

SEPTEMBRE 2020

Documentation du processus de mise en œuvre de la planification familiale en post-partum immédiat et en post-abortum immédiat dans la région sanitaire de l'Agnéby-Tiassa-Mé en Côte d'Ivoire

RAPPORT | E2A PROJECT



TABLE DES MATIÈRES

SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	3
RÉSUMÉ EXÉCUTIF.....	5
CONTEXTE.....	7
Rappel du contexte national de la planification familiale.....	7
Le projet PFPPI/PAI de Pathfinder International.....	10
DOCUMENTATION DU PROJET PFPPI/PAI EN PRÉPARATION DU PAGE.....	13
Trois niveaux centraux de documentation et analyse.....	13
But et objectifs de ce rapport.....	15
Méthodologies.....	15
Considérations éthiques.....	19
LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET PFPPI/PAI.....	20
Les activités de démarrage.....	20
Les parties prenantes et leurs rôles.....	22
Les composantes du projet PFPPI/PAI.....	27
LEÇONS APPRISES DE LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET PFPPI/PAI.....	37
Capacité accrue pour l’offrir des services de qualité en matière de PFPPI/PAI.....	37
Nouvelles stratégies pour l’augmentation de l’utilisation des services PF.....	43
Défis pour l’utilisation des services de PFPPI/PAI de qualité.....	45
PLANIFICATION POUR LE PAGE.....	54
Les forces, faiblesses, opportunités et menaces.....	54
Le projet à la lumière des 12 recommandations ExpandNet.....	56
CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS.....	62
Conclusions.....	62
Recommandations.....	64

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AIBEF	Association Ivoirienne pour le Bien-Être Familial
CAP	Connaissance – Attitude – Pratique
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
COC	Contraceptifs Oraux Combinés
COP	Contraceptifs Oraux Progestatifs
CPN	Consultation Pré-Natale
CSR-DM	Centre de Santé Rural – Dispensaire et Maternité
CSR	Centre de Santé Rural
CSU	Centre de Santé Urbain
CSSU	Centre de Santé Scolaire Urbain
CSU-DM	Centre de Santé Urbain – Dispensaire et Maternité
DD	Direction Départementale
DDS	Direction Départementale de la Santé
DIU	Dispositif Intra Utérin
DIU-LNG	Dispositif Intra-Utérin à Diffusion de Lévonorgestrel
DIUPP	Dispositif Intra-Utérin en Post-Partum
DPPEIS	Direction de la Prospective, de la Planification, de l'Évaluation et de l'Information Sanitaire
DR	Direction Régionale
DRSHP	Direction Régionale de la Santé et de l'Hygiène Publique
DRS	Direction Régionale de la Santé
DS	District Sanitaire
DSIM	Direction des Soins Infirmiers et Maternels
E2A	Evidence pour l'Action
EDS	Enquête Démographique et de Santé
HG	Hôpital Général
MAMA	Méthode contraceptive basée sur l'Allaitement Maternel et l'Aménorrhée

MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
NPSP	Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique
PAGE	Passage A Grande Echelle
PF	Planification Familiale
PFPA	Planification Familiale en Post-Abortum
PFPP	Planification Familiale en Post-Partum
PFPP/PAI	Planification Familiale dans le Post-Partum Immédiat/Post-abortum Immédiat
PMI	Protection Maternelle Infantile
PNSME	Programme National de Santé de la Mère et de l'Enfant
PNSSU-SAJ	Programme National de Santé Scolaire et Universitaire – Santé Adolescents et Jeunes
PP	Post-Partum
PS	Progestatifs Seuls
PTME	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
SAAJ	Service Adapté aux Adolescents et Jeunes
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SOGOCI	Société de Gynécologie et d'obstétrique de Cote d'Ivoire
SSSU	Service de Santé Scolaire et Universitaire
UNFPA	United Nations Population Funds
USAID	United States Agency for International Development

