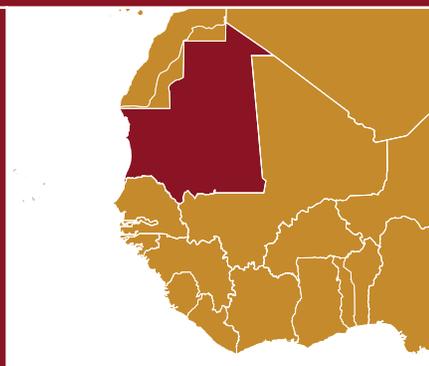


policy

Janvier 2015

REPOSITIONNEMENT DE LA PLANIFICATION FAMILIALE EN MAURITANIE



La Délégation des Tâches

Cette publication a été préparée par Timothée Gandaho, Modibo Maiga et Annie Chen du Projet de politique de santé (HPP).

Référence suggérée : Gandaho, T., C. Striefel, M. Maiga et A. Chen. 2015. *Repositionnement de la planification familiale en Mauritanie : la délégation des tâches*. Washington, DC : Futures Group, Health Policy Project.

ISBN : 978-1-59560-062-2

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

Repositionnement de la Planification Familiale en Mauritanie : La Délégation des Tâches

JANVIER 2015

Cette publication a été préparée par Gandaho, T., C. Striefel, M. Maiga et A. Chen.

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

TABLE DES MATIERES

Remerciements	iv
Résumé Analytique	v
Aperçu du Contexte	6
Synthèse des Résultats	6
Sommaire des Recommandations	8
Abréviations et Acronymes	11
Introduction	1
Contexte	1
Le Système de Santé en Mauritanie.....	2
Objectifs de L'étude.....	4
Méthodologie	5
Revue Documentaire.....	5
Entretiens Approfondis	5
Echantillon	5
Analyse des Données	6
Limitations de L'étude	6
Résultats	7
Sources D'approvisionnement Existantes en Contraceptifs	7
L'implication des Agents par Catégorie dans L'offre de Médicaments et de Contraceptifs	8
Les Suggestions des Répondants pour Améliorer le Partage des Tâches des Services de PF à Base Communautaire et les Produits de PF	15
Conclusion	18
Recommandations.....	18
Annexe A. Liste des Informateurs-clés pour la Délégation des Tâches en Mauritanie ...	20
Annexe B. Guide D'entretien de la Délégation des Tâches A.....	21
Annexe C. Guide D'entretien de la Délégation des Tâches B.....	35
Références	40

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 le soutien 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 et à la mobilisation de personnes-ressources dont la contribution fut déterminante à la réussite de l'étude. Nous remercions sincèrement le docteur Mohamed Lemine de s'être investie personnellement à mobiliser les informateurs-clés de cette étude. Grâce à lui, l'étude s'est déroulée dans un délai raisonnable malgré des difficultés liées à la disponibilité des informateurs-clés.

Nous remercions également toutes les personnes-clés qui ont accepté de participer à nos entretiens malgré leurs calendriers chargés. Tous nous ont accueilli chaleureusement et se sont montrés d'une grande disponibilité, ce qui a permis de collecter les informations utiles présentées dans ce rapport.

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

RESUME ANALYTIQUE

Aperçu du Contexte

En Mauritanie, les indicateurs de santé de la reproduction (SR) et planification familiale (PF) sont préoccupants, à savoir : 4,6 enfants par femme, 626 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, taux de mortalité infantile de 77 pour 1 000 naissances vivantes et 37,2 % de besoins non satisfaits en planification familiale. Sachant que 30 % des cas de mortalité maternelle pourraient être évités grâce à un renforcement de la planification familiale, la Mauritanie a développé un plan de relance de la PF avec, pour objectif, de faire passer la prévalence contraceptive de 10 % en 2011 à 18,5 % en 2018.

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

La disponibilité des contraceptifs en Mauritanie est assurée en fonction de leur schéma d'utilisation normal. Cependant, malgré les efforts réalisés pour que les prévisions restent au plus près de la consommation potentielle estimée, quelques périodes de non disponibilité temporaire subsistent. Ces lacunes affectent l'accès permanent, notamment au niveau communautaire, qui est l'extrémité de la chaîne d'approvisionnement en contraceptifs.

Afin de soutenir tous ces efforts, le Projet de politique de santé (HPP), dirigé par le Futures Group et financé par l'USAID, a assemblé une équipe de chercheurs pour identifier les voies et les moyens susceptibles de favoriser la réussite de l'offre de services de PF au niveau communautaire. L'équipe HPP a d'abord mené une revue de la littérature des documents politiques et ensuite a réalisé des entretiens approfondis et des discussions en groupe dirigées avec des informateurs-clés à Nouakchott et dans ses environs en janvier 2014. Ces étapes ont permis de recueillir les données nécessaires à la réalisation d'une analyse des politiques de délégation des tâches et des aspects de la mise en œuvre de ces politiques. L'équipe chargée de l'étude s'est engagée à trouver les informations-clés ci-dessous :

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

Synthèse des Résultats

L'analyse des réponses révèle que les activités de promotion de la PF sont pratiquées par toutes les catégories de personnel. Les politiques, normes et procédures (PNP) autorisent le personnel infirmier à proposer la pilule. Le personnel infirmier et les catégories de personnel plus qualifié sont autorisés à proposer les contraceptifs oraux en première ordonnance et les contraceptifs injectables. Par contre, seules les sages-femmes et les gynécologues sont autorisés à proposer les méthodes à longue durée d'action (dispositifs intra-utérins [DIU] et implants). La contraception chirurgicale volontaire (CCV) est réservée aux gynécologues. Officiellement, le *Document national de stratégie communautaire en Santé* (AMSP 2012) prévoit d'autoriser les ASC à offrir uniquement les contraceptifs oraux, les préservatifs et les spermicides et non pas les contraceptifs injectables. Le secteur privé, composé d'associations à but non

lucratif comme l'Association mauritanienne pour la planification familiale (AMPF), s'approvisionne gratuitement au niveau du Programme national de santé de la reproduction (PNSR) et désormais auprès de la Centrale d'achat des médicaments génériques (CAMEG). Les acteurs privés à but lucratif, comme les pharmacies, ont leur circuit à part et sont approvisionnés par les grossistes pharmaceutiques.

En Mauritanie, l'offre des services de PF n'a pas encore été déléguée aux ASC et, par conséquent, les sources d'approvisionnement en contraceptifs au sein de la communauté n'existent pas pour le moment. Les dispositions sont prises pour déléguer l'offre des méthodes contraceptives à longue durée d'action (LAM) aux infirmiers chefs de poste afin de les proposer dans les structures sanitaires rurales dirigées par des infirmiers et n'ayant pas de sages-femmes.

Les barrières évoquées qui limitent l'accès des femmes sont nombreuses et les mauvaises interprétations de la religion musulmane semblent être le principal obstacle. Certaines organisations non gouvernementales (ONG) privées, comme l'AMPF et Santé sans frontières (SSF), utilisent les ASC dans le contexte d'expériences pilotes.

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

Type de Service	Agent de Marketing Social ¹	Pharmacien ²	ASC	Accoucheuse Auxiliaire	Infirmier (IDE et IMS)	Sage-Femme	Responsable Clinique	Médecin	Centre de Santé Public	Prestataires Privés et ONG
Conseils	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Visites à domicile	X		X	X		X				X
Causeries d'éducation pour la santé	X		X	X	X	X	X		X	X
Contraceptifs oraux combinés	X renouvellement	X			X	X		X	X	X
Pilules uniquement progestatives	X renouvellement	X			X	X		X	X	X
Préservatifs	X	X	X	X	X	X		X	X	X
Injection Depo-Provera					X	X		X	X	X
Injection Noristerat					X	X		X	X	X
Dispositif intra-utérin						X		X gynéco	X	X
Ligature bilatérale des trompes								X gynéco		
Vasectomie								X gynéco		
Insertion d'implant						X		X gynéco	X	X
Contraception d'urgence						X		X	X	X

Type de Service	Agent de Marketing Social ¹	Pharmacien ²	ASC	Accoucheuse Auxiliaire	Infirmier (IDE et IMS)	Sage-Femme	Responsable Clinique	Médecin	Centre de Santé Public	Prestataires Privés et ONG
Méthodes d'abstinence périodique	X (collier du cycle)	X (collier du cycle)	X	X	X	X	X	X	X	X
Méthodes à longue durée d'action (LAM)						X		X gynéco		
Supervision des cadres inférieurs						X		X	X	X

¹ Les agents de marketing social sont très rares, sauf chez Santé sans frontières.

² Les pharmaciens, privés ou publics, ne proposent pas de services de PF.

Les entretiens avec les informateurs-clés sur la délégation des tâches en Mauritanie nous ont permis de constater que, malgré l'existence d'un *Document national de stratégie communautaire en santé* dès 2012, la distribution à base communautaire avec délégation de l'offre de certains contraceptifs aux agents de santé communautaire n'est pas encore mise en œuvre. La situation pourrait toutefois changer compte tenu de l'engagement du ministère pour le repositionnement de la PF et de l'initiative prise par des ONG comme l'AMPF, adoptant l'approche DBC dans des sites pilotes de Nouakchott. Les ASC pourraient fournir des préservatifs, des spermicides et la pilule en renouvellement.

