



Evaluation Rapide de la Situation sur le DMPA-SC en Guinée

Avril 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](#_Toc24734175)

[Remerciements 2](#_Toc24734176)

[Liste des acronymes 3](#_Toc24734177)

[Résumé exécutif 4](#_Toc24734178)

[Introduction 5](#_Toc24734179)

[Méthodologie 7](#_Toc24734180)

[Principaux résultats 8](#_Toc24734181)

[A. Situation actuelle du processus d’introduction du DMPA-SC 8](#_Toc24734182)

[B. État actuel de la Guinée dans le processus d’introduction et de passage à échelle du DMPA-SC 10](#_Toc24734183)

[C. Informations relatives aux politiques, normes et protocoles/procédures, directives et lois 11](#_Toc24734184)

[D. Données relatives à l’accès aux services 13](#_Toc24734185)

[E. Données relatives à l’offre de services 14](#_Toc24734186)

[F. Suivi et évaluation du plan d’introduction/mise à échelle 15](#_Toc24734187)

[G. Logistique et approvisionnement en produits 15](#_Toc24734188)

[H. Le rôle des parties prenantes et coordination des acteurs 17](#_Toc24734189)

[Défis en matière d’adoption du DMPA -SC en Guinée 19](#_Toc24734190)

[Besoins pour l'avenir : Action prioritaire 20](#_Toc24734191)

[Conclusion 21](#_Toc24734192)

[Bibliographie 22](#_Toc24734193)

[Annexe1 : Outils d’analyse et d’identification des opportunités de plaidoyer et d’actions dans le pays. 23](#_Toc24734194)

[Annexe 2 : Note de service 24](#_Toc24734195)

Remerciements

Cette rapide analyse situationnelle n’aurait pu être réalisée sans la précieuse collaboration de plusieurs personnes. Nous tenons à remercier toutes les parties prenantes du comité de coordination des activités du DMPA-SC qui ont accepté de contribuer au remplissage du guide de collecte de données. Nos remerciements vont également à l’ensemble des partenaires techniques et financiers (PTF) intervenant dans le domaine de la Santé Maternelle Néonatale et Infantile et de Planification Familiale (SMNI/PF) pour leur soutien constant tout au long du processus d’introduction et de mise à échelle du DMPA-SC en Guinée.

Liste des acronymes

AGBEF : Association Guinéenne pour le bien-être familial

DHIS2 : District health Information System

DMPA-SC : Dépôt-médroxy-progestérone-acétate sous cutané

DMPA-IM : Dépôt-médroxy-progestérone-acétate intra musculaire

DNSFN : Direction Nationale de la Santé Familiale et de Nutrition

DNPM : Direction Nationale de la Pharmacie et des Médicaments.

DNSC : Direction Nationale de la Sante Communautaire et Médecine Traditionnelle

DPS : Direction préfectorale de la Santé

EDS : Enquête Démographique de Santé

FM : Fonds Mondial

GIZ : Coopération Allemande

Jhpiego : Une filiale de l’Université de Johns Hopkins

KFW : Aide au développement Allemand.

MAMA : Méthode d’Allaitement Maternel Aménorrhée.

ME : Médicaments essentiels

MICS : Enquête en Grappe a Indicateurs Multiples

ODD : Objectifs de Développement Durable

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

OSC : Organisation de la Société Civile.

PASSP/BM : Projet d’Appui aux Soins de Santé Primaire/ Banque Mondiale

PF : Planification Familiale

PNB : Plan National Budgétisé

PTF : Partenaires Technique et Financier

PO : Partenariat de Ouagadougou

RECO : Relais communautaires

SBM-R : Approche basée sur la performance et la reconnaissance

SIGL : Système d’information et de gestion logistique

SNIS : Système National d’Information Sanitaire

SR : Santé Reproductive

UA : Union Africaine

UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population

Résumé exécutif

Introduction

En Afrique de l’Ouest, les besoins non satisfaits en Planification Familiale (PF) et les taux d’abandons restent élevés et sont sans conséquences sur son faible Taux de Prévalence Contraceptive moderne (TPCm). Ainsi pour résoudre ce problème plusieurs conférence portant sur la PF ont été organisées. Il s’agit entre autre de la Conférence tenue à Accra (Ghana) en 2005 sur le Repositionnement de la planification familiale avait insisté sur la nécessité pour les programmes des États de s’attaquer aux besoins non satisfaits qui sont l’expression de la lenteur des progrès en santé de la reproduction/planification familiale. On rappellera qu'en Guinée, le taux des besoins non satisfaits est de 22% (1).

Les pays du Partenariat de Ouagadougou (PO) ont fait de grands progrès pour introduire et développer des approches innovantes telles que le DMPA-SC (connu sous le nom de Sayana®Press) dans la gamme des produits contraceptifs. Malheureusement, certains pays ont encore du mal à passer de projets pilotes à une extension à grande échelle. Dans le but d’accélérer l’accessibilité au DMPA-SC dans huit (8) pays du PO dont la Guinée, Jhpiego s’est fixé pour objectifs de renforcer les efforts des systèmes de santé de ces pays en collaboration avec Access Collaborative, afin de faciliter la mise à disposition et l’accès de cette méthode aux femmes et aux filles. Dans le cadre de cet appui, Jhpiego aidera les pays à saisir les opportunités majeures telles que la délégation des tâches, l’utilisation des agents de santé communautaires, l’implication de nouveaux acteurs dans le marché et l’évolution vers l'auto-administration, permettant d'élargir l'accès à cette nouvelle technologie innovante.

