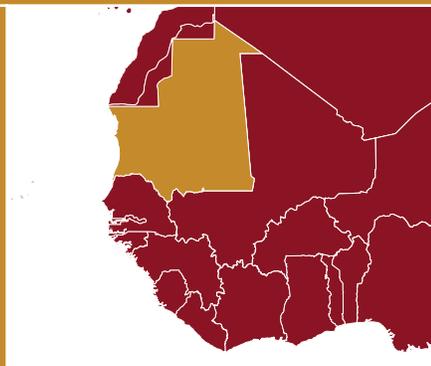


policy

Janvier 2015

REPOSITIONNEMENT DE LA PLANIFICATION FAMILIALE EN MAURITANIE



*La Politique de
Tarification des
Contraceptifs*

Cette publication a été préparée par T. Gandaho, C. Streifel,
M. Maiga et A. Chen du Projet de politique de santé (HPP).

Citation suggérée : Gandaho, T., C. Streifel, M. Maiga, et A. Chen. 2015. *Repositionnement de la Planification Familiale en Mauritanie : La Politique de Tarification des Contraceptifs*. Washington, DC : Futures Group, Health Policy Project.

ISBN : 978-1-59560-079-0

Le Projet de politique de santé est un accord coopératif de cinq ans financé par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) sous l'égide de l'accord #AID-OAA-A-10-00067. Cet accord, qui a pris effet le 30 septembre 2010, est mis en œuvre par le Futures Group en collaboration avec le Centre pour le développement et les activités en matière de population (CEDPA, qui fait partie maintenant de Plan International USA), le Futures Institute, le Bureau régional Afrique de Partners in Population and Development (PPD ARO), le Population Reference Bureau (PRB), RTI International, et l'Alliance du ruban blanc pour une maternité sans risque (WRA).

Repositionnement de la Planification Familiale en Mauritanie : La Politique de Tarification des Contraceptifs

JANVIER 2015

Cette publication a été préparée par T. Gandaho,¹ C. Streifel,² M. Maiga,² et A. Chen².

¹Consultant, ²Health Policy Project

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	vii
Abreviations et Acronymes	ix
Introduction	1
Contexte en Mauritanie.....	2
Objectifs de L'étude.....	3
Le Système de Santé de la Mauritanie.....	3
La Santé Maternelle et Infantile en Mauritanie.....	4
Méthodologie	5
Revue Documentaire.....	5
Entretiens Approfondis	5
Echantillon.....	5
Analyse des Données	6
Limites de L'étude.....	6
Résultats	7
L'impact des Politiques de Tarification Courantes en Matière de SR/PF sur les Programmes de PF	7
Les Obstacles Entravant L'accès aux Services de PF	18
L'impact du Secteur Privé sur la PF et la SR.....	22
Le Processus de Gestion et du Suivi-Evaluation des Programmes de PF	23
Les Suggestions des Participants pour Améliorer la Situation de la PF en Mauritanie	25
Conclusion	30
Recommandations.....	30
Références	32
Annexe A. Liste des Informateurs-cles	33
Annexe B : Guide D'entretien pour une Politique de Tarification en Afrique de L'ouest	34
Criteres D'eligibilite	34
Introduction & Instructions pour L'intervieweur.....	35
Guide D'entretien.....	35

REMERCIEMENTS

Le bureau Afrique de l'Ouest du Futures Group remercie le ministère de la Santé de la Mauritanie d'avoir accueilli favorablement le principe de cette étude et donné son soutien politique indispensable à sa réalisation. L'équipe remercie particulièrement le docteur Mahfoudh Boye, coordinateur du Programme national de santé de la reproduction (PNSR), pour son implication personnelle et volontariste à l'identification des informateurs clés qui ont contribué à la réussite de l'étude. Nous remercions sincèrement le docteur Mohamed Lemine pour son investissement personnel dans la mobilisation des informateurs-clés de cette étude. Grâce à lui, l'étude s'est déroulée dans un délai raisonnable.

L'équipe du siège de Futures Group à Washington tient à remercier Modibo Maiga, directeur régional de notre bureau Afrique de l'Ouest, pour ses orientations et conseils utiles, sans lesquels cette mission n'aurait pu se dérouler dans des conditions optimales. Nous sommes reconnaissants du travail de son équipe, qui n'a ménagé aucun effort pour la gestion administrative efficace de cette mission.

Nous remercions également les piliers de cette étude, à savoir, toutes les personnes-clés qui ont accepté nos entretiens malgré leurs calendriers chargés. Tous nous ont fait preuve d'un accueil chaleureux et d'une disponibilité sans faille, qui ont beaucoup facilité la collecte des informations présentées dans ce rapport. Nos remerciements vont aussi aux transcripteurs des enregistrements d'entretien pour leur assiduité et leur travail acharné, qui ont permis de respecter les délais.

Le bureau Afrique de l'Ouest du Futures Group remercie chaleureusement le Bureau Régional de l'USAID/Afrique de l'Ouest pour son soutien financier à la réalisation de l'étude.

RESUME ANALYTIQUE

Aperçu du Contexte

Les programmes de planification familiale (PF) en Afrique de l'Ouest peinent à répondre à la demande en matière de contraception suite à la réduction de l'assistance des donateurs et à l'augmentation du besoin de services de PF (PATH 2010 ; Drake et al. 2011). Les prix des produits constituent très souvent une barrière de taille dans la région, tant pour les consommateurs que pour les prestataires locaux de PF. Les politiques de tarification stipulant une contraception gratuite ou à un prix réduit ont élargi l'accessibilité des services de PF. En plus, les politiques de tarification peuvent influencer aussi bien l'accès du consommateur aux produits de PF que la disponibilité de ceux-ci (DELIVER 2007).

Selon l'enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS4 2011) la Mauritanie enregistre des taux élevés de mortalité maternelle (626 pour 100 000 naissances vivantes), de mortalité infantile (75 pour 1 000 naissances vivantes) et infanto-juvénile (118 pour 1 000 naissances vivantes). La prévalence contraceptive pour les méthodes modernes était de 11,4 % en 2011. En cette même année, la proportion de femmes en âge de procréer ayant des besoins non satisfaits en PF était de 31,1 %, l'indice synthétique de fécondité était de 4,5 enfants par femme et le taux d'accroissement annuel était de 2,3 % par an (Office national de la statistique 2011 ; Population Reference Bureau 2012c).

Afin de soutenir les efforts du Gouvernement de la Mauritanie et de ses partenaires, le Projet de politique de santé (HPP), dirigé par Futures Group et financé par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), a mis en place en janvier 2014 une équipe pour évaluer aux niveaux national, régional, district et communautaire les obstacles tarifaires entravant l'accès aux services de planification familiale et les implications des politiques connexes. L'équipe HPP a d'abord mené une revue de la littérature des documents politiques sur la tarification des contraceptifs en Mauritanie et ensuite a réalisé des entretiens approfondis et des discussions en groupe dirigées avec des informateurs-clés. Ces étapes ont permis de recueillir les données nécessaires pour réaliser une analyse des politiques de délégation des tâches et des aspects de la mise en œuvre de ces politiques. Dans ce contexte, l'équipe HPP a mené une enquête qualitative auprès de 26 informateurs-clés pour étudier les domaines suivants :

1. L'impact des politiques de tarification courantes de la SR/PF sur les programmes de PF
2. Les obstacles financiers entravant l'accès aux services de PF
3. L'impact du secteur privé sur la PF et la SR
4. Le processus de gestion et du suivi-évaluation des programmes de PF
5. Les suggestions des informateurs-clés pour améliorer la situation politique de la PF en Mauritanie

Synthèse des Résultats

Les tarifs appliqués varient selon les structures d'offre de services de la gratuité dans le secteur public à des prix très élevés dans le secteur privé. Le tableau 1 résume les prix pratiqués pour les contraceptifs en Mauritanie selon la structure publique ou privée.

Tableau 1. Les Prix Pratiqués (en ouguiya) dans le Cadre de la Politique de Tarification de la Mauritanie

Produits de PF	Prix Officiels	PNSR/CAMEC /DRAS Moughataa (DS)	AMPF Siège	AMPF Clinique	Santé sans Frontières (SSF)	Pharmacie Privée	ASC
Pilule (1 cycle)	Gratuite	Gratuite	200	300	Gratuite	200 à 600	N/A
Contraceptifs injectables (Depo-Provera)	Gratuits	Gratuits	500	500	Gratuits	700 ou 1 200	N/A
Implant (Jadelle)	Gratuit	Gratuit	4 000	3 000	N/D	N/D	N/A
DIU (T Cu A380)	Gratuit	Gratuit	1 000	1 000	N/D	12 000	N/A
Préservatif masculin/unité	Gratuit	Gratuit	Gratuit	Gratuit	Gratuit	12 à 166	N/A
Spermicide comprimé	Gratuit	Gratuit	N/D	N/D	N/D	1 200 à 1 800	N/A
Contraception d'urgence/1 comprimé	Gratuite	Gratuite	Gratuite	500	N/D	1 800 à 3 000	N/A
Collier du cycle	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/A
Ligature des trompes	N/A	N/A	N/D	N/D	N/D	N/D	N/A
Vasectomie	N/A	N/A	N/D	N/D	N/D	N/D	N/A

N/D = Non disponible ; N/A = Non applicable

Tous les contraceptifs sont offerts gratuitement dans les structures publiques. Les prix de cession de la pilule à la femme varient de 300 ouguiya à l'Association mauritanienne pour la planification familiale (AMPF) à 600 ouguiya en pharmacie privée. Le contraceptif injectable coûte 500 ouguiya à l'AMPF et 1 200 ouguiya en pharmacie ; le dispositif intra-utérin (DIU) s'acquiert à 1 000 ouguiya à l'AMPF contre 1 200 ouguiya en pharmacie. Le Jadelle coûte 4 000 ouguiya à l'AMPF mais n'est pas disponible en pharmacie. Le préservatif masculin coûte de 12 à 166 ouguiya par unité en pharmacie mais est gratuit en dans certains endroits. La contraception d'urgence varie de 500 ouguiya à l'AMPF à 3 000 ouguiya en pharmacie.

Le Fonds des Nations-Unies pour la population (UNFPA) est pour le moment le seul partenaire technique et financier (PTF) pour l'achat de contraceptifs en Mauritanie. Mais à partir de 2014 l'Etat mauritanien envisage une ligne budgétaire dédiée aux contraceptifs et pourra contribuer au moins à hauteur de 15 millions d'ouguiya à l'achat de contraceptifs chaque année. Les contraceptifs achetés sont remis à la

Centrale d'achat des médicaments et consommables (CAMEC), qui les envoie dans ses dépôts régionaux, qui approvisionnent les directions régionales de l'action sanitaire (DRAS), qui à leur tour approvisionnent les sages-femmes responsables en SR/PF dans les Moughataa (districts sanitaires), où viennent s'approvisionner les unités de santé de base (USB). Pour le moment les contraceptifs ne sont pas disponibles au sein de la communauté parce que la distribution à base communautaire (DBC) utilisant des agents de santé communautaire (ASC) n'est pas encore lancée par le ministère de la Santé.

Pour garantir l'accessibilité financière des produits contraceptifs aux Mauritaniens, notamment les pauvres des zones rurales et périurbaines, il faut offrir gratuitement les contraceptifs aux bénéficiaires à chaque niveau de la pyramide sanitaire. Un répondant explique pourquoi cette stratégie est nécessaire :

L'Etat n'était pas prêt pour la PF et la population n'était pas grande. Il y avait beaucoup de débats, car la population ne voulait pas des contraceptifs. On a commencé par la sensibilisation, il fallait aussi en discuter avec les chefs religieux, des imams, en parler dans les médias. On ne pouvait pas mettre un prix parce qu'on n'aurait aucun client ; il fallait d'abord que les gens acceptent de les utiliser gratuitement.

~ Informateur-clé, responsable SR/PF,
Moughataa

Des entretiens avec les informateurs-clés montrent quatre raisons principales de la non satisfaction des besoins en PF en Mauritanie :

1. **L'accessibilité financière limitée** : Cette question est réglée en partie par la gratuité des contraceptifs, mais les femmes doivent payer pour les consommables des méthodes à longue durée d'action.
2. **L'accessibilité géographique** : Les distances au point de prestation sont grandes, et le coût du transport peut être une barrière aux soins.
3. **L'accessibilité fonctionnelle limitée** : Il y a un manque d'information et de sensibilisation parce que le personnel dans les structures périphériques n'est pas qualifié à offrir les méthodes à longue durée d'action. Certains produits ne sont pas disponibles à cause des ruptures de stock ; le système manque de matériels et d'équipements adéquats pour offrir la méthode de PF choisie par la cliente. Ceci affecte la qualité des services et de l'accueil et augmente le temps d'attente.
4. **Les facteurs socioculturels** : Les prêches de certains chefs religieux hostiles à la PF, les rumeurs dues à une mauvaise compréhension des produits contraceptifs et de leurs effets secondaires, la contraception clandestine et l'opposition des maris peuvent nuire à la recherche par les femmes des services de PF.

Sommaire des Recommandations

Les recommandations suivantes se fondent sur les entretiens avec 26 informateurs-clés en Mauritanie sur la tarification des produits contraceptifs :

En direction du Programme national de santé de la reproduction (PNSR)

- Prendre des dispositions pour appliquer les suggestions des informateurs-clés pour améliorer les services de PF. Celles-ci touchent à la création de la demande et d'un environnement favorable à la PF ainsi qu'à l'assurance de l'offre de services de PF de qualité.
- Doter les structures des matériels et consommables nécessaires pour offrir les méthodes contraceptives à longue durée d'action afin d'éviter que les femmes soient obligées de payer pour les consommables.

- Mettre en place un système qui encourage les prestataires à tous les niveaux à veiller à ce que des contraceptifs sont disponibles et à partager cette information chaque semaine.

En direction des intervenants en PF (Groupe SR/PF, ONG/associations/société civile).

- Faire le plaidoyer pour le renforcement de la politique de tarification et sa segmentation pour garantir l'accès des personnes démunies (les femmes des milieux ruraux et les jeunes) aux produits contraceptifs de leur choix, tout en faisant payer celles qui en ont les moyens pour la sécurisation des contraceptifs.
- Faire le plaidoyer pour une délégation des tâches autorisant les ASC à offrir la pilule en première ordonnance et le contraceptif injectable dans la communauté et une délégation des tâches aux accoucheuses auxiliaires et infirmières leur permettant d'offrir les méthodes à longue durée d'action (DIU et implants) à leurs patients.
- Faire le plaidoyer en faveur des actions proposées par les informateurs-clés pour créer la demande, améliorer l'offre et renforcer un environnement favorable à la planification familiale.

En direction du ministère de la Santé

- Maintenir et augmenter chaque année la ligne budgétaire dédiée à l'achat des contraceptifs.
- Renforcer la gratuité des produits contraceptifs par la prise en charge des consommables.
- Lancer officiellement le programme de distribution à base communautaire de contraceptifs et le mettre à l'échelle dès que possible avec l'utilisation des ASC pour offrir tout d'abord les pilules et les contraceptifs injectables à moyen terme.