Sommaire des Recommandations

Pour réduire la proportion de besoins non satisfaits et atteindre le maximum de femmes en milieu rural, il s'avère nécessaire de déléguer l'offre de certaines méthodes jusqu'alors fournies par des sages-femmes et des gynécologues. La situation pourrait toutefois changer compte tenu de l'engagement du ministère pour le repositionnement de la PF et de l'initiative prise par des ONG comme l'AMPF qui adoptent la distribution à base communautaire (DBC) dans des sites pilotes de Nouakchott. Les ASC pourraient fournir des préservatifs, des spermicides et la pilule en renouvellement.

L'offre des méthodes à longue durée d'action (implants et DIU) est réservée uniquement aux sages-femmes en Mauritanie et celles-ci ne sont pas toujours disponibles à la base de la pyramide sanitaire. Une délégation des tâches aux accoucheuses auxiliaires et infirmiers brevetés que l'on trouve en poste en périphérie servirait probablement à augmenter la prévalence contraceptive et à réduire le pourcentage de besoins non satisfaits.

Voici une synthèse, en quatre points, des suggestions des répondants pour améliorer le partage des tâches des services de PF à base communautaire et les produits de PF :

1. Le premier point plaide pour l'offre par les ASC du contraceptif injectable et par les accoucheuses et les infirmiers brevetés des méthodes à longue durée d'action (implants et DIU). Il faudra alors un consensus des partenaires et une souplesse dans l'attitude des sages-femmes non disposées à déléguer l'offre des LAM. La suggestion suivante d'un des répondants est très évocatrice :

Il faut un processus inclusif de plaidoyer. On aura besoin du ministère des Affaires islamiques, le Forum de la pensée islamique, le PNSR, le service en charge de la stratégie communautaire au niveau du ministère, les PTF (UNFPA, AFD, Agence espagnole de coopération, Agir PF), les ONG locales (AMPF, Santé sans frontières, AMAMI). La société civile, les religieux (oulémas et imams), les leaders communautaires, les parlementaires, les médias. Tout le monde, parce que c'est un problème sociétal et tous les points de vue sont très importants.

~ Informant-clé, ONG

Un autre répondant y voit une opportunité pour faire le plaidoyer en faveur d'une révision des PNP qui intègre la délégation des tâches, le gouvernement et les partenaires étant très en faveur du repositionnement de la PF.

2. Le second point concerne le personnel de santé et les acteurs réticents qu'il faut sensibiliser et impliquer dans le processus de plaidoyer. Pour arriver à une telle délégation des tâches il faut mettre en place un groupe de travail sur la délégation des tâches qui proposera de nouvelles normes à essayer en zone pilote et à défendre par un plaidoyer auprès du ministre de la Santé (MS). Le processus commence par le partage d'informations sur les directives et normes retenues. Il faudra disséminer largement le décret et les documents de politique en SR, notamment ceux portant sur la DBC à l'ensemble du personnel de santé.

Impliquer les agents de santé et les techniciens des différents ministères concernés puis prendre des zones pilotes, en fonction des différents contextes pour expérimenter la délégation de tâches à travers l'approche communautaire.

~ Informant-clé, responsable central MS

3. Le troisième point est qu'une fois le changement de politique acquis avec le gouvernement et les partenaires, il faut aussi anticiper la réaction des populations et les sensibiliser et les impliquer pour les préparer à accepter cette délégation des tâches aux ASC à travers la DBC. C'est ce que suggère un répondant :

Il faut faire un travail de marketing avec un message adapté à la société, et il faut vraiment parler aux gens avec la bonne stratégie possible, impliquer toutes les cibles comme les leaders religieux et communautaires, les hommes (surtout les maris), les femmes, les jeunes.

~ Informant-clé, responsable central MS

4. Le quatrième point concerne la mise en place des ASC et l'organisation de la DBC. Il faudra insister sur le choix et la formation des ASC, avoir des personnes disponibles, assurer la disponibilité des produits contraceptifs, offrir une bonne motivation financière aux ASC et les suivre régulièrement. Les aspects les plus importants, selon un répondant de terrain habitué aux ASC, sont les suivants :

Il faut créer un encadrement et une supervision régulière. Prévoir un recyclage et une évaluation annuelle. Garantir un approvisionnement régulier pour éviter les ruptures. Si on fait tout ça, la population pourra bénéficier de leurs prestations.

~ Informant-clé, médecin, clinique publique rurale

L'équipe HPP propose en conséquence les recommandations suivantes :

1. Faire un plaidoyer pour une révision des politiques, normes et procédures qui les adapte aux nouvelles directives de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur la délégation des tâches de PF et élaborer un document de politique spécifique à la délégation des tâches en PF. L'objectif est de permettre aux ASC de prescrire la pilule en première intention et d'administrer les contraceptifs injectables et d'autoriser les accoucheuses auxiliaires et infirmiers brevetés à offrir les méthodes à longue durée d'action (DIU et implants) actuellement réservées aux sages-femmes en Mauritanie.
2. Harmoniser le profil et les critères de sélection des agents de santé communautaire sur le plan de la formation scolaire minimale exigée. Ceci devrait permettre aux ASC d'offrir les contraceptifs oraux et injectables. A l'appui, il faudra un système d'évaluation et d'accréditation des ASC qui évalue leur performance en partenariat avec les ONG, assure aux ASC une formation de qualité et garantit aux clients des prestations de qualité.
3. Mettre en œuvre l'intégralité de la politique actuelle de distribution à base communautaire de contraceptifs, telle que l'envisage le *Plan national de développement sanitaire, 2012–2020*, du ministère de la Santé, et réviser ce texte pour tenir compte des recommandations de l'OMS en matière d'optimisation des tâches.
4. Mettre en place un système qui assure la disponibilité permanente des produits contraceptifs, y compris les LAM, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et au sein de la communauté. Le but du système sera d'éviter, dans les postes de prestation de PF périphériques, les ruptures de stock des contraceptifs et la pénurie de personnel qualifié ou formé à offrir les LAM.

5. Renforcer le partenariat public-privé en faveur du programme de distribution à base communautaire des contraceptifs pour le recyclage des ASC et leur rétention au poste, afin que les ASC du public et du privé reçoivent une formation de qualité conforme aux normes et standards du ministère de la Santé.
6. Encourager les causeries éducatives dans les salles d'attente entre clientes de PF et champions ou clients satisfaits qui veulent partager leurs expériences des méthodes de PF. Ce genre de communication et de sensibilisation aura plus d'impact que les causeries habituelles dirigées par le personnel de santé.

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

AFD	Agence française de développement
AMAMI	Association mauritanienne d'aide aux malades indigents
AMPF	Association mauritanienne pour la planification familiale
ASC	agent de santé communautaire
BAC	baccalauréat
BEPC	brevet d'études du premier cycle
CAMEG	Centrale d'achat des médicaments génériques
CCV	contraception chirurgicale volontaire
CEPE	certificat de fin d'études primaires et élémentaires
CHU	centre hospitalier universitaire
CSM	centre de santé médical
DBC	distribution à base communautaire
DIU	dispositif intra-utérin
DRAS	direction régionale de l'action sanitaire
DSBN	direction des Soins de santé de base et de nutrition
EPA	établissement public à caractère administratif
HPP	Projet de politique de santé (Health Policy Project)
IDE	infirmier diplômé d'Etat
IMS	infirmier médico-social
IPPF	Centre international pour la planification familiale (International Planned Parenthood Federation)
LAM	méthode contraceptive à longue durée d'action (long-acting method)
MICS	Enquête par grappes à indicateurs multiples (Multiple Indicators Cluster Survey)
MS	ministère de la Santé
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	organisation non gouvernementale
PCIME	prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
PF	planification familiale
PNP	politiques, normes et procédures
PNSR	Programme national de santé de la reproduction
PPE	prophylaxie post-exposition
PTF	partenaire technique et financier
PTME	prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant
SIDA	syndrome d'immunodéficience acquise
SR	santé de la reproduction
SSF	Santé sans frontières
SSR	santé sexuelle et reproductive
UNFPA	Fonds des Nations-Unies pour la population (United Nations Population Fund, anciennement United Nations Fund for Population Activities)
USAID	Agence des Etats-Unis pour le développement international (U.S. Agency for International Development)
USB	unité de santé de base
VIH	virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

Dans le cadre du projet régional AWARE II, financé par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), quatre pays cibles du Bureau Régional de l'USAID/Afrique de l'Ouest—le Burkina Faso, le Togo, le Niger et la Mauritanie—ont signé des protocoles d'accord sur la délégation des tâches liées à la distribution à base communautaire (DBC) des services et produits de planification familiale.

Afin de soutenir tous ces efforts, le Projet de politique de santé (HPP), dirigé par le Futures Group et financé par l'USAID, a assemblé une équipe de chercheurs pour identifier les voies et les moyens susceptibles de favoriser la réussite de l'offre de services de PF au niveau communautaire. L'équipe HPP a d'abord mené une revue de la littérature des documents politiques et ensuite a réalisé des entretiens approfondis et des discussions en groupe dirigées avec des informateurs-clés à Nouakchott et dans ses environs en janvier 2014. Ces étapes ont permis de recueillir les données nécessaires à la réalisation d'une analyse des politiques de délégation des tâches et des aspects de la mise en œuvre de ces politiques.

