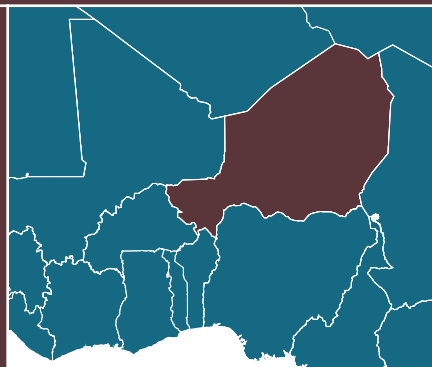


OCTOBRE 2014

REPOSITIONNEMENT DE LA PLANIFICATION FAMILIALE AU NIGER



La Délégation des Tâches

Cette publication a été préparée par M. K. Konaté, M. Maiga et A. Chen du Projet de politique de santé (HPP).

Référence suggérée : Konaté, M. K, M. Maiga et A. Chen. 2014. *Repositionnement de la planification familiale au Niger : la délégation des tâches*. Washington, DC : Futures Group, Health Policy Project.

ISBN : 978-1-59560-061-5

Le Projet de Politique Sanitaire est un accord coopératif de 5 ans financé par l'Agence Américaine pour le Développement International sous l'égide de l'accord # AID-OAA-A-10-00067, qui a pris effet le 30 septembre 2010. Ce projet est mis en oeuvre par le Futures Group en collaboration avec le Plan International USA, Avenir Health (anciennement Futures Institute), Partners in Population and Development, le Bureau Régional Afrique (PPD ARO), Population Reference Bureau (PRB), RTI International, et la l'Alliance du Ruban Blanc pour une Maternité sans Risque (WRA).

Repositionnement de la Planification Familiale au Niger : La Délégation des Tâches

OCTOBRE 2014

Cette publication a été préparée par Konaté, M. K, M. Maiga et A. Chen.

Les informations fournies dans ce document ne sont pas officielles et n'émanent pas du gouvernement américain. Elles ne représentent ni le point de vue ni la position de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international.

TABLE DES MATIERES

Remerciements.....	iv
Resume Analytique	v
Aperçu du Contexte	v
Synthèse des Résultats	vi
Sommaire des Recommandations	ix
Abreviations et Acronymes	x
Introduction.....	1
Objectifs de L'étude.....	2
Methodologie	3
Revue Documentaire.....	3
Entretiens Approfondis et Discussions en Groupe.....	3
Echantillon	3
Analyse des Données	4
Limites de L'étude	4
Resultats.....	5
Sources D'approvisionnement Existantes de Contraceptifs	5
Vision et Etapes de la Délégation des Tâches au Niger.....	6
L'implication des Agents par Catégorie dans L'offre de Contraceptifs	8
Le Décalage Entre les Textes et la Pratique.....	8
La Formalisation : Un Atout Nécessaire et Incontournable.....	9
Suggestions des Participants pour Améliorer le Partage des Tâches des Services de PF et Produits de PF à Base Communautaire.....	14
Conclusions.....	16
Recommandations	17
Annexe A. Les ASC et les Relais Communautaires.....	18
Annexe B. Liste des Contacts	21
Annexe C. Guide D'entretien de la Délégation des Tâches A	22
Section 1 : Introduction.....	22
Section 2 : Informations Générales.....	22
Section 3 : Le Questionnaire Guide A	23
Annexe D. Guide D'entretien de la Délégation des Tâches B.....	30
Section 1 : Introduction.....	30
Section 2 : Informations Générales.....	30
Section 3 : Le Questionnaire Guide B.....	31
References	36

REMERCIEMENTS

Les auteurs de ce rapport remercient chaleureusement les personnes qui ont contribué à sa conception. Nous remercions le ministère de la Santé du Niger d'avoir accueilli favorablement le principe de cette étude et donné son soutien politique indispensable à sa réalisation, particulièrement le directeur de la Santé de la mère et de l'enfant, le docteur Ibrahim Souley. Nos remerciements vont également au docteur Abdoukarim Adama Kémou, médecin de santé publique et responsable de la division Planification familiale à la direction de la Santé de la mère et de l'enfant, de sa disponibilité et d'avoir favorisé la présentation de l'équipe auprès des structures en partenariat avec lesquelles le travail a été réalisé.

Les auteurs aimeraient aussi remercier spécialement le Bureau Régional de l'USAID/Afrique de l'Ouest pour son soutien financier et sa collaboration à la réalisation de cette étude.

L'équipe remercie également le docteur Aliou Sani pour l'efficacité avec laquelle il a facilité les rencontres avec les personnes-ressources et pour les questions pertinentes qu'il a posées lors de certains entretiens auxquels il a assisté. Merci à tous ceux qui ont donné de leur temps et surtout qui ont bien voulu partager leurs riches expériences en tant qu'acteurs-clés de la santé au Niger.

RESUME ANALYTIQUE

Aperçu du Contexte

Le Niger a un niveau élevé d'engagement politique en faveur de la planification. Néanmoins, malgré cet engagement politique important, la prévalence contraceptive est faible et le besoin non satisfait en planification familiale est de 16 % (INS et ICF 2013). En 2012, le Niger a entrepris la conception d'un plan d'action novateur de planification et a réaffirmé son engagement à la conférence internationale de FP2020 pour augmenter leur taux de prévalence contraceptive (TPC) à 25 % en 2015 et 50 % en 2020 (FP2020 2014). Appuyé par les partenaires techniques et financiers, ce plan ambitieux bénéficie également de l'appui des partenaires techniques et financiers. Il s'agit d'un document détaillé qui fait l'analyse préalable de la situation de la PF, identifie les obstacles et les défis et dégage des stratégies et activités pour lever ces obstacles et relever ces défis. A l'issue de l'exercice, le Niger s'est doté d'un plan d'action de huit ans (2013–2020) pour la PF à hauteur de 64 milliards de FCFA.

En plus, le Niger envisage des changements de politique majeurs pour inclure les contraceptifs injectables dans la gamme de méthodes contraceptifs fournies par les agents de santé communautaires (ASC), mettant l'accent sur de nouvelles stratégies pour atteindre les groupes défavorisés, notamment par le biais des centres « Amis de la jeunesse »; et de nouveaux services de cliniques mobiles pour les communautés isolées (FP2020 2014). Plus spécifiquement, pour FP2020, le Niger a planifié trois objectifs pour accroître les services de planification familiale pour les populations isolées :

1. Extension de sites locaux de distribution de produits contraceptifs,
2. Offre des contraceptifs injectables (Depo-Provera) par les ASC et
3. Cliniques mobiles qui mettront l'accent sur l'offre de méthodes de contraception à long terme.

Grâce au financement du projet AWARE II de l'USAID, le Niger s'était engagé à prioriser la délégation des tâches et permettre au personnel des services de planification familiale de niveau inférieur et au personnel non clinique, dont notamment les agents de santé communautaire (ASC), d'offrir le premier cycle de pilules et d'administrer des contraceptifs injectables.

Le Niger et trois autres pays du Partenariat de Ouagadougou (le Burkina Faso, la Mauritanie et le Togo) ont été identifiés par l'USAID Afrique de l'Ouest pour intensifier les efforts de relance de la PF. Afin de les aider dans cette démarche, le Projet de politique de santé (HPP), dirigé par le Futures Group et financé par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), a mené une évaluation des politiques de délégation des tâches pour les contraceptifs et leur mise en œuvre dans les quatre pays.

Entre le 16 et le 23 juin 2013, l'équipe HPP a réalisé une revue de la littérature et des entretiens approfondis avec les informateurs-clés au Niger dans le cadre de la distribution à base communautaire (DBC) des pilules et des contraceptifs injectables, ainsi que de la fourniture permanente de méthodes contraceptives à longue durée d'action par le personnel de santé de niveau inférieur. La revue comprenait non seulement l'existence ou non des principales politiques, normes et procédures, mais également le niveau de mise en œuvre de celles-ci. Ensuite, l'équipe HPP a effectué des entretiens approfondis et des discussions en groupe dirigées avec des informateurs-clés. Ces étapes ont permis de recueillir les données nécessaires à la réalisation d'une analyse des politiques de délégation des tâches et de la mise en œuvre de ces politiques. Les données recueillies ont également facilité l'analyse des politiques de délégation des tâches pour le système de santé publique et l'examen de leur mise en œuvre.

La présente analyse du projet HPP a pour objectif spécifique de documenter les aspects suivants :

1. Les sources d’approvisionnement existantes de contraceptifs
2. L’implication des agents de santé communautaire par catégorie dans l’offre de médicaments et de contraceptifs
3. Les politiques et les directives actuelles du gouvernement concernant la distribution des contraceptifs
4. Les suggestions des participants pour améliorer le partage des tâches des services de planification familiale à base communautaire et les produits PF

C’est dans ce contexte de grands changements politiques que le Projet de politique de santé a conduit une étude sur des principales politiques, normes et procédures et leur mise en œuvre en matière de distribution à base communautaire des pilules et des contraceptifs injectables, et la fourniture permanente de méthodes contraceptives à longue durée d’action par le personnel de santé de niveau inférieur. Cette analyse des politiques de délégation des tâches vient à point nommé pour saisir plusieurs éléments en cours de transformation dans la politique de santé plus générale au Niger, notamment au niveau de la distribution à base communautaire, des réseaux de cases de santé ou encore des activités des centres de santé intégrés (CSI).

Synthèse des Résultats

En général au Niger, les prestataires de santé, comme les médecins et les sages-femmes, proposent une gamme complète de services de planification familiale. Les infirmiers et les agents de santé communautaire fournissent les contraceptifs oraux mais ils ne sont pas autorisés à administrer les injections de Depo-Provera et de Noristerat ou réaliser les insertions d’implants contraceptifs ou les poses de dispositifs intra-utérins (DIU). Les agents de marketing social fournissent les contraceptifs oraux, les préservatifs et l’éducation sur la planification familiale. Les pharmaciens proposent uniquement des informations et des préservatifs. Le tableau 1 ci-dessous présente et analyse ces changements en mettant un accent particulier sur ceux qui touchent la planification familiale.

Tableau 1 : Offre de Services de Planification Familiale au Niger par Catégorie de Personnel et de Structure de Santé

Type de Service	Agent de Marketing Social	Pharmacien	Agent de Santé Communautaire	Aide-Soignant	Infirmier	Sage-Femme	Médecin	Centre de Santé Public	Prestataires Privés et ONG
Conseil	x	x	x		x	x	x	Toutes ces catégories de personnel de PF se retrouvent dans les centres de santé publics à des niveaux différents : hôpital national, hôpital de district, centre de santé	Sont composés de médecins, sages-femmes, infirmiers, aides-soignants
Visites à domicile									
Causeries d'éducation pour la santé			x			x			
Contraceptifs oraux combinés		x					x		
Pilules uniquement progestatives	x	x	x		x	x	x		
Préservatifs	x	x	x		x	x	x		
Injection Depo-Provera	x		x		x	x	x		
Injection Noristerat						x	x		
Dispositif intra-utérin					x	x	x		
Ligature bilatérale des trompes							x		
Vasectomie									
Insertion de l'implant					x	x	x		
Contraception d'urgence							x		
Méthodes d'abstinence périodique			x			x	x		

Type de Service	Agent de Marketing Social	Pharmacien	Agent de Santé Communautaire	Aide-Soignant	Infirmier	Sage-Femme	Médecin	Centre de Santé Public	Prestataires Privés et ONG
Méthode contraceptive à longue durée d'action (LAM)							x	Toutes ces catégories de personnel de PF se retrouvent dans les centres de santé publics à des niveaux différents : hôpital national, hôpital de district, centre de santé	Sont composés de médecins, sages-femmes, infirmiers, aides-soignants
Supervision des cadres inférieurs							x		

En faisant de la délégation des tâches, notamment au niveau communautaire, la principale stratégie au Niger pour rendre accessible les méthodes modernes de PF par les agents de santé communautaire, s'est engagé les ASC de rendre les méthodes modernes de PF accessibles par les ASC, spécifiquement les injectables (FP2020 2014).

Sommaire des Recommandations

Au Niger l'environnement de l'offre de services de PF a beaucoup bénéficié de l'appui grandissant de l'Association Nigérienne de Marketing Social, Animas Sutura. Les suggestions des répondants pour améliorer la délégation des tâches des services de PF à base communautaire ont essentiellement été faites par rapport au secteur privé. Celui-ci apparaît comme étant capable d'améliorer notablement les résultats actuels. Les suggestions qui suivent reflètent les espoirs qu'inspire ce potentiel.

1. Inciter le secteur privé à jouer un rôle beaucoup plus important dans l'offre de services en engageant des partenariats dans le contexte des contraceptifs. Plus spécifiquement, inclure du personnel de service de niveau du secteur privé dans les formations nationales à la répartition des tâches pour les services de planification familiale.
2. Le plaidoyer sera nécessaire pour renforcer le recours des adolescents et des jeunes aux services de SR, car aller chercher ces services dans les formations sanitaires où ils sont gratuits est stigmatisé.
3. Couvrir les zones périphériques délaissées de la ville de Niamey, qui ont une forte densité de population, en utilisant les opportunités de partenariat avec le secteur privé.
4. Améliorer les canaux d'information et de communication avec le secteur privé, qui manque souvent d'information sur ce qui se fait dans le public, notamment en matière de gratuité et d'approvisionnement.