Outre le niveau élevé de ce taux, on peut justifier l'introduction du DMPA-SC en rappelant les divers engagements internationaux de la Guinée :

1. Accès universel aux soins de SR (CIPD Caire, 1994)
2. PF comme l’une des principales stratégies pour atteindre les OMD, (PA Maputo, 2006)
3. Etendre la PF en Afrique de l’Ouest afin d’adresser les problèmes de développement et les questions de population (Partenariat de Ouagadougou, 2011)
4. Renforcer les systèmes de soins de santé, financier et améliorer les filets de protection et de sécurité sociale (Agenda 2063, (UA, 2013))
5. Réduire la mortalité maternelle et la mortalité infantile, autonomiser les femmes, (ODD, ONU, 2015)
6. Atteindre 50% de nouvelles utilisatrices (120 millions de femmes /monde ; 35000/Guinée) (Sommet Londres, 2012.

C’est dans cette optique stratégique, que la Guinée s’est fixé comme objectif d’améliorer la demande et l’offre des services dans ce domaine. Elle a été représentée à un haut niveau à la conférence de Ouagadougou sur le thème « *Population, planification familiale et développement : l’urgence d’agir »* du 8 au 10 février 2011, et à la conférence de Sally Mbour au Sénégal sur *« l’engagement de la société civile en faveur de la planification familiale »* en septembre 2011. Elle a ensuite développé, à travers un processus participatif et inclusif, un plan d’action national pour la relance de la planification familiale. Ce plan d'action a été présenté à la conférence de Dakar en décembre 2011, et la recommandation a été d’affiner et contextualiser le plan afin de

s’assurer que tous les partenaires techniques et financiers (PTF) lui accorderont l’attention et le financement requis. C’est dans ce cadre que la Guinée a bénéficié d’une assistance technique de haut niveau pour le processus d’affinement de son Plan d’Action.

Partant de ce fait, le Ministère de la Santé envisage de mobiliser davantage les acteurs en matière de santé de la reproduction autour d'une stratégie qui cerne les préoccupations cruciales, de l'accès aux services de contraception moderne, inscrites dans les documents de politique sanitaire et de population du pays notamment dans le Plan de développement économique et social 2016-2020. Une accessibilité accrue des services de contraception en zones rurales et péri urbaines pourrait être la réponse appropriée à cette problématique.

L’introduction du DMPA-SC a été déjà conduite avec succès au Sénégal et au Niger, deux pays ayant des contextes sociaux et religieux semblables à la Guinée. Les évaluations et recherches opérationnelles réalisées dans ces différents pays ont montré que ce produit est accepté par les femmes comme une auto-administration pratique, efficace et dont l'usage respecte la confidentialité. Sur 378 clientes interrogées au Sénégal, 80% ont pu s'auto-injecter après formation, 84% se sont réinjectées à temps et 93% désirent continuer l'utilisation du DMPA-SC (2).

Ainsi, la Guinée en 2018, a démarré le processus d’introduction et de mise à échelle du DMPA-SC dans les structures sanitaires et communautaires du pays.

Dans le souci de déterminer le niveau actuel d’introduction et/ou de passage à échelle du DMPA-SC, le pays a décidé de faire une analyse situationnelle rapide en vue de déterminer :

1. Les données relatives aux politiques, normes et procédures, directives et lois
2. Les parties prenantes qui soutiennent le DMPA-SC, leurs rôles et activités
3. La situation de l’accès aux services et offres de services
4. Les défis et goulots d’étranglement et les perspectives d’avenir, surtout en matière d’activités catalytiques qui pourront aider à passer rapidement vers l’extension.

Méthodologie

Il s’agit d’une collecte des données transversale a visé analytique sur le processus d’introduction et de mise à échelle du DMPA-SC en Guinée.

La collecte des données a ciblé les partenaires du Ministère de la Santé évoluant dans le domaine de la Planification Familiale qui sont tous membres du comité de pilotage du DMPA-SC. Au total, 15 cadres provenant des différentes directions du Ministère de la Santé (DNSFN, DNPL, DNSC) et des partenaires techniques et financiers (UNFPA, Jhpiego, PASSP/BM et l’AGBEF) ont participé à la collecte des données.

Un canevas préétabli par l’équipe de coordination du projet DMPA-SC sous régional a servi de guide de collecte des données.

La collecte des données a été faite au cours d’une réunion du comité DMPA-SC organisé par le Ministère de la Santé sous la forme de question réponse, suivie d’une revue documentaire.

Les données collectées étaient axées sur les politiques, normes et procédures, directives et lois en PF, la situation de l’accès aux services et offres de services de PF et de DMPA-SC, les défis, goulots d’étranglement et les perspectives.

L’analyse a consisté en une description des activités de l’introduction et de mise à échelle du DMPA-SC en Guinée. De plus, une revue des documents de planification et normes de PF en général et du DMPA-SC en particulier a été faite pour identifier les goulots d’étranglement et les opportunités.

