 

Évaluation Rapide de la Situation du DMPA-SC en Côte d’Ivoire Rapport

Mai 2019



Jhpiego est un leader mondial à but non lucratif dans la création et la mise en place de solutions qui transforment la prestation des soins de santé pour le monde en développement.

En partenariat avec les gouvernements nationaux, les experts en santé et les communautés locales, nous renforçons les compétences des prestataires de santé, et nous développons des systèmes qui sauvent des vies maintenant et garantissent un avenir plus sain pour les femmes et leurs familles. Notre objectif est de révolutionner les soins de santé pour les personnes les plus défavorisées de la planète.

Jhpiego est affilié à Johns Hopkins University.

Publié par :

Jhpiego Corporation

Brown’s Wharf

1615 Thames Street

Baltimore, Maryland 21231-3492, USA

www.jhpiego.org

© Jhpiego Corporation, 2019. Tous droits réservés.

Table des matières

[Table des matières 1](#_Toc24732943)

[Remerciements 2](#_Toc24732944)

[Liste des acronymes 3](#_Toc24732945)

[Résumé Exécutif 4](#_Toc24732946)

[Introduction 5](#_Toc24732947)

[Méthodologie 7](#_Toc24732948)

[Principaux résultats 7](#_Toc24732949)

[A. Situation actuelle du processus d’introduction et du passage à échelle du DMPA-SC 8](#_Toc24732950)

[B. Situation actuelle du processus d’introduction et/ou de passage à échelle du DMPA-SC 11](#_Toc24732951)

[C. Les documents de politiques, normes et procédures, directives et lois de la PF 11](#_Toc24732952)

[D. Situation relative à l’accès aux services 12](#_Toc24732953)

[E. Situation relative l’offre de services Types et nombres de formations réalisées 13](#_Toc24732954)

[F. Suivi et évaluation – Outils de Collecte de données 14](#_Toc24732955)

[G. Logistique et approvisionnement en produits 16](#_Toc24732956)

[H. Rôles des parties prenantes et coordination des acteurs 17](#_Toc24732957)

[Défis en matière d’adoption du DMPA -SC dans le pays 20](#_Toc24732958)

[Besoins pour l'avenir : Action prioritaires 21](#_Toc24732959)

[Conclusion 22](#_Toc24732960)

[Bibliographie 23](#_Toc24732961)

[Annexe : Outils d’analyse et d’identification des opportunités de plaidoyer et d’actions dans le pays 24](#_Toc24732962)

Remerciements

Le Ministère de la Santé et de l’Hygiène Publique de la république de Côte d’Ivoire, à travers la Direction Coordination du Programme de la Santé de la Mère et de l’Enfant, remercie tous les Partenaires Techniques et Financiers, les Organisations de la Société Civile et les bonnes volontés qui ont contribué à l’analyse situationnelle rapide du DMPA-SC en Côte D’Ivoire.

Liste des acronymes

AIBEF : Agence Ivoirienne du Bien Etre Familial

AIMAS : Agence ivoirienne de marketing social

APROSAM : Association Pour la Promotion de la Santé de la Mère de L’Enfant et de la Famille

ASAPSU : Association de Soutien à l’Auto-Promotion Sanitaire Urbaine

CP : Comité de Pilotage

CTMO : Comité Technique de Mise en Œuvre

DMPA-SC : Depo Medroxy Progestérone Acétate Sous Cutanée

DIIS : Direction de l’Informatique et de l’Information sanitaire

IPPF: International Planning Parenthood Federation

KfW : Kreditanstalt für Wiederaufbau

MSHP : Ministère de la Sante et de l’Hygiène Publique

PIP : Programme d’Investissement Public

PNSME  Programme National de la Sante de la Mère et de l’Enfant

UNFPA : Fond des Nations Unies pour la Population

USAID: United State Agency for International Development

Résumé Exécutif

Introduction

En Côte d’ivoire, la prévalence contraceptive moderne en 2018 est de 23%[[1]](#footnote-2). L’une des conséquences de cette faible prévalence contraceptive se traduit par un indice synthétique de fécondité (ISF) encore élevé de 4,6 enfants par femme[[2]](#footnote-3) et un ratio de mortalité maternelle élevé de 645 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes[[3]](#footnote-4).

L’accès et l’utilisation des services de Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) présente de nombreuses disparités selon les régions du pays, le milieu de résidence, les tranches d’âge.

Dans le cadre du Partenariat de Ouagadougou (PO), la Côte d’Ivoire s’est engagée à atteindre 514 000 utilisatrices additionnelles de 2011 à 2020. Cet objectif a été largement atteint en 2018 avec 811 000 utilisatrices additionnelles. Ainsi, la prévalence contraceptive moderne a enregistré un gain de 3 points par rapport à 2015 (20% contre 18%)

Cependant, même si les tendances actuelles d’accroissement du taux de prévalence contraceptive se maintiennent (2,9%/an), le pays sera à 25% de prévalence contraceptive en 2020, contre 36% visée pour les méthodes modernes. Pour réaliser cet objectif de 36% en 2020, il faudra au moins doubler les efforts pour atteindre un accroissement annuel de 5% de taux de prévalence contraceptive.

Pour relever ce défi, plusieurs stratégies ont été initiées par le Ministère de la Santé et de l’Hygiène Publique (MSHP) en collaboration avec ses partenaires. Ainsi depuis 2011 de nouvelles stratégies dont les consultations foraines et la Distribution à Base Communautaire (DBC) des produits contraceptifs ont été mises en place. L’action des Agents de Distribution à Base Communautaire (DBC) des produits contraceptifs consiste à sensibiliser les femmes et référer les acceptantes vers le centre de santé. Ils assurent aussi le réapprovisionnement en contraceptifs oraux des femmes sous contraception et la distribution des préservatifs.