INVESTIGATEUR PRINCIPAL

Kouamé Walter KRA, PhD
walterkra0@gmail.com

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Ce rapport restitue les résultats du processus de documentation de la mise en œuvre du projet innovant de planification familiale en post-partum immédiat/post-abortum immédiat (PFPI/PAI), appuyé par Pathfinder dans la région sanitaire de l'Agnéby-Tiassa-Méen Côte d'Ivoire. A partir de l'approche de l'apprentissage par la mise en œuvre de Pathfinder et l'approche de passage à échelle d'ExpandNet, la documentation a exploré les principales composantes et les parties prenantes au projet ainsi que les conditions dans lesquelles s'opère le passage à grande échelle (PAGE) de cette intervention; ceci au moyen d'activités de revue documentaire, d'enquêtes qualitatives auprès des prestataires, des autorités sanitaires locales, des partenaires et des responsables du projet, et d'une analyse sociologique.

Il ressort de ce processus que les activités de lancement et de mise en œuvre programmées ont été globalement et chronologiquement réalisées. De plus, l'application des acquis des différentes formations se fait, dans l'ensemble, avec une motivation réelle des prestataires formés et un certain engouement des bénéficiaires autour du projet. Toutefois des difficultés spécifiques ont été relevées dans l'offre des services de planification familiale aux femmes en général, et aux jeunes filles ou adolescentes en particulier. Ces difficultés concernent aussi bien l'activité des prestataires de santé tels les médecins gynécologues, sages-femmes, infirmiers/infirmières que celle des aides-soignantes. Ces difficultés se résument à l'insuffisance du matériel de contraception, du personnel de santé formés à la PFPI/PAI dans certaines formations sanitaires et à l'absence dans les activités du projet d'une composante communautaire pour susciter la demande et contribuer à la réduction du poids des pesanteurs socioculturelles qui ralentit l'adhésion des femmes au projet.

Après analyse, nous avons tiré 5 conclusions :

- Le projet a impulsé une nouvelle dynamique de planification familiale dans les districts sanitaires d'Agboville, Adzopé et Akoupé. Cette dynamique se traduit, d'un côté par une meilleure offre de service de PF dans les structures sanitaires sélectionnées aussi bien à l'endroit des femmes adultes que des adolescentes et jeunes, et d'un autre par un engouement perceptible des femmes pour le recours aux contraceptifs. Toutefois, la motivation des prestataires et l'engouement des femmes se heurtent aux pesanteurs socioculturelles qui, dans le contexte local, respectivement plombent les efforts des premiers et ralentissent le recours à la contraception du post-partum et du post-abortum immédiats pour les secondes.
- Dans ce contexte où le contraceptif féminin tente difficilement, mais avec optimisme, de se frayer un chemin, la situation spécifique du dispositif intra-utérin en post-partum immédiat/post-abortum immédiat (DIUPP-PAI) reste délicate. Son introduction dans la gamme de produits contraceptifs enregistre quelques résultats encourageants essentiellement dus à la garantie de la « décennie de

non-grossesse » qu'offre le DIU en général et à l'utilité de cette décennie en termes de « repos physiologique » et d'opportunité de temps pour construire un projet de vie. Mais l'avenir de cette méthode novatrice dans le passage à grande échelle reste problématique du fait de l'immédiateté de la pose que les utilisatrices potentielles considèrent comme une agression supplémentaire à leur corps du fait de la précocité de la pose dans le post-partum ou post-abortum immédiats.

