

policy

Janvier 2015

REPOSITIONNEMENT DE LA PLANIFICATION FAMILIALE EN AFRIQUE DE L'OUEST

*Une Synthèse des
Politiques de Tarification
des Contraceptifs*

Cette publication a été préparée par Timothée Gandaho, Modibo Maiga, et Annie Chen.

Citation proposée: Gandaho, T., M. Maiga, et A. Chen. 2015. *Repositionnement de la Planification Familiale en Afrique de l'Ouest: Une Synthèse des Politiques de Tarification des Contraceptifs*. Washington, DC: Futures Group, Project des politiques de sante.

ISBN: 978-1-59560-069-1

Le projet des politiques de santé est un accord collaborateur de cinq ans financé par l'Agence des États-Unis pour le Développement international aux termes de l'accord No. AID-OAA-A-10-00067, qui a démarré le 30 septembre 2010. Il est mis en œuvre par le Futures Group en collaboration avec Plan International USA, Avenir Health (anciennement Futures Institute), Partners in Population and Development, Africa Regional Office (PPD ARO), Population Reference Bureau (PRB), RTI International, et White Ribbon Alliance for Safe Motherhood (WRA).

Repositionnement de la Planification Familiale en Afrique de l'Ouest

*Une Synthèse des Politiques de Tarification des
Contraceptifs*

JANVIER 2015

Cette publication a été préparée par Timothée Gandaho,¹ Modibo Maiga,² et Annie Chen.²

¹Consultant, ²Projet des politiques de santé

L'information contenue dans ce document ne constitue pas une information officielle du Gouvernement des États-Unis et ne représente pas forcément les vues ou les positions de l'Agence des États-Unis pour le Développement international.

CONTENTS

Remerciements	iv
Résumé Analytique	v
Contexte.....	v
Récapitulatif des Résultats.....	vi
Récapitulatif des Recommandations	viii
Abréviations	ix
Introduction	1
Objectif de l'Étude	2
Les Systèmes de Santé en Afrique de l'Ouest.....	3
Planification Familiale et Santé Sexuelle et Reproductive en Afrique de l'Ouest	4
Methodologie	7
Revue Documentaire.....	7
Entretiens Avec les Informants Clés et Focus Groups.....	7
Taille de l'Échantillon	7
Limitations	8
Résultats	9
Ligne Budgétaire Dédicée aux Contraceptifs	9
Mise en Œuvre de la Politique de Tarification des Contraceptifs	11
Aperçus et opinions du Burkina Faso et du Togo.....	13
Aperçus et opinions de la Mauritanie et du Niger	13
Politique de tarification des contraceptifs : la PF devient-elle plus abordable	15
L'impact du Secteur Privé sur la PF et la SR.....	16
Activités communautaires avec des ONG privées.....	16
Services de PF et contraceptifs du secteur privé.....	17
Suggestions des Participants en Vue d'Améliorer la Politique de Tarification des Contraceptifs.....	18
Création de la demande pour la planification familiale.....	19
Chaîne d'approvisionnement et accès aux contraceptifs	20
Renforcement du partenariat public-privé pour la PF.....	21
Recommandations.....	22
Annexe A: Liste des Informants Clés par Pays	24
Annexe A1: Liste des Informants Clés au Burkina Faso.....	24
Annexe A2: Liste des Informants Clés en Mauritanie	26
Annexe A3 : Liste des Informants Clés au Niger.....	28
Annexe A4: Liste des Informants Clés au Togo.....	29
Annexe B: Guide d'Entretien pour les Politiques de Tarification des Contraceptifs en Afrique de l'Ouest	31
References	38

REMERCIEMENTS

Le projet des Politiques de santé (HPP) tient à remercier les ministères de la santé du Burkina Faso, de la Mauritanie, du Niger et du Togo pour leur assistance à la présente étude et le soutien politique nécessaire à sa réalisation. L'équipe tient à faire une mention spéciale des personnes suivantes qui ont prêté leur concours à l'organisation de l'étude dans leur pays et ont mobilisé les personnes dont dépendait une grande partie de la réussite de ce travail : Sanon Djénéba, Directeur national de la santé au Burkina Faso; Mahfoud Boye, coordinateur du Programme national de la santé reproductive en Mauritanie ; Adama Kemou, Directrice de la santé maternelle et infantile au Niger; Sani Aliou, consultant HPP au Niger; et Nomenyo Adjoa Akpedze, Directrice générale adjointe de la santé au Togo.

HPP aimerait remercier tout particulièrement Jay Gribble, Justine Belem, Mohamed Lemine, Sani Aliou et Jeannine Agounke Kébéli, dont les soutiens a été fort appréciés et les contributions capitales. Un grand merci aussi aux transpositeurs des enregistrements des entretiens pour leur travail ardu et leurs efforts pour respecter les délais.

Nous tenons à remercier également les répondants aux entretiens au Burkina Faso, en Mauritanie, au Niger et au Togo qui ont prêté leur concours à cette étude et apporté des informations fort utiles pour améliorer la planification familiale en Afrique de l'Ouest

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

Contexte

La planification familiale est l'une des interventions les plus bénéfiques pour la santé et le développement de la population (Bongaarts et al., 2012) et pourtant, seules 9 % des femmes mariées en Afrique de l'Ouest utilisent des contraceptifs modernes (PRB, 2012a). L'utilisation de la contraception parce qu'elle permet de réduire le nombre de grossesses non souhaitées et qu'elle favorise la planification et l'espacement idéal des grossesses pour la santé (PEIGS) a le potentiel de sauver la vie de milliers de mères, de nourrissons et d'enfants chaque année.

"Si les gouvernements veulent faire du secteur privé un partenaire, il leur faut devenir un catalyseur gardant les rênes en main."

(PRB 2012a, p.11)

L'utilisation de la planification familiale (PF) s'est nettement améliorée dans de nombreuses parties du monde mais, en revanche, ce rythme est resté lent en Afrique de l'Ouest francophone (PRB, 2012a). En février 2011, le gouvernement du Burkina Faso et d'autres partenaires ont organisé une conférence régionale, "Population, planification familiale et développement en Afrique de l'Ouest : l'urgence d'agir," également connue sous le nom de la Conférence de Ouagadougou qui a rassemblé des représentants officiels des gouvernements et des organisations de la société civile provenant de huit pays francophones de l'Afrique de l'Ouest.¹ A la fin de la conférence, chaque délégation de pays a formulé des actions prioritaires pour renforcer les programmes de PF dans sa nation.

Afin de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle en Afrique de l'Ouest et le niveau de besoin non satisfait en planification familiale, les partenaires techniques et financiers (PTF) - notamment Le Fonds des Nations-Unies pour la Population l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international, la Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF), la KfW (Banque allemande pour le développement) et l'Organisation ouest-africaine de la santé - ont fait une déclaration conjointe et ont formalisé leur engagement en forgeant un partenariat actif avec les gouvernements de l'Afrique de l'Ouest. Les quatre interventions prioritaires proposées pour repositionner la planification familiale en Afrique de l'Ouest sont les suivantes:

1. Augmenter la demande;
2. Augmenter la quantité et la qualité de l'offre;
3. Améliorer le contexte favorable;
4. Améliorer le suivi, la coordination et la gestion des programmes de PF.

Depuis cette conférence, les pays ont lancé plusieurs initiatives pour concrétiser les engagements internationaux pris lors de la Conférence de Ouagadougou et celle de Londres (tenue en Juillet 2012). Les programmes de PF de certains états, comme la Mauritanie et le Niger, distribue les contraceptifs gratuitement ou à faible coût. Si elle permet d'augmenter l'utilisation de la contraception moderne à court terme, cette approche s'accompagne pourtant de ses propres défis sur le plan de la durabilité alors qu'augmente la prévalence contraceptive. Dans la plupart des pays de l'Afrique de l'Ouest, il devient urgent de se donner des stratégies durables garantissant l'accès universel aux services de PF au regard de la demande accrue pour la PF et des modiques ressources disponibles. Une des manières pour les gouvernements d'utiliser le plus efficacement possible leurs ressources limitées pour la PF consiste à

¹ Il s'agit du Bénin, du Burkina Faso, de la Guinée, du Mali, de la Mauritanie, du Niger, du Sénégal et du Togo.

renforcer la coordination entre le secteur public, les organisations non gouvernementales (ONG), les programmes de marketing social et le secteur privé commercial dans le but d'élargir la base des clients et l'accès aux méthodes modernes de PF. Cette approche du marché total (AMT) est un bon moyen d'engager le secteur privé dans la prestation de services de PF, augmentant le pool de ressources pour les services et les produits de PF.

L'application de l'AMT ne se réduit pas à la simple adoption de politiques dans l'attente que les services de PF soient disponibles et accessibles à tous ceux qui en ont besoin. Par ailleurs, en forgeant une solide relation de travail entre les secteurs privé et public et en mettant en place des politiques qui permettent au secteur commercial privé de faire des bénéfices, on favorise la naissance d'un marché rationalisé des services et produits de PF qui sait répondre aux besoins de toutes les femmes souhaitant utiliser la planification familiale (HIP, 2014).

Dans le but d'évaluer les politiques de tarification des produits de PF et de comprendre l'impact de ces politiques sur l'accessibilité des services de PF, le Projet des politiques de santé (HPP), financé par l'USAID, a collaboré avec le projet USAID | DELIVER au Burkina Faso, en Mauritanie, au Niger et au Togo pour formuler des recommandations régionales et nationales, visant à améliorer les politiques de tarification des contraceptifs pour garantir la disponibilité et la durabilité des programmes de PF en Afrique de l'Ouest. L'étude s'est intéressée aux aspects suivants :

1. L'effet des politiques de tarification actuelles sur les programmes de santé reproductive ou de PF ;
2. Les barrières financières entravant l'accès qui existent par suite de la mise en œuvre des politiques de tarification courantes des contraceptifs;
3. L'effet du secteur privé sur l'utilisation de la PF;
4. Les suggestions des répondants pour améliorer la planification familiale dans leurs pays respectifs.

Récapitulatif des Résultats

Les revues documentaires et les entretiens qualitatifs au Burkina Faso, en Mauritanie, au Niger et au Togo montrent que les prix des contraceptifs ne varient pas énormément dans les formations sanitaires du secteur public mais fluctuent parmi les ONG et les prestataires du secteur commercial. Les prix varient grandement également d'un pays à l'autre (voir Tableau 1). Les résultats montrent qu'en Mauritanie et au Niger, où les contraceptifs sont cédés gratuitement dans le secteur public, il existe des problèmes de disponibilité au niveau communautaire, des ruptures de stock fréquentes et une grande dépendance face aux donateurs pour les contraceptifs. Au Burkina Faso et au Togo, où les contraceptifs ne sont pas gratuits, les résultats montrent que le système de recouvrement des coûts mis en place par les gouvernements permet aux secteurs public et privé de vendre les contraceptifs à différents prix pour les différents segments de la population et par le biais de différents types de prestataires, d'où un marché plus rationalisé des contraceptifs. Par ailleurs, si au Burkina Faso et au Togo, le secteur public dispose de mécanismes de recouvrement des coûts et d'un approvisionnement durable en contraceptifs, les résultats indiquent une insuffisance de contraceptifs à longue durée d'action, à prix abordable au niveau communautaire. De plus, alors que les secteurs public et privé travaillent en plus étroite collaboration, il s'agit de renforcer davantage les liens entre les deux secteurs pour assurer le partage d'information, la coordination et le suivi et évaluation entre les deux (Lipsky and Gribble, 2014).

Tableau 1. Prix des Contraceptifs au Burkina Faso, en Mauritanie, au Niger et au Togo (\$US)

Produits de Planification Familiale	Pays	Prix Officiel	District Sanitaire	Affiliées de l'IPPF	ONG Locales	Pharmacie Privée
Pilule (1 cycle)	Burkina Faso	\$0,20	\$0,20	\$0,20	\$0,40	\$4,10
	Togo	\$0,10	\$0,10	\$1,00	\$0,42	\$1,89
	Mauritanie	Gratuit	Gratuit	\$0,30	Gratuit	\$0,30
	Niger	Gratuit	Gratuit	Gratuit	N/D	\$0,30
Injectables (Dépo- Provera ou Noristerat)	Burkina Faso	\$1,00	\$1,00	\$1,60	N/D	N/D
	Togo	\$0,30	\$0,30	\$2,00	\$1,10	\$0,80
	Mauritanie	Gratuit	Gratuit	\$0,50	Gratuit	\$1,20
	Niger	Gratuit	Gratuit	Gratuit	N/D	N/D
Implants* (Jadelle ou Norplant)	Burkina Faso	\$2,00	\$2,00	\$2,00	N/D	N/D
	Togo	\$5,00	\$5,00	\$8,00	\$7,00	N/D
	Mauritanie	Gratuit	Gratuit	\$4,00	N/D	N/D
	Niger	Gratuit	Gratuit	Gratuit	Gratuit	N/D
Dispositif intra- utérin*	Burkina Faso	\$2,00	\$2,00	\$2,00	N/D	N/D
	Togo	\$0,30	\$0,30	\$2,50	\$1,00	\$1,20
	Mauritanie	Gratuit	Gratuit	\$1,00	N/D	\$1,20
	Niger	Gratuit	Gratuit	Gratuit	N/D	\$1,20
Préservatifs masculins	Burkina Faso	\$0,02	\$0,02	\$0,02	Gratuit	Gratuit
	Togo	\$0,03	\$0,03	\$0,02	\$25,00	\$0,43
	Mauritanie	Gratuit	Gratuit	Gratuit	Gratuit	\$0,09
	Niger	Gratuit	Gratuit	Gratuit	P/I	P/I
Contraception d'urgence	Burkina Faso	N/D	N/D	N/D	N/D	\$27,35
	Togo	N/D	N/D	N/D	N/D	\$5,30
	Mauritanie	Free	Free	\$0,50	N/A	\$2,40
	Niger	Free	Free	Free	N/A	\$2,40

Source: Auteurs

*Estimations de prix pour les dispositifs intra-utérins (DIU) et les implants comprennent les coûts de l'insertion et du retrait
IPPF= International Planned Parenthood Federation (Fédération internationale de la planification familiale)

N/D=Non disponible

P/I= Pas d'information

1 FCFA = 0,002 \$US

1 UM = 0,001 \$US

Récapitulatif des Recommandations

Les recommandations régionales suivantes, issues de l'étude qualitative au Burkina Faso, en Mauritanie, au Niger et au Togo, ont été faites par les répondants et parties concernées dans lesdits pays (les analyses et recommandations de chaque pays figurent dans des rapports séparés, disponibles en français):²

