaîne d'approvisionnement afin de réduire les ruptures de stock et garantir l'accès à tous les produits contraceptifs (en particulier les adolescents/jeunes ainsi que les populations vulnérables et déplacées).

Grâce à notre examen documentaire des documents de politique, nous avons été en mesure d'identifier un certain nombre d'interventions prévues ou en cours pour relever les défis de l'accès à la PF au Mali. Comparé à d'autres pays majoritairement musulmans dans l'étude, le Mali a établi la PF comme une intervention pour tous, et pas seulement pour les femmes mariées. Le pays emploie également des écoles de maris, adoptées sur la base de résultats positifs au Niger, pour sensibiliser davantage les hommes aux avantages de la PF. Selon les documents de politique, le Mali a fait des progrès prononcés dans l'élargissement de l'accès à la PF grâce au transfert des tâches. En particulier, on dit que le transfert des tâches est efficace au niveau communautaire, où les agents de santé communautaire administrent les injectables. En outre, les interventions axées sur la santé communautaire sont effectivement axées sur les jeunes et les adolescents, ce qui constitue une différence notable par rapport aux pays ciblés par l'étude que sont le Ghana, la Mauritanie et le Niger, où les jeunes et les adolescents sont appelés populations cibles, mais le succès et la durabilité des interventions ciblées ont varié au fil du temps. D'un point de vue financier, le gouvernement du Mali contribue à environ 10 % du coût des contraceptifs, qui sont ensuite déboursés par le système de santé public et fournis aux clients au point de service en contrepartie d'un paiement.

4.4 Comparaisons entre les pays ciblés par l'étude et les pays témoins

Forts de notre meilleure connaissance des politiques de PF dans trois autres pays d'Afrique de l'Ouest, nous sommes maintenant prêts à comparer les « politiques » de PF entre les pays. Nous ajoutons à cela une comparaison des indicateurs socio-économiques, des résultats de la PF et des données sur le financement.

4.4.1 Observations comparatives sur les politiques

Le tableau 3 résume les « politiques » actuelles de chaque pays en matière de PF, **largement définies pour inclure également les stratégies, les plans d'action et les plans de mise en œuvre, ainsi que d'autres plans nationaux qui mettent fortement l'accent sur la PF.** Nous avons regroupé chaque stratégie visant à améliorer l'accès à la PF dans l'une des neuf catégories suivantes :

- Génération de la demande de PF (y compris l'information, l'éducation et la communication) ;
- Financement de la santé pour la PF (y compris la mobilisation des ressources pour la PF, les lignes budgétaires dédiées, le rapport coût-efficacité) ;
- Environnement politique favorable (y compris le plaidoyer en faveur de la PF, l'environnement politique favorable et la capacité de mise en œuvre des politiques) ;
- Personnel de santé (y compris éducation, formation, partage / transfert des tâches d'administration) ;
- Produits et technologies de PF (y compris la sécurité des produits de base de PF, la chaîne d'approvisionnement) ;
- Information et recherche (y compris les systèmes d'information sur la santé des PF, collecte de données sur les PF) ;
- Prestation de services de PF (y compris la disponibilité des services, la disponibilité de la méthode de choix, la qualité des soins) ;
- Interventions communautaires (y compris la distribution au niveau de la communauté) ;
- Interventions axées sur les groupes cibles (y compris les jeunes et les adolescents, les hommes et les chefs traditionnels).

Pour chaque pays donné, le tableau attribue une coche à chaque catégorie de stratégies qui sont nommées afin d'accroître l'accès à la PF dans les documents actuels de politique de PF. En examinant le tableau 3, nous constatons que les six pays étudiés ont tous une politique, une stratégie ou un plan d'action/de mise en œuvre spécifique à la PF. Un pays, la Mauritanie, a des plans supplémentaires qui présentent des stratégies additionnelles pour accroître l'accès. Tous les pays avaient des politiques supplémentaires autour de la PF qui sont devenues obsolètes au cours des cinq dernières années.

Bien que chaque pays présente des stratégies contextuelles pour accroître l'accès à la PF, il y a quelques points communs que nous notons. Toutes les politiques nationales de PF présentent des stratégies pour accroître la demande de PF, avec des stratégies spécifiques allant des campagnes d'information, d'éducation et de communication pour la population générale aux **interventions de communication** en matière de changement social et comportemental **axées sur des sous-populations particulières**. La plupart des pays prévoient des stratégies visant à accroître la **demande et l'accessibilité à la PF chez les jeunes et les adolescents**. La plupart des pays prévoient également des stratégies pour renforcer la prestation de services de PF, qu'elles soient axées sur la garantie de l'offre, l'amélioration de la distribution, l'élargissement de la disponibilité de l'éventail de méthodes ou l'amélioration de la qualité. Enfin, la plupart des pays prévoient au moins une stratégie pour améliorer l'environnement politique et réglementaire favorable à la PF.

À l'exception du Niger, tous les documents de politique actuels des pays de l'étude mentionnent spécifiquement des **plans de financement de la PF** (voir l'annexe D pour la liste complète des principales stratégies visant à améliorer l'accès à la PF et les plans de financement de la PF, comme spécifié dans les politiques actuelles de la PF). Les plans varient selon le contexte du pays, mais le **Ghana, la Mauritanie, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire et le Mali comprennent tous un plaidoyer pour plus de ressources gouvernementales pour la PF**, que ce soit au niveau national ou infranational. Par ailleurs, la plupart des pays mentionnent le développement d'un fonds pour la PF.

Enfin, cinq des six pays étudiés comprennent des stratégies visant à créer un environnement favorable (tous sauf le Mali), à renforcer les produits et technologies de la PF (tous sauf le Mali), à mettre en œuvre des interventions communautaires (tous sauf le Burkina Faso) et à mettre en œuvre des interventions axées sur les groupes cibles sur des populations particulières, en particulier les jeunes et les adolescents.

Tableau 3: Résumé des documents actuels de politique de planification familiale par pays

Politique, stratégie ou plan d'action/de mise en œuvre de la planification familiale	Principales stratégies visant à améliorer l'accès à la PF
Pays ciblés par l'étude	
Ghana	
Plan de mise en œuvre chiffré de la planification familiale 2016-2020	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Génération de la demande de PF ✓ Financement de la santé pour la PF ✓ Environnement politique favorable ✓ Produits de base et technologies de PF ✓ Fourniture de services de PF ✓ Interventions communautaires ✓ Interventions axées sur les groupes cibles ✓ Travailleurs de santé ● Information et recherche
Mauritanie	
<p>Plan d'action en faveur de l'espacement des naissances 2014-2018</p> <p>Plan stratégique national en matière de santé reproductive 2016-2020</p> <p>Plan national de développement sanitaire 2017-2020</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Génération de la demande de PF ✓ Financement de la santé pour la PF ✓ Environnement politique favorable ✓ Produits de base et technologies de PF ✓ Fourniture de services de PF ✓ Interventions communautaires ✓ Interventions axées sur les groupes cibles pour la PF ● Travailleurs de santé ● Information et recherche
Niger	
La planification familiale au Niger : Plan d'action 2012-2020	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Génération de la demande de PF ● Financement de la santé pour la PF ✓ Environnement politique favorable ✓ Produits de base et technologies de PF ✓ Fourniture de services de PF ✓ Interventions communautaires ✓ Interventions axées sur les groupes cibles pour la PF ● Travailleurs de santé ● Information et recherche
Pays témoins	
Burkina Faso	
Plan de mise en œuvre chiffré du Plan national pour l'accélération de la planification familiale 2017-2020	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Génération de la demande de PF ✓ Financement de la santé pour la PF ✓ Environnement politique favorable ✓ Produits de base et technologies de PF ● Fourniture de services de PF ● Interventions communautaires ✓ Interventions axées sur les groupes cibles ✓ Travailleurs de santé ✓ Information et recherche
Cote d'Ivoire	

Politique, stratégie ou plan d'action/de mise en œuvre de la planification familiale	Principales stratégies visant à améliorer l'accès à la PF
Plan d'action national budgétisé pour la planification familiale 2015-2020	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Génération de la demande de PF ✓ Financement de la santé pour la PF ✓ Environnement politique favorable ✓ Produits de base et technologies de PF ✓ Fourniture de services de PF ✓ Interventions communautaires ✓ Interventions axées sur les groupes cibles ✓ Travailleurs de santé ✓ Information et recherche
Mali	
Plan d'action national pour la planification familiale 2014-2018	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Génération de la demande de PF ✓ Financement de la santé pour la PF ● Environnement politique favorable ● Produits de base et technologies de PF ● Fourniture de services de PF ✓ Interventions communautaires ● Interventions axées sur les groupes cibles ● Travailleurs de santé ● Information et recherche

4.4.2 Analyses comparatives des données

Le tableau 4 présente les caractéristiques de base du contexte socio-économique et de la PF dans les six pays étudiés. Nous avons noté quelques points en particulier. La **plupart de ces mesures varient considérablement d'un pays à l'autre**. La population du Ghana (la plus peuplée) est plus de six fois supérieure à celle de la Mauritanie (la moins peuplée). Le Niger a l'ISF le plus élevé du monde à 7,3, soit près du double de celui du Ghana, le pays à l'étude ayant l'ISF le plus bas à 4,0. Les taux de TPCm dans les six pays sont en général assez faibles par rapport aux autres pays ciblés par FP2020, le Burkina Faso affichant le chiffre le plus élevé avec 26,4 pour cent. De même, les besoins non satisfaits sont supérieurs à 30 pour cent dans trois des pays de l'étude, la Mauritanie étant la plus élevée avec 33,6 pour cent. Nos six pays sont également divisés en groupes à revenu faible et à revenu moyen inférieur selon les groupes de la Banque mondiale. Les dépenses publiques générales de santé varient de 4,5 % au Mali à 7,2 % au Burkina Faso.

Si l'on compare les pays ciblés par l'étude aux autres pays, on constate qu'en moyenne, les **deux groupes sont assez semblables pour l'ensemble des indicateurs, à l'aide de données récentes**. L'ISF est en moyenne de 5,3 pour les pays ciblés par l'étude, contre 5,5 pour les pays témoins. Le TPCm est inférieur d'environ un point en moyenne dans les pays ciblés par l'étude, et les besoins non satisfaits sont également légèrement inférieurs (de 2 points) à ceux des pays témoins. À l'heure actuelle, les dépenses publiques générales de santé sont pratiquement égales entre les deux groupes de pays.

Nos données sur le contexte socio-économique et le contexte de la PF peuvent-elles nous dire pourquoi certains pays – les pays ciblés par l'étude de notre étude – ont déjà décidé de poursuivre la PF gratuite alors que d'autres n'ont pas encore pris cette mesure ? Pour explorer cette question, nous nous penchons sur un indicateur clé au moment où les pays ciblés par l'étude ont annoncé leur intention de poursuivre la PF gratuite (ici, nous utilisons 2012 pour le Ghana, 2003 pour la Mauritanie et 2005 pour le Niger). À ce moment-là, le TPCm à la date de mesure la plus proche de ces annonces était beaucoup plus basse en Mauritanie et au Niger (avec un TPCm d'environ 5 %) et plus bas au Ghana (environ 15 %) qu'à l'heure actuelle. Cela suggère que ces pays, en particulier le Niger et la Mauritanie, étaient motivés au **moins en partie par les faibles taux d'utilisation des contraceptifs modernes**. Cependant, nous ne pouvons citer qu'**une relation indicative, et le cas du Burkina Faso – en tant que l'un de nos pays témoins – prête à confusion**, étant donné son récent mouvement vers le subventionnement de la PF malgré un taux de TPCm de 26,4 pour cent.

Tableau 4: Caractéristiques de base des six pays étudiés

	Niveau de revenu	Population (milliers)	ISF	TPCm	Besoins non satisfaits en matière de planification familiale (%)	Dépenses de santé des administrations publiques (%)
Pays ciblés par l'étude						
Ghana	Revenu moyen inférieur	27 410	4,0	21,3	20,7	7,1
Mauritanie	Revenu moyen inférieur	4 182	4,7	15,6	33,6	5,5
Niger	Revenu faible	19 897	7,3	15,2	17,6	4,6
Pays témoins						
Burkina Faso	Revenu faible	18 106	5,4	26,4	16,8	7,2
Côte d'Ivoire	Revenu moyen inférieur	23 108	5,0	14,3	30,5	5,0
Mali	Revenu faible	17 600	6,1	15,1	30,7	4,5

Remarque : Le TPCm de la Côte d'Ivoire, de la Mauritanie et du Mali, et les chiffres sur les besoins non satisfaits concernent les femmes mariées (15-49 ans), tandis que les chiffres pour les autres pays concernent toutes les femmes (15-49 ans).