Les neufs pays francophone d'Afrique de l'Ouest¹ connaissent les taux de fécondité les plus élevés au monde (5,5 naissances par femme) (PRB 2012). En conséquence, les populations de ces pays devraient doubler en une génération (Population Reference Bureau 2012a). Les efforts visant à faire baisser les besoins non satisfaits en contraceptifs, par rapport à leurs taux actuels de 25 % (PRB 2012), ont été lents, en partie en raison de la pénurie et de la répartition inégale du personnel de santé dans la région. La délégation des tâches est la stratégie adoptée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour répondre à la pénurie et la répartition inégale des professionnels de la santé. Les agents de santé communautaire (ASC) peuvent surmonter de grandes disparités dans l'utilisation de la planification familiale (PF) (OMS 2013). Selon l'OMS (2013), la délégation des tâches, ou le partage des tâches, « constitue l'une des stratégies susceptibles d'améliorer l'utilisation des ressources du système de santé en former des catégories d'agents de santé qui ne possèdent normalement pas les compétences nécessaires à la réalisation des tâches spécifiques afin qu'ils puissent s'en charger et améliorer ainsi l'accès aux soins de santé ». Par conséquent, pour résumer ce processus le guide de l'OMS préfère utiliser l'expression « optimisation de la fourniture d'interventions essentielles efficaces ».

La littérature montre que le partage des tâches de planification familiale peut être une stratégie efficace en Afrique occidentale francophone. Par exemple, un projet au Togo visant à déterminer si les ASC peuvent fournir des pilules aux nouvelles utilisatrices et administrer des contraceptifs injectables a démontré que 27 % des femmes en âge de procréer dans les districts couverts par l'étude ont adopté des méthodes contraceptives modernes. En outre, les programmes d'ASC mis en œuvre au Burkina Faso, en Mauritanie et au Niger montrent que les communautés sont disposées à recevoir des conseils et services de planification familiale.

Contexte

L'utilisation de la contraception moderne dans de nombreux pays d'Afrique de l'Ouest est inférieure à 10 %. Les taux de fécondité sont élevés, avec 5,5 enfants par femme. Les efforts visant à faire baisser la fécondité en répondant aux besoins non satisfaits en contraceptifs (17,3 %) n'ont guère avancé à cause la pénurie et répartition inégale du personnel médical dans la région. Une répartition plus rationnelle des

¹ Le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, la Guinée, le Mali, la Mauritanie, le Niger, le Sénégal et le Togo.

tâches et des responsabilités entre les différentes catégories d'agents de santé est selon l'OMS (2013) une stratégie prometteuse pour améliorer l'accès et le rapport coût-efficacité au sein des systèmes de santé.

Les agents de santé communautaire s'ils sont formés adéquatement, peuvent répondre à divers besoins sur le plan des services de la planification familiale. En effet, la littérature existante montre que les services de distribution à base communautaire de PF constituent une stratégie efficace dans les zones peu desservies de l'Afrique francophone. Par exemple, un projet pilote au Togo sur l'utilisation des agents de santé communautaire a constaté que 27 % des femmes en âge de procréer dans les districts de l'étude avaient adopté des méthodes modernes de contraception (notamment les contraceptifs oraux et injectables). En outre, les programmes de DBC financés par des donateurs et mis en œuvre en Mauritanie, au Burkina Faso et au Niger constatent que les populations sont désireuses de recevoir conseils et services de PF de la part du personnel de santé non médical. Cette constatation reflète non seulement le niveau élevé des besoins non satisfaits dans ces communautés mais aussi la nécessité de la délégation des tâches pour que davantage de femmes aient accès aux services de PF dans ces zones.

En Mauritanie, les indicateurs de santé de la reproduction (SR) et planification familiale (PF) dégagés par l'Enquête par grappes à indicateurs multiples (ONS 2011) sont préoccupants :

- Indice synthétique de fécondité : 4,6 enfants par femme, avec un taux de croissance annuel de 2,4 %
- Taux de mortalité maternelle : 626 pour 100 000 naissances vivantes
- Taux de mortalité infantile : 77 pour 1 000 naissances vivantes
- Taux de mortalité infanto-juvénile : 122 pour 1 000 naissances vivantes
- Taux de prévalence contraceptive : 10 % pour les méthodes modernes
- Besoins non satisfaits en planification familiale : 37,2 %

Un tiers de cette mortalité maternelle et infantile élevée pourrait être évité grâce à l'utilisation de la planification familiale. Le plan de redynamisation de la PF en Mauritanie comprend quatre axes prioritaires : (1) augmenter la demande, (2) augmenter l'offre en quantité et en qualité, (3) améliorer l'environnement favorable et (4) améliorer le suivi et la coordination. L'objectif est d'augmenter la prévalence contraceptive, la faisant passer de 10 % en 2011 à 18,5 % en 2018.

La Mauritanie s'est engagée dans la délégation des tâches en vue de permettre aux infirmières de fournir des méthodes contraceptives à longue durée d'action (LAM) dans les centres de santé et lors des visites de sensibilisation et de permettre au personnel de niveau inférieur d'offrir un premier cycle de contraceptifs oraux et injectables au niveau communautaire.

Selon l'OMS, « l'accès aux soins pourrait par exemple être facilité en formant le personnel de santé non médical ou de niveau intermédiaire et en lui permettant de prendre en charge certaines interventions spécifiques dont la pratique est réservée à des catégories d'agents de santé ayant suivi une formation plus longue (et parfois plus spécialisée). Ce type de stratégie de délégation des tâches peut s'avérer particulièrement intéressant pour les pays qui manquent de moyens pour améliorer rapidement l'accès aux soins » (OMS 2013).

Le Système de Santé en Mauritanie

L'organisation du système de santé public en Mauritanie est régie par le décret n° 90/2011/PM en date du 26 mai 2011, fixant les attributions du ministre de la Santé (MS) et l'organisation de l'administration centrale de son département.

Structures publiques de santé

Le système de santé en Mauritanie a trois niveaux de prestations et comprend un système pyramidal public de soins composé des éléments suivants :

- Le niveau opérationnel ou périphérique (Moughataa, ou districts sanitaires). Le niveau de fonctionnalité de ses 67 centres de santé, 530 postes de santé et 532 unités de santé de base (USB) n'a pas fait l'objet d'une estimation récente et objective. Au niveau opérationnel, les centres de santé médicaux (CSM) assurent les activités sur le terrain.
- Le niveau intermédiaire. Il comprend les hôpitaux de référence situés généralement dans les capitales régionales et plus rarement dans les Moughataa. Au niveau intermédiaire, les directions régionales de l'action sanitaire (DRAS) sont chargées de la coordination et du suivi des structures du niveau opérationnel.
- Le niveau tertiaire. Concentré à Nouakchott, il comprend quatre types d'établissements publics de référence avec 22 établissements publics à caractère administratif (EPA). Au niveau central, les entités du MS—les directions, services, divisions et coordinations de programmes—assurent la gestion, le suivi et l'évaluation du niveau intermédiaire.

Structures privées de santé

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

Médecine traditionnelle

En complément des structures précitées, la population recourt fréquemment à la médecine traditionnelle. Cette médecine est enracinée dans le tissu social depuis plusieurs siècles et elle est héritière des traditions ancestrales. Il existe donc un lien étroit entre la médecine traditionnelle et la santé communautaire.

Soins de santé communautaire

Dans les années 1980s, la Mauritanie a adopté un système d'extension de l'offre de soins au niveau communautaire basé sur des unités de santé de base gérées par des agents de santé communautaire prodiguant des soins de santé primaires 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 pour le 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

Documents de référence et directives

Pour renforcer son système de santé et améliorer la qualité des prestations, la Mauritanie a élaboré des documents de référence et directives, dont une politique de SR/PF, des directives sur la DBC, la politique de sécurisation des produits de PF, le document de plaidoyer *Islam et espacement des naissances*, les politiques, normes et procédures (PNP) de SR/PF, le repositionnement de la PF, la stratégie de sécurisation des produits contraceptifs et la stratégie de communication, qui comprend un volet consacré à la PF.

Objectifs de L'étude

Afin de soutenir cet effort, le projet HPP, financé par l'USAID, a assemblé une équipe pour évaluer les politiques de distribution communautaire, notamment des contraceptifs oraux et injectables, par des agents de santé communautaire ainsi que la mise en œuvre de ces politiques à divers niveaux d'avancement dans les quatre pays cibles (Burkina Faso, Mauritanie, Niger et Togo). L'équipe HPP a mené une revue de la littérature des documents de politique et a organisé des entretiens approfondis ainsi que des groupes cibles pour recueillir des données sur les politiques de délégation des tâches. L'équipe chargée de l'étude s'est penchée sur les domaines suivants :

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

METHODOLOGIE

Le projet HPP a effectué une revue de la littérature des documents de politique en matière de la délégation des tâches de planification familiale en Mauritanie. La revue de la littérature porte sur les politiques nationales de santé et les directives de prestation de services, notamment dans le domaine de la planification familiale et santé de la reproduction. Après la revue de la littérature, le projet HPP a conduit des entretiens approfondis et des discussions en groupe dirigées avec des informateurs-clés afin de recueillir des données qui seraient plus tard l'analyse des politiques de délégation des tâches et de la mise en œuvre de celles-ci.