1. Renforcer la chaîne d'approvisionnement pour assurer la disponibilité de contraceptifs de haute qualité à tous les niveaux du système de santé, surtout au niveau communautaire. Il s'agit également vérifier que les systèmes administratifs et gestionnaires à la base ainsi que les systèmes de suivi et d'évaluation sont en place et sous-tendent la gestion de la chaîne d'approvisionnement.
2. Engager le secteur privé en tant que partenaire dans les discussions sur la planification stratégique et la budgétisation nationales de la PF.
3. Faire le plaidoyer pour créer ou renforcer des groupes de travail technique de PF qui engagent toutes les parties prenantes concernées des secteurs public et privé.
4. Mettre en œuvre des politiques de délégation de tâches pour élargir l'accès aux méthodes à longue durée d'action, surtout dans les communautés rurales.
5. Faire le plaidoyer pour l'adoption de politiques d'approche de marché total afin d'améliorer la pérennisation des programmes de PF dans les pays où les gouvernements assurent la gratuité des contraceptifs.
6. Utiliser les outils existants, comme le cadre d'analyse des efforts de repositionnement de la planification familiale et soutenir les efforts d'appropriation par les pays des systèmes de collecte de données mis en place par Track20.³

Dans le cadre de la présente étude, ont également été faites les recommandations suivantes pour les partenaires techniques et financiers qui interviennent dans le domaine de la planification familiale en Afrique de l'Ouest :

1. Fournir un soutien technique et financier pour un groupe de travail de la PF engageant tant le secteur privé que le secteur public. Un tel groupe contribuera à une planification et coordination plus efficaces des activités sur le plan du plaidoyer, de la sensibilisation et de la création de la demande.
2. Investir dans l'assistance technique et des systèmes qui renforcent la gestion de la chaîne d'approvisionnement et le suivi et l'évaluation du programme de PF à tous les niveaux.
3. Soutenir le renforcement des capacités pour améliorer la formation, la supervision, la qualité des soins et autres aspects des programmes de prestation des services de PF

²Les rapports suivants sont disponibles : Rapport sur la politique de tarification des contraceptifs au Burkina Faso; Rapport de synthèse sur le partage des tâches au Burkina Faso; Rapport sur la politique de tarification des contraceptifs en Mauritanie; Rapport de synthèse sur le partage des tâches en Mauritanie ; Rapport sur la politique de tarification des contraceptifs au Niger; Rapport de synthèse sur le partage des tâches au Niger; Rapport sur la politique de tarification des contraceptifs au Togo ; Rapport de synthèse sur le partage des tâches au Togo.

³ Track20 suit les progrès faits pour atteindre les buts de l'initiative globale FP2020 en engageant les parties prenantes au niveau des pays et en soutenant les activités du gouvernement en vue de collecter, d'analyser et d'utiliser les données pour suivre les progrès en planification familiale et formuler des stratégies et plans de programme efficaces (<http://www.track20.org/>).

ABRÉVIATIONS

ABBEF	Association Burkinabè pour le Bien-Etre Familial
AMPF	Association Mauritanienne pour la Planification Familiale
ANBEF	Association Nigérienne pour le Bien-Etre Familial
ASC	Agent de Santé Communautaire
ATBEF	Association Togolaise pour le Bien-Etre Familial
CAMEC	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques (Mauritanie)
CAMEG	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques (Burkina Faso, Togo)
CRLDA	contraceptif réversible à longue durée d'action
DIU	dispositif intrautérin
DRASS	direction régionale des affaires sociales et sanitaires (Mauritanie)
DSF	Division de la santé familiale of Family Health
FCFA	franc des communautés financières africaines
HPP	Health Policy Project (Projet des politiques de santé)
IMR	initiative du marché total
IPPF	International Planned Parenthood Federation (Fédération internationale de la planification familiale)
IST	infection sexuellement transmissible
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau (banque allemande de développement)
MDAWG	Market Development Approaches Working Group (Groupe de travail sur les approches au développement du marché_
MS	ministère de la santé
OMD	objectif du Millénaire pour le Développement
ONG	organisation non gouvernementale
ONPPC	Office national de produits pharmaceutiques et chimiques (Niger)
PF	planification familiale
PNSR	Programme national de santé reproductive (Mauritanie)
PPP	partenariat public-privé
PROMACO	Programme de marketing social et de communication pour la santé
PSI	Population Services International
PTF	partenaire technique et financier
SIDA	syndrome de l'immunodéficience acquise
SIGL	système d'information pour la gestion logistique
SMI	santé maternelle et infantile
SR	santé reproductive
UM	Ouguiya mauritanienne
UNFPA	United Nations Population Fund
USAID	U.S. Agency for International Development (Agence des Etats-Unis pour le Développement international)
VIH	virus de l'immunodéficience humain

INTRODUCTION

En Afrique de l'Ouest, seules 9% des femmes mariées utilisent des contraceptifs modernes (à titre de comparaison, 25% des femmes mariées en Afrique de l'Est et 53% des femmes mariées en Asie du Sud-Est en utilisent) (PRB, 2013a). En moyenne, environ 80% des femmes mariées utilisant la contraception en Afrique subsaharienne vont s'approvisionner auprès du secteur public (Ugaz et al., 2013). Le besoin non satisfait en planification familiale (PF) - défini comme étant le pourcentage de femmes mariées indiquant qu'elles préféreraient attendre au moins deux ans avant une prochaine grossesse ou qui ne veulent plus d'enfant alors qu'elles n'utilisent pourtant pas de méthode de PF - reste élevé en Afrique de l'Ouest puisque 28% des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans signalent un besoin non satisfait en planification familiale (PRB, 2012a). Au regard du taux de croissance démographique élevé de l'Afrique de l'Ouest et du grand nombre de couples sur le point de commencer leurs années fécondes, le nombre d'utilisateurs de la PF a le potentiel d'augmenter fortement.

“Une des manières pour les gouvernements de cibler plus efficacement les ressources est d'adopter l'approche du marché total qui oriente les utilisateurs de la PF ayant les moyens de payer vers le secteur privé à but lucratif, allégeant ainsi les pressions financières pesant sur les gouvernements, les donateurs et les organisations non gouvernementales.”

~ (PATH, 2010)

Dans la plupart des pays, les gouvernements se sont dotés de politiques réglementant la prestation de contraceptifs soit à un prix fixé soit gratuitement pour les clients qui se rendent dans les structures du Ministère de la Santé (MS) et autres établissements du secteur public. Les secteurs privés, à but non lucratif et commerciaux décident généralement de leurs propres prix, qui peuvent être compétitifs et attirer des clients du secteur public. Les donateurs jouent également un rôle dans la fixation des prix des contraceptifs. Les politiques de tarification visent à assurer l'accès aux services bien qu'elles puissent également avoir un effet négatif sur la disponibilité des produits de PF (Sarley et al., 2006). En effet, si les contraceptifs sont donnés gratuitement et les prix d'achat sont faibles pour le MS, les structures privées ne sont guère incitées à stocker des contraceptifs car elles ont plus à gagner en vendant d'autres médicaments. Pour encourager le secteur privé à fournir des contraceptifs, les gouvernements peuvent adopter des politiques et des réglementations qui sont source d'incitations pour le secteur privé l'encourageant à participer à la prestation de services clés de PF (Lipsky and Gribble, 2014; Lagomarsino et al., 2009).

En outre et, même si les gouvernements dans les pays en développement ont toujours reçu par le passé une assistance financière et technique suffisante pour fournir une contraception gratuite à certains segments de leurs populations, les gouvernements à présent ont du mal à répondre à la demande en contraceptifs de leurs programmes de PF (Singh and Darroch, 2012; PATH, 2010). De fait, alors que la prévalence contraceptive s'améliore progressivement et qu'augmente le financement nécessaire pour les produits contraceptifs, le soutien des donateurs n'arrive plus à suivre la demande toujours croissante pour la planification familiale (HIP, 2014).⁴ En Afrique de l'Ouest, le financement pour les services de PF a fluctué et accuse depuis quelques années une tendance à la baisse: les niveaux de financement prévus pour les services de PF tombant bien en dessous des besoins projetés en PF (PRB, 2012a).

⁴ Les produits contraceptifs sont le préservatif masculin, le préservatif féminin, les anneaux vaginaux, la contraception d'urgence, les injectables, les implants, le DIU, la méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée (MAMA), la pilule ou contraceptif oral, la méthode des Jours fixes (MJF), la ligature des trompes, la vasectomie et les technologies de prévention à but multiple (Askew and Brady, 2013).

La demande croissante pour les services de PF et les modiques ressources disponibles font ressortir l'urgence de se donner des stratégies qui garantissent l'accès aux services de PF pour tous. L'approche du marché total (AMT) est une des manières pour les gouvernements d'arriver à cibler efficacement les ressources - en orientant les utilisateurs de la PF du secteur public qui ont les moyens de payer vers les secteurs des organisations non gouvernementales (ONG) et les secteurs privés commerciaux, allégeant les pressions financières pour les gouvernements et les donateurs (PATH, 2010). Une telle stratégie doit pouvoir compter sur le ferme engagement des hautes sphères politiques et de tous les secteurs qui fournissent des produits et des services de PF.

Depuis 2007, le Groupe de travail des approches de développement du marché (MDAWG) de Reproductive Health Supplies Coalition préconise l'approche du marché total comme une réorientation à la focalisation sur le seul secteur public et pour une utilisation plus rationnelles des ressources limitées (Barnes et al., 2012). Dans le cadre de l'approche du marché total, les secteurs public et privé répondent aux besoins en PF d'un pays et collaborent pour couvrir le marché entier, toutes les femmes et tous les hommes qui souhaitent utiliser la planification familiale - de ceux qui nécessitent des produits gratuits à ceux qui peuvent et qui sont prêts à payer pour les produits commerciaux. Dans son application concrète, cela signifie que différents secteurs ciblent les segments appropriés de la population et aident les pays à se rapprocher de la sécurité contraceptive, atteinte une fois que les gens sont en mesure de choisir, d'acquérir et d'utiliser la méthode contraceptive qu'ils veulent utiliser quand ils veulent l'utiliser (Drake et al., 2011). L'existence de politiques qui encouragent la fourniture tant publique que privée des contraceptifs est également nécessaire pour que les pays puissent atteindre leurs buts de PF 2020 (Lipsky and Gribble, 2014).

Objectif de l'Étude

Le Projet des politiques de santé financé par l'USAID a collaboré étroitement les gouvernements pour évaluer les politiques de tarification des contraceptifs au Burkina Faso, au Niger, au Togo et en Mauritanie et formuler des recommandations complètes pour améliorer les politiques de tarification des contraceptifs afin d'en vérifier la disponibilité et la durabilité pour les pays de l'Afrique de l'Ouest.

Dès août 2013, HPP a collaboré avec DELIVER et d'autres partenaires (United Nations Population Fund, Animas Sutura, Marie Stopes International, Population Services International) pour effectuer une revue de la littérature sur les coûts de la PF et les procédures de recouvrement des coûts dans l'Afrique de l'Ouest francophone. Suivant la revue de la littérature, HPP a organisé des entretiens semi-structurés avec des informants clés et des focus group avec le personnel des MS, des prestataires de services et autres parties prenantes concernant les obstacles, au niveau prix, entravant l'accès aux services de PF ainsi que la mise en œuvre et l'application des politiques de tarification dans les quatre pays prioritaires (Burkina Faso, Togo, Niger et Mauritanie).

Le but de l'étude était d'évaluer les politiques de tarification des contraceptifs et les implications connexes sur le plan des politiques dans quatre pays prioritaires (Burkina Faso, Mauritanie, Niger et Togo), en étudiant les domaines suivants:

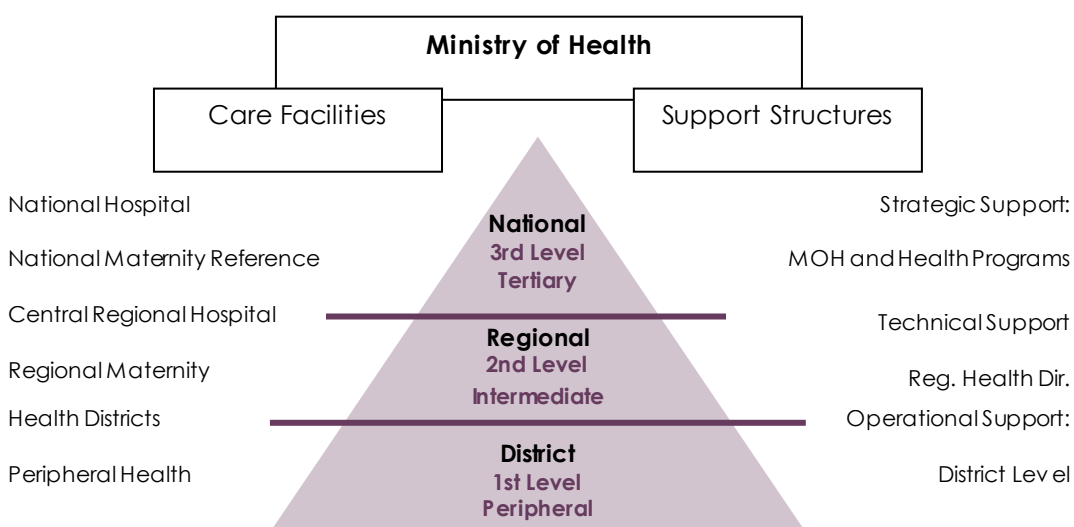
1. L'effet des politiques de tarification courantes sur les programmes de santé reproductive (SR) et de PF
2. Les obstacles financiers entravant l'accès aux services de PF qui existent par suite de la mise en œuvre des politiques de tarification existantes pour les contraceptifs
3. L'effet du secteur privé sur l'utilisation de la PF
4. Les suggestions des répondants pour améliorer la situation de la PF dans leurs pays respectifs

Les Systèmes de Santé en Afrique de l'Ouest

Si la plupart des pays dans cette étude démontrent un niveau élevé d'engagement face à la planification familiale, il n'en reste pas moins que les partenaires techniques et financiers (notamment United Nations Population Fund (UNFPA), l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international, la Fédération internationale de la planification familiale, la KfW et l'Organisation ouest africaine de la Santé) prennent une part importante en matière d'approvisionnement en contraceptifs. Selon l'étude sur *les indicateurs de la sécurisation des contraceptifs* faite en 2013 par le Projet DELIVER, 80 % des achats de contraceptifs du secteur public consistent en dons en nature (USAID | Projet DELIVER, 2013).