Sources : Niveau de revenu, population et taux de fécondité (Indicateurs du développement mondial de la Banque mondiale, 2015) ; TPCm et besoins non satisfaits : Ghana (PMA2020, 2017), Mauritanie (EIM, 2015), Niger (PMA2020, 2017), Burkina Faso (PMA2020, 2017), Côte d'Ivoire (EIM, 2016), Mali (EIM, 2015) ; dépenses publiques de santé en pourcentage des dépenses publiques générales (OMS, 2015).

En examinant de plus près les tendances récentes en matière de PF dans les six pays étudiés (voir tableau 5), nous identifions un certain nombre de tendances supplémentaires au sein des pays étudiés et entre eux. En général, on s'attendrait à ce que les lois, politiques et programmes de PF soient plus accessibles – comme nous l'avons vu à des degrés divers dans les six pays de l'étude au fil du temps – et que le rendement augmente dans le TPCm. De plus, bien que notre étude soit de nature exploratoire et donc incapable d'établir des corrélations, nous pouvons nous attendre à ce que si le financement constitue un obstacle important limitant l'accès à la PF, les pays qui ont adopté une certaine forme de PF gratuite suivent généralement de telles tendances, peut-être dans une mesure encore plus prononcée. Cela dit, nous avons noté plusieurs tendances. Parmi nos pays de base, le Ghana vient de commencer à explorer l'ajout de certains services de PF au NHIS sur une base pilote. Même pour le Niger et la Mauritanie – les deux pays ayant officiellement mis en place la PF gratuite depuis au moins sept ans – les contraintes de mise en œuvre ont probablement atténué l'impact du changement de politique en faveur de la PF gratuite. Le Niger a eu la politique de PF gratuite la plus longue (avec une mise en œuvre à partir de 2006) et les résultats indiquent une augmentation d'environ 11 points du TPCm entre 2006 et 2017. En outre, la fourniture gratuite par la Mauritanie de produits de PF à ses clients a commencé en 2011, les données pertinentes disponibles depuis lors étant limitées. L'enquête en grappes à indicateurs multiples de 2015 indique une augmentation prometteuse du TPCm entre 2011 et 2015, mais des données actualisées sont nécessaires pour déterminer si cette tendance s'est maintenue.

Tableau 5: Tendances récentes des indicateurs de la PF ; Totaux de financement

	Dernier TPCm (%)	Précédent TPCm (%)	Différence en TPCm (points de %)	Dernier besoin non satisfait (%)	Besoin non satisfait antérieur (%)	Différence dans les besoins non satisfaits (points de %)	Dépenses publiques nationales pour la PF (en millions de dollars US)	Dépenses des bailleurs nationaux pour la PF (millions de dollars US)
Pays ciblés par l'étude								
Ghana	21,3 (2017)	15,4 (2013)	+5,9	20,7 (2017)	21,3 (2014)	-0,6	Aucune donnée	Aucune donnée
Mauritanie	15,6 (2015)	10,0 (2011)	+5,6	33,6 (2015)	31,1 (2011)	+2,5	0,01	0,36
Niger	15,2 (2017)	4,5 (2006)	+10,7	17,6 (2017)	14,0 (2006)	+3,6	9,00	1,10
Pays témoins								
Burkina Faso	26,4 (2017)	15,7 (2014)	+10,7	16,8 (2017)	20,4 (2010)	-3,6	2,0	10,1
Cote d'Ivoire	14,3 (2016)	12,5 (2012)	+1,8	30,5 (2016)	27,1 (2012)	+3,4	2,4	9,1
Mali	15,1 (2015)	6,9 (2006)	+8,2	30,7 (2015)	27,6 (2006)	+3,1	Aucune donnée	Aucune donnée

Cela dit, les six pays ont connu une augmentation du TPCm depuis la mesure précédente, la différence de TPCm variant d'une augmentation de 10,7 points au Niger et au Burkina Faso à une augmentation de 1,8 point en Côte d'Ivoire. Cela suggère qu'indépendamment du type et de la fréquence des lois et politiques en matière de SR et/ou de PF adoptées depuis le précédent TPCm, tous les pays ont **connu un certain niveau d'amélioration de l'accès à la PF**. Il est intéressant de noter que le Niger et le Burkina Faso ont tous deux de fortes augmentations du TPCm, étant donné que le Niger a une PF gratuite en place depuis plus de 10 ans et que le Burkina Faso n'envisage actuellement la PF gratuite pour les clients qu'en tant qu'intervention pour élargir l'accès à la PF. Par ailleurs, les deux pays ayant le plus haut niveau d'augmentation entre les mesures – le Burkina Faso (26,4 %) et le Ghana (21,3 %) – sont aussi des pays qui n'ont pas encore mis en œuvre la PF gratuite (bien que le Burkina Faso prenne des mesures dans ce sens). Les deux seuls pays de notre étude – le Niger et la Mauritanie – à mettre en œuvre la PF gratuite varient en niveau d'augmentation, la Mauritanie atteignant une augmentation de 5,6 points et le Niger une augmentation de 10,7 points (sur un intervalle beaucoup plus long).

Tandis que notre recherche a trouvé **relativement peu de données disponibles sur les dépenses de PF**, nous notons que parmi les pays de l'étude disposant de données, tous, sauf le Niger, avaient des dépenses nationales de PF plus importantes par rapport aux dépenses nationales du gouvernement. Nous notons également que les dépenses combinées du gouvernement et des bailleurs pour la PF sont extrêmement faibles en Mauritanie par rapport à d'autres pays de l'étude pour lesquels des données sont disponibles.

Les tendances de la PF peuvent être liées à de nombreux facteurs, au-delà de la mise en œuvre d'une politique de PF gratuite. En effet, au-delà de la Mauritanie et du Niger (y compris le Ghana), nous constatons une tendance générale à la hausse du TPCm au fil du temps, en l'absence d'une politique de PF gratuite. Par exemple, le TPCm du Burkina Faso a augmenté de 11 points chez toutes les femmes depuis 2014 seulement. Cela semble indiquer que **d'autres facteurs peuvent écraser les « effets »**

des politiques de PF gratuite. Cependant, nous mettons en garde contre cette constatation en répétant que notre étude est de nature exploratoire, basée sur un ensemble limité de pays, et **ne fait aucune déclaration quant à l'attribution entre les services gratuits de PF et le TPCm** (ou d'autres indicateurs de PF et de fécondité).

5. DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

5.1 Que signifie « PF gratuite » ?

Un élément essentiel de l'étude est d'articuler ce que les pays et les bailleurs veulent dire lorsqu'ils parlent de « PF gratuite » en plus de ce que nous avons observé. Il semble que la **définition de la PF « gratuite » varie considérablement**. Une partie de la variation est liée à l'ampleur de ce qui est gratuit. Le conseil est gratuit au Ghana, mais les établissements facturent des frais d'utilisation mineurs pour les produits de base, LARC et contraceptifs permanents, ainsi que pour d'autres services, examens et fournitures connexes. Certains des coûts de ces services de PF peuvent être réduits à zéro dans le cadre d'un projet pilote en cours, mais les services qui le seront ne sont pas encore clairs. En Mauritanie, malgré une politique de « planification familiale gratuite » assez robuste, les utilisateurs paient des frais pour les consommables et les examens connexes. Il y a aussi la mesure dans laquelle les établissements offrent des services gratuits dans la pratique, c'est-à-dire, est-ce que « gratuit » signifie gratuit dans tous les établissements publics ? En Mauritanie et au Niger, de nombreux prestataires n'ont pas été rémunérés pour les services de PF qu'ils ont fournis conformément aux politiques de PF gratuite. Cela a réduit leur volonté de fournir des services de PF. Il ressort de nos entretiens que certains pays limitent ou refusent maintenant ces services aux clients, ce qui limite l'accès effectif dans le cadre d'une politique de gratuité. Les pays de l'étude offrant un certain élément de PF gratuite diffèrent également dans la manière dont ils financent et mettent en œuvre ces politiques, y compris par le biais de l'assurance maladie nationale et du remboursement du gouvernement. Deux des pays témoins ont fait quelques premiers pas vers la gratuité de la PF, le Burkina Faso ayant décidé en 2017 de subventionner les services de PF et la Côte d'Ivoire ayant rendu les services de PF gratuits pour ceux qui fréquentent l'école et l'université.

Au fur et à mesure que le nombre de pays mettant en œuvre une certaine forme de PF gratuite augmente, la largeur des définitions utilisées peut élargir. Nous suggérons un **effort systématique pour définir ce que signifie la PF gratuite par pays** en utilisant une matrice similaire à ce qui se trouve dans les instantanés des pays ciblés par l'étude à la section 4 : Qui paie, par type de service de PF ? On peut ajouter d'autres détails sur les frais d'utilisation, les contributions des gouvernements et des bailleurs, etc.

5.2 Difficultés de mise en œuvre

Nous avons mentionné plus haut la rareté de la littérature sur les questions spécifiques aux objectifs des pays pour la PF gratuite et les résultats découlant de telles politiques en Afrique de l'Ouest ou plus généralement en Afrique. Une étude s'est spécifiquement penchée sur les discussions en matière de politiques de ces dernières années autour de la PF gratuite au Ghana (Koduah et al. 2018), avant l'étude pilote sur l'inclusion de la PF dans le NHIS. Les auteurs ont conclu que le **changement de politique était sur une « voie statique »** parce que ceux qui cherchaient à influencer l'agenda politique pour la PF gratuite « n'étaient pas en mesure de soutenir l'intérêt institutionnel et politique, et le soutien financier dont ils avaient tant besoin ». Ils ont cité un certain nombre de facteurs. Le ministre de la Santé a été remplacé en 2013. Malgré une estimation détaillée des coûts pour fournir la PF dans le cadre de l'ensemble des avantages sociaux, il n'y a pas eu de décaissement clair de la part du gouvernement et il n'y avait pas de précédent pour que les fonds des bailleurs pour la PF soient acheminés par le NHIS. En outre, le gouvernement et les bailleurs avaient des préoccupations plus larges au sujet de la situation financière globale du NHIS.

Nous avons entendu une histoire similaire de la part de nos informateurs clés au Ghana, dont les points résonnent également dans les autres pays. **Les changements de politique sur papier sont lents à se répercuter sur la mise en œuvre effective sur le terrain.** En Mauritanie, environ huit ans se sont écoulés entre le premier document d'orientation sur la gratuité des services de PF et la mise en œuvre effective de la politique. Il semble que des champions solides et cohérents des politiques permettent de transformer les changements de politiques en pratiques efficaces. Même alors, la mise en œuvre des politiques de PF gratuite a été confrontée à des défis financiers. Aucun des pays étudiés n'a toujours respecté ses engagements financiers en matière de PF. Les pays continuent de dépendre des bailleurs et d'autres partenaires pour l'achat des produits de base. Ces défis, accompagnés d'inquiétudes concernant l'inconvénient de dépendre des bailleurs, continuent de peser sur les perspectives de la gratuité des services de PF dans ces pays. Même si la mise en œuvre par le Niger des services gratuits de PF a commencé il y a plus de 10 ans en 2006, le pays continue de progresser lentement vers la réalisation de ses objectifs de financement de la PF, en grande partie en raison de la priorité actuelle accordée au financement de la sécurité, un défi également vu dans un pays témoin, le Mali.

Les résultats ci-dessus sont pertinents pour d'autres pays de la région de l'Afrique de l'Ouest pas détaillés dans cette étude. Les pays d'Afrique de l'Ouest ont pris des engagements ambitieux en matière de PF, tant sur la scène nationale qu'internationale (p. ex., FP2020). Ces objectifs s'avèrent difficiles à atteindre, en particulier d'ici 2020, en raison des obstacles à la mise en œuvre et au financement. Les pays qui envisagent un certain type de services gratuits de PF devraient **développer des estimations réalistes par le biais d'études de coût** des fonds nécessaires, telles que celles menées au Ghana concernant l'ajout de la PF gratuite au NHIS (Asante 2013). Ces estimations de coûts doivent être couplées à une **vision réaliste des flux de financement en place (avec des calendriers réalistes)** ou qui pourraient être utilisés pour faire face à l'augmentation des coûts. Parallèlement, les acteurs concernés – bailleurs de fonds, gouvernements, ONG et autres parties prenantes – doivent être en étroite coordination dans les domaines du financement et de la mise en œuvre afin d'éviter les arrangements inefficaces et les déficits de financement soulignés par les informateurs clés dans les pays de l'étude. Nous suggérons également que les parties prenantes adoptent une approche séquentielle pour un changement de politique de PF gratuite, semblable à celle de McPake et al. (2011), qui propose un processus en six étapes pour la mise en œuvre d'un changement de politique (dans ce cas, une exemption de frais d'utilisation). Une étape critique de cet article est la mobilisation de fonds supplémentaires avant l'adoption de la politique.