Principaux résultats

1. Situation actuelle du processus d’introduction du DMPA-SC
2. **Brève présentation du Niger et de la situation socio- démographique**

La Guinée était classée 163ème sur 187 pays dans l’index de développement humain de 2013(3). La population résidente de la Guinée en 2014 était de 10 523 261 habitants dont 3 657 122 (soit 34,8%) réside en milieu urbain et 6 866 139 (soit 65,2%) en milieu rural (3). Si aucune intervention n’est mise en place, la Guinée devrait compter 37 millions d’habitants en 2050, soit un triplement de la population en l’espace de 37 ans avec d’énormes conséquences sur tous les secteurs de développement
socio-économique (santé, éducation, habitat, besoins en nouveaux emplois, exode rural massif, etc.) dans les 8 régions administratives et 38 districts sanitaires du pays (1).

Le taux brut de natalité était de 33,6‰ en 2018 avec un indice synthétique de fécondité de 4,8(1). Les taux de fécondité par âge et par milieu de résidence présentent une allure en cloche, caractéristique des pays dont le niveau de fécondité demeure élevé : un niveau élevé à 15-19 ans (120 ‰), suivi d’une augmentation rapide qui atteint son maximum à 25-29 ans (215 ‰) puis diminue pour atteindre 24 ‰ dans le groupe d’âge 45-49 ans (1). Les niveaux de mortalité adulte sont quasiment identiques chez les femmes et les hommes (4,9 et 4,7 décès pour 1 000). L’espérance de vie à la naissance est de 58,9 ans (4).

Sur le plan épidémiologique, les principales causes de la morbi-mortalité sont liées aux maladies transmissibles, dont les maladies à potentiel épidémique, les maladies évitables par la vaccination. Les maladies non transmissibles liées aux modes de vie prennent de plus en plus d’importance (5). La Guinée enregistre à ce jour, des taux élevés de mortalité maternelle (550 décès pour 100 000 naissances vivantes), de mortalité néonatale (34 ‰) tandis que le taux de mortalité infanto-juvénile est à 88‰ naissances vivantes (1,6).

1. **Bref aperçu de la Planification Familiale en Guinée**

Le bilan des programmes de Planification Familiale reste encore modeste en Guinée. En dépit de la mise en œuvre de projets divers de Planification Familiale à partir de 1986, le taux de prévalence contraceptive par les méthodes modernes est passé de 6% en 2005 à 8% en 2016 et 11% en 2018.

La prévalence contraceptive moderne varie sous l’influence de toutes les caractéristiques sociodémographiques, mais les résultats montrent, en particulier, une augmentation importante de la prévalence contraceptive avec le niveau d’instruction de la femme, ce niveau passant de 9% parmi les femmes n’ayant aucun niveau d’instruction à 12% parmi celles ayant le niveau primaire et à 19% parmi celles ayant le niveau supérieur ou plus. À Conakry, Kankan, de même qu’à N’Zérékoré, 16% des femmes en union utilisent une méthode moderne, suivis par Kindia (12%), Faranah (7%) et Boké (4%). Les régions où l’utilisation d’une méthode moderne de contraception est la plus faible dans le pays, restent Labé et Mamou; respectivement 3 % et 2% (1).

Des données récentes montrent que près d’une femme en union sur dix utilise une méthode contraceptive moderne (11%). En effet, le pourcentage d’utilisatrices de méthodes modernes n’avait pas enregistré non plus un grand changement entre 2005 et 2012 (6% et 5%); mais elle a par contre augmenté entre 2012 et 2018, passant de 5% à 11%. Cependant, entre 2005 et 2018, le pourcentage de femmes ayant des besoins non satisfaits en planification familiale n’a pas enregistré un grand changement en Guinée (21% en 2005, 24% en 2012 et 22% en 2018).

**Graphique 1 : Pourcentage de besoins non satisfaits en PF et utilisation des méthodes modernes chez les femmes en union entre 2005 et 2018**

L'offre actuelle des services se présente selon un tableau de gestion des ressources humaines où 16% du personnel de santé (médecins, sages-femmes, infirmiers d’Etat et agents techniques de santé) exercent en milieu rural pour servir 62% de la population qui y habitent dans un contexte d'enclavement de la plupart des villages (1). Selon des données de 2013 concernant les services de PF, pourtant intégrés dans toutes les formations sanitaires (FS), les pilules et injectables ne sont offerts que dans 29,4% d'entre elles. A cette insuffisance d’offre des services s'ajoutent des problèmes de ruptures fréquentes de stocks de produits contraceptifs.

Parmi les produits contraceptifs disponibles en Guinée, le Depo-provera injectable sous sa forme intramusculaire (DMPA-IM) est la deuxième méthode la plus utilisée par les clientes. Il est resté à ce rang depuis son introduction dans les programmes de planification familiale du pays. Sa connaissance parmi les femmes atteignait déjà 78% en 2012. Son taux d'utilisation atteint 2,2% en 2016 contre 3% pour la MAMA qui vient ainsi déclasser les pilules, longtemps maintenus au premier rang.

Or, l'injection se faisait uniquement par les prestataires des centres de santé généralement implantés aux chefs-lieux des sous-préfectures, loin de la plupart des villages dont un grand nombre sont enclavés. Il se trouve que l'Enquête MICS de 2016 donne des prévalences de 9% en milieu rural et pour tout le pays chez les femmes en union et 10% en milieu urbain dans le même groupe avec des pics significatifs d'un peu plus de 9% à Conakry et 16% en Guinée-Forestière. Le DMPA-IM utilisé depuis longtemps oscille entre 2% et 3% quels que soient la zone géographique et le groupe sociodémographique.