Bien qu’ayant permis de booster quelque peu l’accessibilité des produits, ces consultations foraines et la DBC présentent certaines insuffisances. A titre d’exemple, seule une proportion de 28% de femmes référées par les ASC se rendait au centre de santé pour la prescription initiale. Le continuum de service n’était pas assuré après les séances de consultations foraines surtout pour les acceptantes sous contraception de courte durée d’action (pilule et injectable). La proportion d’utilisatrices qui abandonne la contraception au cours d’une année est élevée (46%). Les méthodes de courte durée sont celles qui enregistrent le plus grand nombre de cas d’abandon ; 26% sous pilule orale journalière et 72% sous injectable[[4]](#footnote-5).

Face à ces insuffisances et dans le but d’élargir l'accès à la contraception, le MSHP à travers la Direction de Coordination du Programme National de Santé de la Mère et de l’Enfant (DC-PNSME) et Jhpiego mettent en œuvre le projet “Accélérer l'accès du DMPA-SC aux pays du PO” dans 08 des neuf pays du PO en collaboration avec Access Collaborative.

Le DMPA sous-cutané (DMPA-SC) est un produit innovant permettant une auto injection par les femmes et une injection par des agents de santé communautaire. Il peut être disponible et distribué dans les officines privées et dans les salons de coiffure.

Il offre une alternative attrayante aux femmes et aux adolescentes et en facilitant l'accès au produit par le biais d'un ensemble plus large de canaux de distribution dans les secteurs privé et public.

L’objectif général de l’analyse situationnelle est de présenter le niveau d’introduction actuelle du DMPA-SC en Côte d’Ivoire, déterminer le rôle des partenaires en planification familiale et les goulots d’étranglements de l’introduction et de la mise à l’échelle du DMPA-SC sur l’ensemble du territoire national.

L’atteinte de cet objectif général se fera à travers les objectifs spécifiques ci-dessous :

* collecter les informations et données influençant l’introduction et/ou le passage à l’échelle du DMPA-SC en Côte d’Ivoire ;
* Identifier les parties prenantes ainsi que leurs rôles et responsabilités dans la mise en œuvre du projet ;
* déterminer et analyser les goulots d’étranglements entravant le processus d’introduction et/ou de passage à l’échelle du DMPA-SC ;
* identifier les opportunités de plaidoyer et d’activités novatrices en matière d’accès au DMPA-SC en Cote d’Ivoire ;
* mettre à jour ou finaliser la feuille de route des activités qui contribueront à l’accélération de l’accès au DMPA-SC en Côte d’Ivoire.

Méthodologie

**Méthode de collecte de données**

Il s’agit d’une évaluation qualitative essentiellement par interview, discussions de groupe et revue documentaire. Les personnes clés du Ministère de la Santé et de l’Hygiène Publique (MSHP) en particulier ceux travaillant au Programme National de la Santé de la Mère et de l’Enfant (PNSME) ainsi que les personnes en activité chez les partenaires intervenant dans la Planification Familiale en Côte d’Ivoire, ont été la cible de notre interrogatoire. Les conflits d’agenda n’ayant pas toujours permis des rencontres physiques avec les interviewés, certaines interviews individuelles ont été donc conduites au téléphone.

La liste des personnes interviewées ou rencontrées est la suivante :

* Les Points focaux de Track FP2020 ;
* Les personnes ressources du PNSME (le Coordonnateur adjoint, les chargées de suivi évaluation, la responsable formation et quelques médecins) ;
* Une Personne de ressources de la NPSP.

Une revue des informations recueillies nous a amené à retourner vers les personnes interrogées pour complément d’information.

**Outils d’analyse et d’évaluation des données**

Un document consensuel d’analyse situationnelle a été élaboré et adopté pour l’ensemble des pays du projet. Ce guide d’évaluation a permis de se focaliser sur les principaux centres d’intérêt pour une introduction et un passage à échelle réussi du DMPA-SC.

Il s’agit notamment de :

* les données démographiques pour mieux apprécier les indicateurs généraux de santé dans le Pays ;
* l’environnement politique de la Planification Familiale en Côte d’Ivoire ;
* la situation actuelle du processus d’introduction et/ou du passage à échelle du DMPA-SC ;
* les Parties prenantes impliquées dans l’offre de service et du financement des activités de PF ;
* les données relatives à l’accès et l’offre de services et nombres de formations réalisées;
* le système de suivi et évaluation de la Chaine d’approvisionnement mise en place par la Nouvelle PSP pour les produits PF en générale et le DMPA-SC en particulier.

Principaux résultats

1. Situation actuelle du processus d’introduction et du passage à échelle du DMPA-SC
2. **Brève présentation de la situation socio-demographiques**

Selon le Recensement Général de la Population et de l’Habitat (RGPH 2014), la population de la Côte d’Ivoire était de 22 671 331 en 2014 avec un taux de croissance démographique annuel se situant à 2,6%. Selon les projections de l’Institut National de la Statistique (INS) faites sur la base des données du RGPH de 2014, la population ivoirienne est estimée à 24 288 583 en 2016.

La population féminine est de 10 963 087 soit 48, 3% de la population totale et celle des femmes en âge de procréer est de 5 460 798 soit 49,8% de la population féminine et 24% de la population totale. La population est très jeune avec un nombre de dépendants élevé, puisqu’un ivoirien sur deux a toujours moins de 20 ans et près de deux ivoiriens sur trois ont moins de 25 ans.

Selon l'enquête par Grappe à Indicateur Multiples (MICS) 2016, l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est estimé à 4,6 enfants par femme en âge de procréer tandis que le taux brut de natalité est de 35,1‰. Le niveau de fécondité encore élevé en Côte d’Ivoire s’explique par une précocité de l’entrée dans la vie féconde (l’âge moyen au premier rapport sexuel est de 16,5 ans en milieu rural contre 17,6 ans en milieu urbain), une prépondérance des mariages précoces (32,1% des femmes sont mariées avant 18 ans et l’âge moyen au premier mariage est de 18,8 ans en milieu rural contre 21,1 ans en milieu urbain). A cela s’ajoute une faible utilisation de la contraception moderne avec 14,3% de prévalence contraceptive en 2016.