5.3 Obstacles limitant l'accès

Un autre article sur le Ghana a examiné l'expérience du district de Talensi au Ghana où des services gratuits de PF étaient offerts dans la plupart des établissements publics (Apanga et Adam 2015). Malgré les services gratuits, seulement 18 pour cent des femmes de ce district avaient utilisé les services de PF. Les femmes ont cité l'opposition des conjoints comme étant la raison la plus courante pour ne pas accéder aux services, ainsi que les idées fausses sur la PF. L'une de ces idées fausses était que les services à la famille ne s'adressaient qu'aux couples mariés. Ces constatations issues d'un district du Ghana correspondent à ce que nous avons trouvé. Selon nos entretiens, le **coût n'était généralement pas l'obstacle le plus important limitant l'accès à la PF.** Au lieu de cela, les clients potentiels et les informateurs clés ont le plus souvent cité les défis socioculturels tels que les tabous religieux, les normes de genre, et le traitement des jeunes et des adolescents. Ils ont également cité une éducation limitée ou des informations erronées sur les méthodes de PF. Même en examinant les facteurs de coût, il est probable que le coût d'opportunité de l'accès aux services de PF, en particulier dans les régions éloignées ou rurales, dépasse le coût monétaire du service de PF. Le simple fait d'éliminer les frais d'utilisation ne réglerait pas ces autres obstacles.

Nos pays ciblés par l'étude ont offert quelques leçons potentielles sur les obstacles socioculturels limitant l'accès à la PF dans d'autres pays d'Afrique de l'Ouest. En Mauritanie, les informateurs clés ont cité le succès d'un modèle de plaidoyer ciblant les leaders de la communauté musulmane. Au Niger, les informateurs clés ont mis l'accent sur les programmes d'éducation et de promotion axés sur les maris (connus sous le nom d' « écoles des maris »). Ils ont également cité l'utilisation de programmes d'éducation et d'accès pour les jeunes et les adolescents, à l'école et en dehors de l'école, comme clés pour atteindre ce segment souvent négligé de la population. Au total, nos résultats suggèrent que les politiques de PF et leur mise en œuvre doivent refléter **des barrières socioculturelles et autres barrières non financières et s'attaquer à ces barrières d'une manière holistique.**

L'élargissement de notre optique pour examiner les frais d'utilisation et la santé maternelle et infantile a révélé une abondance relative de la littérature. Un examen récent de la documentation sur les frais d'utilisation et la santé maternelle a révélé que même si la qualité des données probantes était relativement faible, les exemptions de frais d'utilisation semblent avoir augmenté la quantité de demandes de soins antipaludiques pendant la grossesse, les accouchements en établissement et les césariennes dans certains contextes (Hatt et al. 2013). Toutefois, les auteurs ont également constaté que la réduction ou l'élimination des frais d'utilisation est associée à des conséquences négatives non intentionnelles, comme la baisse de la motivation des prestataires et la baisse de la qualité du service. L'examen a mentionné le Ghana en particulier en ce qui concerne les difficultés de décaissement des fonds en faveur des établissements de santé, ce qui a entraîné des pénuries de médicaments et de fournitures qui ont conduit bon nombre d'établissements à cesser d'exonérer les frais. Ces résultats semblent refléter ce que nous avons constaté en Mauritanie et au Niger. Dans les deux pays, l'introduction de services gratuits de PF a conduit à la fourniture de soins non rémunérés et de fonds budgétisés qui n'ont pas été entièrement décaissés selon nos informateurs clés. Ceci devrait servir d'avertissement instructif aux autres pays d'Afrique de l'Ouest. Comme Hatt et al. ont conclu, les **politiques d'exemption des frais d'utilisation doivent être conçues avec soin pour s'assurer que les revenus perdus sont remplacés.**

5.4 Données et recherches nécessaires

Les données quantitatives socio-économiques et de PF que nous avons recueillies et analysées pour les six pays étudiés ont donné des résultats provisoires concernant ce qui peut motiver les pays à prendre des mesures pour rendre la PF gratuite et ce que nous pouvons conclure sur les résultats de telles politiques. Le Niger et la Mauritanie sont deux pays d'étude qui ont mis en œuvre la PF gratuite dans la plus grande mesure. Au moment où ils ont annoncé leur intention de poursuivre la PF gratuite, leur taux de contraception moderne était d'environ 5 %, le plus bas de nos six pays d'étude. Cependant, nous ne considérons pas cela comme une condition nécessaire pour une PF gratuite, car le Burkina Faso semble aller dans cette direction malgré un TPCm supérieur à 26 pour cent. Dans l'ensemble des pays étudiés, nous constatons une tendance générale à la hausse du TPCm dans le temps, même en l'absence d'une politique de PF gratuite, ce qui semble indiquer que **d'autres facteurs peuvent écraser les « effets » des politiques de PF gratuite**, du moins compte tenu de la quantité limitée de données disponibles.

Compte tenu de la nature exploratoire de cette étude et des lacunes relatives dans la littérature sur la politique de PF gratuite, les gouvernements et les chercheurs devraient mener des études supplémentaires pour mieux comprendre les questions de l'étude en Afrique de l'Ouest. Par exemple, ils pourraient mener des recherches plus complètes sur les facteurs associés à l'adoption de la contraception moderne et à la réduction des besoins non satisfaits en matière de PF, tout en tenant

compte d'autres obstacles pour les clients au-delà des coûts, ainsi que des obstacles budgétaires et financiers pour le gouvernement. Un tel effort est actuellement en cours au Ghana avec le projet pilote pour tester l'effet de l'inclusion de certaines méthodes de PF dans le NHIS dans certains districts. Nous encourageons les personnes impliquées dans cette étude à rendre la conception suffisamment rigoureuse afin de pouvoir **tirer des conclusions plus robustes sur le lien entre la politique de PF, les résultats de la PF et les réalités budgétaires**. Cette étude pilote offre également des leçons potentielles pour les pays francophones de l'Afrique de l'Ouest, qui ont généralement des services de prévention sans limite dans le cadre de leurs programmes de prestations de santé. Des données supplémentaires sont également nécessaires pour clarifier la situation, en particulier sur le plan financier. Les chiffres budgétaires d'une année à l'autre n'étaient pas largement disponibles dans les pays de notre étude, en particulier auprès de sources normalisées et comparables à l'échelle internationale, comme les CNS. De plus, les données sur l'efficacité budgétaire étaient limitées. Un domaine notable que cette étude n'a pas pu explorer est l'exécution du budget, c'est-à-dire, combien est réellement dépensé pour la PF par rapport à combien de fonds ont été dispersés. Souvent, cela indique le montant alloué dans les années suivantes et présenterait une image plus complète de comment et combien le financement intérieur pour la PF est utilisé pour mettre en œuvre des stratégies données visant à améliorer l'accès. Compte tenu des limites des ressources du gouvernement et des bailleurs, il reste encore beaucoup d'études à faire pour déterminer la meilleure approche afin d'aborder les obstacles limitant l'accès à la PF et **pour évaluer la contribution relative des politiques de PF gratuite**. D'autant plus que les pays poursuivent la CSU et élargissent l'accès à la PF, des données plus nombreuses et de meilleure qualité sur le financement de la PF, en particulier par quintile de richesse et autres indicateurs socio-économiques, soutiendraient les efforts visant à améliorer la couverture équitable.

6. CONCLUSION ET LIMITES

6.1 Conclusion

Cette étude exploratoire de l'équipe chargée du projet HFG a examiné les motivations de six pays qui poursuivent déjà ou souhaitent poursuivre la PF gratuite en Afrique de l'Ouest – le Ghana, la Mauritanie, le Niger, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire et le Mali – et les résultats et expériences de ces pays à ce jour. Parmi ces six pays, notre compréhension initiale était que le Ghana, la Mauritanie et le Niger avaient mis en œuvre la PF gratuite. Cependant, nous avons constaté que seuls deux pays – la Mauritanie et le Niger – l'avaient fait dans la pratique. Pourtant, ces deux pays ont connu des difficultés dans la mise en œuvre et le financement de la PF gratuite. Avec les quatre autres pays étudiés, ils offrent des leçons pour les pays d'Afrique de l'Ouest qui envisagent des politiques de PF gratuite.

Les principales conclusions de cette étude sont les suivantes :

- La manière dont les pays mettent en œuvre la PF gratuite peut varier considérablement ; une définition plus précise permettrait à la communauté mondiale de mieux comprendre les expériences des pays.
- Les politiques en matière de PF gratuite exigent de la patience et un financement durable à mettre en œuvre.
- Les facteurs socioculturels et la géographie peuvent empêcher l'accès à la PF plus que les coûts directs.
- Les parties prenantes, y compris les décideurs et les chercheurs, ont besoin de meilleures données et d'études plus robustes pour déterminer si et comment la PF gratuite peut être une stratégie efficace et rentable pour atteindre les objectifs en matière de PF et d'autres objectifs de développement.

Jusqu'à ce que d'autres recherches soient achevées, les pays d'Afrique de l'Ouest qui envisagent des politiques de PF gratuite devraient procéder avec prudence, en utilisant des estimations de coûts réalistes et des flux de financement fiables. Si elle est poursuivie, la PF gratuite devrait être conçue comme une série d'interventions visant à s'attaquer aux principaux obstacles limitant l'accès à la PF.

6.2 Limites

Les méthodes qualitatives et quantitatives utilisées dans le cadre de cette étude présentaient certaines limites.

Limites de la recherche qualitative. L'efficacité de la composante de recherche qualitative dépendait de la disponibilité d'un ensemble diversifié d'informateurs clés dans chaque pays ainsi que des réponses qu'ils ont fournies. Comme nous l'avons déjà mentionné, nous n'avons pas pu rencontrer les responsables des finances des ministères de la Santé ni les responsables de la santé des ministères des Finances, un point de vue qui aurait permis de mettre en lumière les progrès et les lacunes dans le financement de la PF. De plus, étant donné la petite taille de l'échantillon de cette étude exploratoire, l'équipe chargée du projet HFG n'a pas utilisé une approche d'analyse qualitative rigoureuse. Si d'autres recherches sur ce sujet devaient être explorées, nous recommandons suffisamment de temps et de ressources pour assurer un échantillon représentatif de tous les principaux groupes de parties prenantes ainsi que des analyses qualitatives plus rigoureuses.

En plus des limites quant aux personnes interrogées, les participants à l'étude peuvent avoir répondu aux questions d'une manière qui peut ne pas refléter fidèlement les dispositions réelles dans la pratique.

Tandis que la recherche documentaire a été utilisée pour trianguler les données qualitatives dans la mesure du possible, étant donné les arrangements institutionnels uniques et les divers acteurs par le biais desquels la PF est discutée, fournie, financée et accessible, les résultats des données qualitatives sont intrinsèquement ancrés dans les perspectives des personnes interrogées. Cela signifie également que les résultats ne tiennent pas compte des points de vue uniques de ceux qui n'ont pas été interrogés, par exemple, les responsables des finances dans les ministères de la Santé, les responsables de la santé dans les ministères des Finances, les acteurs au niveau régional et les clients eux-mêmes. De plus, en tant que personnes de référence et citoyens, les informateurs clés peuvent avoir eu des positions officielles et personnelles sur la PF qui coïncidaient ou étaient en conflit. La conception semi-structurée des entretiens, étant de nature interprétative, a permis aux informateurs clés de présenter leurs points de vue de façon factuelle ou stratégique selon leur choix, ce qui aurait pu présenter l'état des choses sous un jour favorable (ou même défavorable). Cela dit, les chercheurs en étaient conscients et hésitaient donc à assimiler les déclarations des informateurs clés de diverses idées à des faits. De plus, les notes de terrain offraient un moyen d'identifier et de discuter de ces lacunes ou de ces points de vue parmi les chercheurs.