Les résultats de l'étude HPP ont inspiré les recommandations suivantes :

1. **Déléguer la prescription de contraceptifs au niveau communautaire** : Mettre à profit le nombre impressionnant d'ASC au Niger pour mettre à l'échelle l'offre initiale de la pilule et des contraceptifs injectables après avoir renforcé les compétences des agents.
2. **Prendre en compte dès maintenant dans les changements des textes le rehaussement du niveau du personnel par l'affectation de personnel qualifié dans les cases de santé** : le relèvement du niveau de personnel affecté à la base de la pyramide sanitaire va avoir une incidence administrative et un effet sur la politique de délégation des tâches. L'attention doit être attirée sur cet élément pour assurer sa prise en compte durant la période actuelle de la révision des textes.
3. Promouvoir l'offre de méthodes contraceptives à longue durée d'action et la promotion et mise à l'échelle du dispositif intra-utérin (DIU) postpartum.
4. Elaborer une politique novatrice et compréhensive de santé communautaire qui précise et clarifie le rôle des différents acteurs.

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

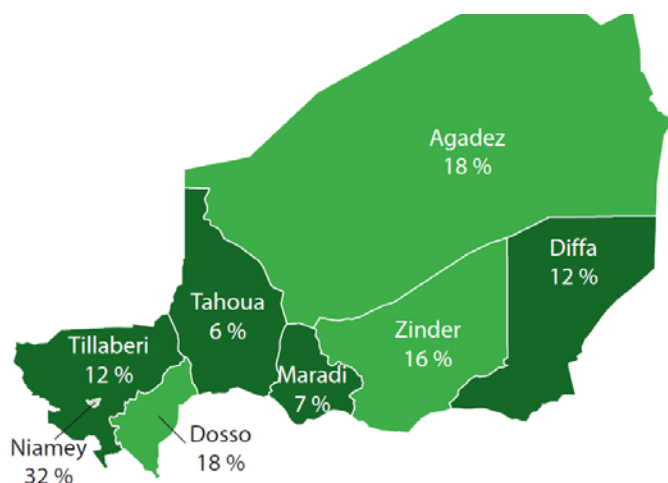
ANBEF	Association nigérienne pour le bien-être familial
ASC	agent de santé communautaire
COSAN	comité de santé
CPNR	consultation prénatale recentrée
CSI	centre de santé intégré
DBC	distribution à base communautaire
DGR	Direction générale des ressources
DIU	dispositif intra-utérin
DRSP	direction régionale de la Santé publique
DSME	direction de la Santé de la mère et de l'enfant
EDSN-MICS IV 2012	Enquête démographique et santé et Enquête à indicateurs multiples du Niger
FCFA	franc des Communautés financières d'Afrique
HPP	Projet de politique de santé (Health Policy Project)
IPTE	Initiative d'allègement de dette en faveur des pays pauvres très endettés
IRA	infection respiratoire aigüe
LAM	méthode contraceptive à longue durée d'action (long-acting method)
MS	ministère de la Santé
MSP	ministère de la Santé publique
OMD	objectifs du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	organisation non gouvernementale
ONPPC	office national des Produits pharmaceutiques
PCIME	prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PF	planification familiale
PPE	prophylaxie post-exposition
PSI	Population Services International
SMN	santé maternelle et néonatale
SOLTHIS	Solidarité thérapeutique et initiatives contre le SIDA
SR	santé de la reproduction
TPC	taux de prévalence contraceptive
UNPFA	Fonds des Nations-Unies pour la population (United Nations Population Fund, anciennement United Nations Fund for Population Activities)
USAID	Agence des Etats-Unis pour le développement international (U.S. Agency for International Development)
VIH	virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

Malgré un niveau élevé de connaissance des méthodes contraceptives, seulement 14 % des femmes en union utilisaient une méthode contraceptive au Niger et 12 % utilisaient une méthode moderne (INS et ICF International 2013) (voir Figure 1). Dans l'ensemble, les femmes utilisent trois méthodes : la pilule (6 %), la méthode d'allaitement maternel et l'aménorrhée (4 %) et les injectables (2 %) (INS et ICF International 2013).

Alors que l'accès aux services de PF demeure encore partiellement un défi, les besoins non satisfaits de PF sont relativement faibles (16 %), en partie à cause des femmes qui déclarent une taille idéale de la famille de plus de neuf enfants (Gribble 2012). Selon l'Organisation mondiale de la Santé, le ratio de mortalité maternelle de 590 pour 100 000 naissances vivantes et le Niger à un niveau plus élevé que la moyenne régionale de 480 pour 100 000 naissances vivantes (WHO 2013).

Figure 1. Utilisation des Méthodes Contraceptives Modernes par Région au Niger, 2013



Source : INS et ICF International 2013.

La pénurie chronique d'agents de santé qualifiés au Niger contribue aussi à la mortalité maternelle. Il y a moins d'un médecin (0,2) et 1,4 infirmiers et sages-femmes pour 10 000 habitants. Il y a seulement trois lits d'hôpital pour 10 000 habitants. En outre, il y a une grande disparité dans la répartition des médecins, infirmières et sages-femmes entre les milieux urbain et rural. Cette disparité entre les milieux se chiffre à 1,2 médecins pour 10 000 habitants en milieu urbain, et 0,04 médecins pour 10 000 habitants en milieu rural. De la même façon, alors qu'il y a 9,4 infirmières et sages-femmes pour 10 000 habitants dans le milieu urbain, il n'y en a que 0,7 pour 10 000 habitants en milieu rural (GHWA 2011). A titre d'exemple, dans la région de Tahoua, 60 % des prestataires offrent des services à 80 % de la population (Crigler et al. 2011).

Conscient de cette réalité, le gouvernement du Niger avait mis en œuvre une initiative originale de recrutement et de formation de plus de 2 500 agents de santé communautaire (ASC) payés par le pouvoir public. C'est un exemple de volonté politique sans précédent dans la région qui pourrait être le socle de la délégation des tâches au Niger.

En effet, compte tenu des inégalités régionales considérables entre population urbaine et rurale dans l'accès et l'utilisation des contraceptifs, il est important de développer des stratégies pour offrir les services de PF au sein des communautés mal desservies. Cette initiative des ASC au Niger s'inscrit dans ce cadre. En Afrique francophone de l'Ouest la distribution à base communautaire de produits contraceptifs a été identifiée comme une stratégie sous utilisée pour atteindre les femmes du milieu rural (McDavid et Kodjo 2012 ; Maiga et Lo 2012 ; McDavid et Attama 2012). La DBC des contraceptifs a commencé au Niger au début des années 1990 lorsque CARE et plus tard UNFPA approvisionnaient en contraceptifs à peu près 100 villages (McDavid et Attama 2012). Même si la DBC des contraceptifs est plus répandue au Niger de nos jours, il ne couvre toujours pas le pays entièrement et dépend des projets financés par les partenaires. A titre d'exemple, le Niger a actuellement un programme de stratégies

avancées au cours desquelles les prestataires du niveau district se rendent dans les centres de santé périphériques pour offrir les méthodes qui n'y sont pas habituellement disponibles. Cependant, ce programme est sujet à caution compte tenu de son coût élevé et de sa localisation seulement dans les zones qui reçoivent des financements de partenaires.

Le ministère de la Santé a mis en place récemment un programme de formation standard des agents de santé communautaire qui est mis en œuvre au fur et à mesure que le ministère recrute de nouveaux agents. En ce qui concerne les services de PF, les ASC sont autorisés à fournir uniquement les préservatifs et à faire le réapprovisionnement en contraceptifs oraux. Les clients doivent nécessairement aller dans un centre de santé pour la prescription initiale de la pilule et celle des autres méthodes contraceptives, telles que les injectables (McDavid et Attama 2012).

Objectifs de L'étude

Afin de soutenir le Niger et trois autres pays du Partenariat de Ouagadougou (le Burkina Faso, la Mauritanie et le Togo) dans leur effort colossal pour redynamiser la PF, le Projet de politique de santé, dirigé par le Futures Group et financé par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international, a mené cette étude pour évaluer les politiques et leur mise en œuvre dans les quatre pays. Entre le 16 et le 23 juin 2013, l'équipe HPP a conduit une revue de la littérature et des entretiens approfondis avec les informateurs-clés au Niger dans le cadre de la distribution à base communautaire des pilules et des contraceptifs injectables et la fourniture permanente de méthodes contraceptives à longue durée d'action par le personnel de santé moins qualifié. La revue comprenait non seulement l'existence ou non des principales politiques, normes et procédures, mais aussi le niveau de leur mise en œuvre. Le projet HPP a également réalisé des entretiens approfondis et des discussions en groupe dirigées avec des informateurs-clés. Ces étapes ont permis de recueillir les données nécessaires à l'analyse des politiques de délégation des tâches et leur mise en œuvre.

La présente étude du projet HPP avait pour objectifs spécifiques de documenter les éléments suivants :

1. Les sources d'approvisionnement existantes de contraceptifs
2. L'implication des agents de santé communautaire par catégorie dans l'offre de médicaments et de contraceptifs
3. Les politiques et les directives actuelles du gouvernement concernant la distribution des contraceptifs
4. Les suggestions des participants pour améliorer le partage des tâches des services de planification familiale à base communautaire et les produits PF

METHODOLOGIE

Le projet HPP a réalisé une revue de la littérature des documents de politiques concernant la délégation des tâches de planification familiale au Niger. La revue de la littérature a porté sur les politiques nationales de santé et les directives de prestation de services, notamment dans le domaine de la planification familiale et santé de la reproduction. Après la revue de la littérature, le projet HPP a conduit des entretiens approfondis et des discussions en groupe dirigées avec des informateurs-clés afin de recueillir des données qui ont servi plus tard à une analyse approfondie des politiques de délégation des tâches et leur mise en œuvre. L'équipe HPP a analysé la mise en œuvre de la politique de délégation des tâches et de la distribution à base communautaire des contraceptifs au Niger pour 16 services de planification familiale.

Revue Documentaire

La revue de la littérature menée par le projet HPP inclut les documents de politiques nationales de PF comme les politiques, normes et procédures ; les analyses antérieures concernant la PF ; les besoins non satisfaits ; et les directives de prestation de services, en particulier celles liées à la planification familiale et la santé de la reproduction. L'équipe HPP a analysé les documents pour identifier l'absence des politiques ainsi que les politiques qui favorisent et celles qui constituent des obstacles à la DBC et à la délégation des tâches.

Entretiens Approfondis et Discussions en Groupe

Un chercheur a conduit les entretiens approfondis en utilisant des questionnaires semi-structurés, suivant l'approche utilisée dans le domaine de recherche primaire. Le chercheur a conduit les entretiens sur la délégation des tâches telle qu'elle est pratiquée au Niger avec des informateurs-clés des secteurs public et privé dans le domaine de l'offre de services de planification familiale. L'étude a rencontré un seul cas de refus d'enregistrement et un cas de refus d'entretien. La prise de notes a suppléé le cas de refus d'enregistrement. Les outils de collecte de données ont été conçus en fonction des orientations de l'OMS contenues dans le document *Optimisation des rôles des agents de santé pour améliorer l'accès aux interventions de santé maternelle et néonatale clés à travers le transfert de tâches* (Gulmezoglu et al. 2013). Les entretiens ont été réalisés en français, enregistrés, transcrits en français et analysés par deux chercheurs. La durée de chaque entretien approfondi a varié entre 30 et 45 minutes. Avant de commencer les entretiens, l'équipe HPP a demandé et obtenu le consentement oral des participants. Aucune information permettant l'identification des personnes n'a été recueillie. Les enregistrements ont été sauvegardés sur un ordinateur et transcrits ultérieurement. Les notes prises en complément des enregistrements ont également été exploitées pour conduire les analyses. D'autres informations directement consignées sur les guides et questionnaires semi-structurés pour les entretiens ont aussi été exploités dans le cadre de l'analyse.

Echantillon

L'échantillonnage a été fait par un consultant local recruté par le projet HPP sur la base de sa connaissance du système et des structures sanitaires du Niger, en l'occurrence, un médecin avec de nombreuses années d'expériences internationales. Ce dernier avait pris contact avec le ministère de la Santé et dressé une liste de 30 personnes-clés qui sont ou avaient été acteurs dans les instances de décisions en matière de politique de santé au cours de la décennie écoulée. Sur les 30 entretiens prévus, l'équipe HPP a mené 20 entretiens approfondis et quatre discussions en groupe avec des informateurs-clés au niveau national et de district. Deux cas de refus ont été enregistrés au cours de l'étude. Quatre

personnes n'ont pas pu finalement se rendre disponibles à cause des contraintes d'agenda. L'échantillon couvert est présenté dans le tableau 2 et l'annexe B.