En direction des partenaires techniques et financiers

- Augmenter le financement et le nombre de PTF intervenant dans l'achat des contraceptifs avec la mise en place d'un système pour assurer la sécurisation des contraceptifs à moyen et long terme.
- Appuyer financièrement la CAMEC et le PNSR dans la gestion et le suivi du programme de PF, le renforcement des capacités du personnel à tous les niveaux et la dotation en équipements, matériels et consommables pour assurer l'offre de services de PF de haute qualité.
- Financer des recherches d'évaluation périodique des progrès du programme de PF et de la prévalence contraceptive et son évolution.

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ADEMAS	Agence pour le développement du marketing social (Sénégal)
AMPF	Association mauritanienne pour la planification familiale
ASC	agent de santé communautaire
CAMEC	Centrale d'achat des médicaments et consommables
CSM	centre de santé médical
DBC	distribution à base communautaire
DIU	dispositif intra-utérin
DRAS	direction régionale de l'action sanitaire
DS	district sanitaire (Moughataa)
EPA	établissement public à caractère administratif
HPP	Projet de politique de santé (Health Policy Project)
IEC	information, éducation et communication
IPPF	Centre international pour la planification familiale (International Planning Parenthood Federation)
IST	infection sexuellement transmissible
MICS	enquête par grappes à indicateurs multiples (multiple indicator cluster survey)
MS	ministère de la Santé
ONG	organisation non gouvernementale
PF	planification familiale
PNP	politiques, normes et procédures
PNSR	Programme national de santé de la reproduction
PSI	Population Services International
PTF	partenaire technique et financier
SIDA	syndrome d'immunodéficience acquise
SR	santé de la reproduction
SSF	Santé sans frontières
SSP	soins de santé primaire
UNFPA	Fonds des Nations-Unies pour la population (United Nations Population Fund)
USAID	Agence des Etats-Unis pour le développement international (United States Agency for International Development)
USB	unité de santé de base
USD	dollar américain

INTRODUCTION

Le faible taux d'utilisation de la contraception moderne en Afrique de l'Ouest (9 %) explique les taux de fécondité élevés de 5,5 naissances par femme dans les neuf pays francophones de la région (le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, la Guinée, le Mali, la Mauritanie, le Niger, le Sénégal et le Togo). On prévoit un doublement de la population en moins d'une génération dans la plupart de ces pays. Le besoin non satisfait en planification familiale (PF) — défini comme le pourcentage de femmes mariées indiquant qu'elles préféreraient attendre au moins deux ans avant d'avoir un autre enfant ou qui ne veulent plus procréer, mais qui n'utilisent pas de méthode de PF — reste élevé en Afrique de l'Ouest : 28 % des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans signalent un besoin non satisfait en PF (Population Reference Bureau 2012a). Vu que 44 % de la population en Afrique de l'Ouest à moins de 15 ans, un grand nombre de couples sont sur le point d'entrer dans leurs années fécondes (Population Reference Bureau 2012b). Si on cumule ces tendances démographiques actuelles et une croissance élevée de la population, on peut projeter un accroissement impressionnant du nombre d'utilisateurs de la PF dans les années à venir (DELIVER 2007).

Les tarifs des produits constituent très souvent une barrière de taille en Afrique de l'Ouest, y compris en Mauritanie, tant pour les consommateurs que pour les prestataires locaux de planification familiale (PF). Par le passé, les gouvernements dans les pays en développement obtenaient une assistance financière et technique suffisante pour fournir une contraception gratuite à tous les segments de la population. Cette tendance même si elle se poursuit, se double d'une interpellation de plus en plus forte des pays à contribuer sur fonds propres à l'achat des produits contraceptifs. Les politiques de tarification stipulant une contraception gratuite ou à un prix réduit ont servi à élargir l'accessibilité aux services de PF. A présent, ces gouvernements ont du mal à répondre à la demande en matière de contraception de leurs programmes de PF suite à la baisse du soutien des partenaires techniques et financiers et au besoin accru de services de PF (PATH 2010 ; Drake et al. 2011). De plus, les types de politiques de tarification peuvent influencer aussi bien l'accès du consommateur que la disponibilité des produits de PF (DELIVER 2007). Par exemple, quand les contraceptifs sont gratuits dans le secteur public, les prix que les vendeurs privés peuvent demander sont limités, et leurs marges bénéficiaires sont faibles. Aussi, les établissements ne sont guère incités à stocker des contraceptifs, car ils peuvent réaliser de meilleurs bénéfices en vendant d'autres médicaments essentiels. En augmentant le prix des contraceptifs, on peut motiver les détaillants à offrir les produits sur une plus grande région géographique (Ciszewski et Harvey 1995 ; DELIVER 7). Par ailleurs, quand les prix augmentent, les clients dont le pouvoir d'achat est le plus limité sont les premiers qui cessent d'acheter les produits. L'impact dans ce cas risque d'être encore plus prononcé car les contraceptifs sont souvent perçus comme une dépense plutôt facultative (DELIVER 2007).

Au vu de la demande croissante pour les services de PF et de la baisse des ressources, des stratégies sont nécessaires pour assurer un accès continu et amélioré aux services de PF pour tous les segments de la population. L'approche du marché total — défini comme une approche coordonnée qui répond à la multiplicité des besoins de PF dans un pays en assurant que le marché entier des clients est couvert (allant de ceux qui ont besoin de produits gratuits jusqu'à ceux qui peuvent payer et qui sont prêts pour les produits commerciaux) — constitue une des manières de traiter le problème (Barnes, Vail et Dawn 2012 ; PATH 2010). Il existe diverses stratégies pour aider les programmes et les organisations non gouvernementales (ONG) à cibler les subventions et à fixer des tarifs adéquats. Les gouvernements peuvent utiliser des données de l'analyse de la segmentation du marché et de la capacité de payer pour formuler des politiques visant à augmenter les prix dans les secteurs public et du marketing social pour des groupes spécifiques de la population ou pour aiguiller les utilisateurs de la PF qui ont les moyens de payer et les faire passer du secteur public vers le secteur privé à but lucratif, allégeant ainsi les pressions financières exercées sur les gouvernements, les donateurs et les ONG (PATH 2010). Les clients dans les quintiles économiques plus élevés seront orientés vers les services commerciaux ou de marketing social

partiellement subventionnés ou pas subventionnés alors que les services du secteur public peuvent cibler les populations plus pauvres (Hopkins 2008). Les gouvernements peuvent également adopter des politiques qui leur permettent de dépendre du secteur privé pour une partie ou l'intégralité des services recommandés par le biais d'un système de bon, de plans d'assurance-maladie ou de services sous contrat d'Etat (Hopkins 2008 ; Bames et al. 2012).

Contexte en Mauritanie

L'utilisation des méthodes modernes de contraception est très faible en Mauritanie. Elle a augmenté de 5 % en 2000 à 8 % en 2012, et l'utilisation des méthodes traditionnelles de contraception a baissé de 3 % à 1 % (Office national de la statistique 2008 ; Population Reference Bureau 2012c). La pilule (2,6 %) et les contraceptifs injectables (1 %) sont les méthodes de contraception les plus connues, et les méthodes à longue durée d'action sont rarement utilisées. La faible utilisation de la contraception contribue au taux de fertilité élevé, qui a légèrement baissé de 4,7 en 2000 à 4,5 en 2012 (Office national de la statistique 2008 ; Population Reference Bureau 2012c). Bien que l'utilisation des contraceptifs soit basse, 25 % des femmes ont un besoin non satisfait de PF. De plus, 40 % de la population a moins de 15 ans, et les femmes d'âge de procréer (15 à 49) seront 24 % de la population en 2015 (Population Reference Bureau 2008). Par ailleurs, avec un taux d'accroissement annuel de 2,3 %, la population va doubler d'ici à 2050 (Population Reference Bureau 2012c). A cause de ce taux d'accroissement élevé et du grand nombre de personnes qui entrent dans l'âge de procréer, le nombre d'utilisateurs de PF va augmenter considérablement. Si des stratégies pour assurer la disponibilité et l'accès aux services de PF ne sont pas développées, la demande de services de PF et le manque de ressources vont créer un immense besoin non satisfait en PF.

L'utilisation et l'accès aux contraceptifs varient en fonction de la catégorie socioprofessionnelle, du niveau d'instruction et du milieu. Le taux de fertilité est plus élevé dans les milieux ruraux (5 accouchements par femme) que dans les milieux urbains (4,3 accouchements par femme). En plus, 17,7 % de femmes en milieu urbain et 4,3 % de femmes en milieu rural utilisent une méthode moderne de contraception, et le besoin non satisfait pour les services de PF est un peu plus élevé en milieu rural (33 %) qu'urbain (28 %) (Office national de la statistique 2011). Le taux de fertilité est aussi plus élevé parmi le quintile le plus pauvre (5,4) que parmi le quintile le plus riche (3,6) (World Bank 2011). Ces données montrent que 19,6 % de femmes parmi le quintile le plus riche utilisent une méthode de contraception moderne contre 1,4 % de femmes parmi le quintile le plus pauvre (Office national de la statistique 2011). Le niveau d'instruction de la femme contribue à l'utilisation de contraceptifs : 6,1 % de femmes sans éducation, 12,9 % de femmes qui ont fait des études primaires et 17,3 % de femmes qui ont fait des études secondaires ou plus utilisent une méthode moderne de contraception (Office national de la statistique 2011). On peut voir que les pauvres en zone urbaine, les personnes qui vivent en milieu rural et les femmes avec un niveau d'instruction limité n'ont pas un accès suffisant aux contraceptifs. Cette information suggère que le secteur privé peut être plus engagé dans ce secteur.

En Mauritanie, les services de PF sont intégrés dans le programme de santé de la reproduction (SR). Il y a un niveau minimum de services de PF assuré dans au moins deux tiers des services nationaux de santé publique. Le ministère de la Santé fournit les contraceptifs gratuits aux ONG et a une politique qui autorise la gratuité des contraceptifs. Cependant, moins de la moitié des points de service en Mauritanie assure des services de PF (Maiga et Lo 2012).

Malgré la politique qui autorise la gratuité des contraceptifs, l'accès aux services de PF est une barrière à l'utilisation des contraceptifs en Mauritanie. Les contraceptifs ne sont pas disponibles systématiquement à cause de ruptures de stock. Les autres médicaments essentiels apportent plus de bénéfices financiers aux structures de santé.

La Centrale d'achat des médicaments et consommables (CAMEC) est l'institution publique mauritanienne responsable de l'achat et de la distribution de tous des médicaments essentiels. Actuellement, la CAMEC entrepose les contraceptifs mais n'a pas de rôle dans l'achat ou la distribution de ceux-ci. Par conséquent, il n'y a pas de chaîne d'approvisionnement forte et fiable (Maiga et Lo 2012). Pour augmenter l'utilisation des contraceptifs et diminuer le taux de fertilité, il faut améliorer l'accès, particulièrement pour les femmes qui vivent en milieu rural ou périurbain, et s'assurer que les méthodes contraceptives sont abordables.

La conférence de Ouagadougou tenue en février 2011 a accru l'intérêt du gouvernement mauritanien en faveur des questions de population. Le ministère de la Santé (MS) a développé le Plan national en faveur de l'espacement des naissances en Mauritanie, 2014–2018, avec pour objectif de faire passer la prévalence contraceptive de 10 % en 2011 à 18,5 % en 2018. Ce plan met l'accent sur l'augmentation de la demande et de l'offre de services de PF en quantité et en qualité, ainsi que l'amélioration de l'environnement habilitant, du suivi et de la coordination. La Déclaration de politique nationale de population recommande, entre autres, la promotion des méthodes modernes de contraception.

Objectifs de L'étude

Le présent rapport traite des obstacles de tarification entravant l'accès à la planification familiale. En janvier 2014, le Projet de politique de santé (HPP), financé par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) a engagé un consultant international assisté de collaborateurs locaux pour évaluer aux niveaux national, régional, district et communautaire les obstacles de tarification d'accès aux services de planification familiale et les implications des politiques connexes à travers une enquête qualitative auprès de 26 informateurs-clés. De manière plus précise, l'étude s'est penchée sur les domaines suivants :

1. L'impact des politiques de tarification courantes de la SR/PF sur les programmes de PF
2. Les obstacles financiers entravant l'accès aux services de PF
3. L'impact du secteur privé sur la PF et la SR
4. Le processus de gestion et du suivi-évaluation des programmes de PF
5. Les suggestions des participants pour améliorer la situation de la PF en Mauritanie

Les résultats de cette étude seront utilisés pour informer le gouvernement et éclairer ses décisions en matière de politique de tarification pour les contraceptifs en Mauritanie. En outre, nous espérons que les résultats amèneront le gouvernement à réviser sa politique de santé communautaire, ses politiques, normes et procédures (PNP) en la matière ou tout au moins à élaborer une directive afin d'autoriser de manière explicite et formelle la révision de la politique de tarification des produits contraceptifs pour prendre en compte les suggestions des participants. Ces suggestions tournent autour de quatre points : (1) la création de la demande pour les services de PF, (2) l'assurance d'une offre de services de qualité disponible et rapprochée des populations par des agents formés, (3) la création d'un environnement favorable à la PF et (4) la révision des prix des contraceptifs.

Le Système de Santé de la Mauritanie

L'organisation du système de santé publique en Mauritanie est régie par le décret n° 90/2011/PM du 26 mai 2011, fixant les attributions du ministre de la Santé et l'organisation de l'administration centrale de son département. Les structures de soins sont diversifiées et se subdivisent en secteur public, secteur privé, prestataires privés à but non lucratif (essentiellement confessionnels et communautaires), prestataires privés à but lucratif et thérapeutes traditionnels.

Le système de santé en Mauritanie est bâti sur une structure pyramidale de soins composée de trois niveaux de prestations. La base de la pyramide correspond au niveau opérationnel ou périphérique

(Moughataa, ou district sanitaire) avec 67 centres de santé, 530 postes de santé et 532 unités de santé de base (USB). Au niveau opérationnel, les centres de santé médicaux (CSM) assurent les activités sur le terrain. Dans les années 1980 la Mauritanie avait adopté un système d'extension de l'offre de soins au niveau communautaire basé sur des USB gérées par des agents de santé communautaires (ASC) prodiguant des soins de santé primaires (SSP) aux populations éloignées des postes et centres de santé. Actuellement, les USB ne fonctionnent que lorsqu'elles sont soutenues par des partenaires. Cette faiblesse de l'approche communautaire comme stratégie complémentaire de soins au système de santé classique constitue un véritable goulot d'étranglement au développement d'interventions efficaces et durables en Mauritanie. C'est dans ce cadre qu'il a été jugé nécessaire d'élaborer en 2012 un document national normatif pour une mise en œuvre effective de l'approche communautaire. Les niveaux d'activité des ASC sont toujours restés très faibles à de rares exceptions près.

Le milieu de la pyramide représente le niveau intermédiaire, qui inclut des hôpitaux de référence situés généralement dans les capitales régionales et plus rarement dans les Moughataa. A ce niveau intermédiaire, les directions régionales de l'action sanitaire (DRAS) sont chargées de la coordination et du suivi-évaluation du niveau opérationnel.