La distribution à base communautaire par voie d'agents de santé communautaire et la stratégie avancée menée par les agents des centres et postes de santé sont les deux actions qui ont jusque-là permis de fournir les contraceptifs au niveau communautaire. De même, la gamme des produits contraceptifs offerts au niveau communautaire a été élargie au Depo-provera injectable sous sa forme Intra-Musculaire (DMPA-IM).

La lenteur dans le progrès en matière de contraception moderne tient entre autres à la faible extension des services pendant de nombreuses années, au caractère vertical des programmes et à une communication longtemps limitée aux milieux les plus urbanisés. Les autres causes de cette lenteur seraient dues à la persistance de pesanteurs socioculturelles favorables à la forte natalité en Guinée. Des efforts sont en cours pour corriger ces anomalies et accroitre l'accès aux services particulièrement en zone rurale et dans les secteurs suburbains, longtemps marginalisés.

1. État actuel de la Guinée dans le processus d’introduction et de passage à échelle du DMPA-SC

Le DMPA-SC est déjà enregistré en Guinée comme produit légal pour une durée de première étape de 60 mois.

Le DMPA SC « Sayana press » a été enregistré sous le numéro AMM 1436 en 2017 et la première commande a été faite par l’UNFPA avec une dotation initiale de 50 000 doses. En tant que contraceptif homologué, le DPMA-SC ne figure pas encore dans la liste des Médicaments Essentiels (ME). D’après le Ministère de la Santé, cette molécule fera l’objet d’intégration, lors de la prochaine mise à jour de la liste des ME, prévue en 2020.

Le DMPA-SC n’existe pas encore dans les outils de collecte du SNIS ni sur la plateforme DHIS2, mais il est introduit dans la liste des produits traceurs.

Dans le but d’améliorer l’accessibilité aux produits et augmenter la gamme des produits contraceptifs dans les 8 pays du PO, la Guinée a élaboré et validé un plan d’introduction et de passage à échelle de l’offre du DMPA-SC et une note conceptuelle en 2018, grâce à l’appui des PTF.

Le statut actuel du DMPA-SC se situe dans sa phase de passage à échelle. De même, dans son plan d’introduction, le pays a adopté le modèle d’introduction basé sur le **co-positionnement.** Cette approche a favorisé l’offre du DMPA-SC avec le DMPA-IM dans les mêmes points de prestation de services.

Ce plan d’introduction et de mise à échelle prévoit **l’auto-administration** depuis le démarrage jusqu’à la mise à échelle. Cependant, **l’auto-administration** n’a pas encore démarré.

Le plan d’action de la phase de démarrage de l’introduction du DMPA-SC aligne les activités avec les sources de financement. **Sur 24 activités identifiées**, 14 devaient être financées par les PTF, les sources de financement n’ont pas été identifiées pour les 10 autres. Outrele plan d’action de démarrage, la note conceptuelle (*page # 32*) prévoit la répartition **des couts des phases de démarrage** et de passage à échelle.

1. Informations relatives aux politiques, normes et protocoles/procédures, directives et lois

Dans le cadre de l’amélioration de l’environnement politique, la Guinée dispose de plusieurs documents politiques, stratégiques et programmatiques. On note aussi des directives, lois, normes et protocoles qui ont ouvert la possibilité au pays de prendre des engagements internationaux qui devraient contribuer à booster l’offre de la planification familiale. Au nombre des décisions politiques promulguées, figurent :

1. **Politique SR/Plan de repositionnement de la PF**

Le plan de repositionnement de la PF retrace les objectifs du gouvernement et le processus de mise en œuvre des différentes interventions prévues dans le cadre de la maîtrise de la fécondité en vue d’un développement harmonieux et équilibré, gage du bien-être futur des Guinéens. Ce plan qui date de 2015, prévoyait l’accroissement du taux de prévalence contraceptive de 7% en 2012 à 22,1% en 2018, or selon l’EDS de 2018, il se situe à 11%. L’introduction et la mise à échelle du DMPA-SC contribueront à réduire les besoins non satisfaits et accroitre la prévalence contraceptive pour atteindre 22% en 2020.

1. **Plan d’Action National Budgétisé (PANB) en PF révisé 2019 - 2023**

Les activités du PANB sont structurées autour de cinq axes stratégiques dont la création de la demande, l’offre et l’accès aux services, la sécurisation des produits, la politique, l’environnement habilitant et le financement ainsi que la coordination, le suivi et évaluation. Une des actions prioritaires prévues dans le plan est l’extension de la Stratégie à Base Communautaire (SBC) pour l’injectable sous-cutané (DMPA-SC) et l’auto-administration dans 8 districts sanitaires par an.

1. **Engagement du Gouvernement à Londres**

La république de Guinée s’était engagée à améliorer son système de santé en général après la maladie à virus Ebola et la planification familiale en particulier. Cet engagement se traduira par  la mise sous contraceptifs de 188 000 femmes additionnelles entre 2017 et 2020 pour se conformer aux recommandations de la phase d’accélération 2016-2020 du PO et des objectifs ambitieux de FP2020. De même, à travers la délégation des tâches, cet engagement aura pour impact la formation de 5 000 agents communautaires pour offrir les méthodes contraceptives y compris le Sayana Press (DMPA-SC) à 50% des filles et femmes nouvelles utilisatrices. De plus, 90% de ces agents communautaires ne connaitront pas de ruptures de stock.