- Il existe dans le contexte de mise en œuvre du projet des opportunités pouvant être capitalisées pour relever les défis du passage à grande échelle, notamment celui des pesanteurs socioculturelles. Mais il reste encore à pouvoir et savoir les mobiliser stratégiquement dans le passage à grande échelle, dans un contexte soumis à des rivalités voire à des clivages politiques, et à des tensions inter-ethniques récurrentes.
- Les non bénéficiaires des sessions de renforcement de capacités du projet le perçoivent comme une opportunité pour les prestataires et une chance pour les populations. Toutefois, leurs appréciations des restitutions d'après formation par leurs pairs, restent mitigées.
- Les 12 recommandations de l'outil « Avoir le but à l'esprit dès le début » de la méthodologie d'ExpandNet ont été prises en compte dans la démarche de conception et de mise en œuvre du projet. Au regard de ceux-ci, des efforts doivent encore être accomplis dans la perspective du passage à grande échelle.

Ces conclusions appellent les recommandations ci-après :

- Poursuivre la promotion de la planification familiale du post-partum immédiat et du post-abortum immédiat en général et celle du DIUPPI-PAI en particulier avec l'aide des acteurs de premiers rangs (autorités administratives, politiques, religieuses et coutumières, élites locales, leaders communautaires, responsables d'organisations de la société civile) dont l'influence sur les populations à la base est reconnue.
- Poursuivre la communication sur les méthodes contraceptives en général et sur le DIUPPI/PA en particulier en axant les messages sur des thématiques qui mettent en relief l'intérêt de ces méthodes pour les différentes catégories de clientes : femmes adultes mariées, femmes adultes non mariées, femmes avec plusieurs maternités à risque, jeunes filles, jeunes femmes, etc.
- Conduire une étude spécifique sur le DIUPPI-PAI pour capter les perceptions que les femmes ont de ce produit contraceptif et la façon dont elles le positionnent par rapport aux autres méthodes de contraception, les croyances qu'il leur inspire et les logiques d'intérêt à l'œuvre dans sa promotion.

- Créer les conditions de la diffusion à grande échelle des bonnes pratiques avérées, susceptibles d'impacter positivement le rapport à la planification familiale des femmes et des adolescentes.
- Poursuivre les efforts de plaidoyer auprès du Gouvernement et des partenaires financiers pour les inciter à mobiliser les ressources nécessaires au financement du passage à grande échelle de l'innovation. Il faut poursuivre également le plaidoyer auprès des autorités coutumières et religieuses locales pour obtenir leur engagement à œuvrer conjointement dans le sens de la promotion de la planification familiale.
- Penser à la diversification de l'innovation à travers la conception et l'intégration d'une approche communautaire adaptée au contexte de l'Agnebi Tiassa Me lors du passage à grande échelle de l'innovation afin de susciter la demande et de réduire les barrières socioculturelles à l'adoption de la PF en post-partum et post-abortum immédiat.

CONTEXTE

Rappel du contexte national de la planification familiale

Défis pour la satisfaction des besoins en PF en Côte d'Ivoire

Avec un ratio de 614 pour 100 000 naissances vivantes, la Côte d'Ivoire fait partie des 15 pays où la mortalité maternelle est la plus élevée au monde. Le taux de mortalité infantile est estimé à 108 pour 1000 naissances vivantes. L'un des facteurs de la mortalité maternelle et infantile est les grossesses trop précoces, trop nombreuses, trop rapprochées et trop tardives. L'Indice Synthétique de Fécondité est élevé (5 enfants par femme) avec une forte contribution des adolescentes. En effet, trois adolescentes (15-19 ans) sur dix (30 %) ont déjà commencé leur vie féconde, 23 % ont déjà eu au moins un enfant et 7 % sont enceintes pour la première fois. Le taux de fécondité des adolescents (15-19 ans) est de 129 naissances pour 1000 adolescentes traduisant ainsi une fécondité précoce élevée.¹ La Côte d'Ivoire aspire au dividende démographique. Elle a inscrit la révolution contraceptive dans ses priorités d'actions² pour accélérer la transition démographique.³ Cependant, la contraception, levier principal de la révolution contraceptive est très peu utilisée. La prévalence contraceptive des 15-49 est de 14% pour les méthodes modernes et les besoins non satisfaits sont de 27% chez les femmes en union. Les besoins non satisfaits en planification familiale (PF) sont plus énormes chez les jeunes femmes de 20-24 ans (33%)⁴. Plus de 47% des

¹ EDS 2011-2012.