Les systèmes de santé de l'Afrique de l'Ouest misent sur le renforcement des services de soins de santé au niveau communautaire, confiant la gestion des soins de santé au niveau local sous la supervision technique continue de la part du MS national (voir Figure 1). Aux divers niveaux de la pyramide de santé, les structures publiques sont investies de la mission de dispenser des services de santé préventive, curative et promotionnelle de la santé. Se profile maintenant, pour des raisons organisationnelles et économiques, l'idée du paquet minimum d'activités pour ces trois types de services.

Figure 1: Pyramide du Système de Santé dans les Pays de l'Afrique de l'Ouest



Source: Gobbers and Pichard, 2000

Les systèmes de santé en Afrique de l'Ouest sont organisés en trois niveaux complémentaires:

Le niveau national (niveau tertiaire) comprend le cabinet du ministre de la Santé, le Secrétariat général, les directions centrales et les structures rattachées. Il incombe au niveau national de formuler des stratégies et des politiques, de mobiliser les ressources, de contrôler la gestion et d'évaluer la performance du système de santé. Les CHU à ce niveau assurent les soins tertiaires des cas référés.

Le niveau régional (niveau intermédiaire) correspond aux régions sanitaires organisées en directions régionales de la santé qui sont chargées de la coordination et de l'appui aux districts sanitaires. Les hôpitaux régionaux à ce niveau assurent la prise en charge des cas référés par les districts sanitaires à la périphérie.

Le district sanitaire (niveau périphérique) comprend les structures assurant les services de santé de base. Il s'agit des centres de santé et de promotion sociale au Burkina Faso, des unités de santé de base en Mauritanie, des centres de santé intégrés au Niger et des unités périphériques de soins au Togo. Les centres de santé représentent le premier niveau de contact entre les services de santé et la communauté. Ils assurent la prise en charge des problèmes de santé et organisent un ensemble d'activités curatives, préventives et promotionnelles dont les diagnostics et le traitement des affections courantes, les consultations prénatales et postnatales, le suivi des enfants, le programme élargi de vaccinations, les accouchements, la planification familiale et l'obstétrique, la mobilisation sociale, l'IEC/CCC (information, éducation et communication/communication pour le changement de comportement) et les activités de gestion.

A côté du secteur public, il existe un secteur privé qui dispense des services de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Le secteur privé compte des formations sanitaires privées à but lucratif et des formations sanitaires confessionnelles ainsi que les institutions de soins relevant d'associations et d'organisations non gouvernementales (ONG) à but non lucratif.

Les programmes de planification familiale ont besoin de produits pour fonctionner. Les produits de la SR/PF sont distribués par des structures d'approvisionnement dans chaque pays: la *Centrale d'achat de médicaments essentiels et génériques*, ou CAMEG) au Burkina Faso et au Togo, la *Centrale d'achat de médicaments essentiels et consommables médicaux*, ou CAMEC) en Mauritanie et l'*Office national des produits pharmaceutiques et chimiques*, ou ONPPC) in Niger. Ces structures fonctionnent à l'aide de dépôts nationaux, de magasins régionaux et de système de gestion logistique qui approvisionnent en produits de SR les établissements privés et publics ou le secteur à but non lucratif. Dans ces pays les ONG collaborent avec le gouvernement. Les ONG de PF les plus connues en Afrique de l'Ouest sont celles affiliées à la Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF): l'Association Burkinabè pour le bien-être familiale (ABBEF), l'Association mauritanienne pour la planification familiale (AMPF), l'Association nigérienne pour le bien-être familial (ANBEF), et l'Association togolaise pour le bien-être familial (ATBEF).

Les systèmes d'achat des contraceptifs et autres médicaments et consommables sont le pivot du système de santé. Au Burkina Faso, en Mauritanie, au Niger et au Togo, le gouvernement procède à des achats centralisés pour les médicaments génériques essentiels. Au Burkina Faso et au Togo, la centrale d'achats de médicaments génériques est la CAMEG, en Mauritanie c'est la CAMEC qui remplit ce rôle et au Niger, c'est l'ONPPC. Ces institutions s'assurent que l'approvisionnement en contraceptifs est coordonné avec le programme national de PF/SR : la direction santé de la famille au Burkina Faso, le programme national de SR de la Mauritanie, la direction de la santé maternelle et infantile du Niger et la direction de la santé familiale au Togo.

Planification Familiale et Santé Sexuelle et Reproductive en Afrique de l'Ouest

L'Afrique de l'Ouest compte l'un des taux de fécondité les plus élevés et l'un des taux de croissance démographique les plus rapides au monde (voir Tableau 2) (PRB, 2012a).

Tableau 2: Indicateurs de la Santé Maternelle et Infantile en Afrique de l'Ouest

Pays	Nombre de Femmes (2011, milieu de l'année, en millions)	% de Femmes Agées de 20–24 ans Mariées Avant l'Âge de 18 ans	Indice Synthétique de Fécondité	% de Femmes Mariées Utilisant la Contraception Moderne
Bénin	4.7	34	5.6	6
Burkina Faso	8.4	48	6.0	13
Côte d'Ivoire	10.9	35	4.9	8
Guinée	5.2	63	5.7	6
Mali	6.9	71	6.6	6
Mauritanie	1.7	35	4.5	8
Niger	8.2	75	7.4	5
Sénégal	6.7	39	4.9	10
Togo	3.5	24	4.8	11

Source: PRB, 2011

Depuis 1990, les taux de mortalité maternelle et infantile dans certains pays de l'Afrique de l'Ouest sont devenus plus préoccupants. En 2011, les pays de l'Afrique de l'Ouest connaissaient encore des taux de mortalité infantile et maternelle élevés et de faibles taux de prévalence de la contraception moderne ainsi que des taux élevés de besoin non satisfait en planification familiale (voir Tableau 3). Sans un ferme engagement politique de la part des gouvernements et de partenaires au développement en vue d'augmenter très nettement les ressources pour la santé - surtout la santé de la reproduction - l'Afrique de l'Ouest n'arrivera pas à atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) dans le domaine de la mortalité infantile et maternelle (OMD 4 et 5) d'ici la date cible 2015.

Tableau 3. Mortalité Maternelle, Mortalité Infantile et Taux de Prévalence de la Contraception en 2011, par Pays

Indicateur en 2011	Burkina Faso	Mauritanie	Niger	Togo
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	341	626	554	478
Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	65	77	63	77
Taux de mortalité juvénile (pour 1000 naissances vivantes)	129	122	131	123
Taux de prévalence de la contraception (%)	15.0	10.0	12.0	13.1
Besoin non satisfait en PF (%)	23.8	37.2	16	31

Source: Maiga, M. 2013. *Plan de Repositionnement de la Planification Familiale in Burkina Faso, Mauritanie, Niger, and Togo*. Washington, DC: Futures Group.

Pour atteindre l'OMD 5 - réduire la mortalité maternelle et le besoin non satisfait de planification familiale d'au moins 25% d'ici 2015 pour la région entière de l'Afrique de l'Ouest francophone, les donateurs ont fait un communiqué conjoint et formalisé leur engagement en forgeant un partenariat actif. Quatre priorités sont avancées pour repositionner les interventions de planification familiale en Afrique de l'Ouest : 1) augmenter la demande; 2) augmenter la quantité et la qualité de l'approvisionnement, 3) améliorer le contexte favorable et 4) améliorer le suivi, la coordination et la gestion des programmes de PF.

METHODOLOGIE

La méthodologie pour cette étude consistait en premier lieu à faire une revue des documents relatifs à la tarification des services et produits contraceptifs et dans un deuxième temps conduire des interviews auprès d'intervenants clés. Les résultats de la revue ont servi de base à la formulation des guides pour les entretiens approfondis et les discussions de groupes dirigées. Après la collecte de donnée, HPP a fait un examen systématique des données provenant de chaque pays et a élaboré des rapports spécifiques à chaque pays ainsi que le présent rapport de synthèse pour la région de l'Afrique de l'Ouest.

Revue Documentaire

En juin 2013, HPP a fait une revue des documents de politiques et des évaluations faites dans les pays sur le coût de la planification familiale, le recouvrement des coûts et autres politiques et procédures de tarification ainsi que des études sur la capacité et volonté de payer dans chaque pays (Burkina Faso, Mauritanie, Niger et Togo). Cette revue concernait notamment des études faites par DELIVER et Marie Stopes International au Burkina Faso et au Togo, l'information recueillie de l'application du cadre de repositionnement de la planification familiale et (chaque fois que possible) des documents nationaux de PF (y compris les politiques, les normes et les procédures sur le recouvrement des coûts); des analyses précédentes sur le coût de la PF; des études et analyses précédentes sur la capacité et/ou volonté de payer, des études sur l'application de diverses politiques de tarification et recouvrement des coûts; et des directives nationales sur la prestation de services de santé et de PF. Le Projet HPP a également cherché à savoir si d'autres initiatives du marché total ou du recouvrement des coûts (systèmes de bons ou plans d'assurance avec services de PF) avaient déjà été utilisés ou quels en avaient été les résultats.

Entretiens Avec les Informants Clés et Focus Groups

Entre août 2013 et mars 2014, HPP a réalisé une collecte de données qualitatives dans les quatre pays prioritaires de l'USAID/Afrique de l'Ouest : Burkina Faso, Mauritanie, Niger et Togo. Vu le temps limité HPP a recueilli des types analogues d'information auprès d'agents de santé communautaires, par le biais d'entretiens face à face et discussions en groupe portant sur l'application des politiques de tarification dans leurs pays respectifs. HPP a utilisé un guide d'entretien semi-structuré pour l'entretien avec les prestataires de soins de santé, les agents sociaux, les pharmaciens et les agents de santé communautaire (ASC) des secteurs public et privé (voir Annexe A). Un consultant dans le pays a pris les rendez-vous avec les participants. Avant chaque entretien, le chercheur a obtenu le consentement oral des participants. Tous les entretiens ont été réalisés en français. Chaque entretien durait 30 à 45 minutes et a été enregistré, transcrit et analysé par deux chercheurs. HPP a analysé la mise en œuvre de la politique de tarification de la PF en cartographiant les prix sur une matrice de six services de PF.⁵

Taille de l'Échantillon

Cette étude regroupait 107 participants, allant de 17 (Niger) à 34 (Togo) participants dans chaque pays (voir Tableau 4). Les participants étaient des représentants centraux et régionaux du Ministère de la Santé; des membres du personnel de santé des districts sanitaires et des partenaires techniques et financiers ainsi que des représentants des ONG, notamment des agents du marketing social (responsables et prestataires de services); des représentants officiels d'ONG internationales, des pharmaciens du secteur privé et des ASC.

⁵ Les six services de PF comprennent la pilule contraceptive, les injectables (Depo-Provera et Noristat), les implants (Jadelle ou Norplant), le DIU, le préservatif masculin et la contraception d'urgence.

Tableau 4: Taille de l'Échantillon des Méthodes Qualitatives, par Pays

Institutions	Burkina Faso	Mauritanie	Niger	Togo
Niveau central	5	5	5	8
Niveau régional	4	2	0	0
District sanitaire	7	6	7	4
ASC	3	0	1	9
ONG locales	6	6	2	8
ONG internationales	2	1	1	2
Pharmacie privée/clinique privée	2	4	1	2
Partenaire technique et financier	1	2	0	1
TOTAL	30	26	17	34

Limitations

Les résultats de cette étude se fondent sur les conclusions de la recherche qualitative (entretiens avec les informants clés et les focus groupes). L'étude est limitée aux opinions propres données par les participants, aux niveaux du gouvernement, des districts sanitaires et de la communauté, qui fournissent des services de PF aux secteurs public et privé. Malgré cette limitation, la taille de l'échantillon (voir Tableau 4) a permis à HPP d'avoir un segment représentatif des participants dans chaque pays.

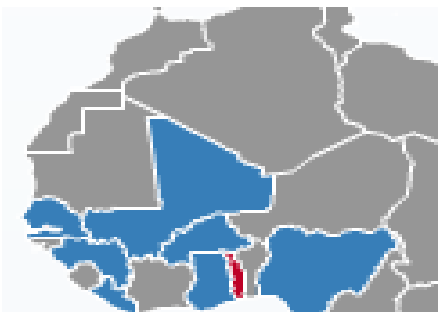
RESULTATS

Les politiques de tarification des contraceptifs influent sur les prix que les clients doivent payer pour avoir accès aux produits de planification familiale dans un pays et, à leur tour, ces tarifs influencent l'accès et l'utilisation de la PF. Le sommaire des résultats indiquent qu'en Mauritanie et au Niger, les gouvernements ont adopté des politiques assurant la gratuité des produits et/ou services de PF dans le secteur public et le secteur privé à but non lucratif/ONG. En Mauritanie, où le secteur public distribue gratuitement les contraceptifs, les pharmacies du secteur privé ont des prix allant de 0,30\$ US à 2,40\$US. Les pays qui fournissent gratuitement les contraceptifs ne disposent généralement pas de mécanismes de recouvrement des coûts pour les contraceptifs. Ils connaissent souvent des ruptures de stocks et une qualité moindre des services de PF.

Par contre, au Burkina Faso et au Togo, où tous les utilisateurs de la contraception payent pour les produits et les services, le marché est mieux segmenté, permettant d'offrir à des prix abordables certains types de contraceptifs aux groupes les plus démunis. Cette approche aide à maintenir une offre durable de contraceptifs pour tous les utilisateurs. Utilisant cette approche plus rationalisée, le gouvernement vend les contraceptifs à différents prix aux différents groupes de la population, vérifiant que la population générale a accès à toute une gamme de contraceptifs dans les structures publiques et privées. Par ailleurs, les résultats obtenus au Burkina Faso et au Togo indiquent qu'il faut élargir l'accès aux contraceptifs réversibles à longue durée d'action (CRLDA) au niveau communautaire. En effet, malgré le fait que les contraceptifs sont fortement subventionnés, un grand nombre de femmes rurales et marginalisées se heurtent encore à des barrières pour obtenir les CRLDA (implants et dispositifs intra-utérins ou DIU). Les stratégies visant à la distribution gratuite des contraceptifs semblent apporter une solution partielle mais ces types de programmes ne couvrent généralement pas toutes les zones rurales, faisant qu'il est difficile de répondre au besoin non satisfait de toutes les femmes.