Revue Documentaire

Dans le cadre de sa revue de la littérature, le projet HPP a réalisé un examen préliminaire des documents liés à la délégation des tâches et la planification familiale en Mauritanie, y inclus les documents de politique nationale de PF comme les politiques normes et procédures de SR/PF, la politique de santé communautaire, les directives de prestation de services de PF et les analyses antérieures concernant la PF et les besoins non satisfaits. Avant de conduire les entretiens avec les informateurs-clés, l'équipe HPP a analysé les documents pour identifier l'absence des politiques ainsi que les politiques qui favorisent et ceux qui posent des obstacles à la DBC et la délégation des tâches.

Entretiens Approfondis

Un chercheur du projet a conduit les entretiens approfondis avec des informateurs-clés des secteurs public et privé dans le domaine de l'offre des services de planification familiale. Les entretiens ont utilisé des questionnaires semi-structurés, suivant l'approche utilisée dans la recherche primaire, et ont porté sur la délégation des tâches dans la pratique en Mauritanie. L'équipe des chercheurs a couvert le niveau national et les Moughataa. L'outil de collecte de données a été basé sur les conseils de l'OMS contenus dans le document *Optimisation des rôles du personnel de santé par la délégation des tâches pour améliorer l'accès aux interventions de santé maternelle et néonatale* (OMS 2013). Les entretiens ont été réalisés, enregistrés et transcrits en français et analysés par deux chercheurs. Avant de démarrer les entretiens, le chercheur-enquêteur a obtenu le consentement oral des interviewés. Pour des fins de confidentialité, aucun indice permettant l'identification des personnes interrogées n'a été retenu. Le chercheur a ensuite mené les entretiens à l'aide d'un guide structuré, enregistré la conversation sur dictaphone pour une transcription ultérieure et pris des notes lui-même directement sur le guide d'entretien. Deux chercheurs ont analysé les enregistrements des entretiens. La durée de chaque entretien a varié entre 30 et 45 minutes et le consentement préalable a été obtenu des participants.

Echantillon

L'équipe a sélectionné des informateurs-clés à partir des niveaux nationaux, régionaux et du district. Les informateurs ont participé à des entretiens approfondis ou à des discussions en groupe dirigées. L'échantillon de l'étude s'est composé de 30 informateurs-clés au total (annexe A) selon la répartition suivante : des responsables centraux du ministère de la Santé (n=6), des membres du personnel de santé appartenant au secteur public au niveau des Moughataa (n=12), des partenaires techniques et financiers (PTF) (n=3), des représentants d'organisations non gouvernementales (ONG) locales (responsables et prestataires de services) (n=3), des responsables de pharmacies et cliniques privées (n=3) et des gynécologues universitaires (des centres hospitaliers universitaires [CHU]) (n=3). Il n'y avait aucun agent de santé communautaire, car les ASC ne sont pas encore fonctionnels pour la DBC en Mauritanie.

L'équipe a sélectionné des informateurs clés à partir des niveaux nationaux, régionaux et du district. Les informateurs ont participé à des entretiens approfondis ou à des discussions en groupe dirigées. L'échantillon de l'étude est composé de 30 informateurs-clés au total (Annexe A), selon la répartition suivante:

Tableau 1 Bis : Echantillon des Informateurs-Clés pour les Entretiens Approfondis

Informateurs-clés	Nombre
Responsables centraux du ministère de la Santé	6
Membres du personnel de santé appartenant au secteur public au niveau des districts sanitaires ou Moughataa	12
Partenaires techniques et financiers (PTF)	3
Représentants d'organisations non gouvernementales (ONG) locales (responsables et prestataires de services)	3
Privés pharmacien/clinique	3
Gynécologues universitaires (CHU)	3
Agents de santé communautaire (ASC)	0
Total	30

Il n'y avait aucun agent de santé communautaire car les ASC ne sont pas encore fonctionnels pour la DBC en Mauritanie.

Analyse des Données

Une fois les entretiens achevés, l'équipe de l'étude a analysé les transcriptions et notes prises pendant les entretiens et développé des recommandations en matière de délégation des tâches pour le ministère de la Santé de la Mauritanie. L'équipe HPP a analysé la mise en œuvre de la politique de la délégation des tâches et de la distribution à base communautaire des contraceptifs en Mauritanie. Les données dans le tableau 1 résument les réponses des informateurs-clés obtenues au cours des entretiens et couvrent 16 types de services de planification familiale différents offerts par huit catégories de prestataires de divers niveaux des secteurs public et privé. La liste complète des services de planification familiale comprend les causeries d'éducation, le counseling, les visites à domicile et la supervision, ainsi que la fourniture de méthodes contraceptives dont les contraceptifs oraux, les préservatifs, les contraceptifs injectables hormonaux, les implants contraceptifs, les dispositifs intra-utérins et les méthodes permanentes comme la vasectomie et la ligature des trompes. Ces catégories de prestataires comprennent les agents de marketing social, les pharmaciens, les agents de santé communautaire, les aides-soignants, les infirmiers, les sages-femmes et les médecins.

Limitations de L'étude

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

RESULTATS

L'analyse des documents et des entretiens par l'équipe HPP a révélé quelques politiques en Mauritanie qui soutiennent la distribution des contraceptifs à base communautaire, surtout une nouvelle politique dans le *Document national de stratégie communautaire en santé* (AMSP 2012) qui permet le renouvellement des stocks de pilules, des préservatifs et des spermicides par les ASC. Néanmoins, d'autres politiques, ainsi que l'absence de la mise en œuvre de la politique de renouvellement des stocks, constituent des obstacles à la disponibilité et l'accessibilité des contraceptifs au niveau communautaire en Mauritanie.

Sources D'approvisionnement Existantes en Contraceptifs

L'approvisionnement en contraceptifs en Mauritanie se fait selon le circuit public, les ONG internationales et le circuit privé. Pour le secteur public, le Fonds des Nations-Unies pour la population (UNFPA) achète les produits contraceptifs et les donne gratuitement à l'Etat mauritanien en les remettant au Programme national de santé de la reproduction (PNSR), qui à son tour les met à la disposition des directions régionales de l'action sanitaire. Les DRAS approvisionnent les districts sanitaires (Moughataa) ayant une sage-femme responsable en SR chargée de la gestion des contraceptifs, qui sont remis gratuitement aux clients par décision du ministre de la Santé. Depuis décembre 2013, le PNSR confie la réception, le stockage et la distribution à la Centrale d'achat des médicaments et génériques (CAMEG), qui utilise ses magasins régionaux pour approvisionner les DRAS et les Moughataa. Les unités de santé de base, dernier niveau de la pyramide sanitaire, s'approvisionnent au niveau de la sage-femme en SR de district. Les ASC ne sont pas reconnus comme sources de produits contraceptifs en Mauritanie.

Depuis 2003, les produits contraceptifs sont gratuits dans le système de santé public mauritanien. Les pilules sont disponibles auprès de la sage-femme en SR du Moughataa et sont offerts gratuitement aux clientes dans les formations sanitaires. Certains informateurs-clés ont indiqué que les femmes préfèrent néanmoins acheter les contraceptifs en pharmacie pour éviter la très longue file d'attente chez la sage-femme en SR publique. Cette attente est due au fait que la sage-femme en SR mène à la fois plusieurs activités, dont les consultations gynécologiques, les consultations prénatales et la planification familiale.

Les contraceptifs ne sont pas tellement chers dans les privés, parce qu'acquis par voie détournée, la plaquette de 1^{er} cycle vaut 100 ouguiyas. Sachant qu'en venant ici dans notre Moughataa elle peut perdre environ deux heures pour l'attente et la consultation, elle préfère un petit tour dans une pharmacie et payer.

~ Informateur-clé, médecin, clinique publique

Pour le secteur privé, les acteurs privés à but non lucratif, comme l'AMPF, et certaines ONG sont autorisés à s'approvisionner gratuitement au niveau du PNSR et désormais auprès de la CAMEG. L'AMPF reçoit aussi des contraceptifs de l'International Planned Parenthood Federation (IPPF). Les acteurs privés à but lucratif, comme les pharmacies, ont leur circuit à part et sont approvisionnés par les grossistes pharmaceutiques, qui obtiennent leurs produits auprès des firmes pharmaceutiques étrangères.

Disponibilité des contraceptifs aux niveaux public et communautaire

Le Programme national de la santé de la reproduction assure la disponibilité des contraceptifs à tous les niveaux du secteur public et conformément à la pyramide sanitaire en Mauritanie. Elle quantifie les besoins, aux fins d'achat par l'UNFPA, et approvisionne les directions régionales de l'action sanitaire, qui à leur tour approvisionnent les Moughataa et les unités de santé de base (USB). L'UNFPA a mis à la disposition du PNSR des ordinateurs et un logiciel de gestion des contraceptifs.

Selon les informateurs-clés, des ruptures de stock en contraceptifs sont fréquentes au niveau des services de PF périphériques normalement approvisionnés par le niveau régional (DRAS) alors que ces produits en rupture sont disponibles au niveau national (PNSR). Une des raisons citées pour une telle rupture en périphérie est la lenteur bureaucratique du système d'approvisionnement.

On a aussi un problème d'approvisionnement caractérisé par des ruptures entre le programme SR et le niveau local qui n'est pas encore bien rodé. Chaque fois le programme national dit avoir les produits, mais au niveau de la DRAS où il y a le point focal SR, on constate toujours des ruptures si bien qu'on ne sait pas concrètement où se trouve le problème. On doit alléger le système pour que le niveau opérationnel puisse être fonctionnel, débarrassé de toute lenteur bureaucratique qui favorise les ruptures.