² Plan National de Développement 2016–2020.

³ Politique Nationale de Population. 2015.

⁴ EDS 2011-2012.

femmes ont réalisé un avortement volontaire avant l'âge de 24 ans.⁵ La mortalité maternelle concerne 32% des filles de moins de 24 ans.⁶

Reconnaissant l'impact considérable de la planification familiale sur le développement d'un pays, la Côte d'Ivoire s'est engagée à Ouagadougou en février 2011 puis à Londres en juillet 2012 à faire de son repositionnement une réalité. Pour cela, elle doit contribuer à hauteur de 510.000 nouvelles utilisatrices d'ici 2020, soit 25% de l'objectif du Partenariat de Ouagadougou.⁷ Avec 155.876 nouvelles utilisatrices en 2016, la Côte d'Ivoire n'avait pas pu atteindre son objectif annuel. La prévalence contraceptive planifiée était de 25% mais l'estimation a montré une prévalence de 17%.⁸ L'une des causes de cette insuffisance de résultats est qu'il existe de nombreuses occasions manquées pour offrir le service de planification familiale. En effet, près de 600.000 accouchements sont enregistrés dans les maternités publiques.⁹ Près de 30.000 femmes reçoivent des soins après avortement dans le secteur public en 2015.¹⁰ Cependant, le service de contraception n'est pas disponible à la maternité. L'offre de la contraception en post-partum immédiat est quasi inexistante. Pour les accouchées, la contraception ne sera proposée 6 semaines plus tard alors que seulement 17% des femmes reviendront dans l'établissement pour la Consultation Post Natale (CPN).¹¹

La première expérience de la PF du post-partum immédiat en Côte d'Ivoire :

L'expérience de Treichville

Afin de rendre disponible le service de contraception en maternité et d'accroître l'utilisation de la planification en post-partum immédiat, le Programme National de Santé de la Mère et de l'Enfant (PNSME) et le Centre Hospitalier Universitaire de Treichville ont conduit une phase expérimentale de l'offre de la PF en post-partum immédiat en se focalisant essentiellement sur l'offre du DIU en post-partum immédiat dans le service de gynécologie obstétrique dudit établissement de novembre 2013 à avril 2016. Cette expérience a consisté à répliquer la formation sur l'offre des services de DIU du post-partum immédiat reçue en juillet 2013 en Guinée par une équipe de la maternité du CHU de Treichville à l'initiative de Jhpiego aux prestataires non formes de Treichville. De plus, pour réussir cette intervention, de nouvelles dispositions ont été prises au niveau du service de gynécologie de cet hôpital. Il s'est agi de :

- Intégrer la planification familiale en salle d'accouchement et aux urgences gynécologiques ;
- Rendre disponible de façon systématique des DIU et du matériel d'insertion en salle d'accouchement ; et
- Former les prestataires de santé à l'insertion du DIU en post-partum immédiat.

⁵ Etude CAP. AIBEF. 2008.

⁶ Rapport national de surveillance des décès maternels. 2016.

⁷ « Phase d'accélération 2016-2020. » Partenariat de Ouagadougou. <https://partenariatouaga.org/en/acceleration-phase-2016-2020/>.

⁸ Rapport national sur la PF. 2016.

⁹ Annuaire des Statistiques Sanitaires 2015. DPPEIS/MSHP.

¹⁰ Système National d'Information Stratégique, Base de données 2015, DPPEIS.

¹¹ Annuaire des Statistiques Sanitaires 2015. DPPEIS/MSHP.