Limites quantitatives de la recherche. Il existe une quantité limitée de données secondaires disponibles pour les six pays étudiés. Ceci était particulièrement vrai pour les informations relatives aux dépenses de PF, mais aussi pour le TPCm. Nous n'avions pas de données sur les dépenses de PF pour le Ghana et le Mali provenant de sources internationales, et les données pour les autres pays datent généralement de 2014 ou avant. Nous avons aussi très peu de données ventilant les dépenses de PF par source (p. ex., le gouvernement, les bailleurs de fonds, les frais à la charge des usagers). Outre des informations limitées sur les dépenses, pour certains pays, les données des EIM étaient les plus récentes disponibles. Malheureusement, les EIM ne posent pas de questions sur la source de PF. Dans la mesure du possible, l'équipe chargée du projet HFG a complété les sources internationales par des informations recueillies sur le terrain auprès de responsables gouvernementaux. L'équipe chargée du projet HFG note qu'en raison des contraintes de temps et de la disponibilité limitée des données, l'étude était de nature exploratoire et n'a en aucun cas évalué les liens de causalité entre les politiques visant à offrir des services gratuits de PF et les résultats liés à la PF à ce jour.

REFERENCES

GENERALITES

Abt Associates. Comptes nationaux de la santé. 2011-2014. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.hfgproject.org/tag/national-health-accounts>

Apanga, P. A., & Adam, M. A., 2015. Factors influencing the uptake of family planning services in the Talensi District, Ghana. *Pan African Medical Journal* 20(1).

Asante, F. A. 2013. Cost of Family Planning Services in Ghana. Washington DC : Futures Group, Health Policy Project.

Bernard, H. R. 2011. *Research Methods in Anthropology* 5th ed., Plymouth, R.-U. : AltaMira Press.

Hatt, L. E., Makinen, M., Madhavan, S. et Conlon, C. M. 2013. Effects of user fee exemptions on the provision and use of maternal health services: a review of literature. *Journal of Health, Population, and Nutrition* 31(4 Suppl 2), p.567.

Projet Health Finance & Governance. 2018. HFG Ghana Final Report. Rockville, MD : Abt Associates Inc.

ICF. Enquêtes démographiques et de santé 2000-2012. [Fichiers de données]. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.measuredhs.com>

Koduah, A., Agyepong, I. A. et van Dijk, H. 2018. Towards an explanatory framework for national level maternal health policy agenda item evolution in Ghana: an embedded case study. *Health Research Policy and Systems* 16(1), p.76.

McPake, B., Brikci, N., Cometto, G., Schmidt, A. et Araujo, E. 2011. Removing user fees: Learning from international experience to support the process. *Health Policy and Planning* 26(suppl_2), pp.ii104-ii117.

Performance Monitoring and Accountability 2020. 2018. [Fichiers de données]. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.pma2020.org/data>

Schwartz-Shea, P. & Yanow, D, 2012. *Interpretive Research Design: Concepts and Processes*. New York : Routledge.

Singh, S., Darroch, J. E., Ashford, L. S., Vlassoff, M. 2009. Adding it up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health. New York : Guttmacher Institute and United Nations Population Fund, 2009.

Starbird, E., Norton, M. et Marcus, R. 2016. Investing in Family Planning: Key to Achieving the Sustainable Development Goals. *Global Health: Science and Practice*.

UNICEF. Enquêtes en grappes à indicateurs multiples 2015-2016. [Fichiers de données]. Disponible à l'adresse suivante : <http://mics.unicef.org/surveys>

USAID. 2013. Voluntarism and Informed Choice. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.usaid.gov/what-we-do/global-health/family-planning/voluntarism-and-informed-choice>

Groupe de la Banque mondiale. 2015. World Development Indicators. [Fichiers de données]. Disponible à l'adresse suivante : <http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=world-development-indicators>

Organisation mondiale de la Santé Global Health Observatory. 2018. [Fichiers de données]. Disponible sur : <http://www.who.int/gho/en/>

Wright, Jenna, Karishmah Bhuwane, Ffiona Patel, Jeanna Holtz, Thierry van Bastelaer et Rena Eichler. 2016. *Financing of Universal Health Coverage and Family Planning: A Multi-Regional Landscape Study and Analysis of Select West African Countries*. Rapport préparé par l'équipe en charge du Projet Health Finance and Governance. Washington DC : United States Agency for International Development.

PAR PAYS

GHANA

Asante, F. A. 2013. Cost of Family Planning Services in Ghana. Washington DC : Futures Group, Health Policy Project.

Chaitkin, M., M. Schnure, D. Dickerson et S. Alkenbrack. 2015. How Ghana Can Save Lives and Money: The Benefits of Financing Family Planning through National Health Insurance. Washington DC : Futures Group, Health Policy Project.

Evidence Project. 2018. Investigating the Feasibility and Acceptability of Sayana Press Self-Injection in Ghana (Activity Brief). Accra, Ghana.

Planification familiale 2020. 2017. Government of Ghana Family Planning 2020 Commitment.

Finlay, J. E., Ashley M. Fox. 2013. Reproductive Health Laws and Fertility Decline in Ghana. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 123.

Ghana Health Service et UNFPA. 2015. Meeting Report: Implications of the 2014 DHS Findings for Family Planning Programming in Ghana, Day of Dialogue on Family Planning in Ghana, La Palm Royal Beach Hotel, 7 juillet 2015. Accra, Ghana.

Kusi-Appouh, D., P. Tapsoba et P. A. Acquah. 2016. The Jagged Road to a Policy Change: Increasing Access to Family Planning Using Community Health Nurses (Poster). Accra, Ghana: Population Council, Evidence Project.

Marie Stopes International. 2017. Pilot to Test Inclusion of Family Planning in NHIS Benefit Package: Proposition au ministère de la Santé. Accra, Ghana.

Ministère de la Santé, gouvernement du Ghana. 2015. Ghana Family Planning Costed Implementation Plan 2016-2020. Accra, Ghana.

Ministère de la Santé, gouvernement du Ghana. 2016. National Condom and Lubricant Strategy (NCLS) 2016-2020. Accra, Ghana.

Ministère de la Santé, gouvernement du Ghana et Marie Stopes International. 2018. Pilot to Test Inclusion of Family Planning in NHIS Benefit Package (Présentation). Accra, Ghana.

MAURITANIE

Planification familiale 2020. 2017. Country Action: Opportunities, Challenges, and Priorities: Mauritanie.

Planification familiale 2020. 2017. Government of Mauritania Family Planning 2020 Commitment.

République islamique de Mauritanie. 2005. Projet de loi relatif à la santé de la reproduction. Nouakchott, Mauritanie.

République islamique de Mauritanie. 2001. Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté. Nouakchott, Mauritanie.

Maiga, Modibo et Aissatou Lo. 2012. Repositioning Family Planning in Mauritania: A Baseline. Washington DC : Futures Group.

Ministère de la Santé, Mauritanie. 2013. Plan d'Action en Faveur de l'Espace des Naissances 2014–2018. Nouakchott, Mauritanie.

Ministère de la Santé, Mauritanie. 2017. Lettre circulaire N° 000545. 20 sept. 2017. Nouakchott, Mauritanie.

Ministère de la Santé, Mauritanie. 2017. Plan National de Développement Sanitaire 2017–2020 : Volume 2 : Le Plan. Nouakchott, Mauritanie.

Ministère de la Santé, Mauritanie. 2015. Plan National Stratégique en Santé de la Reproduction 2016–2020 – version préliminaire. Nouakchott, Mauritanie.

Ministère de la Santé, Mauritanie. 2017. Rapport de la Revue du Plan d'Action en Faveur de l'Espace des Naissances 2014–2018. Nouakchott, Mauritanie.

Ministère de la Santé, Mauritanie. 2006. Diagnostic de Situation de la Santé de la Reproduction en Mauritanie. Nouakchott, Mauritanie.

Ministère de la Santé, Mauritanie. 2008. Situational Analysis of Reproductive Health Product Security and the Programming of Condoms in Mauritania. Nouakchott, Mauritanie.

Plan National Stratégique en Santé de la Reproduction 2016–2020

Plan national de développement sanitaire 2017–2020

NIGER

Barrère, M., I. A. Kourguéni et S. Attama. 1999. Fécondité, planification familiale et santé de la mère et de l'enfant au Niger : Situation Régionale. Niamey, Niger.

Planification familiale 2020. 2017. Country Action: Opportunities, Challenges, and Priorities: Niger.

Planification familiale 2020. 2017. Government of Niger Family Planning 2020 Commitment.

Guengant, J.P. et H. Issaka Maga. 2015. Bilan des d'activités de planification familiale au Niger depuis les années 1990 : Comment améliorer et étendre certains résultats obtenus ces dernières années par l'Animas-Sutura. Niamey, Niger.

Ministère de l'Économie et des Finances, Niger. 2015. Étude sur la Gratuité des Soins de Santé au Niger. Niamey, Niger.

Ministère de la Santé publique, Niger. 2016. Projet de Politique Nationale de Santé. Niamey, Niger.

Ministère de la Santé publique, Niger. 2011. Planification Familiale au Niger : Plan d'Action 2012–2020. Niamey, Niger.

Ministère de la Santé publique, Niger. 2016. Plan de développement sanitaire (PDS) 2017-2021. Niamey, Niger.

Ministère de la Santé publique, Niger. 2018. Comptes Nationaux de la Santé : Exercice 2016. Niamey, Niger.

Potts, M., V. Gidi, M. Campbell, S. Zureick. 2011. Niger : Too Little, Too Late. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 37(2): 95-101.

République du Niger. 2006. Loi sur la santé de la reproduction au Niger. Niamey, Niger.

Saïdou, M. E. 2012. Conférence Nationale sur la Gratuité des Soins de Santé : Principaux Constats et Recommandations de l'Audit des Aspects Financiers et Organisationnels de la Gratuité des Soins Au Niger (Présentation). Niamey, Niger.

Souley, I. H., E. McSween-Cadieux, M. Moha, A. E. Calvès, V. Ridde. 2017. Renforcer la politique de gratuité des soins au Niger : bilan d'un atelier délibératif national novateur. *Revue Francophone de Recherche sur le Transfert et l'Utilisation des Connaissances*. 2(2) :1-15.

UNFPA. 2007. Le Gouvernement du Niger a adopté le mardi 14 février 2007, en Conseil des Ministres la Déclaration de Politique de Population du Niger (PNP) (Article).

BURKINA FASO

Barry, Delphine. Histoire de la Planification Familiale au Burkina Faso. Consulté le : 28 mars 2018. <http://planificationfamiliale-burkinafaso.net/histoire-de-la-planification-familiale-en-burkina-faso.php>

Planification familiale 2020. 2017. Country Action: Opportunities, Challenges, and Priorities: Burkina Faso.

Planification familiale 2020. 2017. Government of Burkina Faso Family Planning 2020 Commitment.

Maternal and Child Survival Program. 2015. Accelerate Access to Postpartum Family Planning (PPFP) in sub-Saharan Africa and Asia: PPFP Programming Strategies Worksheet for Burkina Faso.

Ministère de la Santé, Burkina Faso. 2017. Plan National d'Accélération de Planification Familiale du Burkina Faso 2017-2020. Ouagadougou, Burkina Faso.

Ministère de la Santé, Burkina Faso. 2013. Plan National de Relance de la Planification Familiale 2013-2015. Ouagadougou, Burkina Faso.

Ministère de la Santé, Burkina Faso. 2010. Plan Stratégique de Sécurisation des Produits de la Santé de la Reproduction 2009-2015. Ouagadougou, Burkina Faso.

COTE D'IVOIRE

Planification familiale 2020. 2017. Country Action: Opportunities, Challenges, and Priorities: Côte d'Ivoire.

Planification familiale 2020. 2017. Government of Cote d'Ivoire Family Planning 2020 Commitment.

Planification familiale 2020. 2016. Mise à Jour des Engagements de la Côte d'Ivoire du FP2020.

Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA, Côte d'Ivoire. Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale Côte d'Ivoire 2015-2020. Abidjan, Côte d'Ivoire.

MALI

Planification familiale 2020. 2017. Government of Mali Family Planning 2020 Commitment.

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Mali. 2013. Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 2014-2023. Bamako, Mali.

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Mali. 2014. *Projet de Plan d'Action National de Planification Familiale du Mali 2014-2018*. Bamako, Mali.

Ministère de l'Aménagement du territoire et de la planification de la population. 2016. *Enquête en grappes à indicateurs multiples (EIM) 2015 : Enquêtes par grappes à Indicateurs Multiple (EIM) 2015 : Rapport de Résultats Clés*. Bamako, Mali.

Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, ministère du Travail et des Affaires sociales et humanitaires et ministère de la Promotion de la femme, de la Famille et des Nourrissons. 2013. *Politique Nationale de Financement de la Santé pour la Couverture Universelle 2014–2023*. Bamako, Mali.