Tableau 2 : Echantillon de L'étude sur la Délégation des Tâches au Niger

Catégorie de L'informateur	Nombre D'entretiens Individuels	Nombre de Discussions en Groupe	Nombre de Refus
ASC	3		
Responsables du ministère de la Santé	7	1	1
Personnel de santé du secteur public au niveau des districts sanitaires	3		
Personnel de santé du secteur privé	1		
Partenaires techniques et financiers (PTF)	2		1
ONG locales		2	
ONG internationales	1	1	
Associations	2		
Ordres	1		
Total	20	4	2

Analyse des Données

L'équipe HPP a exploité, organisé et analysé les entretiens transcrits et les notes prises pendant les entretiens. Elle a rédigé le présent rapport d'analyse suite à ce processus et extrait des verbatim pour illustrer les analyses. Les conclusions tirées et recommandations élaborées adressent à l'attention du ministère de la Santé du Niger les aspects de la délégation des tâches que l'analyse a mis en exergue pour être poursuivis, consolidés ou améliorés.

L'équipe a analysé la mise en œuvre de la politique autour de la délégation des tâches et de la distribution à base communautaire des contraceptifs au Niger à travers une cartographie de leur mise en œuvre. Pour ce faire, 16 types de prestation ont été documentés par l'étude pour savoir quel personnel avait le droit ou était chargé de les fournir aux clients. Le tableau 2 résume les réponses données au cours des entretiens avec les informateurs-clés. Les agents concernés sont ceux de santé communautaire, les pharmaciens, les agents de marketing social, les infirmières auxiliaires, les infirmières sages-femmes, les auxiliaires, les infirmières, les sages-femmes et les médecins. Les 16 services de planification familiale visés comprennent les contraceptifs oraux, les préservatifs, les contraceptifs injectables hormonaux, les implants contraceptifs, le dispositif intra-utérin (DIU) et des méthodes permanentes comme la vasectomie et la ligature des trompes.

Limites de L'étude

Une des limites des entretiens en profondeur est la petite taille de l'échantillon, ou le nombre limité de personnes interrogées. Les données recueillies à partir des entretiens doivent donc rester dans leur contexte thématique et d'opinion individuelle.

RESULTATS

L'analyse des documents et des entretiens par l'équipe HPP a révélé les politiques au Niger qui soutiennent la distribution des contraceptifs à base communautaire, qui permettent le renouvellement des stocks de pilules, des préservatifs et des spermicides par les ASC. Au Niger, les méthodes modernes de contraception dans le secteur public sont gratuites. Le pays a été relativement favorable à l'émergence d'idées et de propositions allant dans le sens de l'offre de services de plus en plus rapprochée de la population. Un facteur favorable extrêmement important dont on ne mesure pas encore tout l'impact est la formidable volonté politique et l'engagement des principaux acteurs de la santé à œuvrer pour développer la délégation des tâches au Niger au point d'en faire un modèle. Le changement le plus important en matière d'offre de services et de redynamisation de la PF vise la base de la pyramide sanitaire. Les cases de santé étant le point d'accès pour plus de 40 % de la population, on a choisi de réviser le paquet minimum de ce niveau de la structure sanitaire pour que celle-ci puisse offrir le maximum de prestations de premier niveau. Cette révision visait le transfert des tâches au vu du fait que des agents de santé communautaire bien supervisés peuvent offrir de nombreux services de base. Dans cette perspective s'inscrivent beaucoup d'idées et travaux à venir, parmi lesquels la contribution à l'harmonisation du profil de l'ASC et le partage des leçons apprises à travers les tâches qui leur auront été transférées.

Sources D'approvisionnement Existantes de Contraceptifs

Disponibilité des contraceptifs

La disponibilité des contraceptifs pour les formations sanitaires du ministère de la Santé et certaines organisations non gouvernementales (ONG) partenaires est assurée par l'ONPPC, approvisionné à son tour par l'UNFPA. A l'aide du logiciel CHANNEL, fourni par l'UNFPA, l'office centralise et estime les besoins et approvisionne les régions en contraceptifs.

L'approvisionnement se fait en cascade suivant les échelons de la pyramide sanitaire. Selon les explications d'un responsable de l'ONPPC, l'essentiel de la distribution transite par les structures publiques. A partir des dépôts de zones, l'ONPPC met directement les produits sous la responsabilité des formations sanitaires. Il existe trois dépôts de zone (à Niamey, à Tahoua et à Zinder). C'est à partir de ces dépôts de zone que les directions régionales de la Santé publique (DRSP) sont servies. Huit DRSP correspondent à la représentation régionale du ministère de la Santé publique au Niger. A ce stade s'arrête la responsabilité de l'ONPPC dans la distribution et la DRSP prend la relève. C'est la DRSP qui approvisionne les districts sanitaires. A leur niveau les contraceptifs sont gratuits, en conformité avec la politique de gratuité décrétée en 2006.

L'ONPPC, bien qu'ayant un statut de pharmacie populaire, possède ses officines qui constituent son circuit marchand. En réalité, l'office intervient au même titre que les acteurs privés sur le secteur d'approvisionnement et de distribution. L'office ne commercialise cependant pas de contraceptifs à l'exception des produits du marketing social (FULA et Sutura) placés dans ses officines par l'Association nigérienne de marketing social (Animas Sutura), suite à un accord liant les deux institutions. Selon un responsable de l'ONPPC, « *Comme on a un circuit marchand, en termes de marketing au niveau d'Animas Sutura, ils ont estimé que notre réseau est pour eux une opportunité de distribution des produits dans le secteur privé. Nous avons accepté de les mettre à la disposition de nos pharmacies populaires ; donc en dehors de Sutura et du condom FULA, on peut dire que nous ne faisons pas les autres contraceptifs.* » C'est aussi la raison pour laquelle le privé lucratif ne s'approvisionne pas en contraceptifs auprès de l'ONPPC.

Un type de problème différent affecte la disponibilité des contraceptifs. Il s'agit de la préférence d'un produit par rapport à un autre. Ce phénomène de compétition existe actuellement entre les marques,

notamment entre le Jadel et l'Implanon. L'Implanon est en train de « phagocyter » le Jadel, selon un médecin de la direction de la Santé de la mère et de l'enfant (DSME), qui poursuit en constatant qu'il y a malheureusement des stocks qui sortent difficilement.

Les raisons de la non disponibilité

Dans le système de gratuité pour des produits contraceptifs instauré dans les formations sanitaires publiques au Niger, la non disponibilité ne survient que lorsque le système expérimente des ruptures de stocks de contraceptifs. Ce risque existe surtout dans les milieux où les populations sont dépendantes des produits gratuits. Des retards dans l'approvisionnement principal peuvent causer de telles ruptures de stocks.

Une seconde raison est liée aux défaillances dans la gestion des stocks. Ces défaillances sont souvent humaines. L'outil de gestion CHANNEL ne détecte pas les périodes de consommation atypique, par exemple. Les informations que dégage l'outil ont trait à des périodes précises. Les besoins des femmes varient dans le temps, et il en va de même pour la consommation. Par conséquent, une fois obtenus les résultats avec CHANNEL, il reste toute la partie analyse des besoins à faire avant l'envoi des états de stocks et l'estimation des besoins. En l'absence de ces analyses, les commandes peuvent être inappropriées, expliquant les surstocks à certains endroits et les pénuries à d'autres.

L'absence de sources d'approvisionnement privées est également un des principaux facteurs responsables du manque de disponibilité. Ce problème touche nettement moins les zones avec des services de marketing social des contraceptifs à travers les relais communautaires d'Animas Sutura.

Au fur et à mesure que se mettent en place les mécanismes fonctionnels d'approvisionnement en contraceptifs, la non disponibilité s'amenuise. L'introduction du marketing social augmente à la fois l'offre, le choix et la confiance en un produit qui s'acquiert à partir d'un prix modique plutôt que gratuitement. Dans le même temps, elle jugule partiellement les difficultés d'accessibilité.

Vision et Etapes de la Délégation des Tâches au Niger

L'histoire de la délégation des tâches au Niger est tout d'abord celle d'un choix politique et administratif. Elle s'inscrit dans l'évolution des politiques de santé en général et dans celle de la santé maternelle et néonatale en particulier. La présente étude s'est intéressée à son application dans le domaine de la santé de la reproduction, notamment de la planification familiale par le biais de l'offre de méthodes modernes de contraception.

La vision

La vision en matière de DBC avec contraceptif injectable a émané des partenaires, notamment du projet AWARE II de l'USAID en 2011. Le témoignage d'un médecin de la division Santé maternelle permet de prendre la mesure de l'avancée que constitue à partir de 2013 le début de l'offre de contraceptifs injectables par le niveau le plus décentralisé de la pyramide sanitaire, à savoir le relais communautaire. En effet, d'après lui, l'initiative avait déjà été discutée avec USAID AWARE II, et à l'époque l'idée avait semblé irréaliste, au niveau politique tant que technique. L'innovation est toujours un premier pas difficile. Les piliers de la vision avaient pourtant été posés à cette époque, balisant le chemin pour les étapes à venir.

Les étapes

De manière générale, les besoins en personnel de santé au Niger accusent un déficit chronique. Les estimations projetées par l'OMS en 2004 permettent d'avoir une idée de son ampleur, comme le montre le tableau 3 ci-après. Selon les calculs effectués à partir des projections des Nations-Unies, 2002 (hypothèse moyenne), les besoins en personnel sont reportés pour les années 2015 et 2020, à savoir les échéances du

plan de la PF dans le tableau de projection ci-dessous (voir les deux lignes du tableau IV.5, « Projection des besoins en personnel de santé selon les recommandations de l’OMS, 2000–50 », in May, Harouna et Guengant 2004, 48).

Tableau 3 : Projection des Besoins en Personnel de Santé Selon les Recommandations de l’OMS, 2000–2050

Années	Population Totale (en milliers)	Femmes en Age de Procréer	Médecins	Pharmaciens	Chirurgiens-Dentistes	Infirmiers Diplômés d’Etat	Sages-Femmes Diplômées d’Etat (en milliers)
2015	18 317	3 890	1 832	916	367	3 664	778
2020	21 731	4 712	2 173	1 087	435	4 346	943

Source : Reprise partielle du tableau IV.5, « Projection des besoins en personnel de santé selon les recommandations de l’OMS, 2000–50 » ; calculs effectués à partir des projections des Nations-Unies, 2002 (hypothèse moyenne) in May, Harouna et Guengant 2004, 48.

De multiples étapes ont été franchies pour parvenir aujourd’hui à l’offre de services de contraceptifs injectables au niveau communautaire. Outre les directives de l’OMS, et la vision d’une telle possibilité, de nombreux plaidoyers au niveau national ont aidé à forger le consensus. Par ailleurs, l’exigence de la fourniture de garanties réglementaires à l’engagement des partenaires techniques et financiers a été l’un des aspects majeurs de la délégation des tâches. Selon l’un des médecins, acteur dans le processus, il a fallu lever diverses entraves à la mise en œuvre de la délégation de l’offre de services contraceptifs injectables et trouver un accord sur la voie à suivre :

Donc nous avons pu faire prendre un acte par le ministre de la Santé à l’époque ; pour vraiment permettre d’utiliser un certain nombre de médicaments. Nous avons profité en tout cas pour faire un petit document soumis à la signature du ministre de la Santé. C’est un arrêté qui permet à ceux qui sont non soignants, des relais communautaires, de pouvoir distribuer un certain nombre de médicaments. On a défini le kit du relais.

~ Informatrice-clé, médecin

En plus de la planification familiale, d’autres programmes de la santé de la mère et du nourrisson ont bénéficié de la décision politique de déléguer les tâches, notamment des programmes de prévention de la transmission mère à enfant du VIH.

Parce qu’aujourd’hui si on dit qu’il faut que ce soit les médecins-prescripteurs, nous sommes limités. Là aussi avec l’ONG SOLTHIS nous sommes en train d’expérimenter cette délégation des tâches.

~ Informatrice-clé, médecin, niveau central

Les sages-femmes sont incluses dans la délégation des tâches au Niger pour des services jadis offerts par les médecins et gynécologues, initiative appuyée par l’UNFPA. Selon un responsable du département des Ressources humaines, une évaluation a été faite de cette catégorie de soins obstétricaux pour déterminer les tâches qui peuvent être déléguées à d’autres membres du personnel de santé. Le ministère de la Santé vise à appliquer au niveau national, par voie d’un document stratégique, la délégation des tâches des sages-femmes. La délégation des tâches a bénéficié au Niger de cette volonté politique, qui a facilité sa mise en œuvre, notamment

[l']idée de dire qu'on ne doit pas être trop corporatiste ; puisqu'il y a du personnel qui peut faire les tâches s'il est bien encadré ; pourquoi pas pour augmenter l'accessibilité, et l'équité aussi, puisque ceux qui sont dans les villages ont aussi besoin de soins de qualité.

~ Informatrice-clé, sage-femme

Un autre défi dans la mise en œuvre de la délégation des tâches au Niger a été de mettre de l'ordre dans les interventions au niveau communautaire. En même temps que les avancées faites pour déléguer des tâches aux agents de santé communautaire apparaissaient des disparités d'interventions qui, si elles n'étaient pas organisées et circonscrites, allaient compromettre les bénéfices attendus. Un atelier a été organisé pour demander à l'ensemble des acteurs sur le terrain d'expliquer leurs tâches et leur système de motivation. Une équipe a ensuite été mise en place pour produire le document d'harmonisation des interventions au niveau communautaire. Ce document définit qui est relais communautaire, le paquet du relais communautaire, le nombre de relais communautaires par village et le système de leur motivation, entre autres.