Cette expérience a permis d'atteindre les résultats ci-après :

- 1568 DIU ont été insérés en PP immédiat de novembre 2013 à avril 2017 ;
- Les adolescentes (moins de 19 ans) représentent 18% des bénéficiaires (soit 283 personnes) ;
- Expansion de l'intervention à deux autres sites satellites que le CHU de Treichville :
 - Hôpital Général de Port Bouët : 48 DIU et 26 implants insérés d'avril à juin 2017
 - Hôpital Général de Yopougon Attié : 62 DIU et 36 implants insérés d'avril à juin 2017 ;
- Aucune complication majeure n'a été enregistrée après l'insertion.

En somme, cette première expérience a montré que la disponibilité immédiate du service de planification familiale en post-partum peut permettre de satisfaire la demande de contraception, voire de la susciter. Ce, d'autant plus que le service de planification familiale post-partum ne commence pas au moment de l'accouchement. Il commence bien avant, pendant la grossesse et la fréquentation des services de consultation prénatale. C'est donc tout au long de la période prénatale que l'offre de counseling sur la PFPP peut aider la femme enceinte à faire un bon choix après son accouchement. Le counseling en PF post insertion est également déterminant dans le processus. Il permet, une fois que le DIU est inséré, à la cliente de retourner dans son foyer, protégée et confiante, démontrant ainsi que cette offre de planification familiale fonctionne pour satisfaire les besoins de contraception des femmes.

Diffuser l'expérience de Treicheville

Le contexte de mise en œuvre du projet de PFPP/PAI est également marqué par l'engagement des pouvoirs publics à promouvoir l'offre de contraception en post-partum immédiat. En effet, au regard des acquis de l'expérience pilote du CHU de Treichville, la Direction Générale de la Santé a pris une Note de service¹² pour le passage à échelle de la contraception en post-partum immédiat pour toutes les méthodes indiquées et toutes les tranches d'âge (adolescentes, jeunes et adultes). Ce choix repose sur l'idée que la planification familiale en post-partum permet la prévention des grossesses non désirées et des grossesses très rapprochées durant les 24 premiers mois qui suivent l'accouchement. Cette note de service instruit donc l'ensemble des formations sanitaires publiques, privées et confessionnelles à rendre disponible l'offre de la PF, notamment en post-partum à chaque occasion indiquée. Le choix des autorités sanitaires de promouvoir la PF en post-partum immédiat est, par ailleurs, en adéquation avec les nouvelles directives de l'OMS en matière de planification familiale et est inscrit dans le Plan d'Action National de PF Budgétisé 2016-2020. Ce plan prévoit « d'opérer une révolution contraceptive » devant permettre d'atteindre 36 % de prévalence contraceptive d'ici 2020.

¹² Note de service N°0019 -- /MSHP/DGS/DC-PNSME/AKH/mbt du 28 avril 2017.

Le projet PFPPI/PAI de Pathfinder International

Dans un contexte national marqué par une faible prévalence contraceptive et par une volonté politique affichée d'accroître l'offre de contraception en post-partum immédiat sur la base des succès enregistrés par l'expérience pilote du CHU de Treichville, Pathfinder a choisi de se positionner comme un partenaire technique et financier clé dans le domaine de la planification familiale en Côte d'Ivoire. Cette ONG internationale intervient, en effet, dans plusieurs domaines de la santé de la reproduction dont la planification familiale constitue un volet. Le choix d'Agboville, Adzopé et Akoupé pour matérialiser ce positionnement s'explique principalement par la faiblesse des indicateurs de la planification familiale dans ces trois districts sanitaires et par l'absence d'interventions spécifiques pour y remédier.¹³ Le projet pilote de PFPPI/PAI qu'elle y appuie constitue une porte d'entrée à travers laquelle Pathfinder entend contribuer à atteindre les objectifs du MSHP en matière de santé de la reproduction en général et de PF en particulier.