L’engagement prévoit également, la création et l’alimentation d’une ligne budgétaire dans le budget du Ministère de la Santé, l’amélioration du système d’information logistique et la capacitation de 6 dépôts régionaux, ainsi que la mobilisation des ressources locales.

1. **Politique de santé communautaire**

L’objectif de la récente politique de santé communautaire s’inscrit en droite ligne avec l’objectif général de la Politique nationale de santé, celui « d’améliorer l’état de santé de la population guinéenne ». Stratégiquement, l’un des axes de cette politique promeut l’autonomisation des populations vulnérables en particulier les jeunes et les femmes. La promotion de l’offre du DMPA-SC au niveau communautaire jusqu’à l’auto-administration est une des approches catalytiques pour favoriser l’autonomisation des femmes et des adolescentes.

L’une des plus anciennes dispositions prises en Guinée pour faciliter l’accès aux services de PF est la prise en compte de la délégation des tâches dans les documents de politiques, normes et procédures. Ainsi, en accord avec la politique de santé communautaire (version 2018), les relais communautaires (RECO) sont habilités à administrer le DMPA-SC. Comme décrit dans la politique, pour être sélectionnés comme RECO, il faut savoir lire, écrire et être résident, entre autres. Cette politique prévoit les activités de : *conseils, sensibilisation, visite à domicile, référence, offre initiale, injection, distribution, renouvellement des méthodes.*

1. **Note conceptuelle DMPA-SC/plan d’introduction**

Le plan d'introduction est une feuille de route de l'introduction de l'injectable DMPA-SC en Guinée. Ce plan décrit les processus prévus et les rôles des partenaires impliqués dans l’introduction du produit dans le pays. Il reflète la vision partagée du Ministère de la Santé et des partenaires techniques et financiers engagés dans la mise en œuvre des programmes de planification familiale. Dans ce plan, l'introduction consiste en deux phases : (i) une introduction initiale dans quatre régions administratives dont la capitale, Conakry, dès l'année 2018 et (ii) un passage à l'échelle à travers tout le pays dans la période 2019-2020 par une couverture totale des huit régions.

Or, au cours de la mise en œuvre du projet du DMPA-SC, le pays est passé rapidement de la phase d’introduction ciblant 4 régions à la mise à échelle par la formation d’un (1) prestataire de santé et cinq (5) relais communautaires pour couvrir 7 régions du pays. Cette approche n’a pas suivi les étapes prévues par la note conceptuelle et a favorisé un écart considérable de personnes à former selon la planification faite dans la note conceptuelle élaborée par le Ministère de santé avec l’appui des Partenaires Techniques et Financiers (PTF).

Le plan d'introduction/de passage à échelle n’intègre pas les dernières directives de l'OMS concernant les risques possibles du VIH pour les femmes sous contraception injectable. Des études sont en cours de réalisation par ECHO pour permettre de prendre les décisions appropriées.

Le plan mentionne que l'offre de DMPA-SC est bâtie sur des bases essentiellement communautaires même si elle exploitera par ailleurs d'autres canaux opérationnels comme les pharmacies, les cliniques privées, les infirmeries scolaires et universitaires et autres points de vente agréés de médicaments. Cependant, il ne prévoit pas les boutiques, supermarchés, salons de coiffure ou tout autre endroit accessible aux femmes comme autres canaux de distribution du DMPA-SC.

A nos jours, les structures sanitaires publiques et les relais communautaires offrent le DMPA-SC.

Les documents de politiques, normes et procédures/protocoles de PF existent, et sont connus et utilisés par les prestataires à tous les niveaux de la pyramide sanitaires (**régional, et opérationnel**). Cependant, ils n’intègrent pas encore le DMPA-SC, une revue des documents de normes et procédures sera réalisée pour prendre en compte le DMPA-SC.

Les stratégies mises en place pour l’offre des services de qualité en PF prennent en compte le suivi post formation et la supervision, même si ces stratégies n’ont pas été appliquées avec les prestataires de santé et les RECO qui sont déjà formés. L’approche d’amélioration de la qualité basée sur la performance et la récompense (SBM-R) est également utilisée pour l’offre des services de PF de qualité.

1. Données relatives à l’accès aux services

L’offre des services du DMPA-SC constitue une opportunité pour améliorer l’accès des femmes aux services de PF. Le DMPA-SC a été introduit dans 7 sur 8 régions prévues dans la note conceptuelle, soit un taux de couverture de 88%.

Le Ministère de la Santé, en collaboration avec les PTF, a mené des activités de renforcement de capacités pour l’offre du DMPA-SC. Ces activités ont permis de toucher 2357 personnes de différentes catégories (formateurs, prestataires de santé et relais communautaires).