L'implication des Agents par Catégorie dans L'offre de Contraceptifs

Deux facteurs sont en porte à faux dans l'offre de méthodes contraceptives modernes au Niger : (1) l'existence d'un texte qui définit les tâches autorisées à chaque niveau et (2) la réalité dans les formations sanitaires, où le personnel formé à cette offre de services est de catégorie en dessous de la catégorie autorisée par le texte.

Dans les textes qui existent il est dit que certaines méthodes seuls les médecins et les gynécologues peuvent les offrir, comme les implants comme le DIU ; or ce à quoi on assiste c'est que vraiment ce sont les sages-femmes, les infirmiers qui placent ces méthodes-là. Donc en réalité ce n'est pas autorisé dans les textes ; donc c'est pourquoi on commence ce travail-là, et on va se conformer aux normes de l'OMS.

~ Informatrice-clé, médecin, Niamey

Ce témoignage fait ressortir que les tâches en planification familiale sont déjà déléguées depuis longtemps. En outre les textes aussi ont sensiblement évolué.

Le Décalage Entre les Textes et la Pratique

Le processus de mettre en accord les faits et les textes est déjà entamé au Niger. Il est sous-tendu par des concertations administratives qui s'appuient sur une volonté politique avérée par les textes existants. La question à l'heure actuelle n'est plus celle d'un remaniement complet mais plutôt celle d'un apport de légers amendements et compléments afin d'assurer la cohérence d'ensemble. Dans cet esprit, il s'agit aujourd'hui dans le cadre de la loi sur la santé de la reproduction par exemple de faire des propositions qui préciseront dans son décret d'application les aspects spécifiques à la planification familiale, compte tenu des évolutions qui affectent l'offre de services et la pratique. Actuellement, la délégation des tâches des médecins vers les paramédicaux se fait dans un vide juridique que tout le monde s'accorde à dire qu'il faut rapidement combler.

Plusieurs raisons militent en faveur de ces changements nécessaires. La délégation des tâches est depuis très longtemps en avance sur les textes

il est bon de rendre factuelles les pratiques parce que les prestataires eux-mêmes ont ce système de délégation des tâches qui n'est pas normatif ; parce que même si un texte ou une ligne directrice, une fiche technique ne l'a pas spécifiquement dit, dans la

pratique on le fait. Je suis médecin, je suis responsable des paramédicaux. Je suis responsable chaque fois qu'ils accomplissent une tâche qui relève de ma compétence.

~ Informatrice-clé, médecin, Niamey

Un responsable de la santé communautaire, soucieux de prendre en compte de manière appropriée les éléments nécessaires à l'intégration et à la prise en charge des relais, observe que « *le relais communautaire peut être autorisé à poser tel ou tel acte et on peut l'introduire dans les textes. En ce moment, il n'y a pas de problème ; mais c'est à eux de nous dire voilà les éléments qu'ils veulent qu'on introduise ; et voilà la plus-value* ».

De manière générale, le principe qui guide la délégation des tâches est le contexte et la pratique fondée sur la compétence. Ceci est illustré par une informatrice-clé responsable au niveau du district : « *Lorsque vous êtes dans un cadre, un environnement qui permettrait d'offrir une prestation comme la ligature tubaire, la ligature des trompes ou bien les implants ; vous allez voir que le prestataire également peut le faire ; donc ça, c'est un niveau de délégation des médecins vers les paramédicaux. Bien entendu en amont il y a eu toujours un renforcement des compétences en la matière, ce qui permettrait à des collaborateurs de l'offrir.* »

La Formalisation : Un Atout Nécessaire et Incontournable

Il y a longtemps que les ASC sont formés au Niger. Ils ont été recrutés suivant plusieurs niveaux scolaires, bacheliers et titulaires du brevet. Ils sont formés pour être capables d'offrir la planification familiale et faire des accouchements assistés. Ils sont très motivés, comme l'indique un médecin : « *On a vu qu'ils ont travaillé et il n'y a pas eu de problèmes majeurs ; d'ailleurs les gens sont satisfaits des services rendus. Je crois qu'il faut formaliser et c'est le rôle du ministère de la Santé.* » L'urgence serait par conséquent que les textes suivent rapidement la pratique à partir du moment où la pratique a montré son innocuité.

De manière pragmatique et en conformité avec les stratégies définies pour l'atteinte des objectifs du plan d'action de PF, des dispositions existent déjà pour faciliter l'utilisation de contraceptifs injectables au niveau communautaire. Sur le plan institutionnel, le Depo-Provera a été inscrit sur la liste nationale des médicaments génériques essentiels, afin qu'il soit éligible jusqu'au niveau case de santé. Pour la mise en œuvre du plan d'action, les contraceptifs injectables seront de ce fait disponibles jusqu'au niveau village. Pour de plus amples informations concernant les ASC et les relais communautaires, voir l'annexe A.

Statut d'emploi des catégories d'agents

Dans le contexte actuel au Niger, le statut d'emploi des catégories d'agents est en train de changer de contenu en fonction des attributions additionnelles pour cadrer avec la réalité du moment dans le but d'atteindre les objectifs fixés au plan d'action national de PF (2013–2020). Les structures de santé comme les cases de santé commencent à bénéficier de personnel qualifié du niveau infirmier d'Etat, et le rôle des ASC et autre relais est revalorisé avec la possibilité d'accomplir des actes que les textes jusque-là ne leur permettaient pas d'assumer. Par conséquent, le paysage des prestations de services en planification familiale au Niger est en train de changer.

Niveau d'éducation

Un aspect qui n'est systématisé qu'en partie dans l'identification des agents de santé communautaire est le niveau d'instruction à partir duquel il faut les sélectionner, voire les recruter. Plusieurs options ont été envisagées et testées à partir de l'hypothèse qu'il n'est pas facile de trouver dans les villages des personnes d'un certain niveau d'instruction.

La démarche adoptée pour fixer le niveau d'instruction nécessaire s'est basée sur les qualifications existantes dans les villages et l'expérience d'utilisation de ce niveau de compétence.

~ Informatrice-clé, médecin, niveau centrale

C'est ainsi que le niveau d'instruction pour le choix des agents de santé communautaire était précisé dans les documents.

Dans le cadre de la prise en charge intégrée des maladies des enfants, par exemple, le niveau recherché a été fixé à celui de la quatrième. Le recrutement a pris en compte par la suite même des bacheliers qui vivaient au village et qui ont accepté de faire le travail.

Il devient impératif d'élever le niveau du personnel employé en milieu communautaire. Actuellement, cette revalorisation touche les cases de santé (le premier échelon de la pyramide sanitaire). Un transfert de compétence s'y opère du fait de l'affectation par les pouvoirs publics eux-mêmes d'un personnel ayant un niveau de qualification plus élevé qu'initialement prévu par la politique. Lors des entretiens effectués par l'équipe HPP, les informateurs-clés ont observé qu'il y a eu plus de recrutement de médecins, sages-femmes et infirmiers ces deux dernières années que toutes les années précédentes depuis l'indépendance. L'incidence de cette politique est que le niveau va être relevé à partir de la base de la pyramide sanitaire en ce qui concerne le personnel qualifié. Ces décisions vont considérablement changer la politique dans sa mise en œuvre et nécessiter de nouvelles délégations de tâches, alors que les révisions des textes observées actuellement focalisent sur un niveau de personnel non qualifié. Même si par ailleurs l'argumentaire de ces recrutements et affectations est de faire de ces médecins des formateurs, il reste qu'eux ne se verront pas dans ce rôle sur une longue échéance. Par conséquent, il faut attirer l'attention sur le maintien pour le moment de la politique de délégation des tâches au personnel non qualifié. Selon la pratique dans l'administration publique, dans les deux années à venir, la plupart des médecins affectés au niveau décentralisé vont demander une affectation à l'issue de leur titularisation. Il va falloir alors recommencer à compter sur les agents de santé communautaire. Entretemps, le Niger pourrait accuser un retard encore plus grand dans le domaine de l'offre de services de santé au niveau communautaire.

Le décret no 88-129/PCMS/MSP/AS du 7 avril 1988 en son article premier stipule que le personnel médical et paramédical est autorisé à appliquer les méthodes contraceptives réversibles et irréversibles suivantes :

- Les méthodes hormonales orales et injectables
- Les DIU
- Les méthodes de barrières ; les diaphragmes, spermicides et préservatifs ; la ligature des trompes ou la stérilisation tubaire ; la vasectomie

En son article 5, le même décret précise que l'acquisition des diaphragmes, spermicides et préservatifs ne nécessite pas une ordonnance. Ledit décret indique dans le reste de ses dispositions les conditions dans lesquelles est autorisée l'ordonnance ou l'offre de méthodes de contraception moderne au Niger pour les catégories de personnel de la santé. C'est ce que résume le tableau 4 ci-dessous, où l'on peut noter qu'aucune disposition n'existe pour les agents de santé.

Tableau 4 : Répartition des Catégories de Personnel de PF Selon le Type de Services que le Décret no 88-129/PCMS/MSP/AS du 7 Avril 1988 les Autorise à Offrir

Catégorie	Autorise à Prescrire la Contraception Orale et les Contraceptifs Injectables	Autorise à Prescrire et à Pratiquer L'insertion des Dispositifs Intra-Utérins (sous condition de formation appropriée)
Médecin gynéco-obstétricien	Habileté à pratiquer la contraception sous toutes ses formes	
Technicien supérieur de santé	X	X
Assistant de santé	X	X
Sage-femme	X	X
Infirmière/infirmier diplômé d'Etat	X	X
Agent de santé communautaire (ASC)		

Programme de formation continue

Les textes en vigueur, qui datent des années 1980 à 1990, stipulent et précisent le personnel médical habilité à offrir les services de planification familiale. Il s'agit de personnel de haut niveau et qualifié. Cependant, entre la promulgation de ces textes et la période actuelle, des générations entières de médecins ont été formées et exercent sans avoir nécessairement reçu de formations ou de mises à jour spécifiques sur les méthodes contraceptives modernes excepté dans le cadre des stages pratiques avant la fin de leurs études. Un médecin de la direction de la Santé maternelle et néonatale abonde dans ce sens, en évoquant le cas des médecins-chefs de districts : « *D'après les données d'enquête, on a constaté que l'une des faiblesses, c'est la non implication des médecins-chefs de districts ; ils n'étaient pas formés ; les enquêtes ont montré qu'eux-mêmes n'avaient pas les compétences en réalité pour superviser les agents dans le domaine de la PF.* »

En ce qui concerne les prestataires, selon leur catégorie, les formations suivies vont de celles organisées dans le cadre du renforcement des capacités à celles reçues sur le tas dans les services. Un médecin du ministère de la Santé explique qu'« *en matière de PF, la formation même, ils reçoivent ça sur le terrain. C'est-à-dire, une fois qu'ils sont sur le terrain, il y a les formations continues ; et aussi on profite des formations continues pour leur donner cette formation ; pour leur donner ces compétences en matière de planification familiale ; mais formation de base, non ! Ils ne peuvent pas avoir le même volume horaire que les agents qualifiés.* »

De l'avis d'une pharmacienne du ministère de Santé, l'accent doit encore être mis sur la formation, qu'elle juge insuffisante, avant que la délégation des tâches ne devienne effective. Elle évoque en particulier le cas des agents de distribution, qui selon elle n'ont pas eu assez de formation, surtout les agents de santé.

Les formations de perfectionnement

Deux approches sont évoquées en matière de formation de perfectionnement : la plus courante et celle qui se fait sur le tas. La plus courante a lieu lors des supervisions formatives prévues tous les trois mois. Selon un responsable du ministère de la Santé, « *La supervision, son sens même c'est de continuer à faire la formation.* »

Les formations de perfectionnement programmées se font sur la base de prévisions dans le plan annuel d'activité des structures, comme le précise un médecin du ministère de la Santé : « *Ça dépend des besoins*

que les districts ont identifiés, dans le fonctionnement quotidien, leur supervision, leur suivi-évaluation des activités ; ils arrivent à identifier les besoins en formation de leurs agents, et ils programment leur formation. »

Les formations de perfectionnement obéissent également à une délégation institutionnelle des tâches à partir de janvier 2014. Une personne-ressource chargée de ces aspects à la direction de la Santé maternelle et néonatale précise que *« jusqu'à il y a un mois de cela, les CSI quittaient le district pour aller à la DRSP pour la formation. Donc à partir de janvier c'est au niveau des districts que les formations en technologie contraceptive se feront ; en dehors bien sûr de la formation des formateurs. »*

Cette délégation institutionnelle s'inscrit dans la droite ligne de celle au niveau individuel. Elle sert de cadre à la mise en œuvre de la révision du paquet minimum d'activités jusqu'au niveau des CSI et des cases de santé, en ce qui concerne l'implication des relais communautaires dans l'offre de services de contraceptifs injectables en partenariat avec l'ONG Animas Sutura. Dans ce contexte, une expérience sur une année et sur une cinquantaine de sites est prévue dans le département de Maradi pour le niveau communautaire en 2014. Pour les cases de santé, ce sont les deux grands districts de Magaria et de Tera qui ont été choisis.

La réalisation de l'ambition d'une grande couverture qui rendra le Depo-Provera disponible jusque dans les cases de santé est pour le moment en cours. Les CSI ont été dépassés. L'étape ultime est maintenant le niveau communautaire, là où il n'y a pas d'infrastructure sanitaire.