Le projet s'intitule « Planification familiale du post-partum immédiat et du post-abortum immédiat dans la région sanitaire de l'Agneby-Tiassa-Mé ». Mis en œuvre depuis 2017, il s'aligne au programme gouvernemental d'extension de l'offre de planification familiale en post-partum immédiat sur lequel est engagé Pathfinder, avec pour zone d'action les districts sanitaires d'Agboville, d'Adzopé et d'Akoupé. L'intervention dont une phase expérimentale a déjà été effectuée au CHU de Treichville avec succès, consiste à donner des informations sur la planification familiale pendant la grossesse. Et ce, afin d'amener les femmes enceintes à choisir une méthode contraceptive, dans les 48h après l'accouchement ».

Son caractère innovant tient, avant tout, à l'immédiateté de la pose du DIU. Par le passé, la proposition d'une méthode de contraception était faite lors des consultations post-natales, six semaines après l'accouchement. Mais aujourd'hui, selon les nouvelles recommandations de l'OMS, elle peut être prescrite immédiatement à la femme après son accouchement ou dans les 48 heures qui suivent. Ensuite, il est innovant en raison de l'introduction du « DIU à long inserteur » dans l'offre de service de contraception post-partum et post-abortum, contrairement au DIU classique utilisé jusqu'ici. C'est un dispositif spécialement conçu pour les nouvelles accouchées, qui présente l'avantage de réduire le risque infectieux. Enfin le projet est innovant en raison du renforcement de l'offre de services de planification familiale en général et dans le post-partum immédiat/post-abortum immédiat en particulier, adaptés aux adolescentes et jeunes. Avant le projet, les services offerts, du fait de leur caractère non convivial constituaient, un facteur de réticence pour la planification familiale chez les adolescentes et jeunes.

Financé à hauteur de deux cent cinquante mille dollars (250.000 USD) par la Fondation Hewlett, le projet est venu appuyer le gouvernement ivoirien dans la couverture des besoins non satisfaits en matière de

¹³ Adon, K.P. (2014). « Echec de l'utilisation des produits contraceptifs chez les femmes de deux districts sanitaires en Côte d'Ivoire ». African Population Studies Vol. 28, No. 3, 2014. URL: <http://www.bioline.org.br/pdf?ep14064>

contraception chez les femmes qui viennent juste d'accoucher (post-partum) ou qui ont eu un avortement volontaire ou non.

Les composantes essentielles du projet se résument comme suit :

- Clarification des valeurs des prestataires sur la contraception, notamment la contraception à longue durée d'action chez les adolescents et jeunes
- Renforcement des capacités et compétences des prestataires de services :
 - Technologie contraceptive
 - Counseling de la PFPP et PFPA
 - Technique d'insertion du DIU dédié au post-partum immédiat
- Intégration de la composante adolescents et jeunes :
 - Renforcement des capacités des prestataires dans l'offre de services adaptés aux adolescents et jeunes
 - Mise en place d'un cadre de partage entre les prestataires sur les services adaptés aux adolescents et jeunes
 - Désagrégation et analyse des données selon l'âge
- Plaidoyer pour l'introduction en Côte d'Ivoire du DIU long inserteur
- Renforcement de la capacité opérationnelle des structures sanitaires pour l'offre de la PF en post-partum immédiat, notamment la mise à disposition du DIU long inserteur
- Réorganisation des services pour faciliter l'offre de la contraception en salle d'accouchement, de même que le rapportage des données de routine
- Les activités de suivi de routine y compris l'identification des indicateurs de la PFPPI/PAI et la formation des prestataires sur la collecte des données
- La documentation qualitative de l'intervention en vue de disposer de données crédibles pour la planification et l'élaboration d'un plan de passage à échelle

La mise en œuvre du projet de PFPPI/PAI

Le processus de planification et de mise en œuvre du projet est résumé dans le tableau ci-dessous qui présente les principaux événements (activités) avec les dates dans la mise en œuvre du projet.