Ligne Budgétaire Dédiée aux Contraceptifs

Figure 2. Pays avec une Ligne Budgétaire pour les Contraceptifs



Source: DELIVER, 2013

Une des stratégies essentielles, pour assurer la disponibilité du financement des contraceptifs, est d'encourager chaque pays à se donner une ligne budgétaire consacrée aux contraceptifs (AFP, 2011). L'adoption par l'état d'une ligne budgétaire pour les contraceptifs témoigne de son ferme engagement à élargir la gamme des produits de PF et à augmenter la disponibilité des contraceptifs. Les parties prenantes doivent vérifier que les lignes budgétaires sont financées chaque année et que les affectations budgétaires pour la PF sont effectivement dépensées. On encourage les pays "à rester vigilants et à prendre un rôle proactif pour maximiser des engagements complémentaires de la planification familiale" et "de solliciter le secteur privé comme partenaire" (AFP, 2011). Alors que les pays délèguent les pouvoirs budgétaires aux niveaux sous-nationaux, il est important de faire également un plaidoyer budgétaire à ces niveaux, pour

assurer le financement des produits, des fournitures et des services de PF.

Les résultats montrent que le Burkina Faso, la Mauritanie et le Niger ont des lignes budgétaires pour les contraceptifs mais par contre, le Togo (montré en rouge) n'en a pas (voir Figure 2 et Tableau 5).

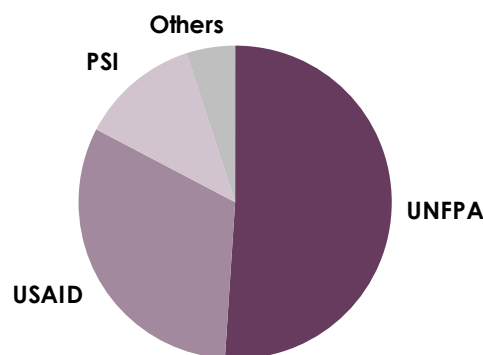
Tableau 5. Ligne Budgétaire Publique pour la PF

Pays	Année de Création de la Ligne Budgétaire	Montant
Burkina Faso	2012	500 millions de FCFA (1,1 million \$US)
Mauritanie	2014	15 millions ouguiya (52 000 \$US)
Niger	2014	200 millions FCFA (421 000 \$US)
Togo	N/D	N/D

Source: Maiga, 2012

Dans cette étude, le Burkina Faso compte la plus grande ligne budgétaire pour les gouvernements qui sert à subventionner partiellement les contraceptifs (voir Tableau 5). Le gouvernement a créé une ligne budgétaire pour l'achat de contraceptifs modernes en 2007, la dotant au départ de 359 millions FCFA (679 382\$US) puis augmentant le financement à 500 millions de FCFA en 2012 (946 215\$US) (Maiga, 2012). La ligne budgétaire nationale finance environ 30 % du coût total des contraceptifs dans le secteur public (Maiga, 2012) (voir Figure 3).

Figure 3. Pourcentage du Financement des PTF pour les Contraceptifs au Burkina Faso, 2012



Source: Maiga, 2012

La Mauritanie et le Niger comptent des lignes budgétaires pour les contraceptifs mais le fait qu'ils offrent également des contraceptifs gratuits risquent de miner les efforts faits pour mettre en place des mécanismes durables de recouvrement des coûts. Tel que l'a noté un participant, l'absence d'un mécanisme de recouvrement des coûts en Mauritanie entraîne une trop grande dépendance face au soutien des donateurs et rend donc le programme de PF moins durable dans le long terme:

A ma connaissance c'est l'UNFPA qui achète les contraceptifs, et tout repose sur les bailleurs. Je sais que les antipaludéens ça ne marche pas à cause de ça, les antituberculeux ça ne marche pas à cause de ça, les produits du SIDA ne marchent pas à cause de ça, tous étaient financés par le Fonds mondial ; quand le Fonds mondial est parti tout est tombé et ça ne marche plus. Ça risque d'être la même chose pour les contraceptifs.

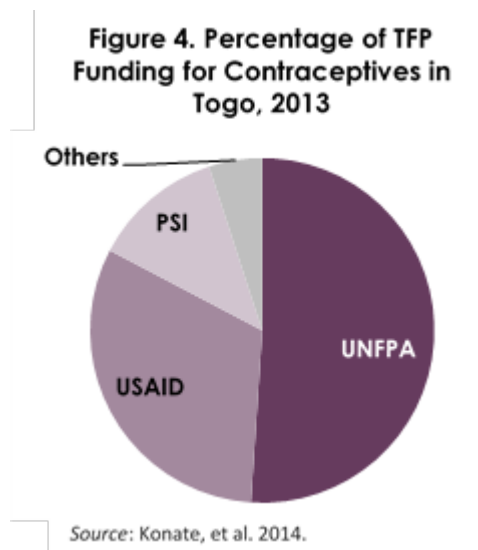
~Informant clé, niveau central, Mauritanie

Au Niger, le gouvernement a créé une ligne budgétaire de 200 millions de FCFA (421 000\$US) pour les produits de PF, utilisée pour l'achat de contraceptifs, selon un informant clé du secteur public national au Niger. Mais selon les dernières informations cette ligne n'a pas été alimentée à hauteur de souhait et la somme allouée finalement à la PF est vraiment dérisoire.

Le gouvernement du Togo ne compte pas de ligne budgétaire dédiée à la planification familiale. Dans ce pays, le financement provient en grand partie des partenaires techniques et financiers. (voir Figure 4).

S'il ne figure pas au budget de l'état togolais de ligne dédiée pour la PF, le ministère de la santé du pays a pourtant commencé dès 2010 à octroyer 30 millions de FCFA (57 000 \$US) à l'achat de contraceptifs. Les recettes des ventes issues des contraceptifs donc du recouvrement des coûts, dans le secteur public sont déposées dans un compte bloqué, apportant chaque année une somme fiable de 30 millions FCFA (63 150 \$US) pour les contraceptifs. Le gouvernement du Togo utilise ces fonds pour subventionner partiellement les contraceptifs et le suivi/supervision dans le secteur public. Au Togo, un comité multisectoriel supervise la sécurité contraceptive, les politiques de tarification et le recouvrement des coûts.

Le montant que l'UNFPA a mis dans l'achat des contraceptifs au Togo en 2010 était autour de 500 millions de F CFA et ceci jusqu'à l'année passée où le montant flotte autour de 300 millions de F CFA parce qu'il y avait des dons de contraceptifs. Mais depuis l'année passée rien que pour l'achat des implants nous avons mis 500 millions de F CFA. Donc les fonds UNFPA pour l'achat des produits contraceptifs tournent autour de 800 millions de F CFA.



~Responsable, niveau central, Togo

Mise en Œuvre de la Politique de Tarification des Contraceptifs

Les résultats des revues documentaires et des entretiens qualitatifs indiquent que les prix des contraceptifs fluctuent en fonction du niveau du système de santé - surtout dans le secteur privé (voir Tableau 6). Les politiques de tarification des contraceptifs en Mauritanie et au Niger assurent la gratuité de la pilule, des injectables, du DIU, des préservatifs et de la contraception d'urgence quand ils sont obtenus dans le secteur public. Par contre, les ONG locales et les pharmacies privées vendent les contraceptifs à des prix plus élevés et certains types de contraceptifs ne sont pas disponibles dans le secteur privé.

Au Burkina Faso, où les contraceptifs sont vendus par le biais du secteur public, l'écart de prix dans le secteur public pour la pilule n'est que 0,20\$ US mais le prix de la pilule est du simple au double quand ce produit est vendu par des ONG locales. Le même produit est 20 fois plus cher dans les pharmacies privées. De même, les prix du secteur privé au Togo sont 4 à 20 fois plus élevés que ceux du secteur public. Il est toutefois intéressant de signaler que de ce sont pas les mêmes marques.

Au Burkina Faso et au Niger, les injectables ne sont disponibles que dans les formations sanitaires publiques et les branches locales de l'IPPF mais pas dans les autres ONG et pharmacies privées. De même, au Burkina Faso et en Mauritanie, les implants (Jadelle ou Norplant) ne sont offerts que dans les structures publiques et les branches locales de l'IPPF mais pas dans les autres ONG et pharmacies privées. Au Burkina Faso et au Togo, la contraception d'urgence n'est disponible que dans les pharmacies privées à des prix élevés (US\$27,35 \$ US et 5,30 \$ US). Les mêmes produits sont disponibles gratuitement dans les établissements du secteur public en Mauritanie et au Niger.

Tableau 6. Prix des Contraceptifs au Burkina Faso, en Mauritanie, au Niger et au Togo

Produits de Planification Familiale	Pays	Coût Officiel	District Sanitaire	ONG Branches Locales de l'IPPF	ONG Locale	Pharmacie Privée
Pilule (1 cycle)	Burkina Faso	\$0,20	\$0,20	\$0,20	\$0,40	\$4,10
	Togo	\$0,10	\$0,10	\$1,00	\$0,42	\$1,89
	Mauritanie	Gratuit	Gratuit	\$0,30	Gratuit	\$0,30
	Niger	Gratuit	Gratuit	Gratuit	N/D	\$0,30
Injectables (Depo-Provera ou Noristerat)	Burkina Faso	\$1,00	\$1,00	\$1,60	N/D	N/D
	Togo	\$0,30	\$0,30	\$2,00	\$1,10	\$0,80
	Mauritanie	Gratuit	Gratuit	\$0,50	Gratuit	\$1,20
	Niger	Gratuit	Gratuit	Gratuit	N/D	N/D
Implants* (Jadelle ou Norplant)	Burkina Faso	\$2,00	\$2,00	\$2,00	N/D	N/D
	Togo	\$5,00	\$5,00	\$8,00	\$7,00	N/D
	Mauritanie	Gratuit	Gratuit	\$4,00	N/D	N/D
	Niger	Gratuit	Gratuit	Gratuit	Gratuit	N/D
DIU*	Burkina Faso	\$2,00	\$2,00	\$2,00	N/D	N/D
	Togo	\$0,30	\$0,30	\$2,50	\$1,00	
	Mauritanie	Gratuit	Gratuit	\$1,00	N/D	\$1,20
	Niger	Gratuit	Gratuit	Gratuit		
Préservatifs masculins	Burkina Faso	\$0,02	\$0,02	\$0,02	Gratuit	Gratuit
	Togo	\$0,03	\$0,03	\$0,02	25	\$0,43
	Mauritanie	Gratuit	Gratuit	Gratuit	Gratuit	\$0,09
	Niger	Gratuit	Gratuit	Gratuit	P/I	P/I

Produits de Planification Familiale	Pays	Coût Officiel	District Sanitaire	ONG Branches Locales de l'IPPF	ONG Locale	Pharmacie Privée
Contraception d'urgence/ 1 comprimé	Burkina Faso	N/D	N/D	N/D	N/D	\$27,35
	Togo					\$5,30
	Mauritanie	Gratuit	Gratuit	\$0,50	N/D	\$2,40
	Niger			Gratuit		

Source: Auteurs

* Les estimations pour les DIU et les implants comprennent les coûts d'insertion et de retrait

N/D=Non disponible ; P/I=Pas d'information

1 FCFA = 0,002 \$US; 1 UM =0,001\$US

Aperçus et opinions du Burkina Faso et du Togo

La contraception d'urgence au Burkina Faso et au Togo est chère car ces produits ne sont pas compris dans les politiques de tarification. Il n'existe pas de subvention pour la contraception d'urgence dans ces pays et, par conséquent, les femmes dans les groupes à faibles revenus ne pourront probablement pas payer pour ces produits. D'autres contraceptifs sont subventionnés partiellement au Burkina Faso et au Togo, renforçant ainsi le système de recouvrement des coûts servant à acheter plus de contraceptifs mais cela n'aide pas les femmes pauvres qui ont besoin de contraception d'urgence.

Nous ne sommes pas à la gratuité, mais le recouvrement des coûts n'est pas grand, ces coûts sont réinjectés pour l'achat des produits contraceptifs. La gratuité n'est vraiment pas notre stratégie, même si dans certaines occasions comme la semaine PF les produits sont offerts gratuitement au niveau local. C'est un choix motivé du pays car on est convaincu qu'un produit totalement gratuit ne devrait pas être apprécié.

~ Informant clé, responsable centrale MS,
Burkina Faso

En 2013, le MS du Burkina Faso a revu la politique de tarification des contraceptifs dans le but d'élargir l'accès financier des femmes démunies aux contraceptifs réversibles à longue durée d'action tout en maintenant un certain degré de recouvrement des coûts. Suite à cette étude, le gouvernement a décidé de réduire de 50% le prix de vente des contraceptifs (diminuant le prix du Norplant de 1000 CFA à 500 CFA et le prix d'une plaquette de pilule de 100CFA à 50 CFA). Cette réduction de prix a amélioré l'accès aux méthodes modernes de planification familiale au Burkina Faso.

Aperçus et opinions de la Mauritanie et du Niger

En Mauritanie et au Niger, où les contraceptifs sont remis gratuitement dans le secteur public, il existe encore d'autres barrières qui limitent l'accès aux contraceptifs. Une majorité de répondants pensaient que les barrières financières étaient moins gênantes que le coût et le temps du déplacement pour se rendre aux points de prestation des services de PF, que les ruptures de stock de contraceptifs et la non disponibilité des méthodes permanentes et de longue durée d'action dans les zones rurales.

Le besoin non satisfait peut avoir des raisons financières. Comme c'est le cas quand une femme n'a pas l'argent pour se rendre au centre de santé. Il existe d'autres raisons, comme les ruptures de stock, le manque de disponibilité des méthodes de PF à long terme dans les zones rurales, le refus du mari, le niveau d'instruction de la femme et la religion.

~Représentant, district sanitaire, secteur public,
Niger

Ces ruptures de stocks et autres problèmes d'accès ont valu le développement d'un marché parallèle pour les contraceptifs en Mauritanie et au Niger. Les produits sont distribués dans la communauté sans contrôle de qualité ou réglementation.

En général, quand le produit est disponible et ventilé à temps il n'y a pas de rupture. Quand il y a rupture ou retard d'approvisionnement, les gens profitent de l'occasion pour vendre d'autres produits en cachette. Je ne sais pas si c'est un détournement de quelques produits gratuits pour les revendre aux clientes. Il faut une étude sérieuse pour savoir quelle est la source de ce marché illicite.

~ Responsable régional, MS, Mauritanie

Arrêter la gratuité et vendre les contraceptifs à un coût abordable pour la population. Mettre un prix pour éviter que les prestataires taxent quand il y a rupture. Par exemple, quand il y a une rupture de Noristerat, je me rappelle une fois l'ampoule est partie jusqu'à 3 000 ouguiya [10 USD] et on l'amenait du marché noir.