Le sommet de la pyramide représente le niveau tertiaire ou central, qui est concentré à Nouakchott et comprend les quatre types d'établissements publics de référence, avec 22 établissements publics à caractère administratif (EPA). Au niveau central, les entités du MS sont les directions, services, divisions et coordinations de programmes qui assurent la gestion et le suivi-évaluation du niveau intermédiaire. Le niveau central est chargé de définir et de suivre la mise en œuvre des grandes orientations de la politique sanitaire du pays en tenant compte des principaux axes de développement socioéconomique du gouvernement et des problèmes prioritaires de santé publique.

Un système de santé privé parallèle existe dans les agglomérations urbaines (Nouakchott et Nouadhibou), avec 15 cliniques médico-chirurgicales à Nouakchott, 47 cabinets médicaux de consultations externes, 37 cabinets dentaires et 15 cabinets de soins, 118 pharmacies et 280 dépôts pharmaceutiques.

En dehors des secteurs public et privé, la population recourt fréquemment à la médecine traditionnelle. Cette médecine, enracinée dans le tissu culturel depuis plusieurs siècles, est héritière des traditions ancestrales. Il existe donc un lien étroit entre la médecine traditionnelle et la santé communautaire.

La Santé Maternelle et Infantile en Mauritanie

En Mauritanie les indicateurs de SR/PF obtenus avec l'enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS4 2011) sont assez préoccupants. Ainsi le pays enregistre des taux élevés de mortalité maternelle (626 pour 100 000 naissances vivantes), de mortalité infantile (75 pour 1 000 naissances vivantes) et infanto-juvénile (118 pour 1 000 naissances vivantes). Toutefois, 30 % des cas de mortalité maternelle pourraient être évités grâce à un renforcement de la planification familiale.

La prévalence de l'utilisation des méthodes modernes de contraception était de 10 % en 2010. Des femmes qui utilisant la contraception, 60 % utilisaient les pilules contraceptives. Après les pilules, les femmes recourent au contraceptif injectable et aux préservatifs, mais l'utilisation des méthodes à longue durée d'action, comme le dispositif intra-utérin (DIU), est très faible. La proportion de femmes en âge de procréer ayant des besoins non satisfaits en PF était de 37,2 % (Ministère de la Santé 2013).

Pour renforcer la planification familiale, le MS a développé le Plan national en faveur de l'espacement des naissances en Mauritanie, 2014–2018, avec pour objectif d'augmenter la prévalence contraceptive de 10 % en 2011 à 18,5 % en 2018. Ce plan a identifié quatre priorités : (1) augmenter la demande, (2) augmenter l'offre en quantité et en qualité, (3) améliorer l'environnement habilitant et (4) améliorer le suivi et la coordination.

METHODOLOGIE

Le projet HPP a réalisé une revue de la littérature des documents de politique sur la tarification et les coûts actuels des produits contraceptifs en Mauritanie. Une fois cette revue achevée, le projet HPP a conduit des entretiens approfondis avec des informateurs-clés afin de recueillir des données qui étaient plus tard son analyse des politiques de délégation des tâches et de la mise en œuvre de celles-ci.

Revue Documentaire

Le projet HPP a fait un examen préliminaire des documents liés aux obstacles de tarification entravant l'accès aux services de planification familiale et les implications politiques connexes en Mauritanie, y compris les documents de politique nationale de PF comme les politiques, normes et procédures, les directives de prestation de services de PF et les analyses antérieures concernant la PF et les besoins non satisfaits. La revue de la littérature inclut les politiques nationales de santé et les procédures et directives de prestation de services, en particulier les services de planification familiale et de santé de la reproduction (1994 – 2013). Avant de faire les entretiens avec les informateurs-clés, le projet 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 tarification et à l'accès aux services de planification familiale, ainsi que les implications politiques connexes en Mauritanie.

Entretiens Approfondis

Un chercheur a mené des entretiens approfondis sur la tarification et les coûts actuels des produits contraceptifs en utilisant comme approche de recherche primaire des questionnaires semi-structurés. Le chercheur a rencontré 26 informateurs-clés appartenant aux secteurs public et privé impliqués dans la mise en œuvre de la planification familiale en Mauritanie. Dans ses questions, le chercheur a couvert les niveaux national et régional, ainsi que quelques districts, agents de santé communautaire et partenaires techniques et financiers (PTF). Cette approche qualitative donnait aux répondants la possibilité de détailler au maximum et librement leurs opinions. Le chercheur a utilisé une liste structurée de points de discussion (guide d'entretien). La durée des entretiens approfondis était de 45 à 60 minutes. Les entretiens ont été réalisés et enregistrés en français, puis transcrits en français pour l'analyse. Au préalable le chercheur a obtenu le consentement oral des participants. Les identifiants personnels des participants n'ont pas été recueillis.

Echantillon

Le chercheur a mené des entretiens approfondis avec des informateurs-clés aux niveaux national, régional et de district. L'échantillon des informateurs-clés (n = 26) (Annexe A) comprend des responsables centraux du ministère de la Santé (n = 5), des responsables centraux de la région (n = 2), des membres du personnel de santé appartenant au secteur public au niveau des districts sanitaires ou Moughataa (n = 6), des partenaires techniques et financiers (n = 2), des représentants d'ONG locales (responsables et prestataires de services) (n = 6), des représentants de pharmacies ou cliniques privées (n = 4) et un représentant d'une ONG internationale (n = 1). Il n'y avait aucun agent de santé communautaire parce que les ASC ne sont pas encore fonctionnelles pour la distribution à base communautaire (DBC) en Mauritanie. Il y avait 15 hommes (57 %) et 11 femmes (43 %), et l'âge des informateurs-clés était en moyenne 48,6 ans et variait entre 37 ans et 63 ans.

Tableau 2 : Echantillon des Informateurs-clés Rencontrés

Informateurs-clés	Nombre
Responsables centraux du ministère de la Santé	5
Responsables centraux de la région	2
Membres du personnel de santé appartenant au secteur public au niveau des districts sanitaires (Moughataa)	6
Partenaires techniques et financiers (PTF)	2
Représentants d'organisations non gouvernementales (ONG) locales (responsables et prestataires de services)	6
Responsable d'ONG internationale	1
Pharmaciens privés	4
Total	26

Analyse des Données

Après les entretiens, le consultant a analysé les transcriptions et notes prises pendant les entretiens sur le guide d'entretien. Deux chercheurs ont analysé l'impact des politiques de tarification courantes en SR/PF sur les programmes de PF. Le tableau 3 démontre les 14 types de contraceptifs fournis par les ONG (AMPF, PSI), les cliniques et pharmacies privées et les centres de santé publique. La liste complète des 16 services de planification familiale comprend les contraceptifs oraux, les préservatifs, les contraceptifs injectables hormonaux, les implants contraceptifs, le DIU et des méthodes permanentes comme la vasectomie et la ligature des trompes. Enfin, l'équipe HPP, sur la base des renseignements fournis par les acteurs-clés, a développé des recommandations en matière de politique de tarification pour le ministère de la Santé de la Mauritanie.

Limites de L'étude

Une des limites de l'entretien approfondi est le nombre limité de personnes interrogées, en ce cas 26 personnes. Les données recueillies des entretiens doivent donc rester dans leur contexte thématique et d'opinion individuelle. Chaque entretien est unique et les résultats ne sont pas comparables directement entre répondants.

RÉSULTATS

La tarification des médicaments et contraceptifs en Mauritanie relève du leadership du ministère de la Santé en collaboration avec les partenaires. Pour éviter de créer des circuits parallèles qui pourraient mettre en danger la distribution des produits contraceptifs, le ministère de la Santé a confié cette distribution au Programme national de santé de la reproduction (PNSR) jusqu'en novembre 2013, date à laquelle, la Centrale d'achat des médicaments et consommables (CAMEC) a pris la relève.

Pour garantir l'accessibilité financière des produits contraceptifs aux Mauritaniens, notamment les pauvres des milieux rural et urbain, l'Etat a décrété la gratuité des produits contraceptifs dans le secteur public dans tout le pays et ceci de façon consensuelle avec les différents partenaires consultés.

Les résultats seront présentés en cinq parties conformément aux objectifs de l'étude, à savoir : (1) l'impact des politiques de tarification courantes en matière de SR/PF sur les programmes de PF, (2) les obstacles financiers entravant l'accès aux services de PF, (3) l'impact du secteur privé sur la PF et la SR, (4) le processus de gestion et du suivi-évaluation des programmes de PF et (5) les suggestions des participants pour améliorer la situation de la PF en Mauritanie.

L'impact des Politiques de Tarification Courantes en Matière de SR/PF sur les Programmes de PF

La tarification et sa mise en œuvre

Le Fonds des Nations-Unies pour la population (UNFPA) appuie le ministère de la Santé mauritanien par le canal du PNSR en produits contraceptifs pour une raison simple qu'évoque un répondant :

Comme vous le savez, s'il n'y a pas de produits, pas de programme ; s'il n'y a pas de programme, pas d'activités.

~ Informateur-clé, responsable de la sécurisation des produits

L'UNFPA fait la commande au niveau international, et dès que les produits arrivent il les réceptionne et les remet au PNSR pour le stockage, qui se fait depuis novembre 2013 par la CAMEC. Ainsi en 2011 l'UNFPA avait acheté pour la Mauritanie des contraceptifs d'une valeur de 600 000 USD. En 2012 un complément de 50 000 USD pour achat de Noristerat (contraceptif injectable) en rupture a été opéré. En 2013 l'UNFPA a dépensé 800 000 USD pour les produits contraceptifs, conformément à une estimation des besoins soumis par le PNSR. En effet, depuis 2012 DELIVER/USAID assiste le PNSR en matière de quantification des besoins pour les produits contraceptifs pour l'année 2013–2014. La plupart de ces contraceptifs bénéficient d'exonération de taxe ou de frais de douane. Un informateur explique :

Les contraceptifs comme d'autres produits pharmaceutiques sont exonérés des taxes et droits de douane. On peut également faire une lettre d'exonération sur le matériel et l'équipement au niveau du ministère des Affaires étrangères.

~ Informateur-clé, responsable de la sécurisation des produits

Repositionnement de la Planification Familiale en Mauritanie :
La Politique de Tarification des Contraceptifs

Les produits achetés sont alors remis à la CAMEC, qui en assure la distribution selon le schéma décrit par l'informateur suivant :

C'est l'UNFPA qui paie les produits, et le stockage des produits est fait au niveau de la CAMEC, qui se charge d'assurer l'approvisionnement des structures de la DRAS, qui approvisionne les sages-femmes SR/PF des Moughataa.

~ Informateur-clé, DRAS

C'est dire que les contraceptifs vont du PTF à la CAMEC/PNSR, qui les envoie aux DRAS, qui à leur tour approvisionnent les sages-femmes responsables en SR/PF des districts (Moughataa), qui approvisionnent les USB. Pour le moment, ces derniers n'approvisionnent pas le niveau communautaire en l'absence d'une politique de DBC.

Pour permettre à la CAMEC de bien jouer ce rôle d'approvisionnement des structures publiques, l'UNFPA l'a soutenue en finançant la rénovation de quelques magasins régionaux et l'achat de véhicules de transport, telles que les camions et les véhicules 4 × 4.

L'UNFPA nous a payé un forfait annuel et nous a rénové deux agences régionales, nous a donné un camion et dix unités informatiques complètes. Tout cela nous permet d'offrir les contraceptifs gratuitement aux structures.

~ Informateur-clé, CAMEC

Il semble que depuis toujours en Mauritanie la politique de tarification a été d'offrir gratuitement les contraceptifs aux bénéficiaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Le répondant suivant explique la raison qui justifie cette gratuité généralisée :

L'Etat n'était pas prêt pour la PF et la population n'était pas grande. Il y avait beaucoup de paroles, car la population ne voulait pas des contraceptifs. On a commencé par la sensibilisation, il fallait aussi en discuter avec les chefs religieux, des imams, en parler dans les médias. On ne pouvait pas mettre un prix parce qu'on aurait aucun client ; il fallait d'abord que les gens acceptent de les utiliser gratuitement.

~ Informateur-clé, SR/PF, Moughataa

Entre-temps, le ministère a essayé d'intégrer les contraceptifs aux médicaments essentiels dans le cadre du recouvrement des coûts à travers un décret qui propose des tarifs abordables pour les contraceptifs. Une baisse notoire de l'utilisation des contraceptifs après cette décision a amené le PNSR à revoir la politique de tarification et à revenir à la gratuité des contraceptifs après une année d'expérience.

Ils ont mis les produits contraceptifs dans la pharmacie du recouvrement de coûts, mais ça n'a pas beaucoup duré. Un nouveau coordonnateur PNSR a constaté une baisse d'utilisation des contraceptifs depuis qu'on a mis en place le système de recouvrement alors que les femmes étaient déjà habituées à la gratuité. Le nouveau coordonnateur a discuté avec le ministère et insisté que les produits redeviennent gratuits. Depuis lors les produits sont redevenus gratuits. Voilà un peu l'histoire.

~ Informateur-clé, PTF

Ceci a été confirmé par un autre répondant qui a fourni des dates :

En 2003 on a essayé de les intégrer dans le système de recouvrement des coûts à coût moindre, mais cela n'a pas marché et on a repris la gratuité en 2004.

~ Informateur-clé, centrale MS

Mais dans certains cas la méthode de PF à offrir nécessite l'utilisation de consommables comme les gants, les compresses et l'antiseptique. Souvent ces consommables ne sont pas disponibles ou gratuits dans la formation sanitaire. Une ordonnance est alors faite à la femme pour qu'elle achète ces consommables dans les pharmacies avant de bénéficier de l'insertion de l'implant ou du DIU.

On fait une ordonnance pour la pose du DIU ou du Jadelle, parce que nous n'avons pas de gants stériles dans le service. Elle achète une paire de gants, la boîte de compresse et l'antiseptique et une seringue si c'est nécessaire ; le sparadrap aussi.

~ Informateur-clé, SR/PF, Moughataa

Ces consommables de l'implant nécessaire peuvent coûter entre 2 000 et 3 000 ouguiya (6 à 10 USD) au total selon un répondant. On pourrait s'attendre à ce que les consommables pour offrir les méthodes contraceptives soient pris en charge par les districts et non par les clientes. Mais ce n'est pas aussi simple.

Nous, notre problème, c'est que les structures de santé elles-mêmes ne dépendent pas du PNSR et sont indépendantes. Les consommables, ça ne doit pas dépasser 2 000 ouguiya, mais pour moi cela dépend de la volonté des prestataires, parce que si le consommable est utilisé pour une femme et il en reste, ils peuvent le garder pour d'autres cas ou pour les indigents.

~ Informateur-clé, PNSR

Il y a des fortes possibilités que l'achat des consommables ou les ruptures de contraceptifs donnent lieu à des dérapages, avec la vente des contraceptifs censés être offerts gratuitement.

Oui, des déviations il y en a, les gens en parlent, mais peu nombreuses. Certains disent même qu'ils voient des contraceptifs semblables aux nôtres dans les pharmacies ; si vente il y a, ce serait fait discrètement en cas de rupture ; sinon, nos produits sont toujours gratuits.