Les données du RGPH 2014 mettent par ailleurs en lumière l’inégale répartition de la population sur le territoire national. La densité brute en 2014 s’établit à 70 habitants au kilomètre carré (hbts/km²). Les régions Nord savanicoles du pays sont faiblement peuplées avec des densités comprises entre 12 et 50 hbts/km². Par contre, les régions forestières présentent de moyennes et fortes densités, c'est-à-dire de 50 à 100 hbts/km² et 100 hbts/km² et plus[[5]](#footnote-6)

Au plan économique, depuis 2012, la Côte d’Ivoire se classe parmi les dix pays affichant les taux de croissance les plus élevés dans le monde. Les perspectives économiques restent positives, le Fond Monétaire International (FMI) prévoyant la poursuite de la croissance aux niveaux actuels jusqu’en2020 et une inflation qui devrait rester faible[[6]](#footnote-7). La poursuite de la croissance économique pourrait créer l’espace budgétaire nécessaire pour que la Côte d’Ivoire puisse investir dans les secteurs sociaux et améliorer la santé et le bien-être de sa population.

Si la récente croissance économique est solide, elle ne profite toutefois pas à tous. La pauvreté est omniprésente en Côte d’Ivoire : près de 46 % de la population ivoirienne vit en dessous du seuil national de pauvreté et une proportion encore plus importante (57 %) de la population pauvre habite en zone rurale (Banque mondiale, 2016). Le taux d’alphabétisation des adultes est estimé à 45 %, marqué par une forte disparité entre les hommes et les femmes : 53 % des hommes sont capables de lire et d’écrire contre 36 % de femmes. La Côte d’Ivoire figure parmi les derniers pays du classement mondial de 2016 de l’indice du développement humain (171e sur 187) et le pays se classe parmi les dix derniers de l’indice du capital humain récemment publié par la Banque Mondiale (149e sur 157). La Côte d’Ivoire malgré son statut de pays à revenu intermédiaire[[7]](#footnote-8),[[8]](#footnote-9) au regard de ses indicateurs de santé est comparable à un pays à faible revenu et ses résultats sanitaires sont parmi les plus faibles de la région. L’espérance de vie est de 55 ans, l’une des plus faibles au monde. Les maladies infectieuses comme le Virus de l’Immunodéficience Humaine (VIH), la tuberculose et le paludisme représentent une lourde charge de morbidité. Au total, ces maladies causent près de 24%[[9]](#footnote-10) des décès annuels en Côte d’Ivoire. Selon le RASS 2017, le paludisme constitue la menace la plus importante de ces trois maladies avec plus d’un million de cas confirmés de paludisme en pédiatrie chez les enfants de moins de cinq ans (une incidence de 280 pour 1 000) et quatre millions de cas toutes tranches d’âges confondues en 2017 (incidence de 160 pour 1 000).

De même, la Côte d’Ivoire affiche l’un des Ratios les plus élevés de Mortalité Maternelle (RMM) de la région et du monde. Selon l’OMS, en 2015[[10]](#footnote-11) le Ratio de Mortalité Maternelle (RMM) est estimé à 645 décès pour 100 000 naissances vivantes contre 371 au Burkina Faso, 405 au Bénin, et 442 en République du Congo et 546 en Afrique subsaharienne. La santé maternelle de la Côte d’Ivoire se classe parmi les plus mauvaises au monde (173ème sur 179 pays) selon l’indice calculé par Mothers (State of the World’s Mothers, 2015). Les hémorragies (34 %), l’hypertension et ses complications (22 %), la septicémie (14 %) et les complications de l’avortement (14 %) sont les principales causes de mortalité maternelle et constituent pour la plupart des complications pouvant être évitées et traitées (EDS, 2011-12). Le taux de mortalité maternelle est non seulement alarmant au niveau national, mais présente aussi des disparités régionales en défaveur du milieu rural : les taux de mortalité sont plus élevés dans les zones rurales que dans les zones urbaines et dans les régions du nord, de l’ouest et du centre du pays.

1. **Environnement politique de la Planification Familiale en Côte d’Ivoire**

De par son niveau élevé (543 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2005, 470 en 2008, 614 en 2012 et 645 en 2015), la mortalité maternelle demeure une préoccupation constante en Côte d’Ivoire. Et cela, malgré d’importants efforts entrepris par le gouvernement avec l’appui des partenaires au développement pour inverser les tendances.

Plusieurs stratégies ont été adoptées par l’état de Côte d’Ivoire pour améliorer les indicateurs de la santé maternelle, conformément au principe d’accélération de l’OMD 5 (Améliorer la santé maternelle)[[11]](#footnote-12), notamment :

* l’amélioration de l'accès aux Soins Obstétricaux et Néonataux d’Urgence (SONU) ;
* l’amélioration de la surveillance de la grossesse et du suivi de la mère et de l'enfant au cours du post-partum ;
* la Planification Familiale.

Selon l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l’accès à la Planification Familiale peut réduire les décès maternels de 25 % à 40 % et permettre une diminution allant jusqu’à 20% des décès chez les enfants de moins de 1 an. En effet, la Planification Familiale diminue le taux de mortalité maternelle en (i) réduisant le nombre absolu de complications, de grossesses non désirées et d’avortements, (ii) évitant les grossesses précoces, tardives, trop fréquentes ou trop rapprochées.

Entre 1998 et 2006, les besoins non satisfaits en matière de PF ont enregistré une réduction notable en passant de 49% à 29%[[12]](#footnote-13) Toutefois, les besoins demeurent importants, d’où la nécessité de multiplier les efforts pour le passage à échelle de la Planification Familiale.