Indéniablement, de petites difficultés persistent, selon un médecin responsable de la formation décentralisée. La majorité de ces relais communautaires n'ont jamais été à l'école. Il est donc important d'identifier ceux ayant un certain niveau d'instruction et de leur apporter une brève formation (cinq jours par exemple) pour leur enseigner certaines compétences techniques (par exemple, administrer une injection sans atteindre un nerf).

La rémunération des ASC bénévoles

La plupart des personnes rencontrées dans le cadre de cette étude parlent du recrutement, de la formation et des activités menées par les relais. Très peu de ces informateurs ont évoqué la question de leur statut ou de leur rémunération. Même si le sujet n'est pas tabou, il semble pourtant qu'il n'y ait pas beaucoup d'information en la matière. Néanmoins, deux approches au traitement des relais ont cours au Niger : (1) celle de l'administration publique fondée sur la participation communautaire et le principe du bénévolat dans la participation aux activités de santé et (2) celle observée par les ONG dont le principe est la rémunération.

Un administrateur du ministère de la Santé aborde cependant la question sous son angle dichotomique : *« Vous savez, c'est la rémunération qui pose problème. Au niveau des structures publiques, c'est le principe du bénévolat. Mais ce qui est sûr, on a bien dit que le bénévolat a ses limites. Il va falloir un jour ou l'autre que le ministère de la Santé définisse vraiment de quelle manière il faudrait vraiment penser à faire quelque chose pour ces gens-là qui participent vraiment. Pour le moment, il n'y a aucun moyen pour les rémunérer. Les ONG arrivent à les rémunérer régulièrement. Elles arrivent donc à les motiver pour les assister dans le cadre des sensibilisations et autres activités dans le domaine de la santé. Ce qui fait que ces ONG ont beaucoup plus de relais communautaires. »*

Une analyse similaire est faite par des personnes-ressources de la division Santé communautaire, dont une qui estime qu'*« il faudrait renforcer les capacités des relais, les suivre régulièrement et les motiver ; parce que le nouveau paquet pour les relais, ils ont besoin d'une motivation pour le faire. Le coût de la vie augmentant de jour en jour, il n'est pas facile toujours d'avoir quelqu'un qui va laisser son travail*

pour faire le travail de l'autre sans pour autant en contrepartie avoir quelque chose comme motivation. En résumé, renforcement de capacité, suivi régulier et motivation sont les maîtres mots. »

Cependant, les informateurs ont également indiqué qu'une des directives de la politique de la décentralisation est que les collectivités allouent un certain pourcentage de leur budget au secteur de la santé. Quant au montant de la contribution financière attendue des collectivités et comment elles doivent identifier des ressources à mettre à la disposition des relais communautaires, les informateurs ont fourni quelques précisions. En effet, les collectivités doivent non seulement contribuer en termes de budget, mais également servir d'appui en ressources humaines. Mais cette participation est très faible pour le moment. Donc on a demandé aux DRSP, ainsi qu'aux districts sanitaires, de mener des plaidoyers à l'endroit des collectivités pour les inciter à s'intéresser davantage au secteur de la santé. Il semble que pour le moment elles le font pour certaines catégories de personnel comme les manœuvres, les filles de salle et même parfois les chauffeurs. Ce sont surtout les communes les plus riches qui arrivent à le faire. Mais les textes stipulent que les collectivités doivent accorder 8 à 10 % de leur budget au secteur de la santé. Normalement, la planification doit se faire en fonction des besoins de chaque commune.

Ce qui ressort de l'analyse de la rémunération du personnel non médical à l'échelle locale est que la politique de décentralisation est en train d'influencer la délégation des tâches au niveau de la santé. L'arrimage entre les plans de développement communal et le dédommagement, voire la rémunération, des agents de santé bénévoles plonge dans la complexité des politiques de décentralisation.

Un suivi des autorités régionales de la santé aiderait probablement à motiver les autorités communales dans ce sens. Il serait à recommander comme début de mise en œuvre et de solution.

Les tâches et les services offerts par les ASC

Le nombre d'ASC est estimé à 2 500 au Niger. Leur recrutement pour officier dans les cases de santé a été une innovation majeure dans l'évolution du système de santé nigérien. Cela a été la traduction d'une très forte volonté politique pour amorcer la délégation des tâches au premier niveau de la pyramide sanitaire. La formation aussi bien théorique que pratique qui leur est donnée est le garant d'offre de services dans les normes admises. Cette réalité invite à accorder plus d'attention à leur rôle et aux résultats au sein de la communauté, mais aussi à la confirmation qu'ils donnent et qui plaide en leur faveur pour leur accorder la réalisation de plus d'actes en matière de contraception.

Les activités dans lesquelles les ASC s'impliquent sont en général bien connues. Elles sont consignées dans le document de stratégie nationale pour les interventions au niveau communautaire. Au ministère de la Santé, une division est chargée de la santé communautaire. En cherchant à documenter davantage les tâches et les services offerts par les ASC, un responsable du ministère a fait le tour de la question pour faire comprendre que le document de stratégie est le seul qui donne de manière exhaustive les attributions des ASC. La raison est simple. Au départ, l'idée d'un document de politique d'intervention au niveau communautaire a été émise. De nombreuses discussions ont clarifié qu'il n'existe qu'un seul document de politique au ministère de la Santé, tous les autres étant de nature stratégique. Par conséquent, le document qui définit tous les aspects—les contours des interventions, toutes les interventions qu'un relais communautaire peut offrir, le type de matériel qu'il doit avoir, les médicaments qu'il peut utiliser, son niveau d'instruction, comment son recrutement doit se faire, sa motivation—a été appelé « document de stratégie nationale pour les interventions au niveau communautaire ». De ce fait, il tient lieu de document de politique. Il est la référence.

La distribution à base communautaire parmi les services de PF offerts par les ASC aux clients

Au Niger la distribution à base communautaire demeure le système de proximité le plus ancien et le mieux rôdé dans l'offre de services de contraception modernes. Outre qu'ils fournissent des produits

gratuits, les agents de santé communautaire qui en sont les chevilles ouvrières sont ciblés pour la fourniture de contraceptifs injectables en fonction de leur niveau de formation et compétences techniques. Le choix opéré de leur confier l'administration de méthodes contraceptives à longue durée d'action ira nécessairement de pair avec un renforcement de leur formation, qui inclura de nouvelles composantes, notamment la prise en charge des effets secondaires et la référence aux échelons supérieurs de la pyramide sanitaire.

Des dispositions sont prises dans ce sens. Un responsable de la santé maternelle rapporte qu'une « réunion du comité national de sécurisation des produits de la SR a été organisée le jour même de son entretien autour des méthodes injectables et de la gestion des effets secondaires ». Il en est ressorti que la mise en place d'outils pour rapporter exactement ce qui se passe sur le terrain est nécessaire dans la phase d'expérimentation. En outre, un plan de communication doit être élaboré sur les avantages escomptés de ces méthodes. Si un tel mécanisme de suivi et de gestion n'est pas mis en place, ceux qui attendent beaucoup de l'expérience du Niger risquent d'être déçus.

Le même responsable insiste, « Nous sommes très conscients des écueils ou des facteurs de risque qui peuvent intervenir dans une telle stratégie, parce que même avec les prestataires qualifiés il a été démontré que ce risque existe. Il a été rapporté par 25 % d'utilisatrices et beaucoup malheureusement abandonnent les méthodes ; que ce soit l'injectable-là, ou même les implants, s'ils ne sont pas accompagnés d'un très bon plan de communication et d'information. En ne renforçant pas et en accentuant pas la formation des prestataires sur ce genre de choses, on risque d'avoir des difficultés. »

Evaluation des ASC pour les services de PF

Les évaluations se font dans le cadre des supervisions dans le domaine de la PF au Niger. Le concept d'évaluation formative en est la base. En la matière, les points focaux en PF interviewés indiquent qu'ils le font avec une périodicité trimestrielle.

Quelques changements se profilent à l'horizon. Ils vont porter sur les interventions définies dans le redimensionnement des activités de PF en milieu communautaire. Ces évaluations prendront la forme dans un premier temps d'un tutorat collaboratif dans le processus d'introduction des contraceptifs injectables au niveau des centres de santé intégrés et des cases de santé.

Suggestions des Participants pour Améliorer le Partage des Tâches des Services de PF et Produits de PF à Base Communautaire

Au Niger l'environnement de l'offre de services de PF est conditionné et quelque peu biaisé par le succès et l'influence grandissante d'Animas Sutura. Les participants ont fait leurs suggestions essentiellement par rapport au secteur privé. Celui-ci apparaît comme étant capable d'améliorer notablement les résultats actuels. Beaucoup d'espoirs que reflètent les suggestions qui suivent se fondent par conséquent sur son potentiel.

1. Inciter le secteur privé à jouer un rôle beaucoup plus important dans l'offre de services en engageant des partenariats dans le contexte des contraceptifs.
2. Renforcer le plaidoyer pour assurer le recours des adolescents et des jeunes aux services de santé de reproduction (SR), car aller chercher ces services dans les formations sanitaires où ils sont gratuits est stigmatisé.
3. Couvrir les zones périphériques délaissées de la ville de Niamey, qui ont une forte densité de population, en utilisant les opportunités de partenariat avec le secteur privé.

4. Améliorer les canaux d'information et de communication avec le secteur privé, qui manque d'information sur ce qui se fait dans le public, notamment en matière de gratuité et d'approvisionnement.

CONCLUSIONS

Le contexte de relance et de redynamisation de la PF au Niger a été favorable à l'émergence d'idées et de propositions allant dans le sens de l'offre de services de plus en plus rapprochée de la population. Cela pourrait grandement aider le Niger à atteindre les objectifs ambitieux de prévalence contraceptive qu'il s'est fixés et à bénéficier à long terme du dividende démographique. Les conclusions présentées ci-dessous en donnent une idée.

Le changement le plus important en matière d'offre de services et de redynamisation de la PF vise la base de la pyramide sanitaire. L'OMS préconise que le personnel non médical soit autorisé à prendre en charge la promotion de la santé génésique et de la planification familiale (OMS 2012). Cette équipe bénéficiera de l'appui des relais communautaires et des comités de santé villageois. Les cases de santé étant le point d'accès pour plus de 40 % de la population, on a choisi de réviser le paquet minimum d'activités de ce niveau de la structure sanitaire pour qu'il puisse offrir le maximum de prestations de premier niveau. Cette révision visait le transfert des tâches au vu du fait que des agents de santé communautaire bien supervisés peuvent offrir de nombreux services de base. L'objectif est d'étendre à plus grande échelle le taux de couverture sanitaire, qui se situe actuellement à moins de 50 % au Niger. Conformément à la politique actuelle, la PF occupe une place prépondérante dans le nouveau paquet de services, notamment avec la délégation de la pratique de l'injection du Depo-Provera au niveau des cases de santé.

Au Niger, la gratuité des méthodes modernes de contraception semblerait a priori exclure le secteur privé. Et pourtant, les premières approches indiquent le contraire. La volonté est manifeste à la DSME de poursuivre et de renforcer le partenariat avec le secteur privé. Le marketing social des contraceptifs est un élément favorisant et intégrateur sur lequel peut se fonder entre autres le partenariat public privé.

La vague récente de recrutement dans le secteur public de médecins, sages-femmes et infirmiers et leur affectation dans les structures sanitaires de base va avoir une incidence certaine sur l'actuelle politique de repositionnement de la PF. L'emploi de personnel qualifié à l'échelon où il n'était pas censé intervenir aura des effets certes bénéfiques, mais il créera également une nécessité de redistribution des rôles quant à la délégation des tâches. Le processus actuel de révision des textes devra en tenir compte.

Un facteur favorable extrêmement important dont on ne mesure pas encore tout l'impact est la formidable volonté politique et l'engagement des principaux acteurs de la santé à œuvrer pour renforcer la délégation des tâches au Niger au point d'en faire un modèle. Dans cette perspective s'inscrivent de nombreuses idées et travaux à venir parmi lesquelles la contribution à l'harmonisation du profil de l'ASC et le partage des leçons apprises à travers les tâches qui leur auront été transférées.

RECOMMANDATIONS

Il ressort des différents entretiens avec les acteurs-clés rencontrés les recommandations suivantes :

1. **Déléguer la prescription de contraceptifs au niveau communautaire.** Mettre à profit le nombre impressionnant d'ASC au Niger pour mettre à l'échelle l'offre initiale de la pilule et des contraceptifs injectables après avoir renforcé les compétences des agents.
2. **Prendre en compte dès maintenant dans les changements des textes le rehaussement du niveau du personnel par l'affectation de personnel qualifié dans les cases de santé.** Le relèvement du niveau de personnel affecté à la base de la pyramide sanitaire va avoir une incidence administrative et un effet sur la politique de délégation des tâches. L'attention doit être attirée sur cet élément pour assurer sa prise en compte durant la période actuelle de la révision des textes.
3. **Promouvoir l'offre de méthodes contraceptives à longue durée d'action et la promotion/mise à l'échelle du DIU postpartum.**
4. **Elaborer une politique novatrice et compréhensive de santé communautaire qui précise et clarifie le rôle des différents acteurs.**

ANNEXE A. LES ASC ET LES RELAIS COMMUNAUTAIRES

Si dans les textes les agents de santé communautaire et les relais communautaires ont des attributions et tâches qui se distinguent, dans le langage et pour le sens commun il règne une confusion de ces deux catégories de prestataires communautaires, notamment lorsqu'il s'agit de l'intervention en matière de PF, où le rôle potentiel d'un pourvoyeur d'approvisionnement de renouvellement se confond quelque peu avec celui d'un prestataire de services.