~Responsable PF/SR, niveau central MS,
Mauritanie

Ces politiques de tarification sont conçues certes pour faciliter l'accès aux services bien qu'elles puissent aussi affecter négativement la disponibilité des produits de PF (Sarley et al., 2006). Par exemple, si les contraceptifs sont donnés gratuitement, cela revient bon marché de les mettre dans le système. Par conséquent, si l'offre de contraceptifs gratuits est importante, la demande pour les contraceptifs que les femmes achètent dans le secteur privé sera faible. En outre, le secteur privé n'est guère incité à les vendre au vu des faibles marges bénéficiaires pour ces produits. Les établissements ne sont pas non plus incités à garder un stock important de contraceptifs car ils peuvent faire de meilleurs bénéfices en vendant d'autres produits. Par ailleurs, le manque d'approvisionnement peut causer des ruptures de stock, tel qu'on l'a observé en Mauritanie où les contraceptifs sont fournis gratuitement et où il y a eu des cas de ruptures de stock et une insuffisance de produits. Les clients avaient également des conceptions erronées sur la qualité et la fiabilité des contraceptifs gratuits.

Je pense personnellement que la gratuité des produits [de planification familiale] n'est pas une bonne chose ; ceci pour deux raisons : premièrement, le problème de consommables des méthodes de longue durée pour lequel on est amené à facturer la cliente, or celle-ci se trouve souvent incapable de payer. La deuxième raison est psychologique : les gens estiment que quand c'est gratuit, c'est que ce n'est pas bon, ce n'est pas fiable.

~Responsable, niveau central MS, Mauritanie

Malgré la politique officielle de gratuité des contraceptifs en Mauritanie, les répondants ont signalé que dans certains cas, les femmes continuent pourtant à payer pour ces produits.

Officiellement c'est gratuit, mais dans la réalité c'est non puisque souvent certains prestataires indécents, du fait des salaires dérisoires, en vendent indirectement aux femmes. Au niveau du privé, les produits sont vendus très cher. Je ne sais pas si dans tous

les points de prestation PF cette gratuité est respectée, car selon les rumeurs, ce n'est pas gratuit.

~Responsable, niveau central MS, Mauritanie

Certains participants craignaient qu'en leur offrant des contraceptifs gratuits, le gouvernement cherchait à les empêcher d'avoir les enfants qu'ils souhaitaient. Ces femmes ont noté que la contraception est gratuite alors qu'il faut payer pour recevoir d'autres types de services de santé.

Quand on vient pour des soins curatifs, il faut payer mais pour la planification familiale c'est gratuit. On pourrait penser qu'ils veulent nous empêcher d'avoir des enfants pour réduire la population.

~Sage-femme, secteur public, Niger

Politique de tarification des contraceptifs : la PF devient-elle plus abordable

Un élément essentiel de la formulation des politiques de tarification des contraceptifs est de rendre ces produits abordables et accessibles dans le but de diminuer la proportion de femmes avec un besoin non satisfait en planification familiale. Les résultats de notre étude au Burkina Faso et au Togo, où les contraceptifs sont vendus à des prix subventionnés, font ressortir différents aspects de ce caractère abordable - manque de moyens financiers, pauvreté des femmes et faible pouvoir d'achat et coût élevé de certaines méthodes - comme les principales barrières à l'utilisation de la contraception. De fait, un participant appartenant à une agence de développement (PTF) a noté que "même le prix le plus petit peut limiter l'accès des gens les plus pauvres." Un autre participant émet une opinion semblable:

"Même le prix le plus petit peut limiter l'accès des gens les plus pauvres."

Informant clé, PTF, Burkina Faso

Ces prix limitent l'accès parce qu'en fin de compte le coût revient cher par rapport aux revenus des populations. De plus lorsqu'on fait des services mobiles de planification familiale avec l'offre gratuite des méthodes, l'affluence nous fait dire que les coûts ne sont pas accessibles aux populations.

~Responsable, ONG internationale, Togo

Bien que cela ne soit pas indiqué explicitement ci-après, en général les participants de notre étude ont également observé que les femmes préfèrent certaines MRLDA- surtout les implants - mais ces méthodes sont trop chères.

C'est là où je voulais en venir, les produits sont subventionnés, mais il faut reconnaître que ça constitue encore un problème pour une partie des populations, compte tenu du niveau de pauvreté. Nous avons plus de 40 % de la population qui vit en-dessous du seuil de pauvreté. Cela veut dire qu'il y a toujours un problème d'accessibilité financière pour une certaine catégorie de la population qui sera couverte si on pourrait baisser davantage les prix des contraceptifs.

~Informant clé, responsable régional, MS, Burkina Faso

Actuellement, les services de PF fournis par le gouvernement n'arrivent pas à répondre à toute la demande pour les services. Aussi, les gouvernements dans les quatre pays travaillent en collaboration avec les agents de santé communautaire et les ONG locales pour conduire des campagnes de PF et fournir des services de PF par le biais des cliniques mobiles et de la distribution à base communautaire. Par exemple, les ASC offrent toute une gamme de contraceptifs comme la pilule et les préservatifs féminins et masculins, qui sont vendus ou distribués au niveau communautaire. Les services mobiles ne peuvent pas répondre aux besoins non satisfaits quand on manque de personnel formé et de produits de PF. Par ailleurs, les politiques de délégation des tâches adoptées dans certains pays anglophones notamment,

autorisent certains ASC à fournir également des implants et le DIU, améliorant ainsi l'accès aux MRLDA (PRB, 2012a)

Depuis cinq ans nous avons mis en place la stratégie mobile. Certaines formations sanitaires n'offrent pas ces méthodes par manque de moyens ou de compétence du personnel. Nous leur offrons gratuitement le DIU et le Jadelle. ATBEF et PSI aussi font la distribution en stratégie mobile gratuitement.

~Responsable de programme, PF/SR, niveau central, Togo

L'impact du Secteur Privé sur la PF et la SR

A côté du secteur public, le secteur privé - regroupant les ONG à but non lucratif, les cliniques et pharmacies à but lucratif, les distributeurs et autres - joue un rôle important pour répondre au besoin de planification familiale des femmes. Les partenariats privés-publics (PPP) sont un lien essentiel aidant les gouvernements à répondre efficacement à la grande variété des besoins en PF dans chaque pays. Les PPP aident à s'assurer que toutes les femmes - allant de celles nécessitant une contraception gratuite à celles qui ont les moyens de payer pour des produits commerciaux - reçoivent les contraceptifs dont elles ont besoin. En Afrique de l'Ouest, le secteur privé aide à répondre aux besoins en PF dans la région par le biais de la distribution communautaire et du marketing social des contraceptifs, ainsi que par des services et produits spécialisés dispensés dans des cliniques et pharmacies privées. Dans chaque pays, le ministère de la santé travaille en partenariat avec toute une gamme de partenaires techniques et donateurs comme l'USAID et ses projets (DELIVER, HPP, AgirPF), l'Agence française pour le développement, la coopération bilatérale, kfW, l'UNFPA et l'Organisation ouest-africaine de la santé - ainsi que des ONG locales - dans un même but commun de repositionner la planification familiale.

Le secteur privé dispose encore d'une ample marge pour se développer et prendre en charge une partie des clients du secteur public. Comme l'indique un responsable régional en Mauritanie, "Pour le moment, le secteur privé n'est pas encore très développé en ce qui concerne la contraception. Parmi les nouveaux utilisateurs de PF de l'année passée, je pense que 90% ont été recrutés par le secteur public et 10% par le secteur privé."

Activités communautaires avec des ONG privées

Les ONG et les associations à but non lucratif qui collaborent avec l'Etat ont souvent passé un accord de partenariat avec le ministère de la santé pour apporter une information en PF et distribuer des contraceptifs dans les communautés rurales par le biais d'activités à base communautaire, comme les cliniques mobiles et les campagnes de communication de masse. La présente étude a constaté que les organisations privées à but non lucratif, locales et internationales, apportent souvent une formation et un encadrement à des agents de santé communautaire qui réalisent des activités d'éducation en PF et de changement social et comportemental dans la communauté.

Nous faisons des sensibilisations sur les méthodes de PF, les IST [infections sexuellement transmissibles] et l'excision au moins trois fois par mois. Nous les faisons dans les lieux publics, les établissements ou dans les domiciles des leaders. Nous demandons les avis des femmes par rapport au thème et nous le préparons avant l'arrivée de l'équipe mobile. On le fait en groupe car nous sommes deux ASC par secteur et souvent il y a du monde, surtout les femmes et les jeunes. Nous faisons aussi du porte à porte pour sensibiliser les familles.

~ ASC, ONG locale, Burkina Faso

L'ATBEF a une stratégie de communication car l'information est à la base de tout. Elle a aussi des cliniques pour jeunes, et sensibilise dans les écoles, par des visites à domicile, des panneaux, des articles, et utilise beaucoup les médias tels que les radios et télévisions. Elle offre la PF en stratégie mobile et au cours des campagnes PF ou des journées de PF.

~ Responsable, niveau central, Ministère de la santé, Togo

L'intervention des ONG est également très importante dans les communautés rurales et autres communautés marginalisées car elles dispensent des services cliniques gratuits aux femmes qui autrement ne pourraient pas payer pour recevoir des contraceptifs. Les politiques la délégation des tâches ont également amélioré l'accès à la PF pour les femmes dans les zones rurales.

Notre ONG a plusieurs structures : un centre médical à Sabkha qui dispose de contraceptifs ; des unités mobiles qui font SR/PF en milieu rural ; le Réseau ALFA, qui est le réseau d'organisations communautaires de base qui mènent certaines activités, telles que la sensibilisation, à travers les ASC.

~ Informant clé, ONG locale, Mauritanie

Ce sont les deux points essentiels qui constituent pour nous des freins à l'élargissement des offres de services de PF. Si l'Etat martèle la raison de l'insuffisance du personnel, ces personnels-là peuvent être formés pour aider à suppléer cette insuffisance en personnel.

~ Informant clé, ONG locale, Burkina Faso

Au Togo, l'ATBEF, ONG affiliée à l'IPPF, compte des centres apportant information et services de PF sur l'ensemble du pays. Aidée par le personnel de santé local, l'ATBEF organise des cliniques mobiles de PF et distribue des contraceptifs modernes gratuits aux communautés rurales éloignées. Au niveau communautaire, l'ATBEF travaille également avec des ASC en ce qui concerne la distribution de préservatifs, de spermicides, de pilule et de contraceptifs injectables par le biais des programmes de marketing social.

L'ATBEF est le bras droit du gouvernement en ce qui concerne la SR/PF. Elle prend part à toutes les activités de SR/PF du gouvernement et elle est couverte par le gouvernement. Le gouvernement lui donne son personnel qualifié et soutient le lancement de ses projets. En échange, l'ATBEF rend compte au gouvernement de ses activités.

~ Responsable, ONG locale, Togo

Notre étude a également constaté que les ONG sont toujours des partenaires principaux du ministère de la santé distribuant des contraceptifs subventionnés par le biais des programmes de marketing social.

Services de PF et contraceptifs du secteur privé

Le secteur privé à but lucratif dispense des services de PF et des produits contraceptifs dans les pharmacies et les formations sanitaires privées à des groupes qui ont les moyens de payer. L'étude a aussi constaté que le secteur privé intervient généralement dans deux filières : les prestataires du secteur commercial et les programmes de marketing social. Les résultats ont montré que les pharmacies vendaient les produits à un prix plus élevé et offraient des produits contraceptifs homologués achetés auprès de grossistes certifiés.

Au Niger et en Mauritanie, où le secteur public fournit gratuitement les contraceptifs, nos résultats ont montré qu'un grand nombre de femmes avec des revenus suffisants préférèrent le secteur privé à but lucratif au secteur public comme source d'approvisionnement en contraceptifs.

Celles qui se rendent dans le privé le font car elles ont les moyens et ont fait ce choix. Sinon elles ont toute la latitude pour utiliser le secteur public et obtenir gratuitement leurs contraceptifs.

~ Médecin, district sanitaire, Niger

Certains participants ont noté des différences dans les temps d'attente et la qualité des soins dans les formations privées comparées aux formations publiques de PF, aspect qui influe fort probablement sur le type de structure dans laquelle se rendent les clientes pour les services de PF.

Parce que nous au début quand on avait mis en 2006 la gratuité, nous étions les premiers à perdre nos clients qui étaient revenus dans les structures publiques. On a vu dans les statistiques que le taux de fréquentation au niveau des services PF a baissé. On a posé la question, on nous dit que les femmes avec la gratuité, elles vont dans les CSI et les maternités prendre ça. Mais peu de temps après ces femmes-là sont revenues, on s'est dit qu'est-ce qui se passe ? On a dit que là-bas c'est le temps d'attente, c'est l'accueil parce que l'agent n'a pas de temps et n'a pas le temps de les écouter. C'est l'accueil qui fait la différence. Quand elles viennent, elles n'ont pas à attendre longtemps.

~ Directeur, ONG locale, Niger

Les répondants pensent que le secteur public devrait chercher davantage à contacter des prestataires privés (indépendants et non affiliés) et leur donner des informations sur la planification familiale. Ces prestataires qui dispensent des services n'arrivent pas toujours à répondre adéquatement aux besoins des clients car ils n'ont pas été formés en la matière.

L'état suit sa politique et on doit informer les pharmacies en tant qu'acteurs de santé sur tout ce que l'Etat fait en matière de santé. Par exemple, je ne sais pas comment on utilise Confiante. Il faut informer les pharmaciens sur les produits qui existent, programmer leur formation sur les programmes PF, [et] partager avec eux les documents importants en santé.

~ Propriétaire, pharmacie privée, Togo

Les organisations à but non lucratif ainsi que les cliniques et pharmacies à but lucratif cèdent les contraceptifs à différents prix, desservant des segments spécifiques du marché. C'est en incluant ces prestataires privés de la PF qu'on peut arriver à une mise en œuvre durable et efficace des politiques de tarification de la planification familiale.

Le secteur privé à but lucratif semble s'agrandir face à la demande croissante de segments de la population en mesure de payer pour les produits et services de PF. Par contre, il n'existe pas de données sur la prestation privée car l'information sur le secteur privé n'entre généralement pas dans le système général d'information sanitaire. Une collaboration plus rapprochée entre les secteurs privés et publics de la PF et de meilleures incitations pour la participation du privé dans la planification familiale sont autant d'initiatives qui renforceront les liens entre les secteurs privé et public pour répondre aux besoins de la PF d'un pays.

Suggestions des Participants en Vue d'Améliorer la Politique de Tarification des Contraceptifs

En réponse à la demande de suggestions pour améliorer les politiques de tarification des contraceptifs dans les quatre pays, les participants ont donné des réponses dans quatre domaines : 1) création de la demande et éducation en PF, 2) approvisionnement suffisant en produits de PF de qualité, 3) renforcement des partenariats publics-privés pour la planification familiale, et 4) amélioration de l'accessibilité financière aux contraceptifs.