Par conséquent, la Côte d’Ivoire a adhéré aux engagements internationaux et sous régionaux en faveur de la santé de la reproduction en générale et plus particulièrement, de la planification familiale. Ce sont :

* la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) au Caire en 1994, où les gouvernants se sont engagés à assurer l’accès universel aux soins de santé de la procréation y compris l’accès aux services de la planification familiale d’ici 2015 ;
* le Partenariat de Ouagadougou en 2011 où la Côte d’Ivoire s’est engagée à contribuer à hauteur de 25% à l’atteinte de 2,2 millions d’utilisatrices supplémentaires de contraception dans la sous-région d’ici 2020 ;
* la Charte Africaine des Droits de l’Homme et des Peuples relatifs aux droits de la femme (Protocole de Maputo) Juillet 2003, ratifié le 16 septembre 2011 ;
* le Sommet FP2020 en 2012 à Londres, où la Côte d’Ivoire s’est engagée à améliorer l’accès à la contraception moderne pour toutes les femmes notamment les adolescentes et jeunes d’ici 2020.

Ces engagements internationaux ont boosté l’offre de service de PF dans le pays avec des perspectives prometteuses lors de la revue à mi-parcours en 2017, des engagements du sommet de Londres : (i) disponibilité́ de la Planification Familiale dans les établissements de santé́ publics et privés pour la faire passer de 90,8% en 2017 à 100 % en 2020, (ii) accroissement d’au moins 10% par an jusqu’en 2020, des ressources allouées à l’achat des produits contraceptifs (400 000 000 FCFA en 2017), (iii) Intégration de la distribution des produits contraceptifs dans le paquet minimum d'activités de 4000 agents de santé communautaires d’ici 2020, (iv) Renforcement de l’ensemble de la chaine nationale d’approvisionnement en médicament pour accroitre la disponibilité́ des produits de la Planification Familiale à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

1. Situation actuelle du processus d’introduction et/ou de passage à échelle du DMPA-SC

Le processus d’introduction de DMPA-SC en la Cote d’Ivoire est à la phase de pré-introduction. Pour rappel le DMPA-SC a été introduit par l’UNFPA en 2016 dans le cadre d’un projet pilote dont l’objectif était de permettre aux Agent de Sante Communautaire de pouvoir administrer le DMPA-SC. L’approbation ou AMM pour Sayana Press en Côte d’Ivoire (200 pack, incluant le label de l’auto injection) a été obtenu seulement en mai 2018.

Information sur le Sayana Press introduit en
Côte d’Ivoire :

* Introduction en 2016;
* AMM obtenue en Mai 2018;
* Pack de 200 dose incluant le label auto injection;
* Phase pilote dans trois districts avec formation des ASC mais sans début d’exécution par absence de cadre réglementaire.

Le modèle d’introduction choisi en Côte d’Ivoire est la méthode conjointe avec le DMPA-IM cela en vue de diversifier les méthodes.

A ce jour la phase pilote est en cours de réalisation dans trois zones (Toumodi-Dabakala-Bloléquin) pour la distribution communautaire du Sayana press sous financement de l’UNFPA et le Programme National de la Sante de la Mère et de l’Enfant (PNSME) avec la formation des ASC. Des modules de formation ont été élaboré l’intentions sans mais sans pratique réelle. En cause la politique sur la délégation de tâche qui n’avait pas été adopte par l’état (politique validée depuis le mois de Mai 2018) pendant cette période. Malheureusement cette phase n’a pas été précédé de l’élaboration d’un plan d’introduction et ou passage à échelle. Toutefois, la Cote d’Ivoire dispose d’un plan d’action budgétisé qui indique le DMPA-SC comme une stratégie d’offres de service PF sans aucune allusion à l’auto injection.

Pour améliorer les indicateurs de Planification Familiale, la Cote d’Ivoire a initié de nouvelles approches innovantes avec l’aide des partenaires techniques et financiers.

Points clés en rapport avec le DMPA-SC :

* L’auto Injection non mentionnée dans la politique de délégation de taches ;
* L’approvisionnement des structures privées en DMPA-SC non prise en charge ;
* Les documents normatifs ne prennent pas en compte le DMPA-SC.

Il s’agit notamment du Dispositif Intra Utérin (DIU) dans le Post Partum Immédiat en 2014

et depuis 2016 du DMPA-SC à l’intention des ASC sous forme d’un projet pilote dans trois districts (Toumodi, Dabakala et Bloléquin). Cependant, les questions de l’auto injection et de l’approvisionnement des structures privées en DMPA-SC ne sont pas pris en compte.

Par ailleurs les documents normatifs ne prennent pas en compte les questions du DMPA-SC car antérieur à l’introduction de la méthode contraceptive en Côte d’Ivoire.

1. Les documents de politiques, normes et procédures, directives et lois de la PF

Au-delà des engagements internationaux, la Côte d’Ivoire s’est dotée de documents de politiques, normes et procédures, directives et lois pour encadrer l’offre de service de PF. Il s’agit notamment de :

* La Politique Nationale de Population (PNP) d’Avril 2007 a fixé comme objectif « Infléchir le niveau de la fécondité en faisant passer le nombre moyen d’enfants par femme de 4,6 en 2005 à 3,5 en 2025 à travers la promotion de la Planification Familiale » ;
* Le Plan d’Action National Budgétisé (PANB) de la PF de 2015-2020 ambitionne d’atteindre 36% de prévalence contraceptive (toutes les femmes) en 2020 ;
* Le manuel de normes et procédure de la santé de la reproduction élaboré en 2009 donne une place de choix à la Planification Familiale ;
* La politique sur la délégation de tache adoptée en Mai 2019 autorise désormais les Agents de Santé Communautaires (ASC) à administrer les formes injectables de méthodes contraceptives modernes.

Cet environnement favorable à l’offre de service de planification familiale en général et au DMPA-SC en particulier sera compléter dans un futur proche par l’adoption et la promulgation de la loi sur la santé de la reproduction qui prévoit l’accès libre à la contraception dès l’âge de 16 ans révolus.