Le rôle des ASC évolue au Niger. Nous aborderons ici les dispositions et attributions les concernant pour donner une idée du cheminement de cette catégorie de prestataire, dont la contribution est inestimable dans l'amélioration de l'offre de services de santé au niveau communautaire. Ce rappel concerne à la fois les ASC et les relais communautaires. Il se décline en sept points.

Le recrutement de l'agent de santé communautaire et le kit de départ

A l'origine, les agents de santé communautaire étaient recrutés à travers une constitution de dossier justifiant le profil requis. Le niveau de recrutement est théoriquement du niveau secondaire. Il était souhaitable que l'ASC soit originaire de l'aire de la case de santé, avec encouragement des candidatures féminines. La formation, assurée par l'Etat, se déroule en six mois. A la fin de la formation, l'ASC fait un stage de durée variable dans son CSI de rattachement. La construction de la case et l'équipement initial sont pris en charge par l'Etat, mais la dotation initiale en médicaments était fournie initialement par la communauté de l'aire de la case. Depuis lors, la dotation en stock initial est assurée par le ministère de la Santé publique avec l'appui des collectivités territoriales concernées et les partenaires au développement.

La supervision et le comité de gestion

La case de santé doit être supervisée tous les mois par le responsable du CSI de rattachement. Le district peut programmer une supervision de contrôle de fonctionnalité de la case qui comprendra la fréquence de la supervision par le CSI. Chaque case de santé a un comité de santé constitué par un représentant des villages de l'aire de la case. Les membres du comité de santé sont parfois utilisés comme relais communautaires dans les villages avec comme tâche d'animer les séances de communication pour le changement de comportement en collaboration avec l'ASC. Ils participent également aux campagnes de masse de lutte contre les maladies. Les relais aident à la recherche des perdus de vue pour la vaccination. Cependant, cette activité reste très disparate et est déterminée le plus souvent par l'existence d'une ONG.

Les salaires

A l'origine, les agents de santé communautaire devaient être rémunérés sur la base des recettes de la case de santé ou des cotisations de la population. Les difficultés de fréquentation, la pauvreté des ménages et la taille parfois trop petite des populations de couverture devaient amener les autorités à rechercher d'autres sources plus sûres comme l'utilisation des fonds de l'Initiative d'allègement de dette en faveur des pays pauvres très endettés (IPPTE). Depuis, ce fonds a été utilisé pour le salaire de ces agents.

Le développement du réseau de cases de santé

En janvier 2001, le Programme spécial du Président, issu des orientations de la Stratégie de réduction de la pauvreté élaborée par le Niger, visait à combler le déficit cumulé d'infrastructures sociales et à faire du secteur rural un moteur du développement économique et de réduction de la pauvreté. Le programme est financé sur les ressources dégagées dans le cadre de l'IPPTE. Les interventions de ce programme ont permis de renforcer le dispositif sanitaire national. Il faut en effet noter que sur 2 493 cases de santé en 2010, 2 175 ont été construites dans le cadre du Programme spécial, soit près de 87 %. Ces efforts ont eu

un impact significatif sur l'évolution du taux de couverture sanitaire (pour ce paquet minimum), qui est passé de 44 % en 2000 à 72 % en 2008.

A partir de 2006, en collaboration avec AWARE/UNICEF, deux districts ont été ciblés pour expérimenter la prise en charge des infections respiratoires aiguës (IRA) au niveau communautaire. Après cette courte expérience, le ministère de la Santé publique du Niger a opté pour une plus grande implication de la case de santé dans la réponse à la demande en soins. Cette implication s'est traduite par une prise en charge plus grande du paludisme et de la diarrhée dans les activités de la case de santé, en plus des IRA/pneumonies. Elle a été précédée par la formation des ASC des cases de santé en prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) communautaire. La mise à l'échelle par les formations a eu lieu entre 2008 et 2010 avec le concours de l'UNICEF à partir du financement canadien de la Catalytic Initiative. Depuis, plus de 3 000 agents de santé communautaire ont été formés et la case de santé a dès lors joué un rôle important dans la réponse aux demandes en soins curatifs de base.

Le relais communautaire

Le relais communautaire est défini comme un volontaire choisi par sa communauté qui accepte d'assurer un certain nombre de tâches ayant trait à la promotion de la santé collective et individuelle en assurant une passerelle entre la communauté et les services de santé. Il est formé par le personnel de santé sur un certain nombre de problèmes de santé, de nutrition, d'hygiène et d'assainissement. Il peut éventuellement disposer d'un paquet de médicaments et produits pharmaceutiques ainsi que des moustiquaires et autres équipements (kit du relais) qu'il pourra distribuer aux membres de sa communauté dans le cadre de ses attributions. Il coordonne ses activités avec celles de l'équipe du CSI et de la case de la zone. Il organise des rendez-vous et prépare sa communauté à recevoir l'équipe du CSI pour les activités en stratégies avancées ou mobiles. Il identifie les groupes cibles. Il participe avec le chef CSI ou avec l'agent de santé communautaire à la planification de la couverture de leur besoins en soins préventifs comme la vaccination (si celle-ci n'est pas intégrée dans la case). Il peut être membre du comité de santé du CSI ou de la case et assister éventuellement à ses réunions. Il doit être une personne influente choisie par la communauté avec un certain niveau d'instruction lui permettant de réaliser des tâches telles que lire des pagi voltes, retransmettre des messages, rédiger éventuellement des rapports, peser et toiser un enfant et transcrire l'information du poids et de la taille de l'enfant sur une courbe de croissance et tenir une petite comptabilité. Le relais peut être également un membre de l'Equipe villageoise de promotion de la croissance, une matrone, un pair éducateur, une maman lumière ou un relais mobilisateur.

Les critères de choix des relais communautaires

Le relais communautaire doit être issu de la communauté qu'il doit encadrer. A cet égard il peut être éventuellement désigné par le comité de santé (COSAN), qui est mieux indiqué pour apprécier les qualités en rapport avec son acceptabilité par la communauté. L'équipe du CSI donnera un appui pour assurer le garanti des critères relatifs aux capacités d'exécution des tâches attendus de l'agent.

- Le relais communautaire sera sélectionné dans sa communauté et désigné par les membres du COSAN
- Il ne doit pas être salarié mais pourra bénéficier d'une motivation, qui doit être décidée avec la communauté en fonction des réalités pour proposer des options pérennes
- Il doit être stable dans la communauté
- Il doit être alphabétisé, dynamique et disponible

Attributions—rôles

La palette des missions confiées aux relais communautaires en matière de santé est relativement large. Au total 24 tâches spécifiques leur sont confiées. Compte tenu du rôle de plus en plus important qu'ils

doivent jouer dans le repositionnement de la PF, nous ne rappelons ici que les trois ayant trait à cet objectif, à savoir :

1. Rappeler aux mères d'enfants de 0 à 11 mois et aux femmes enceintes les échéances à respecter dans le cadre des activités préventives (vaccination lors de la consultation prénatale recentrée [CPNR] et contraception)
2. Faire la recherche active à travers des visites à domicile des enfants non vaccinés et ceux qui n'ont pas achevé leur vaccinations (perdus de vue) et des femmes enceintes n'utilisant pas les services de CPNR et de planification familial
3. Pour les villages qui ne sont pas des chefs-lieux de case de santé, le relai peut disposer des produits suivants pour les cas identifiés :
 - Sels de réhydratation orale/zinc
 - Paracétamol
 - Contraceptifs oraux
 - Moustiquaires
 - Préservatifs, spermicides

ANNEXE B. LISTE DES CONTACTS

Etude sur le Repositionnement de la PF au Niger (Délégation des Tâches/Task Sharing)

No.	INSTITUTION
1	Association des sages-femmes
2	ONPPC
3	ANBEF
4	Marie Stopes International Niger
5	OSC PF pour le repositionnement de la PF
6	Engender Health (Programme AGIR PF)
7	Division PF
8	Ordre des médecins, pharmaciens et dentistes du Niger
9	SR/PF/NYCU
10	Animas Sutura
11	Organisation des soins PI
12	DGR
13	Santé de la mère et de l'enfant
14	Direction des pharmacies et laboratoires
15	SR/PF District 1, 3, 5 NYCU
16	DELIVER/USAID
17	Division planification familiale
18	DRSP Niamey
19	Division Santé communautaire
20	PSI Niger

ANNEXE C. GUIDE D'ENTRETIEN DE LA DÉLÉGATION DES TÂCHES A

Section 1 : Introduction

Guide d'entretien de la délégation des tâches A : Pour des entretiens avec des représentants du gouvernement, du ministère de la Santé (MS) travaillant dans le domaine de la SR/PF, les membres des équipes décentralisées du MS (en particulier les agents de santé de district) et les dirigeants des organismes de régulation de santé publique (y compris les soins médicaux, infirmiers et conseils en pharmacie)

Avant chaque entretien : présentation de l'enquêteur et explication de l'entretien

Bonjour/Bonsoir. Je suis ici au nom du Futures Group, un organisme de développement international, et du Projet de politique de santé, financé par l'USAID, qui travaille avec les gouvernements pour améliorer la mise en œuvre des politiques et programmes. Nous travaillons avec le gouvernement du Niger/du Togo/de la Mauritanie/du Burkina Faso afin d'identifier les politiques actuelles et la mise en œuvre de la politique de délégation des tâches entre les différentes catégories de prestataires de soins de santé et des services de planification familiale ainsi que des directives 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 commencer le questionnaire, je tiens à vous assurer que nous tiendrons à préserver l'anonymat de tous les informateurs dans le cadre de cette évaluation. Si vous avez des préoccupations au sujet du processus de l'entretien ou de vos déclarations, qui seront conservées dans la plus stricte confidentialité, veuillez appeler le numéro que je vous ai communiqué pour nous en informer. Cet entretien devrait prendre environ 30 à 45 minutes.

Etes-vous prêt(e) à participer à cette évaluation ? Consentement verbal donné pour participer : **Oui ()**
Non () (ne pas continuer)

Section 2 : Informations Générales

1. Nom de l'enquêteur : _____
2. Lieu : _____
3. Date de l'entretien : _____
4. Heure de l'entretien suivant : _____
5. Numéro du formulaire d'entretien : _____
6. Catégorie de l'informant(e) :
 - a. Ministère de la Santé, niveau national _____
 - b. Responsable du service de Santé de district ou autre démembrement du ministère de la Santé _____
 - c. Responsable de l'organe de régulation du service médical _____
 - d. Responsable de l'organe de régulation des soins infirmiers _____
 - e. Responsable de l'organe de régulation de la pharmacie _____

- f. Autre, précisez : _____
7. Sexe des participants : H/ F
8. Date de traduction/transcription complète : _____
- a. Transcription par: _____
9. Date de traduction complète (du français vers l'anglais) : _____
- a. Traduction par : _____
-

Section 3 : Le Questionnaire Guide A

1. Quelles sont les sources existantes de (*inscrivez le type de service de contraception dans la colonne de gauche du tableau 1*) dans votre pays (*région, district ou communauté, en fonction de la catégorie de personne interrogée*) ? *Lorsque le répondant a fini, demandez-lui si d'autres sources existent pour ce service de planification familiale/contraception. Répétez jusqu'à ce que le répondant dise « non ».*

Instructions : Remplissez le tableau ci-dessous en cochant pour indiquer quelle catégorie de personnel fournit chaque type de service sur la gauche, tel que l'informateur le rapporte au cours de l'entretien. Si différents informateurs-clés fournissent des informations contradictoires (par exemple, si un ou plusieurs informateurs-clés rapportent qu'une catégorie de personnel fournit un service précis et un ou plusieurs autres informateurs-clés signalent que cette catégorie de personnel ne gère pas ce type de service), veuillez le noter dans le rapport final. Dans ce cas, n'oubliez pas d'inclure des informations spécifiques sur la catégorie et la localisation de chaque informateur-clé et exactement ce qu'il a déclaré.

Tableau 1. Offre de Services de Planification Familiale par Catégorie de Personnel

Type de Service	Agent de Marketing Social	Pharmacien	Agent de Santé Communautaire	Aide-Soignant	Infirmier	Sage-Femme	Responsable Clinique	Médecin	Centre de Santé Public	Prestataire Privé ou ONG	Autre (inscrivez la catégorie)
Conseil											
Visites à domicile											
Causeries d'éducation pour la santé											
Contraceptifs oraux combinés											
Pilules uniquement progestatives											
Préservatifs											
Injection Depo-Provera											
Injection Noristerat											
Dispositif intra-utérin											
Ligature bilatérale des trompes											
Vasectomie											
Insertion d'implant											
Contraception d'urgence											

Annexe C. Guide D'entretien de la Délégation des Tâches A

Type de Service	Agent de Marketing Social	Pharmacien	Agent de Santé Communautaire	Aide-Soignant	Infirmier	Sage-Femme	Responsable Clinique	Médecin	Centre de Santé Public	Prestataire Privé ou ONG	Autre (inscrivez la catégorie)
Méthodes d'abstinence périodique											
Méthodes contraceptives à longue durée d'action (LAM)											
Supervision des cadres inférieurs											

2. Existe-t-il des sources d'approvisionnement de (contraceptifs oraux/injectables/DIU/implants/vasectomie/ligature des trompes) au niveau communautaire ?
Demandez pour chaque méthode de PF.

a. Contraceptifs oraux **Oui** ____ **Non** ____

Si oui, veuillez les décrire, en notant l'emplacement (par exemple, clinique publique/privée, communautaire, etc.) et la catégorie de prestataire :

Si non, pourquoi pensez-vous que cette méthode n'est pas disponible au niveau de la communauté ?