Création de la demande pour la planification familiale

Alors qu'il existe pourtant différentes politiques de tarification pour les contraceptifs, les informants dans les quatre pays ont répondu d'une seule voix, recommandant de se concentrer sur la création de la demande et l'éducation en matière de services de PF parmi les différents segments de la population pour contrecarrer les conceptions erronées courantes parmi les femmes à propos des prix des contraceptifs. En effet, les participants ont indiqué que certaines femmes pensent que les contraceptifs distribués gratuitement sont de mauvaise qualité alors que les clients jugeaient que les produits des cliniques privées étaient des bons produits. Pour créer une demande plus forte, les pays doivent se donner des politiques qui sensibilisent la population sur les contraceptifs, les prix des produits et, à cette fin, des études de marché devront être faites pour évaluer les tarifs qui peuvent être appliqués différents segments de la population.

“On doit descendre au niveau de la communauté, l'informer, la sensibiliser à travers un maximum de délégués communautaires, éviter des choses qui peuvent donner lieu à des mauvaises interprétations dans les communautés, tenir compte des facteurs socioculturels et religieux à toutes les étapes de cette sensibilisation. Impliquer aussi les hommes, les leaders religieux et les chefs de village.

~ Informant clé, PF/SR, niveau central
Mauritanie

Il faut insister sur la sensibilisation du public car il existe encore des gents dans des régions reculées du pays qui ne sont pas au courant des méthodes contraceptives. Il faudrait s'y rendre pour indiquer aux habitants que la contraception est une bonne idée, il faudrait montrer des vidéos pour encourager l'utilisation de la contraception et avant tout, pour sensibiliser les hommes qui interdisent aux femmes d'utiliser la contraception.

~ Directeur, ONG locale, Togo

Certaines femmes pensent que plus tu paies cher, plus tu as la qualité, et beaucoup de femmes me l'ont dit. Par exemple, j'ai eu à poser le Jadelle à une dame, quand elle est venue un jour pour faire le contrôle, elle m'a rapporté que sa copine lui a dit, « Toi, où est-ce que tu as eu ton Jadelle ? » Elle lui a dit dans la PMI [protection maternelle et infantile], et elle de dire, « Moi j'ai fait ça à 20,000 ouguiya [68 USD] dans la clinique, c'est mieux ; dans les PMI là, c'est périmé, ce n'est pas bon, c'est gâté, ce n'est pas le vrai, c'est pourquoi c'est gratuit. » Je l'ai rassurée ; je lui ai dit, il ne faut pas écouter ces femmes complexées ; si tu as des problèmes reviens me voir, je suis là à ta disposition, mais sache que c'est le même Jadelle.

~ Sage-femme, Mauritanie

En Mauritanie, un répondant a suggéré de sensibiliser les communautés pour contrecarrer les rumeurs sur la planification familiale en utilisant *Islam et Planification familiale*, outil qui aide à expliquer comment les méthodes de PF à longue durée d'action sont conformes aux préceptes islamiques (Roudi-Fahimi, 2004).

Sensibilisation correcte des femmes, à tous les niveaux, des personnes, des religieux à travers les médias. Nous avons eu le même problème au début de la vaccination, quand les gens faisaient du porte-à-porte. Il y en a qui refusait, mais aujourd'hui c'est chose faite. La même chose peut être faite pour la PF.

~ Médecin de district, Mauritanie

Les participants ont également relevé l'importance de sensibiliser les hommes, les dirigeants religieux, les dirigeants communautaires et les parents au fait que les jeunes doivent être au courant de la PF et avoir accès aux contraceptifs.

L'école des Maris, qui est une stratégie d'implication des hommes en faveur de la PF, peut servir d'exemple. On peut impliquer l'Union des religieux et coutumiers du Burkina (URCB) pour faire des plaidoyers parce qu'ils sont très favorables à accompagner le ministère de la Santé dans la PF, et toutes les religions y sont représentées (musulmans, catholiques, protestants) avec des chefs coutumiers. C'est un bon partenaire pour le plaidoyer en faveur de la PF.

~ Informant clé, ONG internationale,
Burkina Faso

Pour les répondants, les ASC et les réseaux communautaires sont des approches efficaces pour créer une demande pour des services de PF dans la communauté. D'autres répondants pensent qu'il faut sensibiliser davantage les dirigeants politiques et religieux.

On doit descendre au niveau de la communauté, l'informer, la sensibiliser à travers un maximum de délégués communautaires, éviter des choses qui peuvent donner lieu à des mauvaises interprétations dans les communautés, tenir compte des facteurs socioculturels et religieux à toutes les étapes de cette sensibilisation. Impliquer aussi les hommes, les leaders religieux et les chefs de village.

~ Informant clé, PF/SR,
niveau central, Mauritanie

Chaîne d'approvisionnement et accès aux contraceptifs

Les participants ont recommandé de continuer à segmenter le marché des produits de PF dans le but d'augmenter la disponibilité auprès de différentes sources et d'aider à répondre à la demande existante pour la planification familiale. Les participants ont aussi noté que les "services gratuits" ne signifient pas toujours disponibilité de produits de haute qualité à tous les niveaux des services de santé. Pour éviter les ruptures de stock, les participants ont recommandé des systèmes bien établis d'achat et de distribution des contraceptifs. C'est la distribution à base communautaire par le biais des ASC qui était l'approche suggérée le plus souvent pour augmenter l'accessibilité des produits parmi la population générale.

Un grand nombre des participants ont recommandé de renforcer les compétences techniques dans le système de santé national pour faire des prévisions exactes des produits contraceptifs dans le but d'éviter les ruptures de stock et de vérifier qu'il existe des stocks suffisants de produits contraceptifs de haute qualité disponibles pour toutes les personnes qui veulent utiliser la planification familiale.

Il faut aussi renforcer les compétences des agents en termes de qualité des soins. Il faut éviter au maximum les ruptures de stock en estimant les besoins. Il faut une amélioration de l'accueil et du cadre des services de PF. Rendre les produits contraceptifs disponibles pour tous les clients, éviter les ruptures en remédiant à la mobilité du personnel ; réduire le coût des produits surtout en milieu rural.

~ Informant clé, ONG locale, Burkina Faso

Les participants ont également suggéré d'améliorer la gestion logistique pour les contraceptifs en utilisant des outils de formation, de supervision et de gestion des produits. A leur avis, il est également important de formuler des plans de PF qui assurent l'accessibilité financière, géographique et socioculturelle aux contraceptifs.

Il s'agit de voir le taux de rupture de stock, mais les types de supports dont nous disposons ne permettent pas d'avoir d'informations sûres sur les ruptures des stocks. Il faut également le respect du niveau minimum et le niveau maximum des stocks. Il faut une formation en fiche de stock, réviser le manuel de gestion logistique.

~ Responsable, MS central, Togo

En outre, certains participants ont recommandé de renforcer ou de mettre en place une structure administrative et un système d'information en gestion logistique (SIGL) pour la PF qui aidera à estimer les quantités des différents produits qu'il faut acheter. Il s'agit ensuite former le personnel en matière de ce SIGL et procédures d'achat et, par ailleurs, de renforcer les systèmes de distribution et de chaîne d'approvisionnement qui s'étendent aux régions couvertes par les services de santé.

Renforcement du partenariat public-privé pour la PF

Les participants ont suggéré de renforcer les liens et de forger des relations durables entre les secteurs privé et public de la PF et d'apporter des incitations au secteur privé pour l'encourager à partager les informations avec le système national d'information sanitaire. En général, les participants ont recommandé que le gouvernement augmente les données sur la prestation privée de la planification familiale dans le système général d'information sanitaire. De manière plus spécifique, les participants ont recommandé que le gouvernement coordonne et soutienne des études évaluant l'impact de l'engagement du secteur privé dans la planification et dans le processus décisionnel concernant les activités de PF. Ils ont suggéré de créer des incitations à la participation du secteur privé aux services de PF et à la distribution de contraceptifs. Ces évaluations permettraient d'informer les étapes suivantes pour le MS. Aux fins de disposer d'un programme global de PF englobant le privé et le public, les participants ont recommandé des activités de plaidoyer pour l'obtention d'un financement accru pour les programmes de PF, de renforcer le système de collecte de données en incluant les informations du secteur privé, d'améliorer le dialogue de politiques entre les secteurs privé et public de la PF, d'augmenter l'échange d'information sous-tendant la planification et l'octroi de ressources entre les secteurs privé et public et d'améliorer les incitations encourageant la participation du secteur privé.

D'une manière plus générale, les participants ont mentionné le besoin d'une plus grande coordination et d'un plaidoyer entre les partenaires publics et privés du pays et les bailleurs de fonds. Une telle coordination leur permettrait de poursuivre un thème de plaidoyer commun et de soutenir leurs efforts mutuels, profitant ainsi de leurs forces institutionnelles.

Il faut qu'il y ait une bonne coordination des actions des partenaires et bailleurs, que le PNSR joue un rôle de coordination plus important pour que tout le monde puisse travailler en harmonie, que l'Etat mette des ressources financières pour l'achat des contraceptifs, travaille avec la société civile pour une meilleure sensibilisation des populations, renforce les structures de prestation de soins, suive et supervise les activités sur le terrain. Il est important que cette supervision soit formative, permette la collecte et l'analyse des données afin d'identifier les problèmes et défis majeurs et leur apporter des solutions. En bref, le programme a besoin d'une vision plus élargie.

~ Partenaire technique et financier pour la planification familiale, Mauritanie

Il faut multiplier les partenariats, renforcer un plan de communication, continuer la sensibilisation de la population, surtout en milieu rural, pour faire tomber certaines barrières, baisser davantage les prix des produits contraceptifs, renforcer les capacités du personnel, mettre l'accent sur la sécurisation des contraceptifs pour éviter les ruptures [et] faire des activités de plaidoyer et de formation. Quand on suscite la demande il faut assurer que l'offre est aussi au rendez-vous.

~ Informant clé, niveau régional, Burkina Faso

De l'avis de ce participant, il est important de créer une solide structure institutionnelles pour soutenir la PF/SR au niveau national, indiquant qu'il fallait une structure analogue à celle du conseil national de lutte contre le SIDA pour mobiliser les ressources humaines et financières et fournir un mécanisme de coordination aux secteurs public et privé.

La Division de la Santé familiale doit mieux assumer son rôle de coordination. Elle doit être renforcée du point de vue institutionnelle, avec un meilleur suivi des interventions de PF et la collecte des indicateurs doit être révisée, les groupes de travail technique de la SR/PF doivent être revitalisés et une structure de PF établie au sommet comme on l'a fait pour le Conseil national de la lutte contre le VIH/SIDA.

~ Directeur, ONG locale, Togo

Si la coordination, le plaidoyer et le financement du secteur privé sont intégrés à la planification stratégique du secteur public, il sera plus facile au secteur public de planifier plus exactement les ressources disponibles, d'identifier les lacunes dans la couverture de la planification familiale et de mobiliser des ressources complémentaires auprès du secteur privé. En excluant de ce processus les ONG et les autres groupes du secteur privé, on freine les efforts pour segmenter efficacement le marché pour les services de PF.

Les participants dans cette étude ont fait toute une série de suggestions pour améliorer la politique de tarification des contraceptifs en Afrique de l'Ouest. Les recommandations vont de l'amélioration des services existants, par exemple par le biais de la création de la demande, aux études de marché sur les différents segments de la population bénéficiant de services de PF. Les recommandations soulignent également la nécessité de renforcer les liens entre les secteurs public et privé de la PF vérifiant ainsi que le marché des services et produits de PF réponde effectivement aux besoins des femmes.

Recommandations

Suite à l'étude qualitative au Burkina Faso, en Mauritanie, au Niger et au Togo, les répondants ont fait les recommandations suivantes pour les gouvernements de l'Afrique de l'Ouest (pour les analyses et recommandations spécifiques au pays, prière de se rapporter aux rapports sur les politiques de tarification des contraceptifs au [Burkina Faso](#), en Mauritanie, au [Niger](#), et au [Togo](#)):

1. Renforcer la chaîne d'approvisionnement pour assurer la disponibilité de contraceptifs de haute qualité à tous les niveaux du système de santé, surtout au niveau communautaire. Il s'agit également de vérifier que les systèmes administratifs et gestionnaires à la base ainsi que les systèmes de suivi et d'évaluation sont en place et sous-tendent la gestion de la chaîne d'approvisionnement.
2. Engager le secteur privé en tant que partenaire dans les discussions sur la planification stratégique et la budgétisation nationales de la PF.
3. Faire le plaidoyer pour créer ou renforcer des groupes de travail technique de PF qui engagent toutes les parties prenantes concernées des secteurs public et privé.
4. Mettre en œuvre des politiques de partage des tâches pour élargir l'accès aux méthodes à longue durée d'action, surtout dans les communautés rurales.
5. Faire le plaidoyer pour l'adoption de politiques du recouvrement des coûts afin d'améliorer la pérennisation des programmes de PF dans les pays où les gouvernements assurent la gratuité des contraceptifs.

6. Utiliser les outils existants, comme le cadre des résultats, pour soutenir le repositionnement de la planification familiale et soutenir les efforts d'appropriation par le pays des systèmes de collecte de données mis en place par Track20.⁶

Dans le cadre de la présente étude, ont également été faites les recommandations suivantes à l'égard des partenaires techniques et financiers qui interviennent dans le domaine de la planification familiale en Afrique de l'Ouest :

1. Fournir un soutien technique et financier pour un groupe de travail de la PF engageant tant le secteur privé que le secteur public. Un tel groupe contribuera à une planification et coordination plus efficaces des activités sur le plan du plaidoyer, de la sensibilisation et de la création de la demande.
2. Investir dans l'assistance technique et des systèmes qui renforcent la gestion de la chaîne d'approvisionnement et le suivi et l'évaluation du programme de PF à tous les niveaux.
3. Soutenir le renforcement des capacités pour améliorer la formation, la supervision, la qualité des soins et autres aspects des programmes de prestation des services de PF

⁶ Track20 suit les progrès faits pour atteindre les buts de l'initiative globale FP2020 en engageant les parties prenantes au niveau des pays et en soutenant les activités du gouvernement en vue de collecter, d'analyser et d'utiliser les données pour suivre les progrès en planification familiale et formuler des stratégies et plans de programme efficaces (<http://www.track20.org/>).