~ Informateur-clé, régional PF

Un autre répondant est plus affirmatif sur la vente de contraceptifs prétendument gratuits.

Oui, la vente, c'est sûr ! Je ne sais pas l'ampleur de ça, mais j'aurais appris que ça se vend, même les méthodes de longue durée. Ça se fait avec des praticiens avec des prix variables, et de temps en temps des clientes me disent qu'ils ont acheté le contraceptif. A mon avis la gratuité des contraceptifs n'est pas respectée.

~ Informateur-clé, CAMEC

Mais l'Association mauritanienne pour la planification familiale (AMPF), une ONG locale filiale de l'International Planning Parenthood Federation (IPPF), pratique des tarifs sur la cession des produits contraceptifs qu'elle reçoit de l'IPPF. Les prix des produits contraceptifs ont été fixés après une étude de prix avec sondages auprès des clients.

L'AMPF a des prix pour ses contraceptifs. Avant de fixer les prix, on a fait des sondages avec les patientes qui fréquentent les centres de l'AMPF. Et il y a eu une étude de coût-efficacité, menée par l'IPPF au niveau de l'association ; l'une de ces recommandations fixe les prix des contraceptifs pour couvrir les salaires de fonctionnement.

~ Informateur-clé, AMPF

Toutefois les produits contraceptifs reçus du PNSR ou de la CAMEC sont offerts gratuitement par l'AMPF aux bénéficiaires dans ses unités mobiles ou des cliniques mobiles dans les zones rurales selon un des répondants.

Repositionnement de la Planification Familiale en Mauritanie :
La Politique de Tarification des Contraceptifs

Les jeunes, une population cible de l'AMPF, bénéficient gratuitement des produits contraceptifs quelle que soit la source d'approvisionnement.

Les jeunes ne paient rien quelle que soit la méthode. Les jeunes, c'est une tranche fragile confrontée au chômage, à des problèmes de pauvreté et de précarité, et il faut les aider. De plus, il faut les encourager à utiliser ces contraceptifs avec des activités de sensibilisation, des soirées culturelles, des compétitions, des visites de familles et des sensibilisations dans les lycées et les collèges.

~ Informateur-clé, délégué régional AMPF

Les pharmacies privées vendent les produits contraceptifs en leur possession. Elles les reçoivent des grossistes et parfois de la CAMEC. Dans les deux cas une politique du ministère de la Santé leur fixe les prix de cession, avec une marge bénéficiaire de 10 à 27 % selon le prix de vente du produit.

Bien sûr, nous avons 27 % de marge sur les produits. Si le produit coûte moins de 2 000 ouguiya on met 27 % de bénéfice ; de 2 000 à 4 000 ouguiya on met 20 % ; 4 000 et plus c'est 10 % de bénéfice et ceci quelle que soit la pharmacie, bien sûr.

~ Informateur-clé, pharmacien privé

Ainsi les tarifs appliqués varient selon les structures d'offre des services allant de la gratuité dans le public jusqu'à des prix variables chez les privés. Le tableau 3 résume les prix pratiqués pour les contraceptifs en Mauritanie selon le distributeur.

Tableau 3. Les Prix Pratiqués (en ouguiya) dans le Cadre de la Politique de Tarification de la Mauritanie

Produits de PF	Prix Officiels	PNSR/ CAMEC/ DRAS Moughataa (DS)	AMPF Siège	AMPF Clinique	Santé sans Frontières (SSF)	Pharmacie Privée	ASC
Pilule (1 cycle)	Gratuite	Gratuite	200	300	Gratuite	200 à 600	N/A
Depo-Provera	Gratuit	Gratuit	500	500	Gratuit	1 200	N/A
Noristerat	Gratuit	Gratuit	500	500	Gratuit	700	N/A
Jadelle	Gratuit	Gratuit	4 000	3 000	N/D	N/D	N/A
Norplant	Gratuit	Gratuit	N/D	N/D	N/D	N/D	N/A
DIU	Gratuit	Gratuit	1 000	1 000	N/D	12 000	N/A
Préservatif masculin/unité	Gratuit	Gratuit	Gratuit	Gratuit	Gratuit	12 à 166	N/A
Préservatif féminin/unité	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/A
Pharmatex crème/ spermicide	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/A
Pharmatex comprimé/ spermicide	Gratuit	Gratuit	N/D	N/D	N/D	1 200 à 1 800	N/A
Contraception d'urgence/ 1 comprimé	Gratuite	Gratuite	Gratuite	500	N/D	1 800 à 3 000	N/A
Collier du cycle	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/A
Ligature des trompes	N/A	N/A	N/D	N/D	N/D	N/D	N/A
Vasectomie	N/A	N/A	N/D	N/D	N/D	N/D	N/A

N/D = Non disponible ; N/A = Non applicable

Ainsi le prix de cession de la pilule à la femme varie de 0 ouguiya dans le secteur public, à 300 ouguiya à l'AMPF, à 600 ouguiya en pharmacie privée. Pour le contraceptif injectable c'est 0 (public), 500 (AMPF) et 1 200 ouguiya (pharmacie). Pour le DIU c'est 0 (public), 1 000 (AMPF) et 1 200 ouguiya (pharmacie). Le Jadelle, gratuit dans le secteur public, coûte 4 000 ouguiya à l'AMPF et n'est pas disponible en pharmacie. Le préservatif masculin varie de 0 ouguiya (public et AMPF) à 166 ouguiya (pharmacie) par unité. Le préservatif féminin n'est pas disponible. Les spermicides comprimés, gratuits dans le secteur public, coûtent 1 800 ouguiya en pharmacie et ne sont pas disponibles à l'AMPF. La contraception d'urgence varie de 0 (public) à 500 (AMPF) à 3 000 ouguiya (pharmacie). Le collier du cycle et les spermicides crème ne sont pas disponibles et la contraception chirurgicale volontaire est rarement pratiquée. Aucune de ces méthodes n'est disponible au sein de la communauté du fait que les ASC ne sont pas encore fonctionnels en Mauritanie.

La gratuité des produits contraceptifs favorise-t-elle leur utilisation ?

Un répondant décrit comment le prix d'un produit peut affecter son utilisation.

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

~ Informateur-clé, sécurisation des produits

Ce propos indique qu'il y a un lien entre la qualité perçue d'un produit et le coût. Un autre informateur raconte son expérience avec une patiente.

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

~ Informateur-clé, PMI, Moughataa

Les ressources humaines du secteur public sont insuffisantes, et le personnel qualifié et formé pour offrir les méthodes contraceptives, surtout le DIU et l'implant, est d'un nombre limité dans ces structures. La sage-femme est chargée d'assurer l'offre des contraceptifs. C'est elle qui a le monopole des prestations de PF, et aussi celui des consultations prénatales. Il résulte de cette situation une longue file d'attente qui décourage les femmes à venir pour la PF. Certaines d'entre elles préfèrent acheter les pilules en pharmacie et les utiliser selon les conseils sur le mode d'emploi à la pharmacie.

C'est la mentalité mauritanienne, parfois les femmes préfèrent aller dans des places un peu plus chics, parfois c'est des gens aussi qui n'ont pas assez de temps à passer dans les rangs dans les structures publiques, parce qu'il y a beaucoup de gens qui fréquentent les structures, donc pressées, ces femmes préfèrent aller payer le produit en pharmacie et se libérer vite que d'être dans une longue file d'attente dans les centres.

~ Informateur-clé, PF PMI, Moughataa

Pour éviter ces problèmes, l'AMPF a appliqué des tarifs parfois chers et éliminé la gratuité dans ses centres fixes, sauf pour les jeunes. Dans les cliniques mobiles les produits sont gratuits et fournis par le PNSR. Parallèlement, l'AMPF veille à la qualité des services pour attirer les clientes. Un informateur explique pourquoi cette stratégie marche bien :

Ici on a un programme d'amélioration de la qualité des services, surtout en matière de planification familiale, et les femmes viennent nombreuses dans nos unités PF et paient pour les produits contraceptifs. Nos prix sont élevés parce qu'en Mauritanie si tu commences avec un prix moyen, peut-être que les gens diront que ce produit n'est pas bon. Pour garder leur respect pour le Jadelle on a fixé son prix à 4 000 ouguiya [13 USD], car avec les DIU, on a commencé avec 1 000 ouguiya [3 USD] et les femmes disent maintenant que le DIU n'est pas une bonne méthode et sont nombreuses à opter pour le Jadelle.

~ Informateur-clé, AMPF

Selon un autre répondant, le rejet du DIU par les femmes est imputable au prêche d'un imam. L'imam disait à la télévision que le DIU est une méthode abortive.

Certaines femmes disaient que le DIU fait avorter, et que l'avortement est interdit par la religion, parce qu'un imam s'était prononcé contre le DIU. Il faut signaler qu'il y a bien longtemps de cela. Cela remonte à 8 ou 10 ans. Il n'avait pas compris le mécanisme d'action du DIU et a dit que le DIU fait avorter et que c'est interdit par la religion musulmane. A cette époque, certaines femmes avaient renoncé à l'utilisation du DIU.

~ Informateur-clé, PF, Moughataa

Il est évident que le prix joue un rôle dans les comportements des utilisateurs et que les informateurs trouvent problématique la gratuité des contraceptifs. Un responsable d'une ONG internationale préfère la fixation de prix modiques.

En fait, lorsqu'il y a gratuité, il y a risque de pénurie, et ainsi au niveau des privés les produits deviennent plus chers. Je pense qu'il est mieux de trouver un mécanisme pour les vendre à un prix modique ; aussi cela permettra de mieux gérer ces produits et d'éviter les pertes, les gaspillages. Selon la mentalité mauritanienne, tout ce qui est gratuit n'a pas de valeur ou est de mauvaise qualité.

~ Informateur-clé, ONG internationale

Impact sur l'environnement PF : création de la demande

L'objectif principal de la gratuité des contraceptifs en Mauritanie est de créer la demande et recruter plus de clients de planification familiale. Mais si la gratuité n'est pas suivie dans tous les points de prestation de services, les résultats ne seront pas au rendez-vous.

Officiellement c'est gratuit, mais dans la réalité c'est non puisque souvent certains prestataires indécents, du fait des salaires dérisoires, en vendent indirectement aux femmes. Au niveau du privé, les produits sont vendus très cher. Je ne sais pas si dans tous les points de prestation PF cette gratuité est respectée, car selon les rumeurs, ce n'est pas gratuit.

~ Informateur-clé, PF, PNSR

Un résultat de cette gratuité pour la demande est une affluence élevée des clientes dans les services de PF. L'affluence dépasse la capacité d'offre des services de PF, et le manque de personnel qualifié occasionne une longue file d'attente. Les clientes pressées préfèrent aller dans les pharmacies privées pour une automédication. Mais un répondant explique que ce choix peut avoir des conséquences indésirables.

Les femmes attendent longtemps pour avoir les produits, ce qu'elles n'aiment pas. C'est mon grand problème, et je pense qu'il faut faire une sensibilisation sur les méthodes contraceptives pendant leur attente. Par exemple, hier une femme est venue me voir car elle a des problèmes, et elle me présente le Microgynon, et quand je lui ai demandé où elle a acheté cela, elle m'a répondu que c'était à la pharmacie car elle était pressée d'être sous contraceptif avant de voyager avec son mari, et ils se sont dirigés vers une pharmacie où on lui a dit de prendre un comprimé quand elle est avec son mari et d'arrêter en l'absence du mari, ce qu'elle a fait et saignait tout le temps, et sa maman l'a fait venir chez nous.

~ Informateur-clé, PF, Moughataa

Deux solutions possibles pour limiter cet impact défavorable de la demande pour les services de PF sont (1) réorganiser les services en augmentant le personnel qualifié et formé et (2) faire une délégation des tâches. Selon ce même répondant, quand une femme va à la pharmacie plutôt qu'à la clinique et a ensuite

Repositionnement de la Planification Familiale en Mauritanie :
La Politique de Tarification des Contraceptifs

des ennuis, elle risque de dire « *qu'elle est tombée malade à cause de la PF alors que c'est à cause de l'automédication ou d'une erreur d'utilisation de la méthode.* »

Les ONG comme l'AMPF, Santé sans frontières et les associations qui sont en partenariat avec l'Etat ou qui ont des conventions de coopération avec l'Etat mènent des activités telles que les cliniques mobiles pour créer la demande et informer la population sur les services de PF. Pour encourager ces initiatives, l'Etat affecte son propre personnel dans ces ONG et continue de payer leur salaire.

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

~ Informateur-clé, ONG locale

Impact sur l'environnement PF : offre des services

Il ne suffit pas de créer la demande. Encore faudrait-il la satisfaire par l'offre de services à la hauteur de celle-ci. L'Etat, ne pouvant pas à lui seul satisfaire la demande pour les services de PF, collabore avec les ONG locales sous forme de partenariat ou de contractualisation. Le répondant suivant décrit les services offerts par l'Association mauritanienne de planification familiale :

L'AMPF a actuellement cinq centres fixes, un centre pour jeunes et un autre à Mbera pour les réfugiés maliens en partenariat avec l'UNFPA. L'AMPF préside la coalition de la SR/PF et participe à tous les ateliers du PNSR et du ministère de la Santé concernant le repositionnement de la PF et le plan d'action de la PF.

~ Informateur-clé, AMPF

Pour mieux gérer l'affluence des femmes dans le service et alléger l'attente des clientes venues pour la PF, un autre répondant a trouvé une solution qui privilégie ces clientes.

Moi, j'ai demandé en vain à mon médecin de faire venir un médecin gynécologue qui va prendre la consultation gynéco en main, pour que je puisse faire face aux consultations PF de plus en plus nombreuses. Finalement j'ai adopté un système. J'ai dit à mon infirmière de donner chaque matin des numéros aux femmes et de mettre toutes celles qui sont venues pour la PF à part et de les faire rentrer alternativement une consultation PF et une consultation gynéco. Depuis lors les femmes venues pour PF sont vite reçues.

~ Informateur-clé, PF, Moughataa

Parfois, après être formée sur la pose des implants, la sage-femme reçoit les produits sans consommables et sans le matériel d'insertion. Dans ces conditions, certaines sages-femmes formées croisent les bras et attendent le matériel, avec risque de péremption des implants disponibles. Mais une de ces sages-femmes a pris sur elle d'acheter le matériel et les consommables avec son argent et de faire des insertions de Norplant pendant deux ans. Voici comment elle décrit cette initiative :

Mon médecin-chef a dit que les gens nous ont choisi pour la formation sur insertion des implants sans passer par lui, que lui il n'a rien de disponible pour nous permettre d'offrir la méthode, de voir avec le PNSR pour le matériel et les consommables. Le programme n'a pas honoré ma commande et je ne pouvais pas attendre. J'ai alors payé tout le matériel et les consommables avec mon argent et c'est comme ça que j'ai commencé à insérer le Norplant pour ne pas perdre la main. J'ai ainsi récupéré beaucoup de Norplant qui allait être périmés en fin d'année. J'ai fait cela pendant deux ans et je n'ai rien fait payer aux femmes.