La comparaison du nombre de personnes formées par rapport à la cible prévue dans la note conceptuelle DMPA-SC montre ce qui suit :

Tableau 1 : Situation des activités de formation par période.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Description de la formation | 2018 | 2019-2020 | % cible total |
| **Cible** | **Nombre formé** | **% atteinte** | **Cible** | **Nombre formé** | **% formé** |
| Formation des formateurs | 20 | 20 | 100% | 136 | 13 | 10% | 21% |
| Formation des prestataires de santé | 1932 | 223 | 12% | 2114 | 166 | 8% | 10% |
| Formation des RECO | 3025 | 1105 | 37% | 2975 | 830 | 28% | 32% |
| Total | 4437 | 1348 | 30% | 5225 | 1009 | 19% | 24% |

En 2018, 1348 personnes ont été formées pour ces catégories sur 4437 prévues dans la note conceptuelle, contre 1009 sur 5225 en 2019. Deux (2) sessions de formation ont été organisées pour la formation des formateurs, 33 sessions pour les prestataires de santé et 387 pour les RECO.

Les personnes formées provenaient des structures sanitaires et communauté environnantes des régions de Kindia, Boké, Mamou, Labé, Faranah, Kankan et N’Zérékoré. La région de Conakry n’est pas encore couverte.

**Tableau 2 : Situation des formations par catégorie et zone de couverture.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Formation prévue dans le plan | Formation réalisée dans le plan | Zone géographique de couverture | Types de points de prestations |
| Prestataires formés en administration DMPA-SC | 3506 | 389 | 7 régions | Unité PF des centres de santé |
| Prestataires formés en pré service (école de base) | NA | NA | NA | NA |
| ASC formés en administration du DMPA-SC | 6000 | 1935 | 7 régions | Communautés |
| Formation des formateurs | 156 | 33 | 7 régions | DPS |
| Total | 9662 | 2357 |  |  |

1. Données relatives à l’offre de services

Le DMPA-SC est offert dans 389 centres de santé ruraux et urbains du pays, soit un taux de couverture de 94% des centres de santé (CS) du pays (n=412). Les centres médicaux communaux, les hôpitaux, les postes de santé, les structures privées n’intègrent pas l’offre du DMPA-SC. Toutefois, la mise à échelle vers les pharmacies et les structures sanitaires privées est prévue par la note conceptuelle mais n’est pas encore effective.

Le Ministère entamera des rencontres de plaidoyer avec le secteur privé pour l’offre du DMPA-SC.

**Tableau 3 : Situation des formations sanitaires par catégorie et zone de couverture**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Indicateurs | Pourcentage (Nombre) | Source des données |
| Nombre et pourcentage de formations sanitaires publiques qui rapportent l’offre du DMPA-SC | 94% (389/412) | Rapport de formation & SNIS |
| Nombre et pourcentage de formations sanitaires privées qui offrent le DMPA-SC | 0 |  |
| Nombre d’officines privées qui offrent le DMPA-SC | 0 |  |
| Statistiques DMPA-SC et DMPA-IM (DMPA-SC/DMPA-IM) | 1,7% (3,742/222,219) | Donnée de routine & e-SIGL |

1. Suivi et évaluation du plan d’introduction/mise à échelle

Le suivi et l’évaluation du plan d’introduction sont assurés par un Comité technique mis en place par le Ministère de la Santé à travers la DNSFN (voir Note de service en annexe). Ce comité regroupe les parties prenantes du Ministère de la Santé et des PTF dont Jhpiego, l’UNFPA, BM, GIZ, OMS, UNICEF, AGBEF, KFW, coalition des 55 OSC. Ce Comité fonctionne selon les termes de références élaborés par la DNSFN qui en assure le secrétariat et la coordination et se réunit tous les 15 jours.

Au cours des rencontres, chaque partenaire fournit des informations sur l'état d’avancement du programme ainsi que des mises à jour logistiques.

Sur le plan de l’information sanitaire, la gestion des données est intégrée dans le circuit du système national d’information sanitaire. Parmi les outils de collecte des données de PF disponibles, les données du DMPA-SC existent dans les **registres de PF et les fiches individuelles de consultation PF**. Par contre, l’intégration du DMPA-SC dans le canevas de rapport mensuel du SNIS et le DHIS2 n’est pas encore faite. Seuls les indicateurs du DMPA-IM se trouvent dans les outils de collecte secondaires (rapport mensuel SNIS) de façon désagrégée par type d’utilisatrices (nouvelles et anciennes) et par âge.

1. Logistique et approvisionnement en produits

Le Plan de distribution du DMPA-SC prévoit un circuit d'approvisionnement allant de la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG) aux magasins de stocks des régions et districts sanitaires. Les gestionnaires des entrepôts répondent aux commandes régulières des centres de santé qui fournissent à leur tour le DMPA-SC aux agents communautaires.

Le DMPA-SC est intégré dans le processus de quantification nationale des produits PF ainsi que dans le système national de gestion logistique (SIGL)

Au niveau des points de prestations de services (PPS), l’estimation des besoins en DMPA-SC est faite et coordonnée par le chef de centre avec une fréquence trimestrielle. Le plan de réapprovisionnement du centre de sante examinant la question de DMPA-SC est mis à jour semestriellement.

La dotation des formations sanitaires et des RECO en DMPA-SC a consisté en une allocation en stock initial pour le démarrage des activités, suivi d’une commande trimestrielle.

Le schéma d'approvisionnement qui intègre le DMPA-SC est le suivant :



Les données sont transmises mensuellement sous forme de rapports en copies dures à la DPS par les centres de santé pour être saisies à travers la plateforme Web du logiciel de gestion logistique (e-SIGL).