~ Informateur-clé, médecin,
clinique publique rurale

D'autres informateurs-clés ont indiqué qu'il existe également des cas de détournement des produits gratuits du public vers des cliniques privées où ces produits sont ensuite vendus aux clientes.

Le gynécologue compte sur la sage-femme, qui a la responsabilité de la gestion des contraceptifs, pour prendre les DIU et les implants et les insérer aux femmes au niveau de sa clinique, et là ce n'est plus gratuit, car s'il le place il va avoir ses honoraires, et cette pratique n'est pas formalisée et continue.

~ Informateur-clé, service sante de district

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

Conformément aux politiques, normes et procédures en Mauritanie, les activités de promotion de la PF sont autorisées pour toutes les catégories de personnel fournissant des services de PF, y compris les ASC. Ayant observé la faiblesse de l'approche communautaire comme stratégie complémentaire de soins au système de santé classique—un véritable goulot d'étranglement au développement d'interventions efficaces et durables en Mauritanie—le ministère de la Santé a élaboré en 2012 un document national normatif pour une mise en œuvre effective de l'approche communautaire. Ce *Document national de stratégie communautaire en santé* (AMSP 2012) prévoit que les ASC offrent des préservatifs, des spermicides et le renouvellement des stocks de pilules des clientes, mais pas les contraceptifs injectables. Les infirmiers médico-sociaux (IMS), les accoucheuses auxiliaires et les catégories de personnel plus qualifié sont autorisés à proposer la pilule en première ordonnance et les contraceptifs injectables. Par contre, seuls les sages-femmes et les gynécologues sont autorisés à proposer les méthodes à longue durée d'action (dispositifs intra-utérins [DIU] et implants). La contraception chirurgicale volontaire (CCV), rarement pratiquée en Mauritanie, est réservée aux gynécologues.

Dans le privé, les prestataires de services de PF sont autorisés à prescrire et administrer les produits dont ils font la promotion (pilules, contraceptifs injectables, DIU, implants). Ce personnel varie selon les méthodes. L'infirmier est le niveau de qualification minimum pour la pilule et les contraceptifs injectables, la sage-femme et le gynécologue pour le DIU et les implants.

Tableau 2. Offre de Services de Planification Familiale par Catégorie de Personnel en Mauritanie

Type de Service	Agent de Marketing Social ¹	Pharmacien ²	ASC	Accoucheuse Auxiliaire	Infirmier (IDE et IMS)	Sage-Femme	Responsable Clinique	Médecin	Centre de Santé Public	Prestataires Privés et ONG
Conseils	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Visites à domicile	X		X	X		X				X
Causeries d'éducation pour la santé	X		X	X	X	X	X		X	X
Contraceptifs oraux combinés	X renouvellement	X			X	X		X	X	X
Pilules uniquement progestatives	X renouvellement	X			X	X		X	X	X
Préservatifs	X	X	X	X	X	X		X	X	X
Injection Depo-Provera					X	X		X	X	X
Injection Noristerat					X	X		X	X	X
Dispositif intra-utérin						X		X gynéco	X	X
Ligature bilatérale des trompes								X gynéco		
Vasectomie								X gynéco		
Insertion d'implant						X		X gynéco	X	X
Contraception d'urgence						X		X	X	X

Repositionnement de la Planification Familiale en Mauritanie : La Délégation des Tâches

Type de Service	Agent de Marketing Social ¹	Pharmacien ²	ASC	Accoucheuse Auxiliaire	Infirmier (IDE et IMS)	Sage-Femme	Responsable Clinique	Médecin	Centre de Santé Public	Prestataires Privés et ONG
Méthodes d'abstinence périodique	X (collier du cycle)	X (collier du cycle)	X	X	X	X	X	X	X	X
Méthodes à longue durée d'action (LAM)						X		X gynéco		
Supervision des cadres inférieurs						X		X	X	X

¹ Les agents de marketing social sont très rares sauf chez Santé sans frontières.

² Les pharmaciens, privés ou publics, ne proposent pas de services de PF.

Pour le moment, la DBC et la délégation des tâches de l'offre des contraceptifs au niveau communautaire n'est pas effective. Selon un informateur-clé, même des stratégies mobiles pour proposer les services de PF dans les communautés rurales sont rares, voire inexistantes.

Pour le moment l'offre des services PF est limitée au niveau des centres de santé où seule la sage-femme est responsable des contraceptifs. Il n'y pas de stratégie avancée dans les communautés quant à ce qui est de ces services. Tout se fait au niveau des structures sanitaires avec séances de sensibilisation sur l'utilisation des produits PF. Pas de cliniques mobiles.

~ Informateur-clé, médecin, clinique rurale

Cependant, conformément au *Document national de stratégie communautaire en santé*, déjà validé, la délégation aux ASC de l'offre de certains contraceptifs ne devrait plus tarder. Selon un informateur-clé, des expériences pilotes (dans deux districts sanitaires) sont prévues, et les ASC et les relais communautaires à utiliser pour la phase pilote sont déjà sélectionnés.

Les contraceptifs, ne sont pas prévus encore avec les ASC ; c'est seulement dans les centres de santé et les postes de santé qu'ils existent. Mais il y a toute une stratégie ou politique de santé communautaire qui est en cours de mise en œuvre par le Ministère de la santé. Notre organisation veut débiter seulement dans deux Moughataa pilotes et on va débiter bientôt dans un mois ou deux. On a déjà sélectionné des ASC et des relais communautaires avec lesquelles on va travailler pour la DBC.

~ Informateur-clé, chargé de suivi au niveau central

En effets l'Association mauritanienne de planification familiale (AMPF) a choisi deux Moughataa à Nouakchott pour une phase pilote de la DBC et les ASC étaient en formation en janvier 2014 au moment de notre passage pour les interviews. L'expérience pilote a été menées au cours de cette étude par une affiliée de l'IPPF, l'Association mauritanienne pour la promotion de la famille (AMPF). Depuis, l'organisation fournit dix points de service, dont trois cliniques permanentes et une installation mobile qui fournit des services de santé sexuelle et reproductive (SSR), y compris la planification familiale, des conseils prénatals et postnatals pour la mère et la vaccination des enfants, la pédiatrie, les soins de l'avortement incomplet et d'orientation, la protection contre le VIH et le SIDA, y compris la prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant (PTME), et le conseil général de la SSR (IPPF 2014).

Selon les informateurs-clés, les dispositions seraient également prises pour déléguer l'offre des méthodes à longue durée d'action aux infirmiers chefs de poste dans les structures sanitaires rurales dirigées par des infirmiers et n'ayant pas de sage-femme.

Cette délégation de l'offre des contraceptifs tels que la pilule et le contraceptif injectable en Mauritanie est comprise et acceptée par certains responsables du niveau central qui ont pu voir des expériences convaincantes dans d'autres pays. Le rôle de ces responsables sera décisif dans la matérialisation de cette délégation des tâches, mais à certaines conditions.

Moi je sais que l'ASC peut offrir la pilule et l'injectable ; j'ai visité deux pays en Asie du Sud Est où les ASC font déjà l'injectable. Au Bangladesh ça a donné des effets vraiment extraordinaires. J'en ai vu des ASC qui faisaient même des implants. Mais en Mauritanie ça reste encore à convaincre le personnel médical, les décideurs et la population que les ASC peuvent offrir des contraceptifs sans toutefois avoir de diplôme de doctorat, d'infirmier ou de sage-femme.

~ Informateur-clé, chargé de suivi-évaluation
au niveau central

Cependant, cette position n'est pas partagée par tous les informateurs-clés, et les avis divergent sur certains aspects de cette délégation des tâches. Certains sont d'accord pour que les ASC fournissent les préservatifs et les pilules mais pas pour qu'ils offrent les contraceptifs injectables, qui comporteraient des risques et devraient donc rester du ressort des professionnels.

Des ASC qui vont faire des injections dans le cadre de la contraception peuvent être sollicités pour faire d'autres types d'injections, parce qu'au village une fois que tu piques quelqu'un, tu es devenu automatiquement docteur et là, c'est mortel.

~ Informateur-clé, PTF

D'autres répondants recommandent des précautions à prendre avant de déléguer cette tâche aux ASC, y compris de procéder par étapes avec une phase pilote et la formation conséquente des ASC, leur supervision et leur acquisition de savoir et de savoir-faire.

La pilule, les injectables par les ASC, c'est un risque grave, plus grave que la contraception [...] donc, pour moi il faut pas le faire tout de suite. Il y a une chaîne de choses à faire : formation du personnel, supervision du personnel [...] acquisition d'expérience, acquisition de savoir-faire et de savoir-être et ensuite procéder par étapes en phase pilote.

~ Informateur-clé, clinique publique rurale

D'autres précautions notées par des informateurs-clés incluent une compréhension de la culture et la religion.

Nous sommes en pays musulman et certaines personnes n'aiment pas voir qu'on distribue des condoms et des pilules comme ça. Pour eux cela encourage les mauvais comportements. C'est ainsi que des hommes préfèrent aller dans les centres récupérer les préservatifs.