ANNEXE A: LISTE DES INFORMANTS CLES PAR PAYS

Annexe A1: Liste des Informants Clés au Burkina Faso

No.	Rôle/Position
P 01	Pharmacien, formation sanitaire publique, district sanitaire, Boulmiougou
P 02	ONG internationale
P 03	Formation sanitaire publique, district sanitaire de Baskuy
P 04	Pharmacien, formation sanitaire publique, district sanitaire, Baskuy
P 05	ONG internationale
P 06	ONG internationale
P 07	ONG internationale
P 08	Représentant du groupe technique SR
P 09	Formation sanitaire publique, district sanitaire, Boulmiougou
P 10	Pharmacien, district sanitaire, St.Hilaire
P 11	Direction régionale de la santé
P 12	Direction régionale de la santé
P 13	Direction régionale de la santé, district sanitaire, Bogodogo
P 14	Direction régionale de la santé, district sanitaire, Bogodogo
P 15	ONG internationale
P 16	Direction régionale de la santé, district sanitaire, Nongremaasom
P 17	Partenaire technique, ONG locale
P 18	Direction régionale de la santé
P 19	ASC, Association école des citoyens (ASEC)
P 20	ASC, Association école des citoyens (ASEC)
P 21	ASC, ONG internationale

No.	Rôle/Position
P 22	ASC, ONG internationale
P 23	Pharmacien, niveau régional
P 24	Programme de marketing social et de communication pour la santé (PROMACO)
P 25	Direction générale de la pharmacie, du médicament et des laboratoires
P 26	Direction santé de la famille
P 27	Direction santé de la famille
P 28	Centre jeune ABBEF
P 29	Président du syndicat des pharmaciens
P 30	Pharmacien, Direction santé de la famille

Annexe A2: Liste des Informants Clés en Mauritanie

No.	Rôle/Position
R 01	AMPF
R 02	AMPF
R 03	Sage-femme, clinique AMPF
R 04	Pharmacie privée
R 05	Responsable des stocks, AMPF
R 06	Moughataa Teyarett (DS)
R 07	CAMEC
R 08	Moughataa Sebkha (DS)
R 09	ONG internationale
R 10	ONG internationale
R 11	Pharmacie privée
R 12	DRASS, Nouakchott
R 13	DRASS, Nouakchott
R 14	PNSR
R 15	PNSR/Groupe technique SR
R 16	ONG internationale
R 17	Sage-femme, Moughataa, Ksar (DS)
R 18	PNSR
R 19	Pharmacie
R 20	Médecin, Moughataa Ryad (DS)
R 21	Moughataa Ryad (DS)
R 22	ONG locale

No.	Rôle/Position
R 23	Groupe technique SR
R 24	Sage-femme, ONG locale
R 25	Sage-femme, Moughataa Sebkhā(DS)
R 26	Pharmacie privée

Annexe A3 : Liste des Informants Clés au Niger

No.	Rôle/Position
1	Personne ressource, niveau central, secteur public
2	Représentant officiel PF, niveau central, secteur public
3	Représentant officiel, niveau central, secteur public
4	Représentant officiel, niveau central, MS secteur public
5	Représentant officiel, district sanitaire, secteur public
6	Prestataire de service, secteur public
7	Prestataire de service, district sanitaire, secteur public
8	Membre de l'équipe, district sanitaire, secteur public
9	Représentant officiel, PF, District sanitaire, secteur public
10	Conseiller technique, marketing social, secteur privé
11	Représentant, niveau communautaire, secteur public
12	Responsable, district sanitaire, secteur public
13	Responsable, district sanitaire, secteur public
14	Responsable, niveau central, secteur privé à but lucratif
15	Responsable, niveau central, secteur privé à but non lucratif
16	Pharmacien, secteur privé à but lucratif
17	Représentant officiel, niveau central, secteur public

Annexe A4: Liste des Informants Clés au Togo

No.	Rôle/Position
P 01	Représentant officiel, statistique, Division de la santé familiale (DSF)
P 02	Représentant officiel, ministère de la santé
P 03	Responsable de programme, PF/SR, UNFPA
P 04	Représentant officiel, Division de la santé familiale (DSF), MS
P 05	Sage-femme, service de gynécologie, CHU de Tokoin
P 06	Représentant dans le pays, Engender Health (AGIR PF)
P 07	Conseiller, Forces en action pour le mieux-être de la femme et de l'enfant (FAMME) (ONG)
P 08	Coordinateur, POMEFA-PSI
P 09	Infirmière, Espoir de vie (EDV) (ONG)
P 10	ASC, Jourdain vies et santé (ONG)
P 11	Sage-femme, Polyclinique de ZIO
P 12	Obstétricien, clinique MCC
P 17	Administrateur du programme de PF/SR, Division de la santé familiale, Ministère de la santé
P 18	Le Destin Pharmacy (propriétaire)
P 19	Représentant officiel, Croix rouge
P 20	Pharmacie Lumen
P 21	Directeur, ONG Vies
P 22	Hôpital Bê, pharmacie
P 23	Représentant, PF, Hôpital Bê
P 24	ATBEF
P 25	ATBEF
P 26	Magasin ATBEF

Repositionnement de la Planification Familiale en Afrique de l'Ouest

No.	Rôle/Position
P 27	Coordinateur, Centre de jeunes, ATBEF
P 28	Chef, Division de la santé communautaire
P 29	Division de la santé familiale, Santé maternelle, PF
P 30	Division de la santé familiale, Ministère de la santé, pharmacie et logistique
FGD	ASC, ATBEF
FGD	Unité de santé périphérique (USP)Dalia(KpeléNotsé)
FGD	USP Dalia (KpeléNotsé)
FGD	USP Dalia (KpeléNotsé)
FGD	Responsable des ASC, ATBEF
FGD	ASC, ATBEF
FGD	ASC, ATBEF
FGD	ASC, ATBEF

ANNEXE B: GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES POLITIQUES DE TARIFICATION DES CONTRACEPTIFS EN AFRIQUE DE L'OUEST

Futures Group

Guide d'entretien des informateurs-clés pour une politique de tarification en Afrique de l'Ouest

Politique de tarification en Afrique de l'Ouest : Burkina Faso, Togo, Niger et Mauritanie

Des entretiens avec des informateurs-clés tels que les responsables du ministère de la Santé (MS) travaillant au MS dans le domaine de la planification familiale (PF)/santé de la reproduction (SR), les membres d'équipes décentralisées du MS (en particulier les agents de santé du district) et les responsables de structures de régularisation (y compris les ordres des médecins, des infirmiers et des pharmaciens)

Titre de l'étude : Politique de tarification au Burkina Faso, au Togo, au Niger et en Mauritanie

Date/version : 2 juillet 2013

Date de l'entretien : (jour/mois/an)

Date de l'entretien : (jour/mois/année) __/__/_____

Critères d'éligibilité

1.	18 ans ou plus	O/N
2.	Sexe (M = Masculin ; F = Féminin)	M/F
3.	A donné oralement consentement informé pour participer	O/N
4.	A donné consentement pour enregistrer l'entretien	O/N
5.	Identification unique (copier le numéro sur le formulaire de l'entretien)	
6.	Nom de l'enquêteur	

Description de l'implication de l'informateur-clé dans la politique de tarification :

7.

Ministère de la Santé, niveau national _____

Agent de santé du district ou autre équipe décentralisée du MS _____

Directeur d'une entité sanitaire médicale régulatrice _____

Directeur d'une entité régulatrice pour les infirmiers _____

Directeur d'une entité pharmaceutique régulatrice _____

Autre, veuillez préciser

Introduction & instructions pour l'enquêteur

- Souhaitez la bienvenue au participant et remerciez-le.
- Demandez au participant de s'asseoir, assurez-vous qu'il/elle est confortablement installé(e) et offrez-lui de l'eau ou des rafraîchissements.
- Présentez-vous (enquêteur).

Bonjour/Bon après-midi. Je suis ici au nom du Futures Group, une organisation de développement international, et du Projet de politique de santé, financé par l'USAID, un projet qui collabore avec les gouvernements pour améliorer l'application des politiques et des programmes. Nous travaillons avec les gouvernements du Niger, du Togo, de la Mauritanie et du Burkina Faso pour identifier les politiques actuelles, l'application des politiques concernant la division des tâches parmi les diverses catégories de prestataires de soins de santé chargés des services de planification familiale et les lignes directrices pour chaque catégorie de prestataires de soins de santé, y compris les agents de santé communautaire, les agents de marketing social et les pharmaciens.

Avant de vous poser des questions, j'aimerais vous assurer que nous préservons l'anonymat de tous les informateurs participant à cette évaluation. Si nous utilisons certaines de vos déclarations dans ce rapport, nous ne citerons pas la source de ces déclarations qu'en indiquant si vous êtes un informateur, un décideur ou un fonctionnaire. Si vous avez des questions concernant le déroulement de l'entretien ou le respect de l'anonymat de vos déclarations, merci d'appeler le numéro que je vous ai donné pour parler avec _____. Cet entretien durera de 45 à 60 minutes.

- Allez à « Consentement oral pour l'entretien de l'informateur-clé ».

Etes-vous d'accord pour participer à cette évaluation ?

- Questions, suggestions, remerciements.

Je vous remercie de partager des idées avec nous aujourd'hui. Avez-vous des questions avant que nous commençons ? Parfait. Allons-y.

Section 1 : guide d'entretien

A. Situation générale :

A.1.1. Quelles sont les **politiques ou positions officielles** (du gouvernement) sur les prix des produits de planification familiale et services pour la santé de la reproduction ?

A.1.2. Pensez-vous que ces politiques ou positions officielles soient mises en oeuvre sous la forme de programmes qui fournissent **des financements suffisants** pour les services de planification familiale et de santé de la reproduction ? Comment ces programmes sont-ils mis en oeuvre et quelles sont les conséquences pour les politiques de tarification actuelles et la prestation de services de planification familiale et de santé de la reproduction ?

A.1.3. Existe-t-il des politiques concernant les prix qui imposent des **limites sur** la distribution de contraceptifs ? Existe-t-il des taxes ou des droits de douane sur ces produits et services (octroi, droits de douane, TVA) ou des exemptions qui affectent le secteur public ? La publicité est-elle interdite ou restreinte ?

Questions plus détaillées :

- Ces politiques de prix diffèrent-elles entre le secteur public, le secteur privé et les ONG qui offrent des services ou des produits de planification familiale ?

A.1.4. Y a-t-il des politiques en place pour garantir la capacité des prestataires de services de santé à fournir des contraceptifs et autres produits de planification familiale ou contraceptifs à des prix **abordables** ?

Questions plus détaillées :

- Y a-t-il des politiques qui financent les produits et services de planification familiale pour les personnes qui n'ont pas les moyens de les payer ?

- Les prix des services et des produits de planification familiale varient-ils parmi certains groupes ? Le cas échéant, quels sont les critères justifiant des prix plus ou moins élevés ? (par exemple : prix plus bas pour revenus plus bas, prix différents dans les zones rurales et urbaines, prix différents sur les marchés public et privé ou pour des services et produits différents)

- Ces produits et services de planification familiale sont-ils gratuits ou divers services et produits sont-ils payants ?

- Ces politiques de tarification pour la santé de la reproduction diffèrent-elles d'un niveau de personnel à l'autre ? (Par exemple, y a-t-il des services où les produits de planification familiale coûtent moins cher s'ils sont administrés par des agents de santé de niveau moins élevé et du personnel non médical plutôt que par les docteurs, infirmiers et sages-femmes ?)

- Pensez-vous que ces prix soient abordables et accessibles pour tous ?

- Si non, quelles populations ont un accès plus facile ou difficile aux services et produits de planification familiale à cause de la politique de tarification (zone urbaine ou rurale) ?

A.1.5. Quelle proportion des dépenses le gouvernement consacre-t-il aux contraceptifs et comment ce montant a-t-il évolué dans le temps ? Existe-t-il une ligne budgétaire du gouvernement pour les diverses options de contraception ?

Questions détaillées :

- Quel pourcentage du budget de l'Etat est-il alloué à la planification familiale/la santé de la reproduction?
- De quelle somme dispose le gouvernement pour financer des contraceptifs et d'autres services de planification familiale afin de répondre à la future demande ? Quel est le déficit prévu ?
- Le gouvernement a-t-il des politiques en place qui fournissent des subventions ou de l'aide pour rendre accessibles à certains groupes des services ou produits de planification familiale ? Quel est leur montant et quels sont les critères de distribution de l'aide ?
- Ces politiques de tarification sont-elles appliquées de façon cohérente sur le terrain ? Sinon, pouvez-vous indiquer des obstacles ou défis affectant l'application de ces politiques de tarification que vous avez remarqués ?

A.1.6. Quels systèmes de recouvrement des coûts sont en place pour les services et produits de planification familiale dans le secteur public ? Comment ces systèmes fonctionnent-ils et comment les fonds sont-ils utilisés ? Les pauvres ont-ils droit à des exemptions ou existe-t-il d'autres systèmes de protection sociale pour les pauvres ?

A.1.7. Comment les clients paient-ils les services et/ou les produits de planification familiale ? Grosso modo, quel pourcentage du coût est couvert par les patients et quel pourcentage est couvert par le gouvernement ou d'autres fonds (par exemple, les frais payés par les patients) ? Si possible, donnez des informations détaillées pour chaque produit et service.

Questions détaillées :

- Le pourcentage de frais couvert par les patients pour les produits et services de planification familiale diffère-t-il d'une population à l'autre (par exemple, clients aux revenus plus ou moins élevés) ?

A.1.8. Quelles sont les principales raisons financières qui expliquent le besoin non satisfait de contraception (par exemple, manque d'accès, prix/frais, ruptures de stock) ? Veuillez préciser et expliquer.

A.1.9. Quelle est la valeur des dons et des subventions du gouvernement, des bailleurs internationaux et du secteur privé et quelle est la valeur des frais d'achat de contraceptifs dans le secteur public ? Quelle source a l'impact le plus important et pourquoi ?

B. Accès

B.1. Existe-t-il des politiques qui permettent aux centres de santé d'engager certaines actions pour leur permettre d'avoir le droit d'établir les prix des services ou produits de planification familiale lors de décisions budgétaires ?

Questions détaillées :

- Des politiques existent-elles qui permettent aux centres d'offrir certains produits et services à des prix différents ?

- Des politiques existent-elles qui permettent aux centres de répondre aux questions d'approvisionnement en ressources ou achats de planification familiale, par exemple la possibilité d'acheter « localement » ?

B.2. Quelles sont les politiques qui affectent l'importation de contraceptifs et autres produits de santé de la reproduction ? Des droits de douane s'appliquent-ils aux produits importés pour la santé de la reproduction ?

B.3. Quels facteurs créent des obstacles financiers et limitent l'accès des clients aux services et produits de planification familiale dans la chaîne d'approvisionnement ? Quelles questions de financement soulèvent le plus souvent les clients ?