1. Le rôle des parties prenantes et coordination des acteurs
2. **Rôles des parties prenantes**

**Tableau 4 : Répartition des parties prenantes/PTF selon leurs rôles.**

|  |  |
| --- | --- |
| Parties prenantes/PTF | Rôles et responsabilités |
| Ministère de la Santé (DNSFN, DNPSC, DNPL | * Inscription de DMPA-SC dans la Liste Nationale des Médicaments Essentiels (LNME)
* Préparation des Fiches techniques de négociation des ressources à l'attention de Monsieur le Ministre de la Santé
* Adaptation des modules & outils de gestion
* Actualisation des normes et procédures
* Coordination des interventions des acteurs et partenaires
* Contacts/négociation avec les partenaires représentés en Guinée
* Mobilisation et sensibilisation des acteurs
* Organisation des sessions d'orientation des DPS/DRS/Acteurs
* Organisation de supervisions nationales conjointes
* Animation du Comité Technique
* Coordination du choix des sites d'implantation
* Finalisation des modules de formation des ASC
* Supervision des formations des Prestataires et ASC
* Suivi de l'Evaluation du programme
* Participation au Comité Technique
* Suivi/ Evaluation de l'approvisionnement des CS/Sites SBC
* Fourniture d'outils électroniques de transmission rapide de données
* Appui au traitement et à l'analyse des données intégrées
* Actualisation des logiciels de gestion de données
 |
| Pharmacie Centrale de Guinée (PCG) | * Intégration du produit dans son système régulier d'approvisionnement des structures de santé
* Production de manuels d'inspiration du réflexe de la commande
* Appui aux sessions d'orientation et de formation des DPS/DRS et des prestataires
* Participation au Comité technique
 |
| UNFPA ; USAID, OMS | * Quantification/Importation de DMPA-SC
* Approvisionnement de la PCG en produits contraceptifs dont DMPA-SC
* Appui à la révision des modules de formation, normes et procédures et outils de gestion
* Participation aux supervisions conjointes
* Participation au Comité Technique
 |
| Jhpiego,  | * Appui technique et financier aux activités d’introduction et de passage à échelle du DMPA-SC
* Renforcement du système sanitaire (formation des acteurs, élaboration et révision des documents, révision des curricula, lors du passage à échelle/introduction)
* Mise en œuvre au niveau communautaire
 |

1. **Financement du plan d’action**

Le cout des phases d’introduction et de passage à l’échelle est estimé à $ 23.952.124. Sur 24 activités identifiées dans le plan, 14 devaient être financées par les PTF, les sources de financement n’ont pas été identifiées pour les 10 autres. A ce jour, un seul bailleur l’UNFPA a fourni le montant réservé pour appuyer les activités de renforcement de l’offre des services de PF. Pour l’exercice 2019, $2.825.001 sont réservés pour l’achat des produits contraceptifs y compris le DMPA-SC et $235.688 pour les activités de renforcement de compétences.

Dans le domaine de renforcement de capacité, le pays a besoin d’importantes ressources pour la mise en œuvre d’activités catalytiques en vue de combler le gap généré par la mise à échelle rapide des activités de formations et de suivi-post formation et être en accord avec le plan d’introduction et de passage à l’échelle de la note conceptuelle.

Défis en matière d’adoption du DMPA -SC en Guinée

En Guinée, les défis en matière d’adoption du DMPA-SC sont liés à la demande, à l’offre, au suivi et à la coordination des activités.

1. **Défis liés à la demande**

L’amélioration de la création de demande pour accroitre l’utilisation du DMPA-SC nécessite l’élaboration d’un plan de communication et sa mise en œuvre. Comme prévu dans la note conceptuelle, le pays envisage se doter d’un plan de communication assorti de messages appropriés qui sera mis en œuvre avec les PTF et les Organisations de la Société Civile (OSC).

1. **Défis liés à l’offre du DMPA-SC**

Pour corriger le gap observé dans la formation des prestataires et des RECOs, le pays cherche à assurer une formation de qualité des prestataires et RECO additionnels dans les structures sanitaires couvertes.

Par rapport à cette qualité, il existe un défi lié au respect des normes pour l’offre des services intégrés de PF y compris le DMPA-SC.

1. **Défis liés au suivi et la coordination**

Le Ministère de la Santé mettra en place une stratégie pour amener l’ensemble des PTF à la réalisation des visites de suivi post formation et de supervisions des prestataires et RECOs formés dans les 7 régions.

L’intégration des indicateurs du DMPA-SC dans les outils du SNIS (registres et rapports) et le DHIS2 reste à compléter et contribuera à améliorer l’utilisation des données pour la prise de décisions de DMPA-SC.

Besoins pour l'avenir : Action prioritaire

A la suite de cette analyse situationnelle, les actions prioritaires à mener sont entre autres :

1. **Création de la demande**
* Elaborer un plan de communication en matière de planification familiale et faire apparaitre le DMPA-SC dans les productions.
* Impliquer les OSC dans l’élaboration, la mise en œuvre et l’évaluation du plan de communication.
1. **Offre des services du DMPA-SC**
* Assurer le suivi-post formation/supervision des prestataires et RECO déjà formés.
* Assurer la formation des formateurs, prestataires et RECO additionnels pour combler le gap observé dans la mise en œuvre du plan d’introduction et de passage à l’échelle.
* Renforcer la logistique des produits contraceptifs y compris le DMPA-SC en vue de prévenir les cas de rupture.
1. **Coordination des activités**
* Organiser des rencontres de plaidoyer avec le secteur privé pour l’adoption du DMPA-SC dans les cliniques et les officines privées.
* Organiser des rencontres de plaidoyer pour mobiliser les ressources à travers des journées de plaidoyer, visites auprès des donateurs et opérateurs économiques en vue de soutenir la mise en œuvre du plan.
* Organiser un atelier de révision des normes et procédures de PF pour intégrer le DMPA-SC.
* Intégrer le DMPA-SC dans les curricula de formation en pré-service, dans les écoles de formations des agents de santé.
* Inscrire le DMPA-SC sur la liste des médicaments essentiels lors de la prochaine révision prévue en 2020.