~ Informateur-clé, médecin rural

Le programme de formation des agents de santé

La formation de base des agents de santé en Mauritanie, comme dans d'autres pays francophones de la sous-région, comprend le cours primaire de six ans sanctionné par le certificat de fin d'études primaires et élémentaires (CEPE) ; le premier cycle du secondaire, qui est de quatre ans et sanctionné par le brevet d'études du premier cycle (BEPC) ; puis le second cycle du cours secondaire, qui prend fin avec le baccalauréat (BAC), diplôme dit universitaire sans lequel l'élève ne peut accéder aux études universitaires. Celles-ci comprennent la licence (BAC + deux ans), la maîtrise (BAC + quatre ans) et le doctorat (BAC + six à sept ans). Les formations professionnelles ont lieu dans des écoles et instituts de formation d'où sortent les sages-femmes et infirmiers d'Etat (BAC + deux ans) et les infirmiers et accoucheuses auxiliaires (BEPC + deux ans) (voir le tableau 3).

Selon les informateurs-clés, la formation des ASC est assurée par les ONG en collaboration avec les équipes des services de santé étatiques des zones concernées de la région et du district sanitaire (DRAS et Moughataa). En réalité, les différents informateurs ont rapporté des expériences différentes. Une ONG confirme que dans leur programme, la durée de formation des ASC est de six jours et se fait en collaboration avec le personnel de santé étatique dans les cliniques publiques. Au cours de la formation, le médecin chef administre le contenu de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) au niveau communautaire et un responsable administre le module de la DBC des contraceptifs. L'ONG fait aussi des supervisions et recyclages.

Non, pas dans notre cas ; nous avons assuré la formation initiale des ASC mais nous n'avons pas fait de supervision ni de recyclage ou renforcement des capacités en cours d'emploi.

~ Informateur-clé, ONG

Tableau 3. Niveau D'éducation par Catégorie de Personnel

Catégorie	Type de Formation	Niveau
Médecin gynéco-obstétricien	Supérieure	BAC + 7
Sage-femme	Secondaire	BAC + 2
Infirmière/infirmier d'Etat	Secondaire	BAC + 2
Accoucheuse auxiliaire d'Etat	Technicien	BEPC + 2
Infirmière/infirmier	Technicien	BEPC + 2
Agent de santé communautaire (ASC)	Selon le projet ou programme	Différents niveaux

La sélection des agents de santé communautaire

La sélection de l'ASC implique souvent la communauté bénéficiaire des services de l'ASC. En dehors donc des critères de choix du projet ou du programme de DBC—comme niveau d'éducation, âge et sexe—la communauté ajoute des critères d'appartenance au milieu, d'usage de la langue locale, de comportement, de dévouement au travail et de bonne moralité. Néanmoins, selon un informateur-clé, parfois les ASC sont choisis par les chefs du village et n'ont aucun niveau d'éducation.

Les ASC doivent avoir au moins le certificat d'études primaires et même plus, parce qu'ils doivent au moins savoir écrire, remplir une fiche simple, faire des calculs simples. Pour leur recrutement au lieu de passer par le chef de village qui propose souvent un cousin, un proche incompetent, il vaut mieux s'asseoir et déterminer des critères clairs de sélection des ASC directement avec les communautés.

~ Informateur-clé, PTF

En revanche, des initiatives d'utilisation des ASC qui répondent à des critères minimums sont déjà en cours à titre d'expérience pilote avec certaines ONG privées comme l'AMPF et Santé sans frontières.

Les ASC fournissent la pilule mais ils ne font que renouveler le stock des clientes. Ils sont liés aux structures de santé publiques pour le renouvellement de leur stock, leur supervision et la référence des cas pour les autres méthodes. Mais nous avons fixé des critères très précis pour leur recrutement : savoir lire et écrire, être de la communauté et être accepté par elle, être un leader communautaire.

~ Informateur-clé, ONG

La rémunération des ASC

Le bénévolat est souvent évoqué pour les ASC du fait que les tâches qui leur sont confiées ne les occupent pas à plein temps. Parfois la communauté desservie leur vient en aide, surtout si l'ASC a été choisi par la communauté. Mais les points de vue divergent par rapport au bénévolat des ASC.

Les répondants en faveur de la rémunération des ASC avancent plusieurs arguments. Selon eux, la performance de l'ASC est liée à cette motivation. Pour les autres, le manque de soutien financier des PTF à la DBC pose un obstacle.

Il faut distinguer entre les stratégies du ministère en faveur de la PF et le déficit en effectif de personnel qui se pose ; donc comment équilibrer entre ces deux choses? Comme solution le ministère a effectivement une politique de mise en place des ASC, de les motiver, de leur trouver un salaire, etc. Mais où trouver les ressources ? Rien que pour Nouakchott on a calculé et on a trouvé que ça coûte assez d'argent et qu'il n'y a pas un bailleur de fonds prêt à prendre ce coût en charge. Tout le problème est là.

~ Informateur-clé, service santé de district

Le suivi et l'évaluation des ASC pour les services de PF

Un élément capital de la délégation des tâches est le suivi rapproché et régulier de l'ASC. Selon les informateurs-clés, les formations de perfectionnement et le suivi des ASC sont prévus dans le document-cadre du ministère de la Santé. Le personnel du district et les infirmiers superviseurs, en collaboration avec les ONG, sont responsables de la formation et du suivi des ASC. Les informateurs-clés ont indiqué que pour certaines ONG la supervision et le recyclage n'ont pas encore été faits.

La participation du secteur privé à l'offre des services de PF

L'offre des services de PF en Mauritanie se fait en partenariat avec le privé, surtout les acteurs du secteur privé à but non lucratif, qui ont un cadre formel de collaboration avec le ministère de la Santé régissant leurs activités. Pour les ONG à but non lucratif il y a un cadre formel de collaboration, mais qui concerne l'ensemble des activités que le ministère doit agréer avant qu'une ONG puisse exercer. Ce cadre concerne non seulement la PF mais l'ensemble du paquet d'activités en santé offert à la population. L'AMPF, une branche de l'IPPF, est la principale ONG à but non lucratif qui collabore avec l'Etat pour proposer des services de SR/PF. Elle vient de démarrer la DBC pour laquelle les ASC étaient en formation lors du passage du consultant en janvier 2014 pour servir des localités pilotes à Nouakchott. Il est prévu que ces ASC offrent les préservatifs et la pilule en réapprovisionnement. Pour l'offre initiale de la pilule la cliente devra se rendre dans une formation ou dans une clinique de l'AMPF. Ce système reste à développer, comme le reconnaît un répondant :

Le secteur privé en Mauritanie est naissant, depuis une quinzaine d'années. On le trouve seulement dans la capitale Nouakchott et dans Nouadhibou. L'AMPF a une présence très limitée dans le reste du pays.

~ Informateur-clé, chargé suivi au niveau central

Les ONG de marketing sont pratiquement inexistantes. Seule une ONG, Santé sans frontières (SSF) mène des activités de marketing des préservatifs dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA.

Le secteur privé à but lucratif est constitué des cliniques privées et des pharmacies. Ces dernières ne sont pas toujours tenues par des pharmaciens et vendent parfois des contraceptifs sans ordonnance. Selon un répondant, les pharmacies privées sont dans un cadre mal organisé en Mauritanie et une « anarchie » y règne dans les prix des produits. Cependant, l'Etat commence à réglementer ce secteur.

D'autres barrières entravant l'accès aux contraceptifs

Les barrières évoquées par les informateurs-clés qui limitent l'accès des femmes sont nombreuses. En plus des ruptures de stock et du retard à la mise en œuvre des normes pour la DBC, un participant a souligné deux obstacles : d'une part le conservatisme religieux et d'autre part les préjugés, les tabous et la peur que l'utilisation de la PF puisse conduire à la stérilité. Même pour des méthodes couramment distribuées dans les formations, une intervention de l'imam en défaveur de la méthode peut freiner sérieusement sa disponibilité et son utilisation.

Des oulémas peuvent poser problème avec leurs déclarations. Je donne tout juste l'exemple du DIU, qui était la première méthode en Mauritanie. A un moment un ouléma a dit que c'est interdit par l'Islam et que c'est de l'avortement vu ce qu'on lui a expliqué du DIU, et subitement la consommation du DIU a fortement diminué dans le pays. C'est dire qu'il faut faire attention avec les responsables religieux pour les autres méthodes, car même si ça marche à un moment donné ça va s'arrêter.

~ Informateur-clé, service central

Pour un autre répondant le retard dans la DBC est dû à un problème de changement de mentalité des religieux, de certains agents de santé, et même de médecins et de gynécologues dont les attitudes sont défavorables à la DBC.

Les mentalités doivent changer sur le plan religieux pour que nous puissions y arriver, le personnel de santé constitue un blocage par rapport à la DBC. Il y a des médecins ou gynécologues qui refusent la DBC pour certaines raisons.

~ Informateur-clé, médecin, clinique urbaine

Un dernier autre obstacle cité à l'accès des femmes aux contraceptifs est l'opposition des maris dont l'avis est sollicité par les sages-femmes avant de fournir un contraceptif.

Les Suggestions des Répondants pour Améliorer le Partage des Tâches des Services de PF à Base Communautaire et les Produits de PF

Pour réduire la proportion de besoins non satisfaits et atteindre le maximum de femmes en milieu rural, il s'avère nécessaire de déléguer l'offre de certaines méthodes jusqu'alors fournies par des sages-femmes et des gynécologues. Selon un informateur, la délégation déjà faite pour une meilleure prise en charge des cas de césarienne pourrait servir d'exemple.