LE TABLEAU SYNOPTIQUE DE LA MISE EN ŒUVRE

Événement	Date	Lieu
Esquisse du plan d'action du projet « Mise à l'échelle de l'offre de la planification familiale en post-partum et post-abortum dans la région sanitaire de l'Agnéby-Tiassa-Mé »	Août 2017	Siège de Pathfinder en Côte d'Ivoire
Atelier de démarrage du projet	16-17 août 2017	Abidjan, Côte d'Ivoire (AIBEF)
Finalisation du plan d'action	Septembre 2017	Siège de Pathfinder en Côte d'Ivoire
Formation des prestataires à la mise en œuvre de l'offre de services conviviaux aux adolescents et jeunes	11-13 septembre et 18-20 septembre 2017	Agboville (Hôtel Prestige), Côte d'Ivoire
Cérémonie de lancement du projet au niveau district	20-22 septembre 2017	Agboville, Adzopé, Akoupé
Formation des prestataires de santé de l'Agnéby-Tiassa-Mé en technique de counseling pour l'offre de service de planification familiale dans le post-partum et post-abortum immédiats	17-19 octobre 2017	Agboville (Hôtel Prestige), Côte d'Ivoire
Formation des conseillères en technique de counseling pour l'offre de service de planification familiale dans le post-partum et post-abortum immédiats	23-27 octobre 2017	Agboville (Hôtel Precillia), Côte d'Ivoire
Révision du plan d'action 1 et 2	Novembre 2017	Siège de Pathfinder en Côte d'Ivoire
Collecte des données de base pour le monitoring du projet	09 au 13 janvier 2018	Agboville, Adzopé, Akoupé
Formation des formateurs nationaux de la Côte d'Ivoire en DIUPP avec le long inserteur	24-25 janvier 2018	Abidjan, Côte d'Ivoire (AIBEF et sites de stage de HG de Port-Bouët et HG de Yopugon Attié)
Coaching sur site des gynécologues-obstétriciens à la pose du DIU dans le post-partum y compris en per césarienne et le post-abortum	30 janvier au 02 février 2018	Adzopé, Côte d'Ivoire (Hôpital Général)
Coaching sur site des gynécologues-obstétriciens à la pose du DIU dans le post-partum y compris en per césarienne et le post-abortum	30 janvier au 02 février 2018	Agboville, Côte d'Ivoire (CHR)
Renforcement des capacités des prestataires de santé des districts sanitaires d'Adzopé, Agboville et Akoupé en technologie contraceptive (session 1)	12-14 février 2018 (formation théorique) et 15-17 février 2018 (stage pratique)	Abidjan, Côte d'Ivoire (5 sites de PF : HG Abobo Sud, HG Koumassi, HG Port-Bouët, AIBEF Treichville et AIBEF Yopugon)

Renforcement des capacités des prestataires de santé des districts sanitaires d'Adzopé, Agboville et Akoupé en technologie contraceptive (session 2)	19-21 février 2018 (formation théorique) et 22-23 février 2018 (stage)	Abidjan, Côte d'Ivoire (5 sites de PF : HG Abobo Sud, HG Koumassi, HG Port-
1 ^{ère} Réunion de suivi des prestataires de santé en Services Adaptés aux Adolescents et Jeunes (SAAJ)	15-16 mars 2018	Agboville (Hôtel Prestige), Côte d'Ivoire
2 ^{ème} Réunion de suivi des prestataires de santé en SAAJ	26-27 juillet 2018	Adzopé (Hôtel Sekedes), Côte d'Ivoire

DOCUMENTATION DU PROJET PFPPI/PAI EN PRÉPARATION DU PAGE

Trois niveaux centraux de documentation et analyse

L'une des composantes du projet PFPPI/PAI était de documenter le processus de sa mise en œuvre dans le but d'identifier et de corriger les gaps au fur et à mesure mais également d'évaluer la possibilité et la faisabilité du passage à échelle de l'initiative. Cette documentation avait trois objectifs principaux :

1. Encourager la réflexion, l'analyse et la résolution des problèmes parmi les agents de première ligne pour affiner la mise en œuvre du projet ;
2. Renforcer la capacité des responsables du projet pour répondre aux besoins émergents sur le terrain ;
3. Assurer que les expériences du projet contribueront à la base de données sur la PF en post-partum immédiat et post-abortum et sur le passage à grande échelle des innovations sanitaires.