~ Informatrice-clé, PF, Moughataa

Un problème majeur dans l'offre des services de PF en Mauritanie est le retard des autorités du ministère à lancer la distribution à base communautaire des contraceptifs. Le *Document national de stratégie communautaire en santé*, élaboré en 2012, attend toujours d'être lancé officiellement pour que les agents de santé communautaire puissent donner les pilules et si possible faire le contraceptif injectable. Une délégation des tâches permettant aux accoucheuses auxiliaires d'offrir des méthodes à longue durée d'action (implants, DIU) aiderait le programme de PF à atteindre son objectif de 18,5 % de prévalence en 2018. C'est la préoccupation d'un responsable d'une ONG locale qui trouve que dans le cadre de la pérennisation, les ASC devraient être pris en charge par les collectivités locales ou par l'Etat. Cet informateur poursuit que, puisque le ministère de la Santé exige que les ASC aient un niveau de scolarisation primaire, on pourrait au fur et à mesure leur confier non seulement la distribution des contraceptifs mais également d'autres activités et en faire des ASC Plus.

Sécurisation des contraceptifs, ligne budgétaire dédiée

Les acteurs du programme de PF devraient prendre des mesures pour améliorer la sécurisation des produits contraceptifs. Ceci passe par une estimation des besoins en contraceptifs pour le pays sous la coordination du PNSR et en collaboration avec DELIVER au cours de rencontres périodiques. La politique de tarification du pays avec cession des contraceptifs gratuitement aux bénéficiaires entrave la sécurisation des contraceptifs. Le répondant suivant évoque ce risque d'arrêt du programme de PF en l'absence du soutien des PTF :

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

~ Informateur-clé, CAMEC

L'espoir repose désormais sur le fait que le plan de repositionnement de la PF prévoit la désignation d'un budget pour la sécurisation des produits de SR/PF.

En effet, malgré l'engagement de l'Etat mauritanien à créer une telle ligne budgétaire, c'est l'UNFPA qui achète les contraceptifs et les donne au ministère de la Santé. Après l'élaboration de son plan d'action pour le repositionnement de la PF, la Mauritanie a organisé une table ronde autour des partenaires, dont la Bill and Melinda Gates Foundation, l'USAID et AGIR/PF. Le gouvernement y a annoncé la création d'une ligne budgétaire en 2014 pour l'achat des produits contraceptifs. Cette promesse aurait été tenue :

Cette année nous avons inséré une ligne budgétaire pour la sécurisation des contraceptifs conformément à un engagement du gouvernement. Cette ligne est déjà intégrée pour l'année budgétaire 2014. Ce qu'on a accordé dépasse largement ce qui a été annoncé durant la table ronde, soit 15 millions au lieu de 10 millions d'ouguiya. C'est déjà adopté en Conseil des ministres et transmis au parlement. Ce ne serait qu'une

Repositionnement de la Planification Familiale en Mauritanie :
La Politique de Tarification des Contraceptifs

formalité là-bas car le gouvernement est majoritaire au parlement, qui ne va pas rejeter le budget.

~ Informateur-clé, central MS

Avec cette ligne budgétaire il y a déjà un pas vers la sécurisation des contraceptifs. L'idéal serait que cette ligne budgétaire soit complètement dédiée à l'achat des produits contraceptifs et connaisse une augmentation progressive d'année en année.

Approvisionnement en contraceptifs

Pour le secteur public l'approvisionnement est fait principalement par l'UNFPA, qui achète et importe les produits contraceptifs conformément aux besoins estimés lors des séances des tableaux d'acquisition des contraceptifs avec USAID/DELIVER. Ces livraisons sont exonérées de taxes et de frais de douane ; seuls les frais du transit sont payés. L'UNFPA met les contraceptifs à la disposition de la CAMEC/PNSR, qui a un magasin central et des magasins dans les régions pour approvisionner les DRAS, qui se chargent d'approvisionner les sages-femmes responsables en SR/PF des Moughataa (districts sanitaires), qui à leur tour servent les postes de santé. Un responsable central du MS décrit ce système :

Actuellement, on a mis tous les produits au niveau de la CAMEC pour le compte du PNSR. Les points focaux des DRAS reçoivent les commandes en provenance des centres de santé de Moughataa, font le calcul des besoins avec leur logiciel CHANNEL et lancent leurs commandes, qui passent par le PNSR pour approbation avant d'être envoyées à la CAMEC pour dotation à travers ses démembrements dans les régions. Les DRAS les reçoivent et font le dispatching pour les Moughataa.

~ Informateur-clé, central MS

Le secteur public a un problème crucial de stockage des contraceptifs. Au niveau des DRAS et des Moughataa, les locaux de stockage sont devenus exiguës pour la quantité de contraceptifs à stocker à moins de procéder au dispatching des contraceptifs au fur et à mesure que les commandes sont livrées.

Nous allons vers la DRAS pour la commande et elle nous livre les produits sur la base du besoin exprimé. Souvent à cause du problème de stockage la DRAS essaye de ventiler les produits le même jour, dès réception. Le problème de local pour le stockage des contraceptifs se pose à tous les niveaux, régional, district, structure sanitaire et poste de santé. Il en est de même pour la logistique pour acheminer les produits.

~ Informateur-clé, niveau régional

Généralement les projets ne pensent pas à ce volet des infrastructures. Ils financent les programmes et les produits mais ne prennent pas en compte la nécessité de magasins adaptés au stockage et à la conservation des produits dans de meilleures conditions. Exceptionnellement, l'UNFPA a appuyé la rénovation de quelques magasins régionaux de la CAMEC et lui a aussi acheté un camion. En dehors des contraceptifs, la CAMEC gère les autres produits de recouvrement des coûts.

Mais le problème des magasins de stockage des contraceptifs gratuits pour la DRAS et les Moughataa reste entier. Le répondant suivant rapporte une solution provisoire :

L'UNFPA a appuyé PNSR pour la réhabilitation des dépôts CAMEC dans toutes les régions et donné aussi un camion pour le transport des produits contraceptifs et des médicaments. Le système d'approvisionnement n'est pas un système régulier, parfois les contraceptifs sont envoyés par une ambulance ou remis à un point focal SR/PF de passage à la DRAS. La solution trouvée et que nous avons convenu avec la CAMEC est que les stocks des contraceptifs restent dans leur magasin régional et que la sage-femme responsable SR/PF dans le Moughataa laisse son stock avec les médicaments

dans les pharmacies des centres de santé de Moughataa et qu'elle prenne juste la petite quantité dont elle a besoin pour la journée. C'est la vision actuelle.

~ Informateur-clé, central MS

Pour les pharmacies privées, vu la concurrence, ce sont les grossistes qui prennent les commandes au téléphone et livrent les produits directement aux pharmacies privées.

En général, nous, on téléphone aux grossistes et ils nous amènent les produits directement et on paie cash. La CAMEC, une société de l'Etat, vend aux grossistes les antibiotiques, les psychotropes et les insulines et ces grossistes nous les livrent.

~ Informateur-clé, pharmacien privé

Un autre problème lié à l'approvisionnement est la rupture en contraceptifs dans les Moughataa, qui serait due à des insuffisances dans la satisfaction des demandes et au circuit de distribution, car il s'agit souvent de produits en rupture au niveau de la région mais disponibles au niveau central (PNSR).

Le problème qui se pose généralement c'est les ruptures au niveau régional, mais les produits se trouvent au niveau central du programme. La plupart des ruptures doivent être mises sur le dos de l'inefficacité des circuits de distribution.

~ Informateur-clé, sécurisation des produits de SR/PF

Il y a énormément de cas de rupture, mais aussi des problèmes de logistique, de conservation des produits, de distribution de ces produits. Les produits sont disponibles au niveau central mais ne sont pas disponibles auprès des populations nécessiteuses.

~ Informateur-clé, ONG internationale

Les ruptures en contraceptifs laissent la porte ouverte à des dérapages du personnel, qui vend parfois ses propres produits aux clients.

Quand il y a des ruptures, alors les gens essaient de se procurer les contraceptifs d'une manière ou d'une autre pour les vendre aux clientes.

~ Informateur-clé, SR/PF, Moughataa

Les ruptures ne s'expliquent pas et seraient provoquées par des prestataires qui ne respectent pas les règles élémentaires de gestion des stocks, telle que la constitution d'un stock de sécurité qui une fois entamée déclenche une nouvelle commande pour éviter la rupture de stock.

Ce n'est pas compréhensible, parce qu'il y a des produits qui se périment dans le magasin alors qu'ils sont en rupture dans certains centres. Les commandes ne sont pas livrées à temps. Il n'y a pas de stock de sécurité pour éviter les ruptures et pour ne pas pousser certains prestataires à faire payer aux femmes des produits contraceptifs en rupture alors qu'il y en a dans le magasin. Pour moi ce sont des ruptures occasionnées.

~ Informateur-clé, SR/PF, Moughataa

Ce problème de vente illicite des contraceptifs suite à une rupture souvent artificielle est aussi évoqué par un autre répondant :

En général, quand le produit est disponible et ventilé à temps il n'y a pas de rupture. Quand il y a rupture ou retard d'approvisionnement, les gens profitent de l'occasion pour vendre d'autres produits en cachette. Je ne sais pas si c'est un détournement de

quelques produits gratuits pour les revendre aux clientes. Il faut une étude sérieuse pour savoir quelle est la source de ce marché illicite.

~ Informateur-clé, régional MS

Parfois au lieu d'être en rupture, certains produits se retrouvent en surstockage du fait d'une surestimation de la consommation du produit lors des commandes ou simplement du fait d'un problème de gestion des stocks.

Les gens du PNSR m'ont dit qu'ils ont reçu une grosse quantité de préservatifs masculins en fin 2013 et qu'ils attendent une autre commande en 2014. Ils nous ont confié 6 millions de préservatifs à stocker à la CAMEC. Or j'ai vu que nos sorties de préservatifs masculins n'ont jamais atteint 2 millions par an et je leur ai dit, vous allez nous surcharger, nous, on n'a pas cet espace. Vraiment, ça ne va pas.

~ Informateur-clé, CAMEC

Pérennisation du système

La pérennité est une préoccupation de tout programme de PF et est à l'origine de la vente des contraceptifs même à des coûts réduits. Le problème se pose quand la gratuité des produits contraceptifs est totale, comme c'est le cas en Mauritanie dans toutes les structures sanitaires publiques afin d'étendre la couverture géographique ou de lever les obstacles financiers à l'accès. Mais dans la gratuité, il y a toujours quelqu'un qui paie. Dans le cas de la Mauritanie c'est l'UNFPA. Pendant combien de temps va-t-elle continuer à acheter les contraceptifs pour le ministère ? Que se passera-t-il quand l'UNFPA se retirera ou arrêtera d'acheter les contraceptifs pour le pays ? On doit envisager une étape vers une solution.

Tous les PTF, associations, toutes les ONG nationales et internationales qui travaillent dans le domaine de la SR/PF, les députés du groupe parlementaire Population et développement, ministère de la Femme, ministère des Jeunes, ont œuvré à la création d'une ligne budgétaire de 15 millions d'ouguiya en 2014 par l'Etat mauritanien pour l'achat des contraceptifs.

~ Informateur-clé, membre du groupe technique SR/PF

Malgré la gratuité de contraceptifs, il persiste une barrière financière pour certaines méthodes, comme le DIU et les implants, qui nécessitent pour leur insertion des consommables non gratuits que la femme achète sur ordonnance. Il y a des femmes qui ne disposent pas de cet argent. Il faut trouver une politique de prise en charge des consommables.

Ce qu'il faut retenir est que le service gratuit a aussi un coût et que si on ignore ce coût on va vers le blocage ou l'insuffisance dans la pérennisation des services de PF.

Les Obstacles Entravant L'accès aux Services de PF

Nos entretiens avec les informateurs-clés ont relevé quatre raisons principales des besoins non satisfaits en PF : (1) l'inaccessibilité financière (manque de moyens financiers, pauvreté ou faible pouvoir d'achat des femmes, coût élevé de certaines méthodes), (2) l'inaccessibilité géographique (distances trop grandes par rapport au point de prestation, coût du transport), (3) l'inaccessibilité fonctionnelle (non disponibilité dans la communauté de certains produits comme les contraceptifs injectables, ruptures de stock, insuffisance de personnel qualifié dans les structures périphériques pour offrir les méthodes à longue durée d'action, manque de matériel et équipement adéquats pour offrir la méthode choisie, mauvaise qualité des services ou de l'accueil, longues files d'attente), (4) des facteurs socioculturels (religion, prêches des religieux, rumeurs dues à une mauvaise compréhension des produits contraceptifs et de leurs

effets secondaires, contraception clandestine, opposition du mari). C'est ce que nous résume partiellement ce répondant :

C'est très rare que des femmes soient dans le besoin, qu'elles se présentent dans la structure de santé et ne trouvent pas les produits contraceptifs faute d'argent. En réalité, pour celles qui sont réellement dans le besoin et ne se présentent pas, il y a d'autres explications qui ne sont pas que financières. Soit la femme n'a pas été suffisamment sensibilisée sur la méthode, donc un problème de communication subsiste; soit elle n'est pas convaincue de l'utilité du produit ; soit elle a une mauvaise lecture de la religion, estimant que sa religion ne lui permet pas d'utiliser les produits contraceptifs. Il se pourrait aussi qu'elle ne veuille pas faire le rang au centre de santé et part acheter le produit à la pharmacie rapidement et discrètement.

~ Informateur-clé, régional MS

Raisons financières des besoins non satisfaits

Vu que les contraceptifs sont offerts gratuitement, les raisons financières sont rarement évoquées pour expliquer les besoins non satisfaits en PF.

Ce n'est pas une cause économique. Parfois c'est des rumeurs, une mécompréhension des effets des contraceptifs, parfois à cause de l'éloignement du service PF, et c'est pour cela que nous avons intégré les unités mobiles et la clinique mobile pour rapprocher les services vers les tranches des populations qui sont très loin des services.

~ Informateur-clé, responsable ONG locale

Je n'ai pas vu de femme refuser à cause du manque d'argent. Parfois quand on sent qu'une femme n'a pas d'argent pour les consommables, on paie pour elle. Sinon, on fait la consultation générale et on lui donne la pilule gratuitement à la place de l'implant ou du DIU.

~ Informateur-clé, ONG locale

Un autre répondant voit bien une barrière financière mais liée au coût du transport pour aller bénéficier des services :

Peut-être qu'elles ne sont pas bien informées, peut-être il leur manque les moyens socioéconomiques liés au transport.

~ Informateur-clé, SR/PF, Moughataa

Autres raisons des besoins non satisfaits

Les rumeurs parfois non fondées ou non justifiées contribuent aussi à décourager l'adoption de la PF par certaines femmes, comme le dit ce répondant :

Il y a des rumeurs selon lesquelles les contraceptifs causent le cancer, des maladies ou la stérilité.

~ Informateur-clé, ONG locale

Un autre répondant renchérit :

En ce qui concerne le dispositif intra-utérin, il y a des femmes qui disent aux autres, il ne faut pas le faire parce que ça monte au cerveau, ça se perd dans le corps, même les implants se perdent dans la chair.