Le ministère a légiféré pour déléguer les tâches médicales à des infirmiers qui au départ n'avait pas le droit de prescrire des ordonnances et actuellement étudie la possibilité de faire la délégation de spécialité d'un gynécologue à un médecin généraliste pour faire la césarienne là où il n'y a pas de gynécologue. Pourquoi ne pas en faire de même pour l'insertion du DIU et des implants par les accoucheuses auxiliaires là où il n'y a pas de sage-femme ?

~ Informateur-clé, responsable central

Une telle délégation des tâches augmenterait considérablement la couverture géographique de l'offre de ces méthodes à longue durée d'action.

Pour améliorer le partage des tâches des services de planification familiale, les informateurs ont fait des suggestions en quatre points : (1) la révision des normes pour y intégrer la DBC, (2) la sensibilisation du

personnel de santé, (3) la sensibilisation et l'implication de la population bénéficiaire et (4) la mise en place d'ASC bien formés, viables, rémunérés et suivis.

Je pense qu'il faut un plaidoyer pour avoir la loi de la SR votée puis faire certains documents normatifs. Réviser l'ensemble des directives, politiques, normes et procédures et y intégrer la DBC avec un cadre DBC clair pour l'espacement des naissances et un plan stratégique flexible. Il faut ensuite sensibiliser le personnel et lui remettre des directives claires. Il faut avoir des ASC viables avec un mécanisme de leur financement puis sensibiliser et faire participer la population.

~ Informant-clé, chargé de suivi niveau central

1. Le premier point plaide pour l'offre par les ASC du contraceptif injectable et par les accoucheuses et les infirmiers brevetés des méthodes à longue durée d'action (implants et DIU). Il faudra alors un consensus des partenaires et une souplesse dans l'attitude des sages-femmes non disposées à déléguer l'offre des LAM. La suggestion suivante d'un des répondants est très évocatrice :

Il faut un processus inclusif de plaidoyer. On aura besoin du ministère des Affaires islamiques, le Forum de la pensée islamique, le PNSR, le service en charge de la stratégie communautaire au niveau du ministère, les PTF (UNFPA, AFD, Agence espagnole de coopération, Agir PF), les ONG locales (AMPF, Santé sans frontières, AMAMI). La société civile, les religieux (oulémas et imams), les leaders communautaires, les parlementaires, les médias. Tout le monde, parce que c'est un problème sociétal et tous les points de vue sont très importants.

~ Informant-clé, ONG

Un autre répondant y voit une opportunité pour faire le plaidoyer en faveur d'une révision des PNP qui intègre la délégation des tâches, le gouvernement et les partenaires étant très en faveur du repositionnement de la PF.

2. Le second point concerne le personnel de santé et les acteurs réticents qu'il faut sensibiliser et impliquer dans le processus de plaidoyer. Pour arriver à une telle délégation des tâches il faut mettre en place un groupe de travail sur la délégation des tâches qui proposera de nouvelles normes à essayer en zone pilote et à défendre par un plaidoyer auprès du ministre de la Santé. Le processus commence par le partage d'informations sur les directives et normes retenues. Il faudra disséminer largement le décret et les documents de politique en SR notamment ceux portant sur la DBC à l'ensemble du personnel de santé.

Impliquer les agents de santé et les techniciens des différents ministères concernés puis prendre des zones pilotes, en fonction des différents contextes pour expérimenter la délégation de tâches à travers l'approche communautaire.

~ Informant-clé, responsable central MS

3. Le troisième point est qu'une fois le changement de politique acquis avec le gouvernement et les partenaires, il faut aussi anticiper la réaction des populations et les sensibiliser et les impliquer pour les préparer à accepter cette délégation des tâches aux ASC à travers la DBC. C'est ce que suggère un répondant :

Il faut faire un travail de marketing avec un message adapté à la société, et il faut vraiment parler aux gens avec la bonne stratégie possible, impliquer toutes les cibles comme les leaders religieux et communautaires, les hommes (surtout les maris), les femmes, les jeunes.

~ Informant-clé, responsable central MS

4. Le quatrième point concerne la mise en place des ASC et l'organisation de la DBC. Il faudra insister sur le choix et la formation des ASC, avoir des personnes disponibles, assurer la disponibilité des produits contraceptifs, offrir une bonne motivation financière aux ASC et les suivre régulièrement. Les aspects les plus importants, selon un répondant de terrain habitué aux ASC, sont les suivants :

Il faut créer un encadrement et une supervision régulière. Prévoir un recyclage et une évaluation annuelle. Garantir un approvisionnement régulier pour éviter les ruptures. Si on fait tout ça, la population pourra bénéficier de leurs prestations.

~ Informant-clé, médecin,
clinique publique rurale

CONCLUSION

Les entretiens avec les informateurs-clés sur la délégation des tâches en Mauritanie nous ont permis de constater que, malgré l'existence d'un *Document national de stratégie communautaire en santé* dès 2012, la distribution à base communautaire avec délégation de l'offre de certains contraceptifs aux agents de santé communautaire n'est pas encore mise en œuvre. La situation pourrait toutefois changer compte tenu de l'engagement du ministère pour le repositionnement de la PF et de l'initiative prise par des ONG comme l'AMPF, adoptant l'approche DBC dans des sites pilotes de Nouakchott. Les ASC pourraient fournir des préservatifs, des spermicides et la pilule en renouvellement.

L'offre des méthodes à longue durée d'action (implants et DIU) est uniquement réservée aux sages-femmes en Mauritanie et celles-ci ne sont pas toujours disponibles à la base de la pyramide sanitaire. Une délégation des tâches aux accoucheuses auxiliaires et infirmiers brevetés que l'on trouve en poste en périphérie servirait probablement à augmenter la prévalence contraceptive et à réduire le pourcentage de besoins non satisfaits.

La Mauritanie utilise déjà les ASC mais pour des services autres que la planification familiale comme les vaccinations, la promotion de l'hygiène et du lavage des mains, etc. En plus, il existe même une association de ces anciens ASC dont l'expérience facilitera leur utilisation pour la distribution à base communautaire des contraceptifs. Il est souhaitable que le ministère de la Santé accepte une délégation des tâches aux ASC pour offrir la pilule en première ordonnance et le contraceptif injectable pour résoudre ne serait-ce qu'en partie le problème d'accessibilité géographique aux services de PF. Ceci va augmenter la probabilité d'atteindre son objectif de faire passer la prévalence contraceptive de 10 % à 18,5 % en 2015.

Le bénévolat des ASC, qui n'est pas très accepté par les Mauritaniens, devient de plus en plus incompatible avec l'atteinte de résultats attendus de l'ASC. Une forme de paiement régulier mais pas trop élevé dans une vision de pérennité renforcerait l'efficacité des ASC et permettrait de les maintenir dans leur communauté.

Le partenariat entre le gouvernement et les acteurs privés à but non lucratif comme l'AMPF et Santé sans frontières, fonctionne et mérite d'être maintenu et renforcé. Ce partenariat public-privé est un atout pour augmenter la couverture géographique des services de PF, surtout par le biais de la distribution à base communautaire des contraceptifs et plus tard par le biais des cliniques mobiles dans les milieux ruraux éloignés des points de prestation de la PF.

Recommandations

Réviser la politique de santé de communautaire et les politiques, normes et procédures de la Mauritanie ou tout au moins élaborer une directive qui autorise de manière explicite et formelle les ASC à offrir la première dose de la pilule et les contraceptifs injectables. Les recommandations suivantes ont été formulées suite aux entretiens et échanges avec les acteurs clés :

1. Faire un plaidoyer pour une révision des politiques, normes et procédures qui les adapte aux nouvelles directives de l'OMS sur la délégation des tâches de PF et élaborer un document de politique spécifique à la délégation des tâches en PF. L'objectif est de permettre aux ASC de prescrire la pilule en première intention et d'administrer les contraceptifs injectables et d'autoriser les accoucheuses auxiliaires et infirmiers brevetés à offrir les méthodes à longue durée d'action (DIU et implants) actuellement réservées aux sages-femmes en Mauritanie.

2. Harmoniser le profil et les critères de sélection des agents de santé communautaire sur le plan de la formation scolaire minimale exigée. Ceci devrait permettre aux ASC d'offrir les contraceptifs oraux et injectables. A l'appui, il faudra un système d'évaluation et d'accréditation des ASC qui évalue leur performance en partenariat avec les ONG, assure aux ASC une formation de qualité et garantit aux clients des prestations de qualité.
3. Mettre en œuvre l'intégralité de la politique actuelle de distribution à base communautaire de contraceptifs, telle que l'envisage le *Document national de stratégie communautaire en santé* de l'Association Mauritanienne de Santé Publique (AMSP), et réviser ce texte pour tenir compte des recommandations de l'OMS en matière d'optimisation des tâches.
4. Mettre en place un système qui assure la disponibilité permanente des produits contraceptifs, y compris les LAM, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et au sein de la communauté. Le but du système sera d'éviter, dans les postes de prestation de PF périphériques, les ruptures de stock des contraceptifs et la pénurie de personnel qualifié ou formé à offrir les LAM.
5. Renforcer le partenariat public-privé en faveur du programme de distribution à base communautaire des contraceptifs pour le recyclage des ASC et leur rétention au poste, afin que les ASC du public et du privé reçoivent une formation de qualité conforme aux normes et standards du ministère de la Santé.
6. Encourager les causeries éducatives dans les salles d'attente entre clientes de PF et champions ou clients satisfaits qui veulent partager leurs expériences des méthodes de PF. Ce genre de communication et de sensibilisation aura plus d'impact que les causeries habituelles dirigées par le personnel de santé.