Conclusion

L’analyse situationnelle de l’introduction du DPMA-SC a permis de décrire le niveau de mise en œuvre dans le pays.

Certes des avancées ont été observées à savoir l’élaboration d’une note conceptuelle et d’un plan d’introduction et de mise à échelle, la formation des prestataires de santé et relais communautaires, ainsi que la mise en place d’un comité technique pour coordonner les activités du DMPA-SC.

Cependant, d’importants efforts restent à fournir dans le cadre du suivi des directives établies par le Ministère de la Santé lors des activités de formation, de suivi post-formation/supervision, d’approvisionnement afin d’assurer une intégration efficace et efficiente du DMPA-SC dans le pays.

Bibliographie

1. INS. Enquête Démographique et de Santé (EDS) Guinee. 2018.

2. Cover J, Ba M, Lim J, Drake JK, Daff BM. Evaluating the feasibility and acceptability of self-injection of subcutaneous depot medroxyprogesterone acetate (DMPA) in Senegal: a prospective cohort study. Contraception. Sept 2017 ;96(3):203‑10.

3. Ministere de la sante. PLAN D’ACTION NATIONAL DE REPOSITIONNEMENT DE LA PLANIFICATION FAMILIALE EN GUINEE 2014-2018 [Internet]. 2014. Disponible sur : https://www.healthpolicyproject.com/ns/docs/CIP\_Guinea.pdf

4. INS G. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS 2012). 2012.

5. Ministere de la sante. PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE (PNDS) 2015-2024. 2015.

6. INS. Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples MICS. 2016.

Annexe1 : Outils d’analyse et d’identification des opportunités de plaidoyer et d’actions dans le pays.



Annexe 2 : Note de service



 **REPUBLIQUE DE GUINEE Conakry le ……/……../20….**

 **………………**

 **Travail – Justice - Solidarité**

 **…………… LA Directrice Ministère de la Santé**

 **Direction Nationale de la**

 **Santé Familiale et Nutrition**

**NOTE DE SERVICE**

**PORTANT CREATION, MISSION, COMPOSITION ET FONCTIONNEMENT DU COMITE TECHNIQUE POUR L’INTRODUCTION ET LA MISE A ECHELLE DU DMPA-SC EN GUINEE**

**Article 1 : Création**

Le Ministère de la Santé conformément à ses engagements et pour faciliter l’atteinte des objectifs du développent durable relatifs à la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile a prévu d’élargir sa gamme de méthodes contraceptives à travers l’introduction le DMPA-SC dans les formations sanitaires et au niveau communautaire.

C’est dans ce cadre qu’un comité technique est mis en place pour coordonner les différentes activités d’introduction le DMPA-SC dans les formations sanitaires et au niveau communautaire pour une période de 27 mois.

**Article 2 : Mission**

Ce comité aura pour mission :

1. Finaliser l’élaboration de la feuille de route (FdR)
2. Participer à la collecte et à l’analyse des données et la rédaction du rapport
3. Elaborer les Termes de Références de l’ONG de mise en œuvre de la FdR
4. Recruter l’ONG
5. Coordonner et suivre les différentes étapes de la mise en œuvre des activités
6. Rendre compte au conseil de cabinet
7. Rédiger le rapport final des activités

**Article 3 : fonctionnement**

Le comité se réunira une fois tous les quinze jours (dernier vendredi) au ministère de la santé jusqu’à la fin de la réalisation des activités.

**Article 4 : Composition**

Le comité est composé comme suit :

**Président :** Directrice Nationale de la Santé Familiale et de Nutrition

**Rapporteur :** Chef de Division de la PF

**MEMBRES :**

1. Directrice Nationale de la Santé Familiale et Nutrition
2. Directeur National du BSD
3. Directeur National Prévention et Santé Communautaire et de la Médecine Traditionnelle
4. Directeur National de la Pharmacie et du Médicament
5. Directeur du Service de la Promotion de la Santé
6. Directeur National des Ressources Humaines de Santé
7. Directeur Administratif et Financier
8. Point focal sécurisation des produits en SR
9. Suivi/Evaluation DNSFN
10. Inspecteur Général de la Santé
11. Représentant Jhpiego 1
12. Représentant UNFPA 1
13. Représentant AGBEF 1
14. Représentant KFW 1
15. Représentant PASP 1
16. Représentant GIZ 1
17. Représentant OMS 1

**Article 5 :** Les membres du Comité ne bénéficieront d’aucune rémunération jusqu’à la fin de la réalisation de cette activité.

La présente Note de service qui prend effet à compter de la date de sa signature sera enregistrée et communiqué partout ou besoin sera.

 **La Directrice Nationale**

 **Dr. Dieney Fadima KABA**