~ Informateur-clé, SR/PF, Moughataa

Repositionnement de la Planification Familiale en Mauritanie :
La Politique de Tarification des Contraceptifs

Un répondant raconte le prêche d'un imam en défaveur du DIU, qui pour lui provoquait un avortement :

Nous avons eu un blocage de deux ans à cause d'une fatwa d'un imam très écouté qui après l'explication d'un médecin à la télévision sur le DIU a dit aux fidèles musulmans d'arrêter d'utiliser le DIU parce que ça crée l'avortement. Mais heureusement depuis un an nous avons pu avec le même imam obtenir qu'il change son avis et qu'il dise ouvertement qu'il a mal compris l'explication du médecin.

~ Informateur-clé, central MS

Les croyances religieuses, d'une grande importance dans un pays islamique comme la Mauritanie, contribuent aux besoins non satisfaits en PF.

Il y a des femmes qui disent que la contraception c'est « Haram », c'est-à-dire, la religion musulmane ne permet pas d'utiliser les contraceptifs.

~ Informateur-clé, ONG locale

Un autre répondant allant dans le même sens souligne l'attitude religieuse des jeunes :

N'oubliez pas que la Mauritanie est islamique à 100 %. Il y a des réticences d'ordre socioculturel qui font que les jeunes boudent les services PF et ne viennent pas s'approvisionner en condom au centre des jeunes.

~ Informateur-clé, ONG locale

Un autre répondant encore soutient que l'Islam en réalité n'interdit pas l'utilisation des contraceptifs mais l'autorise pour l'espacement des naissances si le service est offert par une femme :

L'Islam interdit les contraceptifs dans le cas de la limitation des naissances ; par contre leur utilisation pour l'espacement des naissances est autorisée sur deux ans, afin d'assurer la croissance normale de l'enfant et de préserver la santé de la femme. La PF, c'est l'apanage de la sage-femme, puisqu'il est religieusement interdit qu'une femme se déshabille devant un homme.

~ Informateur-clé, ONG

Le programme national dans sa stratégie de repositionnement de la PF a entrepris des activités d'information, éducation et communication (IEC) et de plaidoyer auprès des imams pour encourager les femmes à utiliser les contraceptifs.

Tout ça est lié aux obstacles socioculturels. Il y a eu une stratégie de communication qui a permis de balayer ces obstacles socioculturels avec l'implication de nos imams. Nous avons même élaboré un document [USAID/UNFPA outil] qui s'appelle « Islam et espacement des naissances », où tous les imams se mettent d'accord sur l'utilité d'utiliser les produits contraceptifs pour la santé de la mère et de l'enfant.

~ Informateur-clé, central MS

Le vrai problème de la PF c'est la sensibilisation, il faut expliquer aux gens l'importance de la PF et le faire par les médias ou le porte-à-porte, dissiper les rumeurs sur la PF avec les messages bien élaborés et culturellement acceptables.

~ Informateur-clé, SR/PF, Moughataa

Le manque d'information sur les méthodes et leurs avantages, pour sensibiliser la population et la motiver à utiliser les contraceptifs, contribuent lui aussi aux besoins non satisfaits en PF.

Il y a le problème de l'information, l'ignorance sur les avantages, l'analphabétisme, le poids de la tradition, le manque de confiance en ces produits, le manque de motivation pour pouvoir se déplacer et aller chercher les produits.

~ Informateur-clé, régional SR/PF

La société mauritanienne est encore pro-nataliste, et le contexte islamique encourage cette attitude favorable aux familles nombreuses. Dans cet environnement l'utilisation de la PF reste limitée.

Tu sais les femmes mauritaniennes ont une mentalité, c'est qu'une femme a un seul rôle, c'est faire des enfants. Si elles ne font pas d'enfants, l'homme va partir. Mais c'est une mentalité qui commence à changer.

~ Informateur-clé, ONG locale

Un autre facteur non négligeable observé dans plusieurs pays africains est l'opposition du mari à l'utilisation des contraceptifs par sa femme. Un répondant évoque un cas vécu :

La sage-femme m'a dit qu'elle a donné des pilules à une femme et le lendemain son mari est venu crier sur elle dans le service. Il a voulu créer un scandale disant qu'il ne voulait pas que sa femme prenne de pilules.

~ Informateur-clé, ONG locale

C'est pourquoi certaines femmes convaincues des avantages des contraceptifs et dont les maris sont opposés utilisent la méthode clandestinement.

Il y a des femmes qui viennent et qui disent qu'elles sont venues prendre les contraceptifs et que le mari n'est pas au courant et qu'elles vont les utiliser en cachette.

~ Informateur-clé, SR/PF, Moughataa

Un répondant explique l'opposition du mari par sa peur de l'infidélité de la femme :

Il y a des hommes qui sont très jaloux et pensent que quand la femme fait la contraception, ça la pousse à mener sa vie comme bon lui semble et que c'est la porte ouverte à l'infidélité.

~ Informateur-clé, SR/PF, Moughataa

Mais ce même répondant propose une façon efficace de rassurer les maris jaloux :

Pour mettre en place ces produits contraceptifs ça a été tout un tas de problèmes, car nous sommes en pays musulman et quand nous, on nous a formés sur la PF, on demandait d'abord l'accord du mari et le mari lui-même venait avec la femme ou lui remettait sa carte d'identité pour la PF.

~ Informateur-clé, SR/PF, Moughataa

Il faut reconnaître que les besoins non satisfaits en PF sont dues en partie à une mauvaise qualité de l'offre des services en termes de temps d'attente, aux ruptures du stock des contraceptifs et surtout à l'attitude des prestataires (vente illicite, faux frais).

Repositionnement de la Planification Familiale en Mauritanie :
La Politique de Tarification des Contraceptifs

Le temps d'attente et la longue file d'attente me gênent personnellement. J'ai vu dans certains pays comme au Mali et au Sénégal qu'il y a des services pour offrir uniquement la PF ; c'est mon souhait car je suis seule à faire la consultation de gynécologie, la consultation prénatale et la PF. Je fais 30 à 35 consultations par jour, d'où la longue file d'attente que les femmes ont du mal à supporter.

~ Informateur-clé, SR/PF, Moughataa

Un autre répondant renforce ce constat en ces termes :

Parce que ce n'est pas toutes les structures de santé qui offrent les prestations de PF, et ce n'est pas tout le personnel qui est formé pour fournir les prestations de PF ; les services PF ne sont pas suffisamment disponibles. Par ailleurs quelques personnels de santé ne sont pas favorables à la contraception.

~ Informateur-clé, PTF

L'accessibilité géographique très limitée des points actuels de prestation des services de PF décourage aussi des utilisatrices potentielles de la planification familiale. La non disponibilité de la méthode préférée dans la structure ou l'absence de personnel qualifié ou formé à offrir la méthode contribue à l'ampleur des besoins non satisfaits en PF.

Cela peut être dû à l'éloignement de la structure, parce que même si c'est gratuit la femme doit avoir de l'argent pour se déplacer vers les structures pour en bénéficier. Parfois la femme peut choisir une méthode mais celle-ci n'est pas disponible dans la gamme. Par exemple, dans tous les postes de santé, il n'y a pas de sage-femme formée pour faire le DIU ou les implants et les prestataires présents n'ont pas eu la formation.

~ Informateur-clé, central MS

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

Le gouvernement encadre les prix pratiqués par les privés. Il y a donc une politique de tarification aussi bien pour le secteur public que pour le secteur privé. C'est au niveau de la direction des Pharmacies que les prix aux clients sont fixés pour les pharmacies privées et les acteurs privés à but lucratif. Les acteurs privés à but non lucratif comme l'AMPF et Santé sans frontières offrent les contraceptifs gratuitement s'il s'agit des produits reçus de la CAMEC.

L'AMPF estime avoir amélioré la prévalence contraceptive au niveau rural et urbain. Selon un informateur d'ONG locale, « On a constaté au niveau des zones d'intervention de l'AMPF une amélioration au niveau de la prévalence contraceptive. » Les répondants situent à 10 %, maximum 15 %, la contribution du secteur privé au recrutement de 100 nouvelles utilisatrices de PF sur une année.

Pour le moment le privé n'est pas très développé dans le cadre de la contraception. J'estime à 90 % pour le public et 10 % pour les privés la proportion de nouvelles utilisatrices recrutées l'année dernière.

~Informateur de PF, niveau régional

Pour un autre répondant c'est « 85 % pour les structures de l'Etat contre 15 % pour les privés » (informateur de PTF). Mais pour un responsable du niveau central,

Ce n'est pas clair que le secteur privé contribue à la PF, car ils prennent tous les produits PF au PNSR, et le personnel qui travaille au niveau de ces ONG est le personnel du ministère de la Santé mis à leur disposition, donc les résultats appartiennent au public. Donc ce n'est pas exactement du privé.

~ Informateur-clé, central MS

Le Processus de Gestion et du Suivi-Evaluation des Programmes de PF

Pour faciliter la gestion des contraceptifs et le suivi des stocks, l'UNFPA a mis à la disposition du PNSR et de la CAMEC le logiciel CHANNEL avec des ordinateurs. Le personnel a été formé à son utilisation, comme le dit ce répondant :

Nous avons reçu le logiciel CHANNEL de l'UNFPA pour gérer les contraceptifs. Nous avons été formés par le PNSR ; les produits sont gérés par le logiciel CHANNEL. Le suivi concerne les entrées, les sorties et consommations moyennes mensuelles.

~ Informateur-clé, CAMEC

Un autre répondant précise les dispositions prises pour assurer une bonne gestion et un suivi régulier des produits contraceptifs pour une meilleure estimation des besoins et pour éviter les ruptures de stock :

Depuis que le logiciel CHANNEL a été introduit, avec l'appui de l'UNFPA, le PNSR a équipé les points focaux SR/PF en ordinateurs avec ce logiciel et les a formés, tout comme le personnel de la DRAS, sur son utilisation pour la gestion des contraceptifs. Le mois dernier on en a formé 20 personnes, dont quatre par région prioritaire. Certains médecins-chefs de Moughataa en ont reçu. Ce logiciel CHANNEL peut nous renseigner sur la consommation moyenne mensuelle, par niveau, le niveau minimum et maximum de stock, le cycle de commande et le stock de sécurité.

~ Informateur-clé, central MS

Le PNSR a mis en place ce logiciel CHANNEL avec des ordinateurs au niveau de toutes les régions et au niveau des points focaux régionaux pour leur permettre de collecter à partir des centres de santé les données d'utilisation des contraceptifs et de les saisir pour les transmettre trimestriellement au PNSR. Malheureusement, comme le dit ce même répondant, « ça, c'est sur le plan théorique, mais en réalité nous avons des problèmes, car par manque de moyens logistiques les points focaux n'arrivent pas à joindre les centres de santé pour la collecte des données. »

Les éléments objet du suivi selon les répondants sont « le rapport mensuel, la fiche de stock et les visites de suivi-évaluation chaque trois mois » (informateur d'ONG locale) ; « l'affluence des jeunes, la satisfaction des bénéficiaires et le rendement » (informateur d'ONG locale) ; « la quantité de contraceptifs sortis, les nouvelles acceptantes, les anciennes aussi, les ruptures de stock, les dates de péremption » (informateur de SR/PF Moughataa) et « la couverture contraceptive, les entrées et les sorties, les types de rupture » (informateur régional MS).

C'est dire qu'il y a des indicateurs comme le taux d'utilisation des méthodes contraceptives par méthode, la disponibilité des produits utilisés, les nouvelles inscriptions, la prévalence contraceptive, les besoins non satisfaits, le taux de transmission des rapports, le taux de ruptures de stock, les péremptions, la disponibilité des contraceptifs, la consommation moyenne mensuelle, les entrées et sorties, et l'évolution

Repositionnement de la Planification Familiale en Mauritanie :
La Politique de Tarification des Contraceptifs

des financements qui sont collectés et exploités pour ajuster les programmes et les services offerts et lancer les commandes.

Mais malgré ces dispositions prises par le programme, certains contraceptifs sont parfois retrouvés périmés. Le répondant suivant en donne un exemple :

C'était le Noristerat qui était périmé. Il nous a été donné à deux mois de la date de péremption et on n'est pas arrivé à tout consommer et ça s'est périmé. Mais ce n'est donc pas parce que des produits sont restés dans le centre jusqu'à être périmés.

~ Informateur-clé, SR/PF, Moughataa

Un autre répondant pense qu'il s'agit plutôt d'un manque de coordination, d'une mauvaise quantification des besoins et même d'une absence de plan national d'approvisionnement :

C'est un problème de coordination au niveau des gens qui gèrent les contraceptifs et l'absence d'un plan national d'approvisionnement. Il y en a qui ne sont pas assez formés pour faire une bonne quantification des besoins et une bonne estimation à partir du seuil minimal et du seuil maximal. Les points de prestation sont souvent en rupture alors qu'il y a les produits au niveau central. Les ruptures au niveau local sont dues au problème d'acheminement.

~ Informateur-clé, niveau central

Un autre élément devant faire l'objet de suivi est la qualité des produits et surtout leur conservation pour en maintenir la qualité. Le répondant suivant tient des propos rassurants sur la qualité mais incertains sur la conservation des contraceptifs une fois qu'ils sont livrés aux programmes nationaux de SR :

En général, les produits achetés par l'UNFPA passent par un contrôle de qualité. Souvent les produits sont envoyés avec des certificats d'origine. Les produits sont testés ici aussi en Mauritanie par un laboratoire de qualité. En fait, on ne doit pas se soucier de la qualité des produits ; seulement, il y a des problèmes de conservation des produits.

~ Informateur-clé, PTF

Les Suggestions des Participants pour Améliorer la Situation de la PF en Mauritanie

Les suggestions des participants tournent autour de quatre points, à savoir : (1) la création de la demande pour les services de PF, (2) l'assurance d'une offre de services de qualité disponible et rapprochée des populations par des agents formés, et (3) la création d'un environnement favorable à la PF.. Ces aspects sont touchés dans ce propos :

Il faut qu'il y ait une bonne coordination des actions des partenaires et bailleurs, que le PNSR joue un rôle de coordination plus important pour que tout le monde puisse travailler en harmonie, que l'Etat mette des ressources financières pour l'achat des contraceptifs, travaille avec la société civile pour une meilleure sensibilisation des populations, renforce les structures de prestation de soins, suive et supervise les activités sur le terrain. Il est important que cette supervision soit formative, permette la collecte et l'analyse des données afin d'identifier les problèmes et défis majeurs et leur apporter des solutions. L'Etat et les organisations de la société civile devraient aussi renforcer l'information à travers les médias pour parler davantage de la PF et du dividende démographique. Sur ce dernier point, les cadres du PNSR devraient être formés au concept du dividende démographique afin de comprendre les mesures à prendre pour que la Mauritanie puisse en bénéficier.