B.4. La politique de tarification des contraceptifs ou les politiques de tarification projetées pour les services de planification familiale (ou les achats) à court terme sont-elles basées sur des besoins nationaux escomptés ?

Questions détaillées :

- Pensez-vous que les prix actuels des contraceptifs soient abordables et correspondent aux besoins réels ?

- Sinon, votre centre ou un programme autre que le gouvernement fait-il des dons privés de contraceptifs pour suppléer à ce besoin ? Quel pourcentage des besoins couvrent-ils ?

B.5. En général, les prix des contraceptifs qu'ils proposent correspondent-ils aux politiques de tarification nationales actuelles pour les contraceptifs au niveau suivant ?

- | | | | |
|---------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| a. Central ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> N/A |
| b. Régional ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> N/A |
| c. District ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> N/A |
| d. Lieu de distribution ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> N/A |

Veillez préciser les produits, le cas échéant, qui suivent des politiques de tarification différentes et/ou indiquez pourquoi ces prix diffèrent pour les divers produits, services et niveaux. Veuillez expliquer pourquoi.

B.6. Comment le centre de santé détermine-t-il les prix à l'achat et à la vente ? (par exemple, le montant est prédéterminé par le ministère de la Santé, les prévisions de budget incluent des comparaisons de prix à l'achat et à la vente, il utilise le prix d'achat, il achète auprès d'un seul fournisseur, autre – veuillez préciser)

C. Secteur privé

C.1. Quel est l'impact du secteur privé sur l'approvisionnement de produits ou la prestation de services pour la santé de la reproduction ou la planification familiale ?

C.2. Quelles politiques concernant les prix ont un impact, positif ou négatif, sur la capacité du secteur privé de fournir des contraceptifs ou d'autres produits et services de planification familiale ? Ces prix font-ils l'objet d'un suivi ?

C.3. Où les prestataires de planification familiale du secteur privé s'approvisionnent-ils en contraceptifs (par exemple, auprès des producteurs locaux, du secteur privé ou d'une ONG) ? Combien paient-ils selon le secteur ? Veuillez préciser.

C.4. Au sein du secteur privé, des champions/dirigeants fournissent-ils des services de planification familiale et des contraceptifs abordables aux principaux employeurs ou syndicats ?

C.5. Quel type de partenariat existe-t-il entre le secteur public et le secteur privé pour l'approvisionnement de services de planification familiale (par exemple, faire appel à des sources extérieures) ?

C.6. Le marché des services de planification familiale et des contraceptifs est-il segmenté ?

Questions détaillées :

- Où peut-on obtenir des contraceptifs à des prix plus bas (fournisseurs locaux, privés ou centres du gouvernement) ?
- Quelle est la qualité de ces produits et services de PF ?
- Rencontre-t-on des problèmes avec les dates d'expiration ?
- Y a-t-il des différences entre les prix pratiqués par le gouvernement et ceux pratiqués par le secteur privé concernant les services ou produits de PF ?

C.7. Existe-t-il une politique de tarification explicite pour les produits et services de planification familiale dans un cadre privé ?

Questions détaillées :

- Cette politique est-elle appliquée/mise en œuvre ?
- Taxes ?

D. Archivage et évaluation

D.1. Quelles données financières concernant les produits contraceptifs les décideurs-clés possèdent-ils ? Comment utilisent-ils ces données et suivent-ils les fluctuations des prix des produits de planification familiale ?

D.2. Existe-t-il une unité de gestion logistique nationale dont la responsabilité est de garantir que les services et produits de planification familiale sont disponibles ? Existe-t-il un mécanisme ou une unité qui

coordonne l'approvisionnement et le transport des produits avec des bailleurs pour garantir que les contraceptifs sont offerts à un prix équitable ?

D.3. Quel est le budget annuel du programme de planification familiale et quels sont les coûts des médicaments, contraceptifs et de la logistique ?

D.4. Qui finance le budget annuel du programme de planification familiale (par exemple, le gouvernement, les ONG, les bailleurs privés) ? Quel est le processus utilisé pour établir le budget du programme ?

D.5. Le budget du programme inclut-il des fonds pour les activités logistiques telles que les produits, l'entreposage et le stockage, la gestion des systèmes de données logistiques, le transport, la formation du personnel logistique, la gestion des salaires du personnel et l'élimination des produits utilisés ?

D.6. Qui détermine le montant et le financement que le centre de santé recevra pour les produits de planification familiale ?

Questions détaillées :

- Le financement des intrants est-il incorporé au budget annuel de l'Etat ?
- Quels sont les indicateurs liés à la logistique et/ou la disponibilité des produits cités dans le système de gestion des données (par exemple, la fréquence des ruptures de stock, le pourcentage de rapports rédigés, la justification des rédactions d'ordonnance, etc.).
- Qui assure le suivi de ces indicateurs et quelle est la fréquence ?

REFERENCES

- Advance Family Planning (AFP). 2011. *Family Planning: Francophone West Africa on the Move*. Baltimore: AFP.
- Askew, I. and M. Brady. 2013. "Reviewing the Evidence and Identifying Gaps in Family Planning Research: The Unfinished Agenda to Meet FP2020 Goals." Background document for the Family Planning Research Donor Meeting, Washington, DC, December 3–4, 2012. New York: Population Council.
- Association Mauritanienne de Santé Publique (AMSP). 2012. *Document National de Stratégie Communautaire en Santé*. Nouakchott: Ministère de la Santé.
- Barnes, J., J. Vail, and C. Dawn. 2012. *Total Market Initiatives for Reproductive Health*. Bethesda, MD: Strengthening Health Outcomes through the Private Sector Project, Abt Associates.
- Bongaarts, J., J. Cleland, J. W. Townsend, J. T. Bertrand, and M. D. Gupta. 2012. *Family Planning Programs for the 21st Century: Rationale and Design*. New York: Population Council.
- Cleland, J., S. Bernstein, A. Ezeh, A. Faundes, A. Glasier, et al. 2006. "Family Planning: The Unfinished Agenda." *Lancet Sexual and Reproductive Health Series* 368(9549): 1810–1827.
- Ministère de la Santé, Direction Générale de la Santé, Direction des Soins de Santé Primaires, Division de la Santé Familiale. 2009. *Politiques et Normes en Santé de la Reproduction, Planification Familiale et Infections Sexuellement Transmissibles du Togo. Deuxième Édition*. Lomé: Ministère de la Santé. Décembre.
- Département de l'Information de l'ONU. 2010. *Éliminer la Pauvreté en 2015: Objectifs du Millénaire pour le Développement: C'est Possible*. DPI/2517 E. New York: United Nations.
- DGISS. 2011. *Annuaire Statistique de Santé : Comité Technique*. Ouagadougou, Burkina Faso: DGISS.
- DGISS. 2012. *Projection Population 2012: Comité Technique Interministériel*. Ouagadougou, Burkina Faso: DGISS.
- DGSCN. 2010. *Résultats du 4^{ème} Recensement Général de la Population et de L'habitat (RGPH)*. Lomé, Togo: DGSCN.
- DGSCN. 2012. *Suivi de la Situation des Enfants et des Femmes: Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples*. Lomé: Togo, DGSCN.
- Drake, J.K., H. Espinoza, C. Suraratdecha, Y. Lacayo, B.M. Keith, et al. 2011. "Stakeholder Perceptions of a Total Market Approach to Family Planning in Nicaragua." *Revista Panamericana de Salud Pública* 29(5): 329–336.
- Gobbers, D. and E. Pichard. 2000. "L'organisation du Système de Santé en Afrique de l'Ouest." *Actualité et Dossier en Santé Publique (ADSP)* 30 (March 30). Retrieved from <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=52>.
- High Impact Practices (HIP). 2014. *Financing Commodities and Services: Essential for Meeting Family Planning Needs*. Washington, DC: USAID, HIP.

- Institut National D'études Démographiques and Université de Ouagadougou. 2011. *Unmet Needs for Contraception in Formal and Informal Neighborhoods of Ouagadougou*. Paris: ISSP.
- Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) and ICF International. 2012. *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso, 2010*. Calverton, MD: INSD and ICF International.
- INSD and ICF International. 2012. *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Niger, Rapport Préliminaire*. Calverton, MD: INSD and ICF International.
- Lagomarsino, G., S. Nachuk, and S. S. Kundra. 2009. *Public Stewardship of Private Providers in Mixed Healthy Systems: Synthesis Report from the Rockefeller Foundation-Sponsored Initiative on the Role of the Private Sector in Health Systems*. Washington, DC: Results for Development Institute.
- Lipsky, A. and J. Gribble. 2014. *Stewardship for FP2020 Goals: Working with the Private Sector*. Washington, DC: Futures Group.
- Maiga, M. 2012. *Repositioning Family Planning in Burkina Faso: A Baseline*. Washington, DC: Futures Group and William and Flora Hewlett Foundation.
- Ministère de l'Economie et des Finances. 2010. *Recensement Général de la Population et de L'habitat (RGPH)*. Lomé, Togo: Ministère de l'Economie et des Finances.
- Ministère de la Santé. 2001. *Plan National de Développement Sanitaire du Burkina Faso, 2001–2010*. Ouagadougou: Ministère de la Santé.
- Ministère de la Santé. 2006. *Plan D'accélération de Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale au Burkina Faso*. Ouagadougou: Ministère de la Santé.
- Ministère de la Santé. 2010. *Politiques et Normes en Matière de Santé de la Reproduction au Burkina Faso*. Ouagadougou: Ministère de la Santé.
- Ministère de la Santé. 2012. *Plan National de Développement Sanitaire, 2012–2020, République Islamique de Mauritanie*. Nouakchott: Ministère de la Santé.
- Ministère de la Santé. 2012. *Politiques et Normes en Matière de Santé*. Nouakchott, Mauritania: Ministère de la Santé.
- Ministère de la Santé. 2013. *Indice de Disponibilité et de Capacité Opérationnelle des Services (SARA)*. Nouakchott, Mauritania: Ministère de la Santé.
- Ministère de la Santé. 2013. *Plan D'action pour le Repositionnement de la Planification Familiale au Togo, 2013–2017*. Lomé: Ministère de la Santé.
- Ministère de la Santé. 2013. *Plan National de Relance de la Planification Familiale, 2013–2015*. Ouagadougou, Burkina Faso: Ministère de la Santé.
- Ministère de la Santé. 2013. *Plan National en Faveur de L'espace des Naissances en Mauritanie, 2014–2018*. Nouakchott: Ministère de la Santé.
- Ministère de la Santé. 2013. *Stratégie Nationale de Délégation des Tâches en Santé en Mauritanie*. Nouakchott: Ministère de la Santé.

PATH. 2010. *Enhancing Equity and Sustainability of Public-Sector Family Planning*. Seattle: PATH.

Population Council. 2012. *Quality of Care and Client Willingness to Pay for Family Planning Services at Marie Stopes International Facilities in Burkina Faso*. Ouagadougou: Population Council. Retrieved June 25, 2013, from http://www.popcouncil.org/projects/360_WTPBurkinaFaso.asp.

Population Reference Bureau (PRB). 2008. *Togo*. Washington, DC: PRB. Retrieved May 27, 2013, from <http://www.prb.org/DataFinder/Geography/Data.aspx?loc=272>.

PRB. 2011. *Guide sur la Santé Sexuelle et Reproductive en Afrique de l'Ouest Francophone à L'attention des Journalistes*. Washington, DC: PRB.

PRB. 2012a. *Family Planning: Francophone West Africa: A Call to Action*. Washington, DC: PRB. Retrieved May 28, 2013, from http://www.prb.org/pdf12/ouagadougou-partnership_en.pdf.

PRB. 2012b. *Togo*. Washington, DC: PRB. Retrieved May 27, 2013, from <http://www.prb.org/DataFinder/Geography/Data.aspx?loc=272>.

Roudi-Fahimi, F. 2004. *Islam and Family Planning*. Washington, DC: PRB. Retrieved Jan 15, 2015, from <http://www.prb.org/pdf04/islamfamilyplanning.pdf>.

Sarley, D., R. Rao, C. Hart, L. Patyewich, and P. Dowling. 2006. *Contraceptive Security: Practical Experience in Improving Global, Regional, National, and Local Product Availability*. Arlington, VA: John Snow, DELIVER.

Singh, S. and J. E. Darroch. 2012. *Adding It Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services—Estimates for 2012*. New York: Guttmacher Institute and United Nations Population Fund (UNFPA). Retrieved May 28, 2013, from <http://www.guttmacher.org/pubs/AIU-2012-estimates.pdf>.

Ugaz, J., J. Gribble, M. Chatterji, and S. Mitchell. 2013. *Wealth, Long-acting Contraception, and the Private Sector*. Washington, DC: Abt Associates, Strengthening Health Outcomes through the Private Sector (SHOPS).

United Nations Children's Fund (UNICEF). 2006. *Multiple Indicators Country Survey (MICS III)*. Lomé, Togo: UNICEF.

UNICEF. 2008. *Multiple Indicators Country Survey (MICS IV)*. Lomé, Togo: UNICEF.

UNICEF. 2009. *La Situation des Enfants dans le Monde, 2009*. New York: UNICEF.

UNICEF. 2010. *Multiple Indicators Country Survey (MICS)*. Lomé, Togo: UNICEF.

UNICEF and DGSCN. 2006. *Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples: Togo, 2006 (MICS III)*. New York: UNICEF.

UNICEF and DGSCN. 2010. *Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples: Togo, 2010 (MICS IV)*. New York: UNICEF.

USAID | DELIVER PROJECT. 2007. *West Africa: Final Regional Report*. Arlington, VA: USAID | DELIVER PROJECT.

USAID | DELIVER PROJECT. 2009. *Contraceptive Security Index, 2009: A Tool for Priority Setting and Planning*. Arlington, VA: USAID | DELIVER PROJECT.

USAID | DELIVER PROJECT. 2013. *Follow the Money: Tracking Contraceptive Finances*. Arlington, VA: USAID | DELIVER PROJECT.

World Health Organization (WHO). 2010. *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank*. Geneva: WHO.

WHO. 2013. *Optimisation des Rôles du Personnel de Santé par la Délégation des Tâches pour Améliorer L'accès aux Interventions de Santé Maternelle et Néonatale: Recommandations de l'OMS*. Geneva: WHO

Pour de plus amples informations, contacter :

Health Policy Project
Futures Group
1331 Pennsylvania Ave NW, Suite 600
Washington, DC 20004
Tel: (202) 775-9680
Fax: (202) 775-9694
Email: policyinfo@futuresgroup.com
www.healthpolicyproject.com