Si non, quels sont les obstacles à la prestation de cette méthode au niveau communautaire ?

b. Contraceptifs injectables **Oui** ____ **Non** ____

Si oui, veuillez les décrire, en notant l'emplacement (par exemple, clinique publique/privée, communautaire, etc.) et la catégorie de prestataire :

Si non, pourquoi pensez-vous que cette méthode n'est pas disponible au niveau de la communauté ?

Si non, quels sont les obstacles à la prestation de cette méthode au niveau communautaire ?

c. Implants **Oui** ____ **Non** ____

Si oui, veuillez décrire, en notant l'emplacement (par exemple, clinique publique/privée, communautaire, etc.) et la catégorie de prestataire :

Si non, pourquoi pensez-vous que cette méthode n'est pas disponible au niveau de la communauté ?

Si non, quels sont les obstacles à la prestation de cette méthode au niveau communautaire ?

d. DIU **Oui** ____ **Non** ____

Si oui, veuillez décrire, en notant l'emplacement (par exemple, clinique publique/privée, communautaire, etc.) et la catégorie de prestataire :

Si non, pourquoi pensez-vous que cette méthode n'est pas disponible au niveau de la communauté ?

Si non, quels sont les obstacles à la prestation de cette méthode au niveau communautaire ?

e. Vasectomie **Oui** ____ **Non** ____

Si oui, veuillez décrire, en notant l'emplacement (par exemple, clinique publique/privée, communautaire, etc.) et la catégorie de prestataire :

Si non, pourquoi pensez-vous que cette méthode n'est pas disponible au niveau de la communauté ?

Si non, quels sont les obstacles à la prestation de cette méthode au niveau communautaire ?

f. Ligature des trompes **Oui** ____ **Non** ____

Si oui, veuillez décrire, en notant l'emplacement (par exemple, clinique publique/privée, communautaire, etc.) et la catégorie de prestataire :

Si non, pourquoi pensez-vous que cette méthode n'est pas disponible au niveau de la communauté ?

Si non, quels sont les obstacles à la prestation de cette méthode au niveau communautaire ?

3. Quelles sont les catégories d'agents communautaires impliqués dans la fourniture de médicaments et/ou contraceptifs injectables (si de tels agents existent) ?

Type de travailleur communautaire _____

Pilules **Oui**___ **Non**___

- a. *Si oui*, ces agents sont-ils liés à des cliniques existantes pour la supervision, l'approvisionnement et les références en cas de complications ?
 - b. *Si oui*, les travailleurs communautaires sont-ils régulièrement employés ou des bénévoles rémunérés ?
 - c. *Si oui*, quel est le niveau d'éducation de ces agents et quelle est la durée du programme actuel de formation ?
4. Quelles sont les catégories d'agents communautaires impliqués dans la fourniture de médicaments et/ou contraceptifs injectables (si de tels agents existent) ?

Catégorie d'agent communautaire _____

Contraceptifs injectables **Oui**___ **Non**___

- a. *Si oui*, ces travailleurs sont-ils liés à des cliniques existantes pour la supervision, l'approvisionnement et les références en cas de complications ?
 - b. *Si oui*, les travailleurs communautaires sont-ils régulièrement employés ou des bénévoles rémunérés ?
 - c. *Si oui*, quel est le niveau d'éducation de ces agents et quelle est la durée du programme actuel de formation ?
5. Quels sont les services et les tâches des ASC dans ce pays/cette région/ce district ?
- a. Quels services de planification familiale sont-ils fournis ? Veuillez les décrire.
 - b. Avez-vous des données sur le nombre d'activités réalisées et les services fournis durant l'année écoulée ? (*Données statistiques des services sur le nombre et le type d'activités réalisées, le nombre et le type de contraceptifs distribués, les variations régionales du nombre et du type d'activités*)
 - c. *Si oui*, demandez au participant de fournir une copie des données ou des rapports.
 - d. Qui détermine les tâches de PF qu'effectuent les ASC ?
 - e. Quel est le mode de prestation de services pour des tâches de PF (visites à domicile, réunions de groupe, centres de santé) ?
 - f. Quel est le degré de standardisation des tâches entre les agents et les lieux ?
 - g. Les ASC sont-ils formés au conseil sur les choix éclairés de PF (la gamme complète de méthodes de planification familiale disponibles, en plus des contraceptifs injectables) ?

- h. *Si le participant a indiqué que les ASC fournissent des contraceptifs injectables* : Les ASC sont-ils formés aux techniques d'injection sécurisées, la prévention des infections et l'élimination sécurisée des déchets ?
 - i. Les agents de santé de district et les infirmiers superviseurs sont-ils responsables de l'organisation et de la formation des agents de santé communautaire au niveau du district ?
 - j. Des renforcements de capacités sont-ils organisés et gérés chaque année et mis à jour chaque fois que nécessaire pour les agents de santé communautaire ? Veuillez expliquer.
 - k. Quels types de supervision formative sont-ils menés (si nécessaire) pour les ASC qui fournissent des contraceptifs (si de tels types de supervision existent) ? Utilisent-ils une liste de contrôle d'évaluation des compétences ?
6. Les clients de la planification familiale (PF) des agents de santé communautaire dans votre (*pays, région, district ou communauté, en fonction de la catégorie de personne interrogée*) reçoivent-ils une évaluation clinique dans un centre de santé avant que les travailleurs communautaires ne commencent à fournir ou à continuer de fournir des méthodes de PF telles que les contraceptifs oraux ?
Encerchez la réponse : Oui Non
 - a. *Si oui*, pour quels types de contraceptifs les clients de PF des ASC reçoivent-ils une évaluation clinique dans un centre de santé ? Veuillez énumérer tous les types de contraceptifs soumis à cette exigence.
7. Existe-t-il des programmes de marketing social qui fournissent des pilules/contraceptifs injectables/méthodes à longue durée d'action dans votre pays/région/district ?
 - a. *Si oui*, quelles méthodes ?
 - b. *Si oui*, quels sont les programmes de marketing social ?
 - c. *Si oui*, concernant les injections ou d'autres méthodes contraceptives à longue durée d'action, qui donne ces injections/implants/autres ?
8. Existe-t-il des pharmacies/pharmaciens qui fournissent des pilules/contraceptifs injectables/méthodes contraceptives à longue durée d'action dans votre pays/région/district ?
 - a. *Si oui*, quelles méthodes ?
 - b. *Si oui*, concernant les injections ou d'autres méthodes contraceptives à longue durée d'action, qui administre ces injections/insère les implants/autres ?
9. Quelles sont les politiques et les directives actuelles du gouvernement concernant la distribution de pilules/contraceptifs injectables/méthodes contraceptives à longue durée d'action/permanentes ? *Demandez pour chaque méthode*. Veuillez les décrire au mieux de vos connaissances.
10. Quelles sont les politiques et directives actuelles du gouvernement concernant la distribution à base communautaire des contraceptifs en général ? Veuillez les décrire au mieux de vos connaissances.
11. Quelles sont les directives nationales standards sur la correction des erreurs dans la prestation de services de contraception injectable ?
 - a. *Si le participant indique que l'ASC fournit des contraceptifs injectables*, comment sont-elles appliquées aux ASC ?

- b. *Si le participant indique que l'ASC fournit des contraceptifs injectables, des services de prophylaxie post-exposition (PPE) sont-ils offerts aux ASC ? Si oui, veuillez les décrire.*
12. Des prestataires privés fournissent-ils actuellement des pilules/contraceptifs injectables/méthodes contraceptives à longue durée d'action/permanentes ? *Demandez pour chaque méthode.*
- a. *Si oui, collaborent-ils avec le ministère de la Santé au niveau national/régional/district pour proposer des services abordables aux groupes à faible revenu ?*
13. Des catégories suivantes, lesquelles sont des points reconnus de prestation de services de PF ?
- a. Points de vente tels que les hôpitaux, les centres de santé et dispensaires **Oui**___ **Non**___
- b. Services de proximité, y compris les cliniques mobiles **Oui**___ **Non**___
- c. Points de vente communautaires (par les ASC, les magasins de médicaments, les machines de distribution, etc.) **Oui**___ **Non**___
- d. Marketing social **Oui**___ **Non**___
- e. Structures de santé privées telles que les cliniques, les maternités, les centres de soins infirmiers, les pharmacies et les magasins de médicaments au détail **Oui**___ **Non**___
14. **Pour le ministère de la Santé ou les responsables des organismes médicaux/soins infirmiers/de pharmacie au niveau national :**
- a. Quel processus est nécessaire pour modifier les politiques et les directives actuelles relatives à l'accès de la communauté aux pilules/contraceptifs injectables ?
- b. Le ministre de la Santé peut-il seul approuver les nouvelles directives ?
- c. Quels sont les autres organismes et particuliers susceptibles d'être consultés ?
- d. Qui sont les décideurs ? Y a-t-il des moments précis où sont prises les décisions concernant des changements dans les directives de prestation de services, ou ces décisions se prennent-elles quand l'occasion se présente ?

ANNEXE D. GUIDE D'ENTRETIEN DE LA DÉLÉGATION DES TÂCHES B

Section 1 : Introduction

Guide de l'entretien de délégation des tâches B :

Pour des entretiens avec les agents de santé des secteurs public et privé aux niveaux district, national et régional ; avec des représentants des organisations non gouvernementales (prestataires de services) ; des pharmaciens ; des distributeurs agréés de produits pharmaceutiques et des agents de santé communautaire (ASC)

Avant chaque entretien : Présentation de l'enquêteur et explication de l'entretien

Bonjour/Bonsoir. Je suis ici au nom du Futures Group, un organisme de développement international, et du Projet de politique de santé, appuyé par l'USAID, qui travaille avec les gouvernements pour améliorer la mise en œuvre des politiques et programmes. Nous travaillons avec le gouvernement du Niger/du Togo/de la Mauritanie/du Burkina Faso afin d'identifier les politiques actuelles et la mise en œuvre de la politique de délégation des tâches entre les différentes catégories de prestataires de soins de santé et des services de planification familiale ainsi que des directives 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 commencer le questionnaire, je tiens à vous assurer que nous tiendrons à préserver l'anonymat de tous les informateurs dans le cadre de cette évaluation. Si nous utilisons une de vos citations dans le rapport, nous dirons simplement qu'elle vient d'un répondant, d'un décideur ou d'un représentant du gouvernement. Si vous avez des préoccupations au sujet du processus de l'entretien ou de vos déclarations, qui seront conservées dans la plus stricte confidentialité, veuillez appeler le numéro que je vous ai communiqué pour nous en informer. Cet entretien devrait prendre environ 30 à 45 minutes.

Etes-vous prêt(e) à participer à cette évaluation ?