~ Informateur-clé, PTF

1. Création de la demande

Les suggestions mettent l'accent sur l'information, l'éducation et la communication, ainsi que la sensibilisation des hommes, des maris, des femmes et des clients potentiels. Cette sensibilisation devrait se faire dans la communauté, dans les points de prestation, et utiliser tous les moyens de communication, causerie, théâtre, visites à domicile, sensibilisation de proximité, counseling, et ainsi de suite. Elle devrait porter sur des thèmes tels que l'espacement des naissances, les avantages de la PF pour la santé de la mère et de l'enfant et pour le bien-être familial et le développement, les effets secondaires et leur gestion.

Pour contrer les rumeurs, un répondant suggère de « faire des efforts de sensibilisation utilisant l'outil L'Islam et la PF. C'est un outil qui est bien pour aider à limiter un peu les rumeurs sur les contraceptifs » (informateur d'ONG locale). Un autre répondant propose la radio et la télé, qui permettraient d'atteindre les populations les plus reculées :

Faire une sensibilisation en clinique mobile et aussi au niveau des mass médias ; faire des campagnes de sensibilisation en parlant beaucoup à la radio, parce que ceux qui sont dans les brousses ont au moins une radio pour écouter les messages.

~ Informateur-clé, SR/PF, Moughataa

Pour un autre répondant la sensibilisation devrait promouvoir les méthodes contraceptives à longue durée d'action :

Je pense qu'il y a lieu de sensibiliser davantage les femmes sur l'existence des méthodes de longue durée au niveau des structures publiques. Ceci permettra aux femmes de faire l'économie des visites au centre.

~ Informateur-clé, pharmacie

Le répondant suivant est plus optimiste en ce qui concerne l'impact des sensibilisations sur l'utilisation des contraceptifs. Il évoque le cas des vaccinations, rejetées au départ mais très acceptées de nos jours :

Repositionnement de la Planification Familiale en Mauritanie :
La Politique de Tarification des Contraceptifs

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

~ Informateur-clé, médecin-chef, Moughataa

Pour les jeunes, selon un autre répondant, la création de la demande devrait mettre l'accent sur les nouvelles technologies de l'information :

Leurs recommandations sont de préparer une salle de formation sur l'informatique, d'ouvrir un cyber pour l'Internet. Plus de sensibilisation pour changer les mentalités pour que les jeunes utilisent les services SR/PF, IST et VIH/SIDA.

~ Informateur-clé, ONG locale

Le répondant suivant trouve les ASC et les relais communautaires très efficaces dans la création de la demande pour les services au sein de la communauté à travers leur porte-à-porte :

Les ASC ou les relais qui font du porte-à-porte quand il y a des campagnes de sensibilisation... Oh, mon Dieu, moi je n'ai pas de l'argent à leur donner, sinon ils seraient encore en service. C'est à cause de ça que les services ne sont pas utilisés, car les femmes préfèrent aller chez ces ASC acheter les contraceptifs [plutôt] que de venir au centre de santé pour faire le rang.

~ Informateur-clé, SR/PF, Moughataa

Cette appréciation est renforcée par un autre répondant, pour qui la sensibilisation de la communauté et de ses délégués sera bénéfique au programme de PF :

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

~ Informateur-clé, membre groupe technique
SR/PF

2. Assurance de l'offre

Les répondants ont suggéré que les contraceptifs soient disponibles dans la communauté pour répondre à la création de la demande. La distribution à base communautaire avec utilisation des ASC et des relais devrait être privilégiée. Une délégation des tâches avec formation et supervision des ASC devrait leur permettre de fournir tout d'abord la pilule en première ordonnance et les contraceptifs injectables à moyen terme. Ceci permettrait d'améliorer l'accessibilité géographique des populations à ces méthodes. Les accoucheuses auxiliaires et les infirmiers devraient se voir déléguer les tâches liées à l'offre des méthodes contraceptives à longue durée d'action (DIU et implants) en l'absence ou en supplément de la sage-femme. Il importe alors de renforcer les capacités du personnel à travers des formations/recyclages et des supervisions formatives. Les stratégies avancées et les cliniques mobiles reconnues pour attirer beaucoup de clientes et améliorer l'accessibilité géographique devraient être vulgarisées et plus fréquentes et les ressources nécessaires allouées. Il faut également développer des actions en direction des jeunes et éviter les ruptures de stock et assurer la disponibilité permanente des contraceptifs à travers une gestion adéquate des stocks.

Un répondant propose d'élargir l'offre des contraceptifs à travers l'utilisation des ASC :

Je propose l'offre des contraceptifs partout, dans toutes les structures de santé, que ce soit les structures gouvernementales ou celles des ONG, et impliquer les ASC, procéder à une délégation des tâches pour les ASC pour qu'ils recrutent de nouvelles utilisatrices de pilules.

~ Informateur-clé, ONG locale

Un autre répondant suggère que la qualité, l'accueil et la disponibilité permanente des contraceptifs dans des conditions acceptables soient au centre de l'offre des services :

Il faut rendre accessibles les produits en mettant les structures dans des conditions acceptables. Aussi, faudrait-il bien accueillir les clientes et leur proposer les produits les plus indiqués pour leurs situations et surtout rendre disponibles les produits en quantité et en qualité au niveau de toutes les structures de santé.

~ Informateur-clé, régional MS

Un autre répondant insiste sur cet aspect en ces termes :

Accélérer la mise en place d'un système d'approvisionnement régulier et clair et former les prestataires sur les techniques contraceptives, surtout les méthodes de longue durée.

~ Informateur-clé, central MS

Mais le plus important pour un autre répondant encore est l'organisation du travail avec une sage-femme dédiée à l'offre des services de PF :

Il faudra mettre un service autonome de la PF, créer des unités PF dans nos centres de santé, ce qui suppose des moyens, et il faut mettre une sage-femme qui ne s'occupe que de la PF bien que nous n'ayons pas assez de sages-femmes.

~ Informateur SR/PF, Moughataa

Un répondant plus audacieux relève les failles au niveau des services de PF actuels et propose de mettre fin à la gratuité des produits qui occasionne des ruptures que les prestataires exploitent pour vendre des contraceptifs :

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

~ Informateur-clé, SR/PF, Moughataa

Pour le répondant suivant l'Etat devrait prendre ses responsabilités et utiliser des ASC et des relais rémunérés sur le budget de l'Etat, qui devrait prendre en charge les consommables pour renforcer la gratuité des contraceptifs et en assurer la disponibilité permanente :

Intégrer les ASC et les relais pour que leur rémunération soit prise en compte par l'Etat, et que l'Etat prenne en charge les cliniques mobiles plutôt que de les laisser aux bailleurs étrangers. Il faut éviter les ruptures et prendre en charge les consommables dans tous les centres de santé.

~ Informateur-clé, ONG locale

3. Création d'un environnement favorable à la PF

Les suggestions ici mettent l'accent sur des actions de sensibilisation et de plaidoyer en direction de cibles pouvant servir d'obstacles à un environnement favorable à l'utilisation des contraceptifs. Il s'agit de

Repositionnement de la Planification Familiale en Mauritanie :
La Politique de Tarification des Contraceptifs

suggestions pour obtenir l'adhésion des hommes et spécifiquement des maris, des leaders religieux, des leaders communautaires et des parents en ce qui concerne l'utilisation des contraceptifs par les jeunes. Il faut aussi envisager des actions pour dissiper les rumeurs sur les produits de PF.

Un répondant en donne un résumé en ces termes :

Je pense qu'il faut intervenir au niveau de toute la chaîne, améliorer les compétences en matière de gestion des programmes et surtout de la gamme des produits contraceptifs, avoir le logiciel sur lequel on fait la gestion des produits contraceptifs, que les agents soient formés là-dessus et les doter en ordinateur, appuyer la chaîne d'approvisionnement par la mise à disposition de moyens logistiques comme les véhicules, renforcer les équipes, renforcer l'organisation des services, rendre disponibles les équipements nécessaires au niveau des prestataires, revoir les conditions de stockage des contraceptifs, les locaux, renforcer les compétences par la formation, faire des communications en vidéo qui vont attirer l'attention des femmes et appuyer la recherche opérationnelle.

~ Informateur-clé, central MS

Le répondant suivant privilégie le suivi et la coordination à tous les niveaux, tant dans le secteur public que dans le privé, pour assurer un environnement favorable à la PF :

Quand toutes les conditions sont réunies, il faudrait bien suivre et bien coordonner le programme PF. Il faut suivre à tous les niveaux, pas seulement les structures publiques ou le niveau primaire, mais tous : les hôpitaux, les cliniques privées, le parapublique qui dispose de cette activité. Donc un suivi systématique. Si on fait tout ça on verra que nous allons évoluer aussi comme les autres.

~ Informateur-clé, régional MS

Un autre répondant renforce cette idée en insistant sur la coordination des intervenants en PF et l'équipement en matériels et consommables :

Il faut former les prestataires impliqués, rendre disponibles les produits contraceptifs à temps plein, faire des supervisions, mettre en place un système de coordination des différents intervenants en PF (les ONG, les hôpitaux, les privés) et renforcer l'équipement en matériels et consommables nécessaires.

~ Informatrice-clé, sage-femme régionale

Mais le plus important serait une gestion logistique fiable, l'assurance de la qualité et de la disponibilité des produits et le travail avec les leaders d'opinion et la contribution d'autres partenaires et de l'Etat à l'achat des contraceptifs.

Il faut un système d'information de gestion logistique fiable, que la CAMEC soit l'unique pourvoyeuse de contraceptifs en vue de garantir la qualité et la disponibilité des produits, travailler plus avec les leaders d'opinion (les leaders religieux pour mieux asseoir un plan d'action plus fiable), que l'Etat puisse vraiment appuyer l'achat des produits contraceptifs, que le gouvernement puisse élaborer une politique réelle et claire en faveur de la PF ; et que d'autres bailleurs s'intéressent à l'achat des contraceptifs.

~ Informateur-clé, PTF

Un répondant essaie de résumer les suggestions pour un environnement favorable à la PF :

Mettre un plan de gestion logistique, investir dans le matériel (locaux, véhicules...), assurer un suivi-évaluation des activités des enquêtes d'évaluation de la prévalence des

contraceptifs, en vue de mettre en place un plan de résolution des problèmes qui se posent, mettre en place un plaidoyer, sensibiliser les religieux, la société civile en général.

~ Informateur-clé, ONG internationale

Pour le répondant suivant un environnement favorable à la PF inclut un système d'information fonctionnel, une bonne logistique et une base de données pouvant permettre une quantification adéquate des besoins en contraceptifs :

Mettre en place un système d'information fonctionnel, améliorer la logistique, avoir une base de données pour une bonne quantification et mettre en place un mécanisme de distribution des produits avec suivi-évaluation.

~ Informateur-clé, central MS

En résumé, les répondants ont suggéré d'augmenter la demande et d'améliorer l'offre ; d'impliquer les hommes, les leaders d'opinion, les leaders religieux et les leaders communautaires, de renforcer les capacités des prestataires et de renforcer la gratuité des contraceptifs par la prise en charge des consommables.

CONCLUSION

Les entretiens avec 26 informateurs-clés sur la politique de tarification des contraceptifs en Mauritanie nous ont permis de constater que les contraceptifs sont offerts gratuitement dans le secteur public et chez certaines ONG à but non lucratif. Mais les clientes contribuent à l'achat des consommables pour les méthodes à longue durée d'action. Certaines ONG comme l'AMPF pratiquent des prix jugés abordables pour les contraceptifs. Pour renforcer le PNSR, le ministère de la Santé de la Mauritanie a confié depuis novembre 2013 la distribution des contraceptifs à la CAMEC.

L'UNFPA est pour le moment le seul PTF pour l'achat des contraceptifs de la Mauritanie. Toutefois, selon les informations reçues du Coordonnateur du PNSR, l'Etat mauritanien a mis en place en 2014 une ligne budgétaire spécifique dotée de 15 millions d'ouguiya pour l'achat des contraceptifs. Ceci est incontestablement une très grande avancée. Les contraceptifs achetés sont remis à la CAMEC, qui les envoie dans ses dépôts régionaux qui approvisionnent les DRAS, qui à leur tour approvisionnent les sages-femmes points focaux SR/PF dans les Moughataa où viennent s'approvisionner les unités de santé de base (USB). Pour le moment, les contraceptifs ne sont pas disponibles au sein de la communauté, car la DBC utilisant des ASC n'est pas encore lancée par le ministère de la Santé.

Enfin, la politique de tarification de la Mauritanie avec cession des contraceptifs gratuitement lève une barrière financière à l'utilisation des contraceptifs, mais il persiste d'autres barrières financières dues à la l'achat des consommables par les clientes, ainsi que des barrières socioculturelles ou géographiques. Tous les contraceptifs sont offerts gratuitement dans les structures publiques, mais il faut payer pour les consommables. Les contraceptifs ne sont pas gratuits dans les autres secteurs comme les pharmacies privées.

Le partenariat entre le gouvernement et les acteurs privés fonctionne à souhait avec un accord entre le ministère de la Santé et certaines ONG comme l'AMPF et Santé sans frontières, qui distribuent les contraceptifs du PNSR et ont du personnel du ministère mis à leur disposition.

Les besoins non satisfaits en PF sont attribuables à des problèmes d'accessibilité géographique ; des facteurs socioculturels, surtout religieux ; des difficultés d'organisation des services ; des ruptures de stock et l'insuffisance de personnel qualifié et formé pour offrir les méthodes contraceptives à longue durée d'action.

Recommandations

Les recommandations suivantes se fondent sur nos entretiens avec 26 informateurs-clés en Mauritanie sur la tarification des produits contraceptifs :

En direction du Programme national de santé de la reproduction (PNSR)

- Prendre des dispositions pour appliquer les suggestions des informateurs-clés pour améliorer les services de PF. Ces suggestions touchent à la création de la demande (IEC, DBC, médias), à l'assurance de l'offre de services de PF de qualité (disponibilité des produits, formation des prestataires, supervision formative, suivi et coordination, cliniques mobiles, délégation des tâches aux accoucheuses auxiliaires) et à la création d'un environnement favorable à la PF (obtenir l'adhésion des hommes, des maris, des leaders religieux et communautaires et des parents à la PF).
- Doter les structures des matériels et consommables nécessaires pour offrir les méthodes contraceptives à longue durée d'action afin d'éviter que les femmes soient obligées de payer pour les consommables.

- Mettre en place un système qui oblige les prestataires à tous les niveaux à faire le point des contraceptifs disponibles et à faire remonter l'information chaque fin de semaine. Ceci permettrait de limiter, voire d'éviter, les ruptures de stock, qui laissent la porte ouverte à des dérapages.

En direction des intervenants en PF (Groupe SR/PF, ONG/associations/société civile)

- Faire le plaidoyer pour le renforcement de la politique de tarification et sa segmentation pour garantir l'accès des plus démunis (les femmes des milieux ruraux et les jeunes) aux produits contraceptifs de leur choix, tout en faisant payer ceux qui en ont les moyens pour la sécurisation des contraceptifs.
- Faire le plaidoyer pour la délégation des tâches autorisant les ASC à offrir la pilule en première ordonnance et le contraceptif injectable dans la communauté et la délégation des tâches aux accoucheuses auxiliaires et infirmières leur permettant d'offrir les méthodes à longue durée d'action (DIU et implants) afin d'améliorer l'accès géographique des populations à ces méthodes.
- Faire le plaidoyer en faveur des actions proposées par les informateurs-clés pour créer la demande, améliorer l'offre et renforcer un environnement favorable à la planification familiale.