Wright, J., projet Health Finance & Governance. Juillet 2015. *Essential Package of Health Services Country Snapshot: Mali*. Bethesda, MD : Health Finance & Governance Project, Abt Associates Inc.

ANNEXE A: MATRICE DE SÉLECTION

Pays potentiels	Critères de sélection				Note totale	Proposé en vue de sélection	Autres informations pertinentes	
	1. Pertinence pour l'USAID	2. Disponibilité des données	3. Environnement favorable aux politiques	4. Preuves d'existence (analyse de litt.)			Mission et/ou approbation régionale	Autres notes
Bénin	0	1	0	0	1	Non		
Burkina Faso	1	1	0	1	3	Oui		
Côte d'Ivoire	1	1	0	0	2	Oui		
Ghana	1	1	0	1	3	Oui		
Guinée	1	1	0	0	2	Oui		
Mali	0	1	0	0	1	Non		
Mauritanie	1	1	1	0	3	Oui		
Niger	1	1	1	0	3	Oui		
Nigeria	0	1	0	1	2	Oui		
Sélectionné =								

Autres pays potentiels						
Sénégal (PO)	0	1	0	0	1	Non
Togo (PO)	0	0	0	0	1	Non

Légende de notation	
	Score maximum possible
2. Données	6
3. Politique	8

ANNEXE B: GUIDE POUR LES ENTRETIENS

Guide relatif aux entretiens avec des informateurs clés :

Projet HFG – Examen des politiques de gratuité des services de planification familiale pour les clients en Afrique subsaharienne

V 20 juin 2018

Script d'introduction à l'étude

Instruction pour la personne conduisant l'entretien : Montrez au participant la lettre d'introduction signée par Anthony

Bonjour, je m'appelle [personne conduisant l'entretien dans l'équipe du projet HFG]. J'étudie les politiques visant à fournir des services de planification familiale (PF) en Afrique subsaharienne, avec un accent particulier sur l'Afrique de l'Ouest. Je fais partie de l'équipe de chercheurs menant cet examen exploratoire au nom du projet Health Finance and Governance (HFG). HFG est un projet mondial de l'USAID (United States Agency for International Development), et il est dirigé par Abt Associates. Il s'agit d'un examen descriptif qui vise à aider le Bureau régional de santé de l'USAID pour l'Afrique de l'Ouest et le Bureau de l'USAID pour l'Afrique à répondre à deux questions principales :

1. *Quels sont les objectifs sous-jacents d'un pays lorsqu'il décide d'offrir « gratuitement » des services de PF à ses clients (c'est-à-dire sans frais à leur charge) ?*
2. *Quelle a été l'expérience et quels ont été les résultats obtenus à la suite de l'introduction de politiques visant à offrir des services gratuits de PF aux clients ?*

Une meilleure compréhension de ces deux questions permettra à l'USAID d'aider les pays à répondre à leurs besoins prioritaires en matière de PF avec les ressources limitées disponibles. Nous insistons à nouveau sur le fait que par services de PF « gratuits », nous entendons les services qui sont fournis aux clients sans frais à leur charge. En tant que partie prenante clé [à/en/au] [pays], votre point de vue nous aidera à mieux comprendre le contexte des services de PF [à/en/au] [pays] et les décisions politiques concernant le coût pris en charge par les clients pour recevoir des services de PF.

Au cours de cet entretien semi-structuré, je vous poserai quelques questions de base sur vous, sur l'histoire récente et les priorités [du/de la/en/de] [pays] en matière de PF, et je vais vous demander de décrire les expériences et les résultats obtenus à la suite de l'introduction des politiques de PF [à/en/au] [pays]. Les questions ont pour but de guider notre discussion, et je prendrai des notes pour bien saisir vos réponses. Vos réponses ainsi que celles de toutes les personnes que nous interrogeons ne pourront être consultées que par l'équipe du projet HFG. L'équipe HFG compilera toutes les réponses et les analysera afin de faire ressortir les thèmes communs, mais nous n'utiliserons aucun nom ni aucune information permettant d'identifier les personnes interrogées dans les résultats écrits. Nous n'indiquerons vos coordonnées que dans la liste des participants que nous avons interrogés. Par conséquent, l'Abt Associates Institutional Review Board (IRB) estime que cet examen comporte très peu de risques – voire aucun – pour les participants. Si vous avez des questions ou des préoccupations concernant le déroulement de cet examen exploratoire, vous pouvez contacter Anthony Leegwater, responsable technique, à l'adresse : Anthony_Leegwater@abtassoc.com.

Une fois encore, nous vous remercions de nous faire part de votre point de vue sur les services de PF [à/en/au] [pays]. Vous pouvez choisir de ne pas répondre à une question ou d'interrompre l'entretien à tout moment. Avez-vous des questions avant que nous commençons ? Pouvons-nous commencer ?

Questions contextuelles

Pour commencer, j'aimerais en apprendre un peu plus sur vous, votre organisation et son rôle dans les services de PF.

1. Pourriez-vous décrire brièvement votre rôle actuel au sein de [organisation et division] ainsi que votre expertise et votre formation professionnelle ?
2. Quel rôle joue votre organisation dans les services de planification familiale ?
 - a. *Incitez la personne interrogée à développer* : Influence-t-elle les politiques ou les actions gouvernementales liées aux services de PF ?
 - b. *Incitez la personne interrogée à développer* : Ou peut-être est-elle affectée par de telles politiques ou actions gouvernementales ?
 - c. *Incitez la personne interrogée à développer* : Y a-t-il autre chose que vous aimeriez partager sur le rôle de votre organisation et/ou votre rôle spécifique en ce qui concerne les services de planification familiale ?

Contexte du pays et raisons motivant la gratuité des services de PF

Ensuite, j'aimerais en savoir un peu plus sur les priorités [de/du/de la] [pays] et son histoire récente en matière PF.

3. Comment diriez-vous que les services de PF sont actuellement organisés [en/au/à] [pays] ?
 - a. *Incitez la personne interrogée à développer* : Dans le secteur public ? Dans le secteur privé ?
 - b. *Incitez la personne interrogée à développer* : Pour le public, en quoi cela est-il différent entre les niveaux de soins primaires, secondaires et tertiaires ? Quel rôle, le cas échéant, les agents de santé communautaire jouent-ils ?
4. À travers les différents niveaux du système de santé, en quoi l'accès des clients aux services de PF diffère-t-il ? Est-ce en fonction :
 - a. du niveau de revenu (pauvre ou riche) ?
 - b. de la situation géographique (urbaine ou rurale) ?
 - c. de l'état civil (marié/non marié) ?
 - d. de l'âge (jeunes, adolescents, adultes) ?
 - e. de l'appartenance à un groupe vulnérable (travailleurs du sexe, PVVIH) ?
 - f. de l'appartenance à d'autres sous-groupes de la population ?
5. À travers ces différents niveaux, en quoi l'accès des clients aux services de PF diffère-t-il selon la méthode (c'est-à-dire à court terme ou à long terme) ?
 - a. *Incitez la personne interrogée à développer* : La demande de certains types de méthodes de PF a-t-elle influencé la disponibilité et l'accès ?

6. Est-ce qu'une partie de ce que vous avez partagé au sujet de l'accès des clients est différente quand les services de PF sont fournis par le secteur privé ?
7. Quels sont les défis que les clients rencontrent actuellement lorsqu'ils essaient d'accéder aux services de PF ? Par exemple :
 - a. des dépenses directes élevées pour les services ?
 - b. la disponibilité des services ?
 - c. les normes culturelles/sociales/de genre ?
 - d. les contraintes géographiques ou autres contraintes physiques ?
 - e. d'autres défis ?
 - f. *Incitez la personne interrogée à développer* : Lequel de ces défis, à votre avis, est le plus important à traiter ?
 - i. *Incitez la personne interrogée à développer* : De quelle manière cette question est-elle actuellement abordée ?
8. Quels sont les défis auxquels le gouvernement est actuellement confronté dans le cadre de la fourniture de services de PF ? Par exemple :
 - a. le financement des services de PF ?
 - b. la disponibilité des marchandises (y compris la gestion des stocks, la logistique, etc.) ?
 - c. la disponibilité des ressources humaines pour la santé ?
 - d. la qualité des services ?
 - e. les normes culturelles/sociales/de genre ?
 - f. les contraintes géographiques ou autres contraintes physiques ?
 - g. d'autres défis ?
 - h. *Incitez la personne interrogée à développer* : Lequel de ces défis, à votre avis, est le plus important à traiter ?
 - i. *Incitez la personne interrogée à développer* : De quelle manière cette question est-elle actuellement abordée ?
9. Nous comprenons, d'après l'engagement [de/du/de la] [pays] pour les objectifs de FP2020, que les priorités sont [se référer au tableau du pays concerné pour lister ces priorités]. Quelles sont, selon vous, les priorités absolues en ce qui concerne la fourniture de services de PF ?
 - a. *Incitez la personne interrogée à développer* : Pourquoi ?
 - b. *Incitez la personne interrogée à développer* : Pensez-vous que d'autres parties prenantes seraient d'accord ? Pourquoi, ou pourquoi pas ?
 - c. *Incitez la personne interrogée à développer* : Quelles sont les considérations culturelles, socioéconomiques, religieuses ou autres qui peuvent avoir une incidence sur le succès du traitement des priorités ?
 - d. *Incitez la personne interrogée à développer* : Selon vous, quels ont été les trois principaux jalons de progrès dans la réalisation de ces priorités ?
10. Nous comprenons que les personnes suivantes sont les principaux contributeurs au financement des services de PF [en/à/au] [pays] : [se reporter au tableau pertinent pour dresser la liste des principales sources de financement]. Existe-t-il d'autres types de financement disponibles pour financer les services de PF (par exemple, financement par l'État, frais à la charge des clients, bailleur, autre) ?

- a. *Incitez la personne interrogée à développer* : Comment classeriez-vous ces sources, de la plus grande à la plus petite source de financement, par rapport au coût des services de PF [en/à/au] [pays] ?
 - b. *Incitez la personne interrogée à développer* : En quoi ce classement de la contribution financière diffère-t-il entre les établissements publics et privés (par exemple, le gouvernement contribue-t-il davantage au coût des services de PF à l'un ou à l'autre ? Les clients ? Les bailleurs ? Autres ?)
 - c. *Incitez la personne interrogée à développer* : En quoi ce classement de la contribution financière diffère-t-il selon la méthode de PF (par exemple, à court terme ou à long terme) ?
 - d. *Incitez la personne interrogée à développer* : Existe-t-il un précédent juridique concernant l'état actuel du financement des services de PF (par exemple, politiques/stratégies/plans d'action spécifiques) ?
 - e. *Incitez la personne interrogée à développer* : Quels sont les défis liés au mode de financement actuel des services de PF ?
11. L'assurance maladie inclut-elle actuellement (ou inclut-elle partiellement) le coût des services de PF ?
- a. Quels sont les services couverts ?
 - b. Quelle est la couverture offerte, c.-à-d. le coût est-il entièrement couvert pour l'un ou l'autre de ces services ?
 - c. Est-ce que cela diffère entre l'assurance prise en charge par l'État et l'assurance privée ?
 - d. Est-il prévu que cette situation évolue par rapport à la situation actuelle ? Dans quelle mesure ?
12. Y a-t-il des services de PF « gratuits », c'est-à-dire qui sont fournis sans qu'aucun coût ne soit à la charge des clients, quel que soit le statut d'assurance maladie ?
- a. Quels services ?
 - b. Y a-t-il des conditions pour bénéficier de cette gratuité, par exemple, est-elle réservée :
 - i. à certains clients (p. ex. les adolescentes, les personnes mariées) ?
 - ii. à certains types d'établissements (p. ex., les composés CHIPS) ?
 - iii. à certains milieux géographiques (p. ex., établissements ruraux) ?
 - iv. à d'autres entités ?

Politique du pays, et expérience & résultats suite à l'introduction de politiques en matière de PF

Nous voudrions mieux comprendre quelles considérations les décideurs politiques du/de la [pays] ont eues ou pourraient avoir à l'esprit lorsqu'il s'agit de rendre les services de PF « gratuits » et la vision pour y parvenir.