Consentement verbal donné pour participer : Oui () Non () (ne pas continuer)

Section 2 : Informations générales

1. Nom de l'enquêteur : _____
2. Lieu : _____
3. Date de l'entretien : _____
4. Heure de l'entretien suivant : _____
5. Numéro du formulaire d'entretien : _____
6. Catégorie de l'informant(e) :
 - a. Agent de santé du secteur public _____
Si oui, national _____ régional _____ district _____
 - b. ONG fournissant des services _____
 - c. Pharmacien/fournisseur agréé des produits pharmaceutiques _____
 - d. Agent de marketing social _____

- e. Agent de santé communautaire (ASC) _____
 - f. Autre, précisez _____
7. Sexe des participants : H/F
8. Date de traduction/transcription complète : _____
- a. Transcription par : _____
9. Date de traduction complète (du français vers l'anglais) : _____
- a. Traduction par : _____
-

Section 3 : Le questionnaire guide B

1. A quelle catégorie de prestataire de services de santé appartenez-vous ?
- a. Clinicien
 - b. Médecin
 - c. Infirmier
 - d. Sage-femme
 - e. Auxiliaire infirmière/auxiliaire infirmier
 - f. Accoucheuse auxiliaire
 - g. Pharmacien
 - h. Agent de santé communautaire (ASC)
 - i. Agent de marketing social
 - j. Autre, précisez _____
2. Où travaillez-vous/dans quel type d'établissement de soins de santé travaillez-vous ?
- a. Etablissement de santé public, hôpital
 - b. Etablissement de santé public, centre de santé/clinique
 - c. Etablissement de santé public, dispensaire
 - d. Etablissement de santé privé, hôpital
 - e. Etablissement de santé privé, centre de santé/clinique
 - f. Etablissement de santé ONG, hôpital
 - g. Etablissement de santé ONG, centre de santé/clinique
 - h. Etablissement de santé ONG, dispensaire
 - i. Clinique mobile
 - j. Pharmacie
 - k. Dans la communauté (ASC)
 - l. Autre, précisez _____

3. Des services de planification familiale (PF) suivants, lesquels proposez-vous ? *Encerclez toutes les réponses affirmatives.*
- Conseil de PF
 - Visites à domicile
 - Discussion sur l'éducation sanitaire
 - Préservatifs
 - Contraceptifs oraux combinés
 - Pilules uniquement progestatives
 - Injection Depo-Provera
 - Injection Noristerat
 - Dispositif intra-utérin
 - Ligature bilatérale des trompes
 - Vasectomie
 - Insertion des implants
 - Contraception d'urgence
 - Méthodes d'abstinence périodique
 - Méthodes contraceptives à longue durée d'action (LAM)
 - Supervision des cadres inférieurs
4. Des catégories suivantes, lesquelles sont reconnues comme des points de prestation de services de PF dans votre quartier/communauté :
- Points de prestation basés dans des structures telles que les hôpitaux, les centres de santé et les dispensaires **Oui**___ **Non**___
 - Services de proximité, y compris les cliniques mobiles **Oui**___ **Non**___
 - Points de vente à base communautaire (par exemple, par les ASC, les magasins de médicaments et des machines de distribution) **Oui**___ **Non**___
 - Marketing social **Oui**___ **Non**___
 - Etablissements privés tels que les cliniques, les maternités, les centres de soins infirmiers, les pharmacies et les magasins de médicaments au détail **Oui**___ **Non**___
5. Existe-t-il des sources de (contraceptifs oraux/injectables/DIU/implants/vasectomie/ligature des trompes) au niveau communautaire dans le district/la communauté où vous travaillez ? *Demandez pour chaque méthode de PF.*
- Contraceptifs oraux **Oui** ___ **Non** ___
Si oui, veuillez décrire, en notant l'emplacement (par exemple, clinique publique/privée, communautaire, etc.) et les catégories de prestataires :
Si non, pourquoi pensez-vous que cette méthode n'est pas disponible au niveau de la communauté ?
Si non, quels sont les obstacles à la prestation de cette méthode au niveau communautaire?

- b. Contraceptifs injectables **Oui** ____ **Non** ____
- Si oui*, veuillez décrire, en notant l'emplacement (par exemple, clinique publique/privée, communautaire, etc.) et les catégories de prestataires :
- Si non*, pourquoi pensez-vous que cette méthode n'est pas disponible au niveau de la communauté ?
- Si non*, quels sont les obstacles à la prestation de cette méthode au niveau communautaire ?
- c. Implants **Oui** ____ **Non** ____
- Si oui*, veuillez décrire, en notant l'emplacement (par exemple, clinique publique/privée, communautaire, etc.) et les catégories de prestataires :
- Si non*, pourquoi pensez-vous que cette méthode n'est pas disponible au niveau de la communauté ?
- Si non*, quels sont les obstacles à la prestation de cette méthode au niveau communautaire ?
- d. DIU **Oui** ____ **Non** ____
- Si oui*, veuillez décrire, en notant l'emplacement (par exemple, clinique publique/privée, communautaire, etc.) et les catégories de prestataires :
- Si non*, pourquoi pensez-vous que cette méthode n'est pas disponible au niveau de la communauté ?
- Si non*, quels sont les obstacles à la prestation de cette méthode au niveau communautaire ?
- e. Vasectomie **Oui** ____ **Non** ____
- Si oui*, veuillez décrire, en notant l'emplacement (par exemple, clinique publique/privée, communautaire, etc.) et les catégories de prestataires :
- Si non*, pourquoi pensez-vous que cette méthode n'est pas disponible au niveau de la communauté ?
- Si non*, quels sont les obstacles à la prestation de cette méthode au niveau communautaire ?
- f. Ligature des trompes **Oui** ____ **Non** ____
- Si oui*, veuillez décrire, en notant l'emplacement (par exemple, clinique publique/privée, communautaire, etc.) et les catégories de prestataires :
- Si non*, pourquoi pensez-vous que cette méthode n'est pas disponible au niveau de la communauté ?
- Si non*, quels sont les obstacles à la prestation de cette méthode au niveau communautaire ?
6. Des données sont-elles disponibles sur le nombre d'activités réalisées et les services fournis (*inscrivez le type d'organisation où le participant a travaillé dans la dernière année*) (*Données statistiques des services sur le nombre et le type d'activités réalisées, le nombre et le type de contraceptifs distribués, les variations régionales du nombre et du type d'activités*)
- Si oui*, demandez au participant s'il peut fournir une copie des données ou des rapports.

7. Existe-t-il des programmes de marketing social qui fournissent des pilules/contraceptifs injectables/méthodes contraceptives à longue durée d'action dans votre quartier/communauté ?
 - a. *Si oui*, quelles méthodes ?
 - b. *Si oui*, quels programmes de marketing social ?
 - c. *Si oui*, concernant les injections ou d'autres méthodes contraceptives à longue durée d'action, qui administre ces injections/insère les implants/autres ?
8. Existe-t-il des pharmacies/pharmaciens qui fournissent des pilules/contraceptifs injectables/méthodes contraceptives à longue durée d'action dans votre quartier/communauté ?
 - a. *Si oui*, quelles méthodes ?
 - b. *Si oui*, concernant les injections ou d'autres méthodes à longue durée d'action, qui administre ces injections/insère les implants/autres ?
9. Les prestataires privés fournissent-ils actuellement des pilules/contraceptifs injectables/méthodes contraceptives à longue durée d'action/permanentes dans votre quartier/communauté ? *Demandez pour chaque méthode.*
 - a. *Si oui*, collaborent-ils avec le ministère de la Santé sur le plan national/régional/local pour proposer des services abordables aux groupes à faible revenu ?
10. *Pour les fournisseurs non ASC (médecins, sages-femmes, infirmières, assistants médicaux, pharmaciens)* : Quelles sont les catégories d'agents communautaires impliqués dans la fourniture de pilules (si de tels agents existent) ?

Type d'agent communautaire _____

Pilules **Oui**___ **Non**___

- a. *Si oui*, ces travailleurs sont-ils liés à des cliniques existantes pour la supervision, les approvisionnements et des références en cas de complications ?
 - b. *Si oui*, les travailleurs communautaires sont-ils régulièrement employés ou des bénévoles rémunérés ?
 - c. *Si oui*, quel est le niveau de scolarisation de ces agents et quelle est la durée du programme de formation actuel ?
 - d. *Si non*, êtes-vous disposé à déléguer aux ASC l'offre de la pilule ?
11. *Pour les fournisseurs non ASC (médecins, sages-femmes, infirmières, assistants médicaux, pharmaciens)* : Quelles sont les catégories d'agents communautaires impliqués dans la fourniture de contraceptifs injectables (si de tels agents existent) ?

Type d'agent communautaire _____

Contraceptifs injectables **Oui**___ **Non**___

- a. *Si oui à l'un ou l'autre*, ces travailleurs sont-ils liés à des cliniques existantes pour la supervision, l'approvisionnement et des références en cas de complications ?
- b. *Si oui*, les travailleurs communautaires sont-ils régulièrement employés ou des bénévoles rémunérés ?
- c. *Si oui*, quel est le niveau de scolarisation de ces agents et quelle est la durée du programme de formation actuel ?
- d. *Si non*, êtes-vous disposé à déléguer aux ASC l'offre des contraceptifs injectables ?

12. *Pour les ASC et leurs superviseurs seulement* : Quels sont les services et les tâches des ASC dans ce district/cette communauté ?

- a. Quels sont les services de planification familiale qui sont offerts ? Veuillez décrire.
- b. Qui détermine les tâches de PF qu'effectuent les ASC ?
- c. Quel est le mode de prestation de services des tâches de PF (visites à domicile, réunions de groupe, postes de santé) ?
- d. Quel est le degré de standardisation des tâches entre les travailleurs et les lieux ?
- e. Les ASC sont-ils formés au conseil sur les choix éclairés de PF (c'est-à-dire, la gamme complète de méthodes de planification familiale disponibles, en plus des contraceptifs injectables) ?
- f. *Si le participant a indiqué que les ASC fournissent des contraceptifs injectables* : Les ASC sont-ils formés aux techniques sécurisées d'injection, de prévention des infections et d'élimination sécurisée des déchets ?
- g. Les agents de santé de district et les infirmières superviseurs sont-ils responsables de l'organisation et de la formation des agents de santé communautaire au niveau du district ?
- h. Des formations de perfectionnement pour les agents de santé communautaire sont-elles organisées et gérées chaque année et mises à jour chaque fois que cela est nécessaire ? Veuillez expliquer.
- i. Quel est le type de supervision formative, si nécessaire, des ASC qui fournissent des contraceptifs ? Utilisent-ils une liste de contrôle d'évaluation des compétences ?
- j. Les clients de la planification familiale (PF) des agents de santé communautaire dans votre (*pays, région, district ou communauté, en fonction de la catégorie de personne interrogée*) reçoivent-ils une évaluation clinique dans un établissement avant que les agents communautaires ne commencent à fournir ou à continuer de fournir des méthodes de PF telles que les contraceptifs oraux ?

Encerclez la réponse Oui ___ Non ___

- k. *Si oui*, pour quels types de contraceptifs les clients de PF des ASC font-ils l'objet d'une évaluation clinique dans un établissement ? Veuillez énumérer tous les types de contraceptifs soumis à cette exigence.
- l. *Si le participant a indiqué que les ASC fournissent des contraceptifs injectables* : Quelles sont les directives, le cas échéant, dont vous disposez (ou les ASC disposent) pour procéder à l'élimination des déchets par rapport à la prestation de services de contraception injectable ?
- m. *Si le participant a indiqué que les ASC fournissent des contraceptifs injectables, demandez aux ASC* : Avez-vous été déjà formés aux services de prophylaxie post-exposition (PPE) disponibles aux ASC ?

Si oui, veuillez décrire.

REFERENCES

- Central Intelligence Agency (CIA). 2013a. *The World Factbook : Maternal Mortality Rate*. Consulté le 27 mai 2013 sur <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2223rank.html>.
- CIA. 2013b. *The World Factbook : Population Growth Rate*. Consulté le 27 mai 2013 sur <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2002rank.html>.
- CIA. 2013c. *The World Factbook : Total Fertility Rate*. Consulté le 27 mai 2013 sur <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook//rankorder/2127rank.html>.
- Crigler, L., M. Boucar, A. Wittcoff, W. Isenhower et T. Wuliji. 2011. *Aligning and Clarifying Health Worker Tasks to Improve Maternal Care in Niger : The Tahoua Region Human Resources Quality Improvement Collaborative. Technical Report*. Published by the USAID Health Care Improvement Project. Bethesda, MD : University Research (URC).
- FP2020. 2014. « Niger. » Consulté le 20 octobre 2014 sur http://www.familyplanning2020.org/component/ml_commitments/commitment/20.
- Global Health Workforce Alliance (GHWA). 2011. *Reviewing Progress, Renewing Commitment : Progress Report on the Kampala Declaration and Agenda for Global Action*. Consulté le 28 mai 2013 sur http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/KDAGAprgressreport_2011.pdf.
- Gribble, J. 2012. *Fact Sheet : Unmet Need for Family Planning*. Consulté le 27 mai 2013 sur <http://www.prb.org/Publications/Datasheets/2012/world-population-data-sheet/fact-sheet-unmet-need.aspx?p=1>.
- Gulmezoglu, A. M., M. Mathai, R. Bahl, B. Maliqui et C. Dolea. 2013. *Optimisation des rôles des agents de santé pour améliorer l'accès aux interventions de santé maternelle et néonatale clés à travers le transfert de tâches*. Genève : OMS.
- Institut national de la Statistique (INS) et ICF International. 2013. *Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples du Niger, 2012*. Calverton, MD : INS et ICF International.
- Maiga, M. et A. Lo. 2012. *Repositioning Family Planning in Mauritania : A Baseline*. Washington, DC: Futures Group et William and Flora Hewlett Foundation.
- May, J. F., S. Harouna et J.-P. Guengant, IRD. 2004. *Nourrir, éduquer et soigner tous les Nigériens : La démographie en perspective*. Human Development III, Africa Region. Washington, DC : World Bank.
- McDavid, E., et S. Attama. 2012. *Repositioning Family Planning in Niger : A Baseline*. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project.
- McDavid, E., et A. Kodjo. 2012. *Repositioning Family Planning in Togo : A Baseline*. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project.
- Ministère de la Santé publique et de la lutte contre les endémies (République du Niger), direction générale de la Santé publique, direction de la Santé de la reproduction. 2007. *Feuille de route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Niger, 2006–2015*. Mars.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). 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*. Genève : OMS.

Population Reference Bureau. 2012. *Family Planning, Francophone West Africa : A Call to Action*. Consulté le 28 mai 2013 sur http://www.prb.org/pdf12/ouagadougou-partnership_en.pdf.

UNICEF. 2000. *Enquête à indicateurs multiples de la fin de la décennie (MICS2), République du Niger*. Novembre.

World Health Organization (WHO). 2013. *Mauritania Health Fact Sheet*. Consulté le 27 mai 2013 sur <http://www.who.int/gho/countries/mrt.pdf>.

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