1. Situation relative à l’accès aux services

Le système sanitaire ivoirien en ce qui concerne l’offre de soins comprend trois niveaux :

* **Le niveau primaire,** point d’entrée dans le système de santé. Il est composé de tous les établissements sanitaires publics qui assurent une fonction de premier contact avec les usagers pour dispenser des prestations de type curatif, préventif, éducatif et promotionnel. Les structures de ce niveau font intervenir des techniques simples. Ce niveau est composé des Centres de Santé Ruraux (CSR), des Centres de Santé Urbains (CSU), des Centres de Santé Urbains Spécialisés (CSUS) et des Formations Sanitaires Urbaines (FSU).
* **Le niveau secondaire,** point de référence immédiat du niveau primaire. Il comprend tous les établissements de soins publics assurant une fonction de premier recours pour les usagers et possèdent une capacité technique de diagnostic et de traitement pour les cas ne pouvant pas être pris en charge par le niveau primaire. Ce niveau comprend les Hôpitaux Généraux (HG), les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et les Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS) qui n’ont pas de statut d’Établissement Public National (EPN).
* **Le niveau tertiaire** est constitué de toutes les structures sanitaires publiques assurant une fonction de second recours pour les usagers et possèdent une capacité technique de diagnostic et de traitement pour les cas ne pouvant pas être pris en charge par le niveau secondaire. Il comprend les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), l’Institut de Cardiologie d’Abidjan (ICA), l’Institut Raoul Follereau (IRFCI), l’Institut National d’Hygiène Publique (INHP), l’Institut National de la Santé Publique (INSP), l’Institut Pasteur (IPCI) et le Service d’Aide Médicale d’Urgence (SAMU).

Le versant offre de soins, comprend aussi le secteur sanitaire privé qui s’est développé ces dernières années avec l’émergence d’établissements sanitaires de toutes catégories. Le secteur privé confessionnel, les associations et les organisations à base communautaire participent également à l'offre de soins surtout au niveau primaire.

En outre, d’autres ministères participent à l’offre de soins à travers leurs infrastructures sanitaires (Ministères en charge de : la défense, l’économie et des finances, la fonction publique, l’emploi, la solidarité, les affaires sociales, l’éducation nationale, l’intérieur, etc…).

1. Situation relative l’offre de services Types et nombres de formations réalisées

En matière de l’offre de service, au niveau national, 96,1% des établissements sanitaires publics disposant d'un service de planification familiale offrent au moins trois méthodes de contraception moderne. Quatorze régions sanitaires sur vingt (70%) ont 100% de leurs structures disposant d’un service de planification qui offrent au moins 3 méthodes de contraception moderne[[13]](#footnote-14).

TranformPhare dans son rapport de Novembre 2017 indique qu’il y a 9 districts sanitaires où il y a au moins 2 ONG/OSC qui y mènent des activités pendant qu’il y a 63 districts sanitaires où aucune ONG/OSC n’intervient sur les 82 districts sanitaires existants.

Par ailleurs le même rapport indique qu’au niveau des cliniques privées : l’organisation Abt Associates en association avec l’Association des Cliniques Privées de Côte d’Ivoire (ACPCI) a appuyé 33 cliniques à Abidjan et Yamoussoukro pour intégrer les activités de PF aux activités de VIH pilotées par cette structure.

En outre, ce rapport indique que la plupart des cliniques privées n’intègrent pas la PF dans leur offre de service. Avec l’initiative de Abt Associates (intégration de la PF dans l’offre de service au niveau des cliniques privées), 32 cliniques sur 407 ont intégré l’offre de services PF dans leurs activités, soit 8%. Des efforts énormes restent donc à faire dans ce secteur.

Selon le PANB/PF, l’objectif fixé était de faire en sorte que toutes les Formations Sanitaires (FS) offrent la PF et qu’au moins 50 des cliniques privées offrent la PF dans le cadre de la franchise sociale. Donc, d’ici à 2020, il faudra former au moins 800 (soit 40% des 1974 FS) agents pour permettre à ces cliniques (Publiques et privées) d’offrir la PF.

Le même rapport indique que sur la gamme de produits contraceptif injectable offert dans les officines privées et par les agents de marketing sociaux était l’Harmonia\* par AIMAS.

Cela pourrait représenter une belle opportunité pour le DMPA-SC si cette agence venait à en faire la promotion. Car le DMPA-SC ne fait pas partie de la gamme de produit proposée par les agences de marketing social. A ce jour seul 192 prestataires (Prestataire clinique et ASC) ont bénéficié de formation pouvant être tracé sur l’ensemble des 2552 structures de santé existantes[[14]](#footnote-15). Les données de 2011 à 2018 en terme d’indicateurs pour la PF en Côte d’Ivoire sont résumées dans le tableau ci-dessous :



1. Suivi et évaluation – Outils de Collecte de données

Le suivi et l’évaluation de la collecte et de l’analyse des données se fera suivant les quatre (4) niveaux du système de suivi évaluation ivoirien.

* **Le niveau 1 : Centre de Santé**

C’est le premier niveau de collecte des données à la base qui sera assurée par les prestataires de santé sur le terrain (personnel médical des centres de santé, agents communautaires de santé, éducateurs de pairs et autres agents de mobilisation des ONG, personnel des ONG). Le rôle de ce niveau est de collecter toutes les données empiriques utiles sur leurs activités respectives (en remplissant correctement les supports de collecte de données mis à leur disposition) et de les transmettre aux responsables du second pallier du système qui est le District sanitaire. Les agents de santé communautaires après avoir rempli régulièrement les fiches d’activités transmettront leurs données au centre de santé dont ils dépendent. Les données transmises seront comptabilisées et compilées avec celles du centre de santé avant la transmission au district sanitaire.

La périodicité de transmission des données (essentiellement des registres) des autres prestataires sera mensuelle. La date butoir est fixée au plus tard le 05 du mois suivant. L’arrêt des activités pour la période en cours intervenant le dernier jour du mois en cours.

* **Le niveau 2 : District sanitaire**

Au niveau du district, le ou les responsables du suivi et évaluation rassembleront et compileront les rapports mensuels de tous les partenaires locaux placés sous leur responsabilité (centres de santé publics, privés, associatifs, confessionnels, projets). La saisie et la compilation seront informatisées sur le logiciel DHIS2 conçu dans le cadre du Suivi Evaluation des interventions.

L’équipe du suivi évaluation du niveau central assurera la formation des agents à la manipulation des commandes élémentaires dudit logiciel. Les données et rapports sont transmis au niveau supérieur au plus tard le 10 du mois suivant.