En direction du ministère de la Santé

- Maintenir et augmenter chaque année la ligne budgétaire dédiée à l'achat des contraceptifs.
- Renforcer la gratuité des produits contraceptifs par la prise en charge des consommables pour les méthodes à longue durée d'action (DIU et implants).
- Lancer officiellement le programme de distribution à base communautaire des contraceptifs avec utilisation des ASC pour offrir tout d'abord la pilule et les contraceptifs injectables à moyen terme afin d'augmenter la couverture géographique des services de PF et mettre ce programme à l'échelle dès que possible.

En direction des partenaires techniques et financiers

- Augmenter le financement et le nombre de PTF intervenant dans l'achat des contraceptifs avec la mise en place d'un système pour assurer la sécurisation des contraceptifs à moyen et long terme.
- Appuyer financièrement la CAMEC et le PNSR dans la gestion et le suivi du programme de PF, le renforcement des capacités du personnel à tous les niveaux et la dotation en équipements, matériels et consommables pour assurer l'offre de services de PF de haute qualité.
- Financer des recherches d'évaluation périodique des progrès du programme de PF et de la prévalence contraceptive et son évolution.

REFERENCES

- Barnes, J., J. Vail, et C. Dawn. 2012. *Total Market Initiatives for Reproductive Health*. Bethesda, MD : Strengthening Health Outcomes Through the Private Sector Project, Abt Associates.
- Ciszewski, R.L. et P.D. Harvey. 1995. “Contraceptive Price Changes : The Impact on Sales in Bangladesh.” *International Family Planning Perspectives* 21 : 150–54.
- DELIVER. 2007. *West Africa : Final Regional Report*. Arlington, VA : DELIVER Project.
- Drake, J.K., H. Espinoza, C. Suraratdecha, Y. Lacayo, B.M. Keith, et al. 2011. “Stakeholder Perceptions of a Total Market Approach to Family Planning in Nicaragua.” *Rev Panam Salud Publica* 29, no. 5 : 329–36.
- Attama, S et E. McDavid. 2012. *Repositioning Family Planning in Mauritania : A Baseline*. Washington, DC : Futures Group and the William and Flora Hewlett Foundation.
- Ministère de la Santé. 2013. *Plan National en Faveur de L’espace des Naissances en Mauritanie, 2014–2018*. Nouakchott, Mauritanie : Ministère de la Santé.
- Office National de la Statistique (ONS). 2008. *Enquête Par grappes à Indicateurs Multiples, Mauritanie, 2007. Rapport Final*. Nouakchott, Mauritanie : ONS.
- Office National de la Statistique (ONS). 2011. *Suivi de la Situation des Femmes et des Enfants : Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS)*. Nouakchott, Mauritanie : ONS. Consulté sur http://www.childinfo.org/files/Mauritania_2011_FinalReport_Fr.pdf
- PATH. 2010. *Enhancing Equity and Sustainability of Public-Sector Family Planning*. Washington, DC : PATH.
- Population Reference Bureau. 2008. « Mauritanie. » Washington, DC : Population Reference Bureau. Consulté sur <http://www.prb.org/DataFinder/Geography/Data.aspx?loc=267>.
- Population Reference Bureau. 2012a. *Family Planning : Francophone West Africa: A Call to Action*. Washington, DC : Population Reference Bureau. Retrieved from http://www.prb.org/pdf12/ouagadougou-partnership_en.pdf.
- Population Reference Bureau. 2012b. « Togo. » Washington, DC : Population Reference Bureau. Consulté sur <http://www.prb.org/DataFinder/Geography/Data.aspx?loc=272>.
- Population Reference Bureau. 2012c. « Mauritanie. » Washington, DC : Population Reference Bureau. Consulté sur <http://www.prb.org/DataFinder/Geography/Data.aspx?loc=267>.
- World Bank. 2011. « Reproductive Health at a Glance: Mauritania. » Washington, DC : World Bank. Consulté sur <http://siteresources.worldbank.org/INTPRH/Resources/376374-1282255445143/Mauritania52411web.pdf>.

ANNEXE A. LISTE DES INFORMATEURS-CLES

N°	Institution	Fonction/Poste
R 01	AMPF	Directeur
R 02	AMPF	Délégué régional
R 03	AMPF	Sage-femme clinique
R 04	Pharmacie privée : Avirrose	Gérant
R 05	AMPF	Comptable gestionnaire de stock
R 06	Moughataa Teyarett (DS)	Responsable SR/PF
R 07	CAMEC	Directeur commercial de la CAMEC
R 08	Moughataa Sebkhah (DS)	Responsable SR/PF PMI
R 09	UNFPA	Responsable sécurisation des produits de SR
R 10	DELIVER	Chargé de programme
R 11	PHARMACIE ABBAD	Gérant
R 12	DRAS Nouakchott	Directeur
R 13	DRAS Nouakchott	Point focal SR/DRAS
R 14	PNSR	SF responsable PF
R 15	PNSR/Groupe technique SR	Présidente Association Sages-femmes (AMSFE)
R 16	UNFPA	Représentant assistant
R 17	Moughataa KSAR (DS)	Sage-femme responsable SR
R 18	PNSR	Directeur
R 19	Pharmacie	Président du Syndicat des Pharmacies
R 20	Moughataa Ryad (DS)	Médecin-chef de district
R 21	Moughataa Ryad (DS)	SF responsable SR/PF
R 22	Santé sans frontières (SSF)	Coordonnateur national
R 23	Groupe technique SR	Responsable unité IEC/PNSR membre GTSR
R 24	Santé sans frontières	Sage-femme clinique
R 25	Moughataa Sebkhah (DS)	SF responsable PF Centre mère-enfant
R 26	Pharmacie ERRAVA	Gérant

ANNEXE B : GUIDE D'ENTRETIEN POUR UNE POLITIQUE DE TARIFICATION EN AFRIQUE DE L'OUEST

Futures Group
Guide d'entretien des informateurs-clés
pour une politique de tarification en Afrique de l'Ouest
 Politique De tarification en Afrique de l'Ouest : Burkina Faso, Togo, Niger et Mauritanie

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

PI :

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

Date/version : 2 juillet 2013

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

Criteres D'eligibilite

1.	Age (18 ans et plus)	O/N
2.	Sexe (M = masculin ; F = féminin)	M/F
3.	A fourni un consentement verbal informé avant de participer	O/N
4.	A consenti à l'enregistrement de l'entretien	O/N
5.	Numéro du formulaire d'entretien (copier le numéro figurant sur la fiche d'entretien)	
6.	Nom de l'intervieweur	
7.	Nom du preneur de notes	
8.	Description de l'implication de l'informateur-clé dans la politique de tarification : Ministère de la Santé, niveau national _____ Agent de Santé du District ou autre équipe décentralisée du MS _____ Directeur d'une entité sanitaire médicale régulatrice _____ Directeur d'une entité régulatrice pour les infirmiers _____ Directeur d'une entité pharmaceutique régulatrice _____ Autre, veuillez spécifier _____	
9.	Date de traduction/transcription complète : _____ Transcrit par : _____	

Introduction & Instructions pour L'intervieweur

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

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

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

- Allez à "Consentement oral pour l'entretien de l'Informateur-clé ».

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

- Questions, suggestions, remerciements.

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

Guide D'entretien

A. Situation générale :

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

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

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

Repositionnement de la Planification Familiale en Mauritanie :
La Politique de Tarification des Contraceptifs

Questions plus détaillées :

- Est-ce que ces politiques de prix diffèrent entre le secteur public, le secteur privé et les ONG qui offrent des services ou des produits de planification familiale ?

A.1.4. Est-ce qu'il y a des politiques en place pour s'assurer la capacité des prestataires de services de santé à fournir des contraceptifs et autres produits de planification familiale ou contraceptifs à des prix **abordables** ?

Questions plus détaillées :

- Est-ce qu'il y a des politiques qui financent les produits et services de planification familiale pour les personnes qui n'ont pas les moyens de les payer ?
- Est-ce que les prix des services et des produits de planification familiale varient parmi certains groupes ? Le cas échéant, quels sont les critères justifiant des prix plus ou moins élevés ? (par exemple : prix plus bas pour revenus plus bas, prix différents dans les zones rurales et urbaines, prix différents dans les marchés public et privé ou services et produits différents)
- Est-ce que ces produits et services de planification familiale sont gratuits ou est-ce que divers services et produits sont payants ?
- Est-ce que ces politiques de tarifications pour la santé de la reproduction diffèrent d'un niveau de personnel à l'autre (par exemple, est-ce que les services ou les produits de planification familiale coûtent moins cher s'ils sont administrés par des agents de santé de niveau moins élevé et du personnel non médical par rapport aux prix pratiqués par les docteurs, infirmiers et sages-femmes ?)
- Pensez-vous que ces prix soient abordables et accessibles pour tous ?
- Sinon, quelles populations ont un accès plus facile ou difficile aux services et produits de planification familiale à cause de la politique de tarification (zone urbaine ou rurale) ?

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

Questions détaillées :

- Quel pourcentage du budget de l'Etat est alloué à la planification familiale/la santé de la reproduction ?
- De quelle somme dispose le gouvernement pour financer des contraceptifs et d'autres services de planification familiale afin de répondre à la future demande ? Quel est le déficit prévu ?
- Est-ce que le gouvernement a des politiques en place qui fournissent des subventions ou de l'aide pour permettre à certains groupes d'avoir accès à des services ou produits de planification familiale ? Quel est leur montant et quels sont les critères de distribution de l'aide ?
- Est-ce que ces politiques de tarification sont appliquées de façon consistante sur le terrain ? Sinon, pouvez-vous indiquer certains obstacles/défis affectant l'application de ces politiques de tarification que vous avez remarqués ?

A.1.6. Quels sont les systèmes de recouvrement des coûts sont en place pour les services et produits de planification familiale dans le secteur public? Comment est-ce que ces systèmes fonctionnent et comment les fonds sont-ils utilisés ? Est-ce que les pauvres ont droit à des exemptions ou existe-il d'autres systèmes de protection sociale pour les pauvres ?

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

Questions détaillées :

- Est-ce que le pourcentage de frais couvert par les patients pour les produits et services de planification familiale diffèrent parmi certaines populations (par exemple, clients aux revenus plus ou moins élevés) ?

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

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

B. Accès

B.1.1. Existe-il des politiques qui permettent aux centres de santé d'engager certaines actions pour leur permettre d'avoir le droit d'établir les prix des services ou produits de planification familiale lors de décisions budgétaires ?

Questions détaillées :

- Est-ce qu'il existe des politiques qui permettent aux centres d'offrir certains produits et services à des prix différents ?
- Est-ce qu'il existe des politiques qui permettent aux centres de répondre aux questions d'approvisionnement en ressources ou achats de planification familiale, par exemple la possibilité d'acheter « localement » ?

B.1.2. Quelles sont les politiques qui affectent l'importation de contraceptifs et autres produits de santé de la reproduction ? Est-ce qu'il existe des droits de douane qui s'appliquent aux produits importés pour la santé de la reproduction ?

B.1.3. Quels sont les facteurs créent des obstacles financiers et limitent l'accès des clients aux services et produits de planification familiale dans la chaîne d'approvisionnement? Quelles sont les questions de financement que soulèvent le plus souvent les clients ?

B.1.4. Est-ce que la politique de tarification des contraceptifs ou les politiques de tarification projetées pour les services de planification familiale (ou les achats) à court terme sont basées sur des besoins nationaux escomptés ?

Questions détaillées :

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

Repositionnement de la Planification Familiale en Mauritanie :
La Politique de Tarification des Contraceptifs

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

B.1.5. En général, les prix des contraceptifs qu'ils proposent correspondent-ils aux politiques de tarification nationales actuelles pour les contraceptifs au niveau suivant ? :

- a. Central ? Oui Non NA
- b. Régional ? Oui Non NA
- c. District ? Oui Non NA
- d. Lieu de distribution ? Oui Non NA

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

B.1.6. Comment est-ce que le centre de santé détermine les prix à l'achat et à la vente ? (par exemple, le montant est prédéterminé par le ministère de la Santé, les prévisions de budget incluent des comparaisons de prix à l'achat et à la vente, il utilise le prix d'achat, il achète auprès d'un seul fournisseur, autre – veuillez spécifier)

C. Secteur Privé

C.1.1. Quel est l'impact du secteur privé sur l'approvisionnement de produits ou la prestation de services pour la santé de la reproduction ou la planification familiale ?

C.1.2. Quelles sont les politiques concernant les prix qui ont un impact, positif ou négatif, sur la capacité du secteur privé de fournir des contraceptifs ou d'autres produits et services de planification familiale ? Est-ce que ces prix font l'objet d'un suivi ?

C.1.3. Où est-ce que les prestataires de planification familiale du secteur privé se fournissent en contraceptifs (par exemple producteurs locaux, secteur privé ou ONG) ? Combien paient-ils selon le secteur ? Veuillez spécifier.

C.1.4. Au sein du secteur privé, est-ce qu'il y a des champions/dirigeants qui fournissent des services de planification familiale et des contraceptifs abordables aux principaux employeurs ou syndicats ?

C.1.5. Quel type de partenariat existe entre le secteur public et le secteur privé pour l'approvisionnement de services de planification familiale (par exemple faire appel à des sources extérieures) ?

C.1.6. Est-ce que le marché des services de planification familiale et des contraceptifs est segmenté ?

Questions détaillées :

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

C.1.7. Existe-il une politique de tarification explicite pour les produits et services de planification familiale dans un cadre privé ?

Questions détaillées :

- Est-ce que cette politique est appliquée/mise en œuvre ?
- Taxes ?

D. Archivage et Evaluation

D.1.1. Quelles données financières concernant les produits contraceptifs ont les décideurs-clés ? Comment utilisent-ils ces données et suivent-ils les fluctuations de prix des produits de planification familiale ?

D.1.2. Existe-il une unité de gestion logistique nationale dont la responsabilité est de s'assurer que les services et produits de planification familiale sont disponibles ? Existe-il un mécanisme ou une unité qui coordonne l'approvisionnement et le transport des produits avec des bailleurs pour s'assurer que les contraceptifs soient offerts à un prix équitable ?

D.1.3. Quel est le budget annuel du programme de planification familiale et quels sont les coûts des médicaments, contraceptifs et de la logistique ?

D.1.4. Qui finance le budget annuel du programme de planification familiale (par exemple, le gouvernement, les ONG, les bailleurs privés) ? Quel est le processus utilisé pour établir le budget du programme ?

D.1.5. Est-ce que le budget du programme inclut des fonds pour les activités logistiques telles que les produits, l'entreposage, et le stockage, la gestion des systèmes de données logistiques, le transport, la formation du personnel logistique, la gestion des salaires du personnel, l'élimination des produits utilisés ?

D.1.6. Qui détermine le montant et le financement que le centre de santé recevra pour les produits de planification familiale ?

Questions détaillées :

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