13. Le/la [pays] a-t-il modifié des politiques/lois/budgets concernant le financement des services de PF au cours des dernières années (ou prévoit-il/elle de le faire) ?
- SI OUI, continuez ci-dessous. SI NON, passez à la question 18.**
- a. *Incitez la personne interrogée à développer* : Qu'est-ce que les politiques, les lois et les budgets ont changé (ou qu'est-ce qu'ils changeraient) ?
 - b. *Incitez la personne interrogée à développer* : En particulier, le gouvernement a-t-il adopté une politique visant à rendre les services de PF « gratuits », c'est-à-dire, a-t-il

- éliminé les frais d'utilisation (ou le gouvernement envisage-t-il de mettre en place une politique visant à rendre les services de PF « gratuits ») ?
- c. *Incitez la personne interrogée à développer* : Comment le/la [pays] a-t-il/elle mis en œuvre la PF « gratuite » (ou comment imaginez-vous qu'il/elle mettrait en œuvre la PF « gratuite ») ?
 - i. *Quels sont les jalons clés (ou quels seraient des jalons clés) ?*
 - ii. *Quelles sont les populations cibles (ou quelles seraient des populations cibles) ?*
 - iii. *Quelles sont les régions cibles (ou quelles seraient les régions cibles) ?*
 - iv. *Quels étaient les autres domaines prioritaires pour la PF gratuite [en/à/au] [pays] (ou quels pourraient être d'autres domaines prioritaires) ?*
 - d. *Incitez la personne interrogée à développer* : Selon vous, qu'est-ce qui a motivé le gouvernement à apporter ces modifications (ou à envisager d'apporter ces modifications) ? Par exemple :
 - i. *Pour réduire les dépenses à la charge des usagers ?*
 - ii. *Pour augmenter l'équité dans l'accès aux services de PF ?*
 - iii. *Pour réduire les besoins non satisfaits en matière de services de PF ?*
 - iv. *Pour réduire la mortalité maternelle ?*
 - v. *D'autres motifs ?*
 - e. *Incitez la personne interrogée à développer* : Quelles sont les prochaines étapes envisagées ?

SI LE PAYS A ÉLABORÉ UNE POLITIQUE POUR RENDRE LES SERVICES DE PF « GRATUITS », continuez ci-dessous. Si ce n'est PAS le cas, passez à la question 18.

14. Quelles ont été les stratégies clés utilisées pour mettre en œuvre la politique de PF « gratuite » [en/à/au] [pays] ?
15. Quelle a été l'expérience du/de la/des [pays] dans la mise en œuvre de la politique de PF gratuite ?
 - a. *Incitez la personne interrogée à développer* : Quels facteurs ont facilité la mise en œuvre ?
 - a. *La volonté politique ?*
 - b. *L'élaboration de politiques ?*
 - c. *La mise en œuvre ?*
 - d. *Le suivi et l'évaluation des résultats ?*
 - e. *Le financement ?*
 - f. *D'autres obstacles ?*
 - b. *Incitez la personne interrogée à développer* : Quels sont les obstacles qui ont été rencontrés ?
 - a. *La volonté politique ?*
 - b. *L'élaboration de politiques ?*
 - c. *La mise en œuvre ?*
 - d. *Le suivi et l'évaluation des résultats ?*
 - e. *Le financement ?*
 - f. *D'autres obstacles ?*

- c. *Incitez la personne interrogée à développer* : Quelles ont été les motivations politiques pour envisager de développer ou non une politique pour des services de PF « gratuits » et décider finalement d'élaborer la politique ?
 - a. *Est-ce qu'une élection à venir ou d'autres événements auraient pu jouer un rôle ?*
 - b. *Comment les décideurs politiques auraient-ils voulu satisfaire leurs électeurs ?*
 - c. *Y a-t-il eu des changements dans l'information, l'éducation et la communication sur la PF (ou les problèmes associés à une PF inadéquate) ?*
 - d. *Quels autres éléments politiques peuvent avoir motivé ce changement ?*
 - d. *Incitez la personne interrogée à développer* : Quels processus politiques ont été importants pour la mise en œuvre la gratuité de la PF ? Par exemple :
 - a. *Le positionnement électoral ?*
 - b. *La création de coalitions ?*
 - c. *Y a-t-il eu des personnes qui se sont fait les champions de ces efforts, par exemple, des fonctionnaires clés du gouvernement, des motivateurs, des personnes qui ont communiqué le message de façon unique ?*
 - d. *La définition de l'enjeu politique ?*
 - e. *Incitez la personne interrogée à développer* : Quelles sont les leçons apprises qui pourraient être partagées avec d'autres pays ?
16. Dans quelle mesure l'accès des clients aux services de PF a-t-il changé depuis qu'ils sont « gratuits » ?
- a. *Incitez la personne interrogée à développer* : En quoi l'accès des clients a-t-il changé ?
 - a. *S'est-il amélioré ?*
 - b. *Y a-t-il des différences selon le statut de richesse (c.-à-d. pauvre ou riche) ?*
 - b. *Incitez la personne interrogée à développer* : Dans quelle mesure la disponibilité des services de PF a-t-elle changé ?
17. Comment le financement des services de PF a-t-il évolué depuis leur « gratuité » ?
- a. *Incitez la personne interrogée à développer* : L'État a-t-il investi différemment dans les :
 - a. *Produits de PF ?*
 - b. *Établissements de santé ?*
 - c. *Travailleurs de santé ?*
 - d. *D'autres motifs ?*
 - b. *Incitez la personne interrogée à développer* : Quel a été l'impact budgétaire de la « gratuité » des services de PF ?
 - c. *Incitez la personne interrogée à développer* : Comment le classement de la plus haute à la plus basse en termes de leur contribution financière au coût des services de PF en/au/à [pays] a changé : gouvernement, client, bailleur, autre ?

SI LE PAYS N'A PAS DÉVELOPPÉ UNE POLITIQUE POUR RENDRE LES SERVICES « GRATUITS », continuez ci-dessous. S'IL L'A FAIT, passez à la question 20.

18. Quelles raisons ont motivé le choix du/de la [pays] de ne pas mettre en avant une politique visant à rendre les services de PF « gratuits » ?
- a. *Incitez la personne interrogée à développer* : Pouvez-vous m'en dire plus sur les facteurs qui ont motivé cette décision ?

- b. *Incitez la personne interrogée à développer* : Selon vous, quels ont été (ou sont) les obstacles à l'adoption d'une politique qui élimine les frais d'utilisation des services de PF ?
 - i. *La volonté politique ?*
 - ii. *L'élaboration de politiques ?*
 - iii. *La mise en œuvre ?*
 - iv. *Le suivi et l'évaluation des résultats ?*
 - v. *Le financement ?*
 - vi. *D'autres obstacles ?*
 - c. Comment le/la [pays] a-t-il décidé d'aborder ses principales priorités pour la fourniture de PF ?
19. Quelles ont été les motivations politiques pour envisager de développer ou non une politique pour des services de PF « gratuits » et finalement décider de ne pas élaborer la politique ?
- a. *Incitez la personne interrogée à développer* : Une élection à venir ou d'autres événements auraient-ils joué un rôle ?
 - b. *Incitez la personne interrogée à développer* : Comment les décideurs politiques auraient-ils voulu satisfaire leurs électeurs ?
 - c. *Incitez la personne interrogée à développer* : Y a-t-il eu des changements dans l'information, l'éducation et la communication sur la PF (ou les problèmes associés à une PF inadéquate) ?
 - d. *Incitez la personne interrogée à développer* : Quels autres éléments politiques peuvent avoir motivé ce changement ?

À TOUS LES RÉPONDANTS :

20. Quels sont les plans du gouvernement pour continuer à contribuer au coût de la prestation des services de PF ?
- a. *Incitez la personne interrogée à développer* : Existe-t-il un poste budgétaire spécifique pour la PF ?
 - i. Si oui, où se trouve-t-il dans le budget ? Comment ce poste budgétaire a-t-il été déterminé ?
 - b. *Incitez la personne interrogée à développer* : Est-il prévu d'augmenter progressivement les fonds alloués à cet effet ?
21. Grâce à notre recherche documentaire, nous avons pu trouver les sources de données suivantes sur la PF et les dépenses de santé [se référer au tableau avec les données des sources suivantes : EDS, EIM, PMA2020, CNS].
- a. Pourriez-vous partager des données supplémentaires, plus récentes et/ou plus pertinentes ? Par exemple, des rapports statistiques annuels, des données à l'appui du plaidoyer budgétaire ?
22. Alors que le/la [pays] poursuit ses priorités en matière de PF, qu'est-ce qui serait intéressant pour le/la [pays] d'apprendre des autres pays d'Afrique de l'Ouest ?
- a. Quelles leçons tirées de l'expérience du/de la [pays] seraient intéressantes à partager avec d'autres pays d'Afrique de l'Ouest ?

Merci pour votre contribution ; vos réponses nous aideront à mieux comprendre fourniture et le financement des services de PF en/au/à [pays]. Comme mentionné précédemment, le projet HFG collecte des données sur plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest dans le cadre de l'étude. Nous documenterons les principaux thèmes dans un rapport pour l'USAID qui devrait être accessible au public sur notre site Web www.hfgproject.org en août 2018.

Avant de conclure, comme nous interrogeons d'autres responsables clés du gouvernement, des associations de prestataires de services de planification familiale et des programmes de planification familiale, y a-t-il quelqu'un que vous nous conseillerez fortement d'interroger ? Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom et prénom

Fonction

Organisation

Coordonnées (téléphone/e-mail)

ANNEXE C : INFORMATEURS CLES

Interrogé

									Détails de l'entretien	
Pays	Nom (Prénom, Nom de famille)	Organisation	Fonction	Adresse professionnelle	Numéro de téléphone professionnel	Numéro de téléphone mobile	Adresse(s) e-mail	Recommandé par	Jour	Heure
Ghana	Joseph Addo-Yobo	Abt Associates	<i>Chef de groupe, SHOPS AA</i>				Joseph_Addo-Yobo@shopsproject.com	SHOPS Plus	19/06/2018	9h00
Ghana	Prof. Easmon Otupiri	Kwame Nkrumah Université des sciences et de la technologie (KNUST)	<i>Doyen</i>	KNUST		+233 0208111980	easmono@yahoo.com	Nora Maresh, USAID Ghana	19/06/2018	10h00
Ghana	Mme Anne Coolen	Marie Stopes International	<i>Personne-ressource pour l'étude pilote d'analyse des coûts de MSI-NHIA pour certains services de PF gratuits</i>	Marie Stopes Ghana, H/No. 36, Akwei Street, Tesano, Accra, Ghana (à déterminer)	+233 (0) 302 241517	+233 (0) 244320745	anne.coolen@mariestopes.org	Nora Maresh, USAID Ghana	19/06/2018	16h00
Ghana	Dr Placide Tapsoba	Pop. Council	<i>Directeur de pays</i>	14B Ridge Road at Roman Ridge Accra	0302 780711/2	0244 660 990	ptapsoba@popcouncil.org	Dr Dela Kusi-Appouh	20/06/2018	9h00
Ghana	Emmanuel Kuffour	Pop. Council	<i>Associé</i>	14B Ridge Road at Roman Ridge Accra	0302 780711/2		ekuffour@popcouncil.org	Dr Dela Kusi-Appouh	Avec le Dr Placide Tapsoba	
Ghana	Dr Lydia Dsane-Selby	Autorité nationale chargée de	<i>Ag. Directeur général adjoint, Opérations</i>	NHIA		+233 (0)242 689232	baaba.selby@nhia.gov.gh	Nora Maresh, USAID Ghana	20/06/2018	15h00

Interrogé

									Détails de l'entretien	
Pays	Nom (Prénom, Nom de famille)	Organisation	Fonction	Adresse professionnelle	Numéro de téléphone professionnel	Numéro de téléphone mobile	Adresse(s) e-mail	Recommandé par	Jour	Heure
		l'assurance maladie								
Ghana	Francis Asenso-Boadi, PhD	Autorité nationale chargée de l'assurance maladie	Ag. Directeur, Paiements aux prestataires	NHIA				Lydia Selby	Avec le Dr Lydia Dsane-Selby	
Ghana	Dr Patrick Aboagye	Ghana Health Service	Directeur, Division de la santé familiale			+233 207369326	yaboagye2003@yahoo.com	Nora Maresh, USAID Ghana	22/06/2018	14h00
Ghana	Dr Leticia Adelaide Appiah	National Pop. Council	Directeur exécutif	NPC, ministères	+233 0302 665944		lappiah@npc.gov.gh	Nora Maresh, USAID Ghana	23/06/2018	9h00
Ghana	Dr Emmanuel Odame	MdS	Directeur, Département du suivi et de l'évaluation de la planification des politiques	S/O				Pop Council, NHIA	11/07/2018	17h00 (partie 1) 19h15 (partie 2) 20h30 (partie 3)
Ghana	Mme Claudette Diogo	Ghana Health Service	Chef de la logistique, Division de la santé familiale			+233 020 815 1826		Emmanuel Kuffour	S/O	S/O
Ghana	Dr Dela Kusi-Appouh	Pop. Council	Personne-ressource pour l'étude d'abordabilité / de faisabilité de Sayana Press	À DÉTERMINER	À DÉTERMINER	507405225	dkusiappouh@popcouncil.org	Nora Maresh, USAID Ghana	S/O	Nous a recommandé Dr Placide Tapsoba et Emmanuel Kuffour