* **Le niveau 3 : Direction Régionale** **de la Santé** (**DRS**)

Au niveau de la DRS, le ou les responsables du suivi et évaluation rassembleront et compileront les rapports mensuels provenant des districts sous leur responsabilité. La saisie et la compilation seront informatisées sur le logiciel DHIS2 conçu dans le cadre du suivi évaluation des interventions. L’équipe du suivi évaluation du niveau central assurera la formation des agents à la manipulation des commandes élémentaires dudit logiciel. Les données et rapports sont transmis au niveau supérieur au plus tard le 15 du mois suivant.

* **Le niveau 4 : Central (Direction en charge de l’Information Sanitaire)**

Il correspond au niveau de centralisation et d’analyse détaillée de toutes les données de suivi évaluation du pays. La responsabilité principale des activités de ce niveau revient à l’équipe de suivi évaluation de la structure en charge de l’information sanitaire. Des missions trimestrielles conjointes composées de la structure en charge de l’information sanitaire et des autres partenaires permettront d’assurer la complétude et la promptitude des données, de valider les données en vue du nettoyage de la base de données avant leur publication.

**La retro information** est indispensable pour une amélioration de la performance des différents acteurs à tous les niveaux. Elle permet d’informer le niveau inférieur sur ses activités menées et l’appréciation du niveau supérieur. Elle doit être systématique et constitue un outil de motivation des agents de santé et l’amélioration de la qualité des données. Chaque structure qui envoie un rapport recevra une rétro information (feedback) systématique. Ces informations concernent :(i) la confirmation de l’arrivée du rapport, (ii) la qualité des données reçues (écriture, manquants, cohérence et exactitude des données), (iii) le commentaire sur l’analyse et l’interprétation des informations reçues, (iv) un ou plusieurs tableaux récapitulatifs des données d’une ou plusieurs structures en vue de la comparaison des performances. Un canevas de retro information sera élaboré et mis à la disposition des agents à tous les niveaux.

Grace à ce dispositif les données sur la planification familiale en 2017[[15]](#footnote-16) montre que dans le secteur public, 95 % des établissements sanitaires ont offert des services de PF. Cette couverture a connu une hausse de 4,6% par rapport à celle de 2016 (90,8%). Ce chiffre est en deca de l’Objectif national du PANB-PF, qui est de 100% des établissements sanitaires publics disposant d’un service de PF devraient offrir au moins trois méthodes de contraception moderne.

Pour l’année 2017, la quantité de produits distribués en Côte d’Ivoire pour la gamme de produit contraceptif est résumée dans le tableau ci-dessous (quantité de produits distribués. RASS 2017).

Pour les contraceptifs injectables, seul le DMPA-IM est pris en compte. Les informations les plus récentes au niveau de la DIIS ne rapportent que le Depo Provera (DMPA-IM) avec une distribution de 1 078 332 doses de DMPA-IM avec une CAP 269 583 (Source RASS 2017). Aucune mention de DMPA-SC n’existe car seules les données qui sont à échelle sont prises en compte dans les différents RASS. Le DMPA-SC est encore dans un processus pilote dans trois districts.



1. Logistique et approvisionnement en produits

Le processus d’approvisionnement des médicaments en Côte d’Ivoire se fait selon la cascade suivante:

Prévision et planification de l’approvisionnement

Selection

Distribution

Gestion des
déchets

SYSTÈME D’INFORMATION EN GESTION LOGISTIQUE

Entreposage et Gestion

Processus d’achat des produits de santé

Tous ce processus est géré par la Commission Nationale pour la Coordination des Approvisionnements en Médicaments essentiels et produits de santé stratégiques en Côte d’Ivoire (CNCAM-CI).

L’objectif du CNCAM est de coordonner les approvisionnements et d’assurer le suivi des activités liées à la gestion logistique des médicaments essentiels et produits de santé stratégiques utilisés pour le diagnostic, la prévention et la prise en charge des pathologies cibles en Côte d’Ivoire.

Les produits contraceptifs entrant en Côte d’Ivoire sont distribués à travers le système d’approvisionnement suivant par secteur :

* **Secteur public**, la Nouvelle PSP est chargée du réapprovisionnement des districts sanitaires, des hôpitaux généraux et des CHU. A partir des districts sanitaires, les centres de santé publics sont alors approvisionnés.
* **Secteur privé pharmaceutique**, les grossistes répartiteurs livrent aux officines pharmaceutiques (pharmacies) qui les vendent directement aux consommateurs.
* **Secteur du marketing social**, les produits de l’AIMAS sont livrés d’une part aux grossistes répartiteurs après reconditionnement et à travers ses cliniques franchisées. Les produits de l’AIBEF sont vendus à travers leurs cliniques et les centres de santé franchisés.

En ce qui concerne le Sayana Press il a été introduit en 2016 avec une AMM obtenue le 24 mai 2018. Il est inscrit sur la liste des 23 médicaments vitaux de l’OMS et se présente sous forme de 200 doses par package avec un label auto injection. Pour rappel, le DMPA-SC a été introduit en Côte d’Ivoire par l’UNFPA en 2016 pour conduire un projet pilote à l’intention des agents de santé communautaire. L’objectif du projet était de permettre agents de santé communautaire d’administrer le DMPA-SC. Le DMPA-SC fait partie du système de quantification et logistique depuis 2016. Lors de l’introduction en 2016, une quantification unique de 400 000 doses a été faite. Après réception du premier stock de 400 000 aucune autre quantification /commande n’a été faite. Les causes principales sont liées (i)aux risques de péremption dû à l’environnement et (ii) la politique non préparée à la délégation de taches aux agents de santé communautaire en ce qui concerne l’administration du Sayana Press. Pour adresser le risque encouru plus haut le PNSME a dû organiser des campagnes foraines avec les prestataires de soins en vue d’une évacuation rapide du stock. A ce jour le stock initial étant revenu à 168 000 doses une nouvelle quantification est prévue cette année 2019 avec une commande prévisionnelle de 126 000 doses.