ANNEXE A. LISTE DES INFORMATEURS-CLES POUR LA DELEGATION DES TACHES EN MAURITANIE

Répondant	Structure
R 01	Niveau central ministère de la Santé
R 02	Niveau central ministère de la Santé
R 03	Chargé suivi-évaluation niveau central MS
R 04	Agent de santé central secteur public gynécologue
R 05	Responsable service santé de district
R 06	Responsable ONG fournissant des services
R 07	PTF chargé de sécurisation produits SR
R 08	Responsable clinique privée Nouakchott
R 09	Responsable ONG fournissant des services
R 10	PTF coopération bilatérale
R 11	Responsable service santé de district
R 12	Niveau central ministère de la Santé
R 13	Responsable service santé de district
R 14	Clinique hôpital mère enfant de Nouakchott
R 15	Gérant pharmacie privée
R 16	MDC district sanitaire
R 17	Responsable ONG fournissant des services
R 18	MDC district sanitaire
R 19	PTF multilatéral
R 20	Gynécologue centre de santé de référence
R 21	Responsable central MS
R 22	Responsable central MS
R 23	Gynécologue universitaire
R 24	Responsable SR district sanitaire
R 25	MDC district sanitaire
R 26	Responsable SR PMI
R 27	MDC district sanitaire
R 28	sage-femme maternité district sanitaire
R 29	sage-femme maternité district sanitaire
R 30	MDC district sanitaire

ANNEXE B. GUIDE D'ENTRETIEN DE LA DELEGATION DES TACHES A

Section 1 : Introduction

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

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

Bonjour/Bonsoir. Je suis ici au nom du Futures Group, un organisme de développement international, et le Projet de politique de santé (HPP), financé par l'USAID, qui travaille avec les gouvernements pour améliorer la mise en œuvre des politiques et programmes. Nous travaillons avec le gouvernement du Niger/du Togo/de la Mauritanie/du Burkina Faso afin d'identifier les politiques actuelles et la mise en œuvre de la politique de délégation des tâches entre les différentes catégories de prestataires de soins de santé et des services de planification familiale ainsi que des directives pour chaque catégorie de prestataires de soins de santé, y compris les agents de santé communautaire, les agents de marketing social et les pharmaciens.

Avant de commencer le questionnaire, je tiens à vous assurer que nous tiendrons à préserver l'anonymat de tous les informateurs dans le cadre de cette évaluation. Si vous avez des préoccupations au sujet du processus de l'entretien ou de vos déclarations qui seront conservées dans la plus stricte confidentialité, veuillez appeler le numéro que je vous ai communiqué pour nous en informer. Cet entretien devrait prendre environ 30 à 45 minutes.

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

Section 2 : Informations Générales

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

f. Autre, précisez : _____

7. **Sexe des participants** : H/F

8. **Date de traduction/transcription complète** : _____

a. **Transcription par** : _____

9. **Date de traduction complète (du français vers l'anglais)** : _____

a. **Traduction par** : _____

Section 3 : Le Questionnaire Guide A

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

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

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

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

Repositionnement de la Planification Familiale en Mauritanie : La Délégation des Tâches

Type de Service	Agent de Marketing Social	Pharmacien	ASC	Aide-Soignant	Infirmier	Sage-Femme	Responsable Clinique	Médecin	Centre de Santé Public	Prestataires Privés et ONG	Autre (insérer le type)
Méthodes d'abstinence périodique											
Méthodes contraceptives à longue durée d'action (LAM)											
Supervision des cadres inférieurs											

2. Existe-t-il des sources d'approvisionnement de (*contraceptifs oraux/contraceptifs injectables/DIU/implants/vasectomie/ligature des trompes*) au niveau communautaire ?
Demandez pour chaque méthode de PF.
- a. Contraceptifs oraux **Oui** ____ **Non** ____
Si oui, veuillez les décrire, en notant l'emplacement (par exemple, clinique publique/privée, communautaire, etc.) et la catégorie de prestataire :
Si non, pourquoi pensez-vous que cette méthode n'est pas disponible au niveau de la communauté ?
Si non, quels sont les obstacles à la prestation de cette méthode au niveau communautaire ?
- b. Contraceptifs injectables **Oui** ____ **Non** ____
Si oui, veuillez les décrire, en notant l'emplacement (par exemple, clinique publique/privée, communautaire, etc.) et la catégorie de prestataire :
Si non, pourquoi pensez-vous que cette méthode n'est pas disponible au niveau de la communauté ?
Si non, quels sont les obstacles à la prestation de cette méthode au niveau communautaire ?
- c. Implants **Oui** ____ **Non** ____
Si oui, veuillez décrire, en notant l'emplacement (par exemple, clinique publique/privée, communautaire, etc.) et la catégorie de prestataire :
Si non, pourquoi pensez-vous que cette méthode n'est pas disponible au niveau de la communauté ?
Si non, quels sont les obstacles à la prestation de cette méthode au niveau communautaire ?
- d. DIU **Oui** ____ **Non** ____
Si oui, veuillez décrire, en notant l'emplacement (par exemple, clinique publique/privée, communautaire, etc.) et la catégorie de prestataire :
Si non, pourquoi pensez-vous que cette méthode n'est pas disponible au niveau de la communauté ?
Si non, quels sont les obstacles à la prestation de cette méthode au niveau communautaire ?
- e. Vasectomie **Oui** ____ **Non** ____
Si oui, veuillez décrire, en notant l'emplacement (par exemple, clinique publique/privée, communautaire, etc.) et la catégorie de prestataire :
Si non, pourquoi pensez-vous que cette méthode n'est pas disponible au niveau de la communauté ?
Si non, quels sont les obstacles à la prestation de cette méthode au niveau communautaire ?
- f. Ligature des trompes **Oui** ____ **Non** ____

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

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

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

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

Type de travailleur communautaire _____

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

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

Type d'agent communautaire _____

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

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

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

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

ANNEXE C. GUIDE D'ENTRETIEN DE LA DELEGATION DES TACHES B

Section 1 : Introduction

Guide de l'entretien de délégation des tâches B :

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

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

Bonjour/Bonsoir. Je suis ici au nom du Futures Group, un organisme de développement international, et le Projet de politique de santé, appuyé par l'USAID, qui travaille avec les gouvernements pour améliorer la mise en œuvre des politiques et programmes. Nous travaillons avec le gouvernement du Niger/du Togo/de la Mauritanie/du Burkina Faso afin d'identifier les politiques actuelles et la mise en œuvre de la politique de délégation des tâches entre les différentes catégories de prestataires de soins de santé et des services de planification familiale ainsi que des directives pour chaque catégorie de prestataires de soins de santé, y compris les agents de santé communautaire, les agents de marketing social et les pharmaciens.

Avant de commencer le questionnaire, je tiens à vous assurer que nous tiendrons à préserver l'anonymat de tous les informateurs dans le cadre de cette évaluation. Si nous utilisons une de vos citations dans le rapport, nous dirons simplement qu'elle vient d'un répondant, d'un décideur ou d'un représentant du gouvernement. Si vous avez des préoccupations au sujet du processus de l'entretien ou de vos déclarations qui seront conservées dans la plus stricte confidentialité, veuillez appeler le numéro que je vous ai communiqué pour nous en informer. Cet entretien devrait prendre environ 30 à 45 minutes.

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

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

Section 2 : Informations Générales

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

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

Section 3 : Le Questionnaire Guide B

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

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

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

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

Type d'agent communautaire _____

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

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

Type d'agent communautaire _____

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

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

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

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

Encerlez la réponse : **Oui Non**

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

Si oui, veuillez décrire.

REFERENCES

- Association mauritanienne de Santé publique (AMSP). 2012. *Document national de stratégie communautaire en santé*. Nouakchott.
- Ministère de la Santé (MS). 2012. *Plan national de développement sanitaire, 2012–2020, République islamique de Mauritanie*. Nouakchott.
- MS. 2013a. *Indice de disponibilité et de capacité opérationnelle des services (SARA)*. Nouakchott.
- MS. 2013b. *Plan national en faveur de l'espacement des naissances en Mauritanie, 2014–2018*, Nouakchott.
- MS. 2013c. *Stratégie nationale de délégation des tâches en santé en Mauritanie*. Février.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2013. *Optimisation des rôles du personnel de santé par la délégation des tâches pour améliorer l'accès aux interventions de santé maternelle et néonatale : recommandations de l'OMS*. Genève.
- Office National de la Statistique (ONS). 2011. *Suivi de la situation des femmes et des enfants: L'enquête par grappes à indicateurs multiples de la Mauritanie (MICS 2011)*. Nouakchott, Mauritanie : UNICEF et FNUAP.
- Population Reference Bureau (PRB). 2012. *Family Planning, Francophone West Africa : A Call to Action*. Consulté le 28 mai 2013 sur http://www.prb.org/pdf12/ouagadougou-partnership_en.pdf.

Pour de plus amples informations, contacter :

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