									Calendrier des entretiens	
Pays	Nom (Prénom, Nom)	Organisation	Fonction	Adresse professionnelle	Numéro de téléphone professionnel	Numéro de téléphone mobile	Adresse(s) e-mail	Recommandé par	Jour	Heure
Niger	Elhadj Ide DJERMAKOYE	ROASSN (Regroupement des ONG et Associations du Secteur de la Santé) + RCPFAS (Réseau des Champions en Plaidoyer pour le Financement Adéquat de la Santé)	Coordonnateur National	Colle a l'Ambassade d'Espagne, 151, Avenue de la Radio, Yantala Commune I B.P. 11888 Niamey, Niger	(227) 20 72 38 62	(227) 96 99 59 30	roassen@yahoo.fr	Safiatou Wahi, USAID	27/06/2018	9h00
Niger	Sameile MAMADOU	ROASSN + RCPFAS	Chargé de projets	Voir Elhadj Ide DJERMAKOYE			ordphid@yahoo.fr	Elhadj Ide DJERMAKOYE, ROASSN/RCPFAS	avec Elhadj Ide DJERMAKOYE	
Niger	Mme Traore ZEINABOU	ROASSN + RCPFAS	Membre	Voir Elhadj Ide DJERMAKOYE			hadjia.zeinabou@yahoo.fr	Elhadj Ide DJERMAKOYE, ROASSN/RCPFAS	avec Elhadj Ide DJERMAKOYE	
Niger	Dr Amadou HOUSSEINI	DSME (Direction de la Santé Mère et Enfant)	Directeur Intermédiaire, DSME et Responsable Programme Transmission Mère-Enfant (PTME)	BP 623 Niamey	227 96889564	227 96261520	amadoouhousseini@yahoo.fr	Dr Marcel Lucien Omar, DSME	27/06.2018	10h30

									Calendrier des entretiens	
Pays	Nom (Prénom, Nom)	Organisation	Fonction	Adresse professionnelle	Numéro de téléphone professionnel	Numéro de téléphone mobile	Adresse(s) e-mail	Recommandé par	Jour	Heure
Niger	Mme Ekhazi AISSATA	DSME (Direction de la Santé Mère et Enfant)	<i>Autre contact avec M. Hassan Atamo et Membre, Division Planification Familiale</i>	Voir Dr Amadou HOUSSEINI		227 9939898	ekhiziaissata@yahoo.fr	M. Hassan Atamo, DSME	avec Dr Amadou HOUSSEINI	
Niger	M Mohamed DICKO	UNFPA	<i>Spécialiste technique RHCS</i>	28 Avenue du Fleuve Niger	22720722980	22798638503	mdicko@unfpa.org	Safiatou Wah, USAID	27/06.2018	17h00
Niger	M Ismaila MBENGUE	Voir M DICKO	<i>Représentant du NIGER</i>	Voir M DICKO	227 20722956	227 80068666	mbengue@unfpa.org	M Dicko	avec M DICKO	
Niger	Dr Arziki SOULEY	Direction des organisations des soins	<i>Chef de Division Formations Sanitaires Privees</i>	MdSP, Quartier poudrière, à côté de l'hôpital régional	227 96210006 OU 227 91585515		souleyarziki@yahoo.fr	Safiatou Wah, USAID	28/06/2018	9h00
Niger	M Galadima Abdoul Karim SOULEY	Direction de Ressources Financières et des Matériaux, Direction Générale des Ressources, MdSP	<i>Directeur</i>	BP 623 Niamey	227 20 72 47 26	227 96 97 81 52/227 90 40 87 64	souleygala@yahoo.fr	HFG, un intervenant clé dans l'étude 2016 HFG landscape study	28/06/2018	10h30
Niger	Dr Barira Dan NOUHOU	Directeur des pharmacies labo et médecine traditionnelle, ministère de la Santé	<i>Directrice</i>	MSP, Quartier poudrière, à côté de l'hôpital régional	20 20 33 63	90 66 50 45 /96 98 10 56	bariradany@gmail.com	HFG, un intervenant clé dans l'étude 2016 HFG landscape study	29/06/2018	8h00

									Calendrier des entretiens	
Pays	Nom (Prénom, Nom)	Organisation	Fonction	Adresse professionnelle	Numéro de téléphone professionnel	Numéro de téléphone mobile	Adresse(s) e-mail	Recommandé par	Jour	Heure
Niger	Denis ANGEVIN changé par Mme Badou HEDWIGE	MSI	Directeur des Opérations et des Programmes	Quartier Plateau, Boulevard Mali Béro, Rue Issa Béri Niamey Niger		227 92 18 84 15	denis.angevin@marie stopes.org.uk	Safiatou Wahi, USAID	29/06/20 18	10h00
Niger	Mme Moustafa BALCEM	Association Nationale pour le Bien-Être Familial (ANBEF)	Responsable clinique			227 96592316	balkissa.moustapha@ yahoo.com	M. Sama MOSSI	29/06/20 18	12h00
Niger	M. Mahazou MAHAMAN	ANIMAS- SUTURA (L'Association Nigérienne de Marketing social)	Responsable Département Recherche & développement		227 20739050	227 90517662/969971 26	mmahzou@yahoo.fr ou m.mahazou@animas _sutura.org	Safiatou Wahi, USAID	29/06/20 18	16h00
Niger	Mohamed ABDOULAYE	ANIMAS- SUTURA	Directeur Exécutif			90 517 629	Mohamed05@yahoo. fr	M. Mahazou Mahaman	avec M. Mahazou MAHAMAN	
Niger	Franzke MONIKA	ANIMAS- SUTURA	Conseillère technique			82 24 57 92	Monika.franck@gfa- group.de	M. Mahazou Mahaman	avec M. Mahazou MAHAMAN	
Niger	Kazella IDRISSE	ANIMAS- SUTURA	Chargé des activités du Département Santé			96 295 840	Kazella75@gmail.co m	M. Mahazou Mahaman	avec M. Mahazou MAHAMAN	

									Calendrier des entretiens	
Pays	Nom (Prénom, Nom)	Organisation	Fonction	Adresse professionnelle	Numéro de téléphone professionnel	Numéro de téléphone mobile	Adresse(s) e-mail	Recommandé par	Jour	Heure
Niger	Dr Marcel Lucien OMAR	DSME	Directeur			227 96261520	lucmarcelantara@yahoo.fr	Safiatou Wahi, USAID	S/O	S/O
Niger	Dr Sanda SARATOU	DSME	Autre contact avec M. Hassan Atamo.			227 96992151	saharatouchaibou@yahoo.com	M. Hassan Atamo, DSME	S/O	S/O
Niger	Dr Sani ALIOU	PATHFINDER INTERNATIONAL	Directeur de Pays		227 20351168	227 92553611		Safiatou Wahi, USAID	S/O	S/O
Niger	M. Ibrahim BOUBACAR	Association Nationale pour le Bien-Être Familial (ANBEF)	Directeur Exécutif			227 96965882/ 90779443	hima-issa@yahoo.fr	Safiatou Wahi, USAID	S/O	S/O
Niger	M. Sama MOSSI	Association Nationale pour le Bien-Être Familial (ANBEF)	Directeur Exécutif Intermédiaire		227 97221414			M. Ibrahim BOUBACAR	S/O	S/O
Niger	M. Hassan ATAMO	DSME	CHEF DE DIVISION PF	MdSP, Quartier poudrière, à côté de l'hôpital régional	227 20724726	227 90331266	atamoh41@gmail.com	Safiatou Wahi, USAID	S/O	S/O
Niger	Mme Sourghia MARIAMA	Direction des organisations des soins	Directrice	MdSP, Quartier poudrière, à côté de l'hôpital régional	227 96278066 OU 227 90089410		mariama662001@yahoo.fr	Safiatou Wahi, USAID	S/O	S/O
Niger	Dr Ibrahim SOULEY	Direction générale de la SR, ministère de la Santé	Directeur Général	MdSP, Quartier poudrière, à côté de l'hôpital régional		227 96884198/ 90579050	ibrahimsouley34@gmail.com	Safiatou Wahi, USAID	S/O	S/O
Niger	Dr Nassirou OUSMANE	Ministère de la Santé	Directeur Nutrition	MdSP, Quartier poudrière, à côté de l'hôpital régional		96879816	naous001@gmail.com	Dr Ibrahim Souley	S/O	S/O

									Calendrier des entretiens	
Pays	Nom (Prénom, Nom)	Organisation	Fonction	Adresse professionnelle	Numéro de téléphone professionnel	Numéro de téléphone mobile	Adresse(s) e-mail	Recommandé par	Jour	Heure
Niger	Dr ZARATOU (Intermédiaire du Dr Nouhou)	Direction des pharmacies labo et médecine traditionnelle, ministère de la Santé	<i>Intermédiaire du Dr Nouhou</i>	MdSP, Quartier poudrière, à côté de l'hôpital régional		22790665045	zankourao@yahoo.fr zaratou.kalla@gmail.com	Dr Nouhou	S/O	S/O

									Calendrier des entretiens	
Pays	Nom (Prénom, Nom)	Organisation	Fonction	Adresse professionnelle	Numéro de téléphone professionnel	Numéro de téléphone mobile	Adresse(s) e-mail	Recommandé par	Jour	Heure
Mauritanie	Dr Ahmed Mohamed NAGI	PNSR (Programme National de la Santé de la Reproduction)	<i>Chef de Service la chaîne d'approvisionnement</i>	CENTRE SANTE KAYERET	37 11 11 40 46 51 44 45		ahmedounagi69@gmail.com	USAID/Mauritanie	3/07/2018	9h00
Mauritanie	Khadijetou Ahmed EL HEDI	PNSR	<i>Chef de Service PF</i>	CENTRE SANTE KAYERET	22 27 93 74		bintouainina@yahoo.fr	USAID/Mauritanie	avec Dr Ahmed Mohamed NAGI	9h00
Mauritanie	Brahim AHMEDOU	AMPF (Association Mauritanienne pour la Promotion de la Famille)	<i>Directeur Exécutif</i>		36 39 47 73		ampfrim@yahoo.fr	USAID/Mauritanie	3/07/2018	10h00

									Calendrier des entretiens	
Pays	Nom (Prénom, Nom)	Organisation	Fonction	Adresse professionnelle	Numéro de téléphone professionnel	Numéro de téléphone mobile	Adresse(s) e-mail	Recommandé par	Jour	Heure
Mauritanie	Dr Moussa MBOW	SWEDD (L'initiative régionale Autonomisation des Femmes et Dividende Démographique au Sahel)	Coordonateur	Nouakchott	47 42 94 55		moussambow@outlook.com	USAID/Mauritanie	4/07/2018	11h00
Mauritanie	Youssef LIMAME	Direction de la Santé de Base et de la Nutrition, ministère de la Santé	Chef Service	Nouakchott	22 24 37 98		yousseflimame@gmail.com	USAID/Mauritanie	4/07/2018	12h30
Mauritanie	Fatimetou MAHAM	Point focal HP+ HP	Point focal		46 42 01 42		fatisenls@yahoo.fr	USAID/Mauritanie	4/07/2018	15h00
Mauritanie	Bocar M'BAYE	UNFPA	Responsable de la chaîne d'approvisionnement point focal FP2020		22 24 37 95		mbaye@unfpa.org	USAID/Mauritanie	4/07/2018	16h00
Mauritanie	Dr Mohammed Lemin KHOUNA	Indépendant mais il a travaillé pour plusieurs projets PF en pays comme AGIR/PF	Consultant	Nouakchott	22 26 03 93		mlmedkhouna@yahoo.fr	USAID/Mauritanie	4/07/2018	17h30
Mauritanie	Mohamed Cheikh MOHAMED	FHP/OMS (Programme de santé familiale/OMS)	CT	Nations Unies/PNUD	48 48 21 60		mohamedcheihkm@who.int	USAID/Mauritanie	5/07/2018	8h30
Mauritanie	Mohamedbouye Ahmed ABDALLAHI	CAMEC	Responsable Informatique et Statistique	Nouakchott	222 37 07 37 00		medbouye.ahmed@gmail.com	USAID/Mauritanie	5/07/2018	9h30