1. Rôles des parties prenantes et coordination des acteurs

Pour accroitre l’offre de service de la contraception, les différentes interventions des acteurs sont menées à trois niveaux : la coordination, le financement et la communication.

1. La coordination

Le cadre institutionnel de coordination des interventions de PF est piloté par le Ministère de la Santé et de l’Hygiène Publique à travers le Programme National de Santé de la Mère et de l'Enfant (PNSME) qui oriente toute la politique nationale en matière de PF et assure le lead du secteur public. Il est aidé dans cette tâche par le Ministère du Plan et du Développement représenté ici par l’Office National de la Population (ONP) dont les actions visent à soutenir les questions de population et de développement y compris la Santé de la Reproduction, le Genre et les Droits Humains. Pour un meilleur suivi du Plan d’Action Budgétisé 2015-2020 de Planification Familiale, un comité de suivi a été mis en place par arrêté ministériel en décembre 2015. Ce comité comprend deux organes : un Comité de Pilotage (CP) et un Comité Technique de mise en Œuvre (CTMO). Le CP donne les orientations au CTMO pour l’atteinte des objectifs et assure la coordination des interventions de PF. Il coordonne et suit également la mise en œuvre du plan. Il est composé des structures techniques des ministères impliqués dans la PF, des partenaires techniques et financiers, des partenaires de mise en œuvre et des Organisations de la Société Civile actives dans la PF.

Les réunions du CTMO et CP ne sont pas régulières ainsi la dernière réunion du CTMO s’est tenue au mois de Décembre 2018 (les réunions devraient se tenir sur une base trimestrielle). En plus de problèmes d’irrégularité des réunions, la coordination entre le niveau central et le niveau décentralisé est faible à titre d’exemple, lors de la réunion à mi-parcours de la revue du PANB 2015-2020 qui s’est tenue mi-avril 2019 à l’AIBEF à Treichville (Abidjan), les Directeurs Régionaux participant à l’atelier ont marqué leurs méconnaissances du PANB existant.

1. Le financement

Selon le rapport final de « l’Analyse du Marché de Planification Familiale »[[16]](#footnote-17), Le financement de l’ensemble des produits PF relève principalement des partenaires au développement dans le cadre de la coopération bi et multilatérale. Les principaux partenaires financiers, au nombre de quatre, sont respectivement, la KfW, l’UNFPA, l’IPPF et l’USAID.

La KfW a ainsi investi 20,79 millions d’euro soit 13,637 milliards FCFA de subventions dans le programme « Planification Familiale et prévention du VIH/Sida » tandis qu’un montant de 5 milliards de FCFA est acquis dans le cadre du contrat de Désendettement Développement (C2D) avec la France. Dans l’ensemble les partenaires techniques et financiers ont investi $ 5 218 621 dans l’approvisionnement national en produits contraceptifs, principalement l’UNFPA qui contribue à lui seul 64% suivi de l’USAID (17%) entre 2007 et 2011.

La contribution de l’Etat reste faible passant de 50 millions de FCFA de 2002 à 2006 et de 70 millions de 2007 à 2011 avant d’atteindre 800 millions à partir de 2012. La contribution de l’Etat à l’achat des produits contraceptifs était de 500 000 000 de FCFA en 2018.

On note en outre que chaque année, l’Etat est supposé apporter un soutien aux ONG telles que l’AIBEF et l’AIMAS. Cependant, ces montants devant être alloués à la DC-PNSME ne sont pas, la plupart du temps, octroyés aux différentes structures ci-dessus citées pour des raisons d’insuffisances d’approvisionnement de la régie financière.

La question du financement de la santé étant problématique, il est envisagé par l’Etat la mise en place d’un mécanisme de financement des produits contraceptifs à travers le Programme d’Investissement Public (PIP) et la création d’un fonds national en faveur de la santé de la reproduction en plus du recouvrement des coûts engagés depuis 2007.

1. La Communication pour le Changement Social et Comportemental (CCSC)

La communication sociale relative à la PF en Côte d’Ivoire est faite par les ONGs nationales et internationales comme AIBEF, AIMAS, ASAPSU, APROSAM, et JHU/CCP en support aux efforts du gouvernement à travers le PNSME et l’ONP.

L’AIMAS mène aussi des campagnes de Communication pour le Changement de Comportement (CCC) à travers des films télévisés comme « Ma femme, mon amie » qui encourage les femmes en union et leurs conjoints à pratiquer le planning familial. D'autres acteurs, comme le mouvement pour la promotion de la vie familiale, l’Association pour l’Auto-promotion de la Santé Urbaine (ASAPSU) et le Réseau des Professionnels des Médias, Arts et des Sports pour la lutte contre le sida en Côte d’Ivoire (REPMASCI) contribuent à soutenir les activités en matière de Planification Familiale en Côte d’Ivoire.

Le PNSME intègre des activités de sensibilisation de masse et de proximité par le biais des audiences foraines au cours desquelles des consultations gratuites sont offertes aux femmes. Les ASC appuient ces initiatives au niveau communautaires par des causeries de groupes et des visites à domicile. Les séances de consultations sont des occasions où les prestataires des établissements sanitaires publics profitent pour sensibiliser les clientes sur la PF. Par ailleurs, le PNSME prévoit la réalisation de spots télé mais ne dispose pas d’un budget conséquent. Aussi, la communication sur les produits PF n’est pas exempte d’exonération dans le contexte de l’audio-visuel ivoirien. Les prix pratiqués par les masses média varient en fonction du type de message et du support par lequel ledit message est véhiculé.

1. Activités par partenaire

Le tableau ci-dessous résume les activités par parties prenantes.

**Tableau 1 :** Liste des activités à l’endroit des prestataires exécutées par les partenaires de PF

| **Activités** | **Partenaires de mise en œuvre** |
| --- | --- |
| Formation sur les méthodes de PF  | PNSME, UNFPA, AIMAS, PathFinder, IPAS  |
| Matériel développé sur les méthodes PF  | PNSME, JHU/CCP, Intrahealth  |
| Formation sur les groupes cibles  | PNSME, UNFPA, AIMAS, PathFinder,IPAS  |
| Services de conseil  | AIMAS, AIBEF,  |
| Techniques de communication  | PNSME, JHU/CCP  |
| Règles et législation sur la PF  | PNSME  |

Malheureusement hormis l’UNFPA, le PNSME et L’AIBEF, aucun des autres partenaires ne font la promotion du Sayana-Press à l’endroit des prestataires au moment de l’analyse.

Défis en matière d’adoption du DMPA -SC dans le pays

Le DMPA-SC n’est pas suffisamment intégré dans les activités de PF notamment dans les documents de normes et directives, les outils de collecte de données malgré l’environnement favorable pour la planification familiale en Côte d’Ivoire. A cela s’ajoute une faiblesse dans la coordination des activités de planification familiale. La dernière mesure prise par le gouvernement à savoir la note de service numéro 0023/du 09 mai 2019 qui stipule que tout plan et programme de formation de tout institut ou organisation soit inscrit dans le Plan Annuel du Programme National de la Santé de la Mère et de l’Enfant. Cette disposition associée à la redynamisation du comité technique et du comité de pilotage pour la PF devrait booster les activités de PF et permettre une meilleure intégration de DMPA-SC.

*Les défis en matière du DMPA-SC sont aussi nombreux que divers. Ci-dessous les défis par domaines :*

1. **Politiques**

L’engagement des politiques à la question de DMPA-SC est faible et non constant. La question de la prise en charge des agents de santé communautaires est un grand frein à l’adoption du DMPA-SC et surtout la question de l’auto injection qui n’est pas abordée par le politique.

L’absence d’une loi véritable sur la Sante de la Reproduction incluant les questions de Planification Familiale.

1. **Programmatiques**

La coordination des activités et surtout le suivi régulier des plans d’actions mis en place à différents niveaux de la pyramide sanitaire (niveau central, régional, district et structure de santé) sont insuffisamment réalisés.

Par ailleurs une bonne coordination des interventions des différents partenaires dans le pays est nécessaire.

On observe une absence du secteur privé (officine privée et marketing social) dans les questions de DMPA-SC (vente, distribution et promotion).

1. **Financements**

Les parts de l’Etat dans le financement de la PF est insuffisante. Mais l’Etat s’est engagé à augmenter d’au moins 10% chaque année sa contribution à la PF qui est de 500 millions en 2019

Besoins pour l'avenir : Action prioritaires

1. **Activités de Plaidoyer**
* adoption de la loi SR ;
* validation et signature de la préface par le Ministre de la Santé et de l’Hygiène Publique du document de Plan d’introduction et de passage à l’échelle ;
* assurer une prospective de mobilisation des ressources pour combler les gaps financiers et programmatiques dans la volonté du passage à l’échelle souhaité par le DC/PNSME ;
* plaidoyer pour la mise en place d’un Groupe de travail temporaire sur le DMPA-SC ;
* Initier le plaidoyer pour l’auto injection.
1. **Activités de coordination**

Meilleure organisation et surtout la régularité de la tenue des réunions du comité technique PF en général et de façon spécifique pour le DMPA-SC et le suivi des recommandations qui en découlent. Cela passe par une planification et un suivi des activités en rapport avec le PANB.

1. **Liste d’activités éligibles aux actions prioritaires et fonds catalytiques**
* Elaborer le plan d’introduction et de passage à l’échelle du DMPA-SC ;
* Valider les résultats de la phase pilote ;
* Formation du personnel et des ASC ;
* Passer à l’échelle nationale pour l’utilisation des nouveaux outils de collecte PF ;
* Améliorer le circuit d’approvisionnement ;
* Mis à jour du document de normes et directives pour y inclure la question de DMPA-SC ;
* Organisation d’un atelier de dissémination des résultats de l’analyse situationnelle.

Conclusion

Le DMPA-SC est à la phase d’introduction en Côte d’ivoire ce malgré un environnement favorable à la planification Familiale. Cette introduction initiée par l’UNFPA s’est faite sous forme d’un projet pilote dans trois Districts. Toutefois, le processus habituel d’introduction du DMPA-SC qui devrait démarrer par l’élaboration d`un plan d’introduction et de passage à l’échelle n’a pas été respecté à l’instar des autres pays du projet. Aussi, l’élaboration de ce plan devra servir de levier pour accélérer l’extension et le passage à échelle de DMPA-SC et ainsi booster les indicateurs de PF grâce à la délégation de taches avec la dispensation par les ASC et l’auto injection par les utilisatrices à terme.

Bibliographie

Annexe : Outils d’analyse et d’identification des opportunités de plaidoyer et d’actions dans le pays



1. Track 2020 [↑](#footnote-ref-2)
2. MICS2016 [↑](#footnote-ref-3)
3. EDS 2012 [↑](#footnote-ref-4)
4. Lancet PF 2012 [↑](#footnote-ref-5)
5. Rapport UNFPA 2018 [↑](#footnote-ref-6)
6. https://www.imf.org/fr/Countries/ResRep/CIV. [↑](#footnote-ref-7)
7. Dossier investissement 2019 [↑](#footnote-ref-8)
8. [↑](#footnote-ref-9)
9. IHME consulté le 05 avril 2019 [↑](#footnote-ref-10)
10. Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015, OMS, Genève 2015 [↑](#footnote-ref-11)
11. Cadre d’Accélération de l’Objectif 5 du Millénaire pour le Développement (OMD 5) : Améliorer la santé maternelle [↑](#footnote-ref-12)
12. Plan Stratégique SR 2010- 2014 [↑](#footnote-ref-13)
13. RASS 2017 [↑](#footnote-ref-14)
14. PNSME [↑](#footnote-ref-15)
15. RASS 2017 [↑](#footnote-ref-16)
16. RAPPORT FINAL Analyse du Marché de Planification Familiale et des Services de Communication pour le Changement Social et Comportemental selon l’Approche du Marché Total Novembre 2017 [↑](#footnote-ref-17)