									Calendrier des entretiens	
Pays	Nom (Prénom, Nom)	Organisation	Fonction	Adresse professionnelle	Numéro de téléphone professionnel	Numéro de téléphone mobile	Adresse(s) e-mail	Recommandé par	Jour	Heure
Mauritanie	Dieynaba Ta TANDIAN	CAMEC (Centrale d'Achat des Médicaments)	Directeur Communication	Nouakchott	46196591		dieynabatandiang@gmail.com	DIRECTEUR DE LA CAMEC		avec Mohamedbouye Ahmed ABDALLAHI
Mauritanie	Brahim Ould SALEH	CAMEC	Responsable des Programmes	Nouakchott	22298749		brahimsaleh63@yahoo.fr	DIRECTEUR DE LA CAMEC		avec Mohamedbouye Ahmed ABDALLAHI
Mauritanie	Dr Sira BA	ENEM (Ensemble Espaçons les Naissances en Mauritanie)	Coordinatrice	Nouakchott	41 54 37 11		illahba@gmail.com	USAID/Mauritanie	5/07/2018	11h30
Mauritanie	Dr Soumaré BAKAR	Direction de la Pharmacie et des Laboratoires	Directeur Adjoint	Nouakchott	36303825 OU 46025730		soumare.bakar@yahoo.fr	Dr Ahmed Mohamed NAGI	5/07/2018	10h30
Mauritanie	Alioune DIOP	ENEM	Président	Nouakchott	46 41 25 41		alioudiop01@yahoo.fr	USAID/Mauritanie	5/07/2018	12h40
Mauritanie	Thierno Ousmane COULIBALY	Anciennement EngenderHealth / AGIR PF	Ancien Coordonnateur de Projet	Nouakchott	36674755 OU 22674755 OU 44969594		touscoulibaly@gmail.com	USAID/Mauritanie	5/07/2018	13h45

									Calendrier des entretiens	
Pays	Nom (Prénom, Nom)	Organisation	Fonction	Adresse professionnelle	Numéro de téléphone professionnel	Numéro de téléphone mobile	Adresse(s) e-mail	Recommandé par	Jour	Heure
Mauritanie	Komura Yohei	IOM	Gestionnaire de projet en gestion des Frontières	Nouakchott	222 45 24 40 81	222 49 38 37 90	ykomura@iom.int	USAID MAURITANIE	9/07/2018	10h00
Mauritanie	Dr Sidi Mohamed Abdel AZIZ	PNSR	Coordinateur Chef Service Communication	MAE	22 37 22 72	22 37 22 72	smaz01@yahoo.fr	USAID/Mauritanie	3/07/2018	
Mauritanie	Aminetou MBOUROU	PNSR		Nouakchott		22 20 99 71	aminetoumbourou@gmail.com	USAID/Mauritanie	3/07/2018	
Mauritanie	Djigo Djibril Yéro	IOM		Nouakchott	222 45 24 40 81		ddjigo@iom.int	USAID MAURITANIE	9/07/2018	
Mauritanie	Mohamed VADEL	SWEED	Coordinateur	Nouakchott	26 18 16 81		vadel222@hotmail.fr	USAID/Mauritanie	3/07/2018	

ANNEXE D : TABLEAU DES POLITIQUES DE PF

Politique, stratégie ou plan d'action/de mise en œuvre de la planification familiale		Principales stratégies visant à améliorer l'accès à la PF	Le gouvernement envisage d'aborder la question du financement de la PF
Pays ciblés par l'étude			
Ghana	Plan de mise en œuvre chiffré de la planification familiale 2016-2020 (Ghana)	<ul style="list-style-type: none"> Promouvoir et favoriser le changement dans les comportements sociaux et individuels Accroître l'information, l'accès et l'utilisation de la contraception chez les jeunes de 10 à 24 ans, en fonction de l'âge et des droits Améliorer la disponibilité et l'accès à une gamme complète de méthodes ; la qualité des interactions client-prestataire avec un accent particulier sur l'amélioration du conseil sur les délais, l'espacement et la limitation pour tous les groupes d'âge des clients et les groupes de population Améliorer la distribution et assurer le financement intégral de la sécurité des produits de base dans les secteurs public et privé Renforcer le plaidoyer pour construire une volonté politique pour la PF basée sur les droits parmi les leaders communautaires, les institutions religieuses et culturelles, et les décideurs politiques à tous les niveaux Renforcer la fourniture de services et d'informations sur la PF par le biais de la planification et des services de santé communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> Promouvoir le plaidoyer et le suivi pour augmenter les allocations gouvernementales dans les budgets nationaux, y compris les postes budgétaires officiels (séparés de la SR) pour les produits de PF ainsi que les programmes de PF Améliorer le financement des partenaires au développement Améliorer l'allocation des ressources intérieures Améliorer le financement du secteur privé Concevoir et mettre en œuvre un plan de mobilisation des ressources
Mauritanie	Plan d'action en faveur de l'espacement des naissances 2014-2018	<ul style="list-style-type: none"> Créer des campagnes d'information et de sensibilisation à l'intention de la population en général et des femmes en particulier Promouvoir l'engagement constructif des hommes avec la SR et la PF 	<ul style="list-style-type: none"> Stabiliser et diversifier le financement de la PF Plaider en faveur de l'implication de l'État dans le financement de la PF

Politique, stratégie ou plan d'action/de mise en œuvre de la planification familiale	Principales stratégies visant à améliorer l'accès à la PF	Le gouvernement envisage d'aborder la question du financement de la PF
<p>Plan National Stratégique en Santé de la Reproduction 2016–2020</p> <p>Plan national de développement sanitaire 2017–2020</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lancer des stratégies de communication innovantes pour les jeunes à l'école et en dehors de l'école • Créer des points d'accès à la PF • Améliorer l'accès à l'extérieur de la couverture santé • Améliorer les services de PF offerts aux adolescents et aux jeunes • Assurer la sécurité des produits contraceptifs • Augmenter l'offre de services de PF par les organisations de la société civile et le secteur privé • Fournir des services de PF aux personnes vivant avec le VIH et à d'autres populations clés • Poursuite des efforts de plaidoyer auprès des décideurs influents • Adopter et mettre en œuvre des textes législatifs et réglementaires sur la SR et la PF • Améliorer l'offre de services prioritaires en SR • Augmenter la demande et la promotion de la SR, de la PF et de l'espacement des naissances grâce à l'éducation, à l'information, à la communication et au changement de comportement • Renforcer la mise en œuvre de la politique de SR par les institutions • Développer des ressources pour la santé maternelle, néonatale et infantile • Assurer la disponibilité de méthodes modernes dans tous les hôpitaux et centres de santé • Assurer l'offre d'injectables et de contraceptifs oraux dans tous les postes de santé • Renforcer l'approvisionnement et la distribution des produits de santé reproductive • Réviser les directives nationales sur la fourniture de produits de SR 	

	Politique, stratégie ou plan d'action/de mise en œuvre de la planification familiale	Principales stratégies visant à améliorer l'accès à la PF	Le gouvernement envisage d'aborder la question du financement de la PF
		<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer et mettre en œuvre une stratégie nationale de communication sur la politique de santé en matière de reproduction • Renforcer la distribution communautaire de certains produits de PF/espacement des naissances 	
Niger	Planification familiale au Niger : Plan d'action 2012-2020	<ul style="list-style-type: none"> • Augmenter la disponibilité des contraceptifs, du matériel, et autres intrants et services de PF à tous les niveaux • Augmenter la demande de services de PF à tous les niveaux, y compris l'implication des hommes dans les actions de PF • Promouvoir la distribution à grande échelle et à base communautaire de contraceptifs par le biais d'établissements de santé publics et privés, y compris le marketing social • Intégrer la PF dans l'ensemble des soins de santé de base • Promouvoir un environnement favorable à la PF • Créer des campagnes d'information, d'éducation et de communication sur la PF, la SR et les questions de la population • Employer des stratégies mobiles et d'autres stratégies avancées pour la fourniture de services de PF et de SR 	<ul style="list-style-type: none"> • Non mentionné

	Politique, stratégie ou plan d'action/de mise en œuvre de la planification familiale	Principales stratégies visant à améliorer l'accès à la PF	Le gouvernement envisage d'aborder la question du financement de la PF
Pays témoins			
Burkina Faso	Plan de mise en œuvre chiffré du Plan national pour l'accélération de la planification familiale 2017-2020	<ul style="list-style-type: none"> • Augmenter la demande d'information et de services de PF par les femmes et surtout les jeunes • Rendre l'environnement plus favorable à la PF par un engagement fort avec les acteurs sociaux du Burkina Faso • Renforcer la capacité des prestataires publics, privés et communautaires à cibler les jeunes dans les zones rurales et les zones fermées en élargissant l'éventail des méthodes et en améliorant les services aux jeunes • Renforcer les capacités de quantification, de planification, de gestion de la chaîne d'approvisionnement et logistique à tous les niveaux du système de santé afin d'assurer la sécurité des produits contraceptifs en tout temps • Renforcer les activités de plaidoyer auprès des décideurs à tous les niveaux du gouvernement, y compris les chefs traditionnels, religieux et élus • Renforcer le cadre de coordination des acteurs de la PF à tous les niveaux • Améliorer le suivi et l'évaluation pour améliorer les données de PF 	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer et pérenniser le financement de la PF

Côte d'Ivoire	Plan d'action national budgétisé pour la planification familiale 2015-2020	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir des campagnes d'information et de sensibilisation favorables à la PF • Formation et implication des leaders communautaires, des leaders d'opinion et des élus locaux dans la sensibilisation à la PF • Promouvoir l'engagement constructif des hommes dans la SR et la PF • Lancer de nouvelles stratégies de communication ciblant les adolescents et les jeunes à l'école et en dehors de l'école • Renforcer et étendre l'offre de services de PF/VIH/SIDA à 100 pour cent des formations sanitaires et les intégrer dans les structures de santé de la police, de l'armée, des douanes et des grandes entreprises • Mettre en œuvre des stratégies mobiles avancées dans toutes les régions • Renforcer l'inclusion des activités de PF/VIH dans les stratégies d'intervention avancée dans tous les districts de santé • Organiser des journées spéciales de PF une fois par an en intégrant les tests de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus • Organiser un forum national sur la santé communautaire et le rôle des agents de santé communautaire dans la PF une fois tous les deux ans • Renforcer la plateforme technologique de la formation sanitaire afin d'améliorer la qualité des services de PF par la formation et l'équipement • Promouvoir la recherche opérationnelle pour développer de nouvelles approches dans les domaines d'intérêt de la PF • Renforcer les services de PF pour les adolescents et les jeunes • Mettre en œuvre un programme de financement axé sur les résultats qui inclura la PF • Renforcer l'offre de services de PF par le secteur privé • Améliorer la sécurité des produits contraceptifs 	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser une journée de plaidoyer pour la mobilisation des ressources • Mettre en place un fonds spécifique au financement de la santé maternelle et infantile • Encourager les membres du gouvernement et du parlement à ajouter un poste budgétaire pour l'approvisionnement en contraceptifs • Plaider auprès des maris et des autorités décentralisées pour encourager les ressources locales supplémentaires pour la PF
---------------	--	--	--

	Politique, stratégie ou plan d'action/de mise en œuvre de la planification familiale	Principales stratégies visant à améliorer l'accès à la PF	Le gouvernement envisage d'aborder la question du financement de la PF
		<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer l'environnement favorable aux services de PF par le plaidoyer et les améliorations juridiques, réglementaires et institutionnelles de la SR • Effectuer un suivi régulier et systématique des activités de la PF et du Plan national de développement sanitaire à tous les niveaux du système de santé 	
Mali	Plan d'action national pour la planification familiale 2014-2018	<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer les messages de PF dans les mutuelles • Élaborer une politique d'introduction d'un tiers payeur pour les services de PF au nom des adolescents et des femmes pauvres. • Élaborer une stratégie de financement basée sur la performance qui inclura la PF • Le gouvernement malien s'est engagé à financer 10 % du coût des contraceptifs 	<ul style="list-style-type: none"> • Plaider en faveur de l'augmentation et de la diversification du financement de la PF, y compris la contribution du gouvernement et l'harmonisation des coûts • Lancer un fonds spécifique au financement de la santé maternelle et infantile



BOLD THINKERS DRIVING
REAL-WORLD IMPACT