Elle s'est bâtie autour de trois principales formes d'évaluation et d'analyse pendant toute la durée de vie du projet à savoir :

- Documentation du processus d'apprentissage de la mise en œuvre : E2A et Pathfinder Côte d'Ivoire ont travaillé ensemble pour documenter le processus de mise en œuvre de l'intervention et élucider les principaux enseignements programmatiques. Ces efforts d'évaluation continus ont éclairé la prise de décision et les actions correctrices au fur et à mesure de la mise en œuvre du projet.
- Documentation du processus de planification du passage à grande échelle : E2A a appuyé le projet pour mener une évaluation qualitative destinée à éclairer les conditions possibles d'un éventuel passage à grande échelle de l'innovation.

- Analyse de la faisabilité et d'évaluation du potentiel du passage à échelle : E2A a travaillé avec Pathfinder pour appliquer les outils de mise à l'échelle systématique d'ExpandNet afin d'évaluer la faisabilité et le potentiel de passage à grande échelle de l'innovation.

Les questions clés de la documentation

Les efforts de documentation et d'apprentissage susmentionnés visaient à répondre aux questions suivantes :

1. Questions liées au processus d'apprentissage de la mise en œuvre

- Quels sont les changements enregistrés pour résoudre les problèmes identifiés dans le cadre de la mise en œuvre de l'innovation et quels sont les effets de ces changements sur l'offre de planification familiale ?
- Quelles sont les difficultés à l'adoption du DIU en post-partum immédiat et en post-abortum immédiat ?
- Comment l'offre de planification familiale s'est-elle réorganisée dans les centres de santé y compris au niveau des maternités pour offrir des services plus adaptés ?
- Quelle est la situation de l'offre des services de PF aux jeunes et adolescents ?
- Comment les prestataires n'ayant pas bénéficié des formations du projet le perçoivent-ils et quelles sont leurs attentes ?

2. Questions liées à la planification du passage à grande échelle

- Comment les actions nécessaires ont été planifiées pour accroître le potentiel et les chances de succès du passage à grande échelle du projet de PFPPI/PAI dans la région sanitaire de l'Agnéby-Tiassa-Mé ?
- Comment les capacités des centres de santé ont été renforcées pour réussir un éventuel passage à échelle et celles de l'équipe locale de Pathfinder pour soutenir le processus ?
- Quels choix stratégiques ont été faits pour appuyer l'institutionnalisation de l'innovation ?
- Quelles actions locales d'appropriation de l'intervention par les acteurs locaux ont été menées ?

3. Questions liées à l'analyse de la faisabilité et de l'évaluation du potentiel d'un passage à échelle de la PFPPI/PAI

- Dans quelles mesures les 12 recommandations de l'approche ExpandNet ont-elles été prises en compte dans la conception et la mise en œuvre du projet pour accroître les chances de succès du PAGE de la PFPPI /PAI ?

But et objectifs de ce rapport

La mission assignée au consultant vise à documenter le processus de mise en œuvre et de planification du passage à grande échelle du projet pilote de planification familiale en post-partum immédiat (dans un délai de 48 heures après l'accouchement) et post-abortum immédiat (dans un délai de 0 à 14 jours après un avortement spontané ou volontaire) dans la région sanitaire de l'Agnéby-Tiassa-Mé au sud de la Côte d'Ivoire. Ici, le PAGE (Passage à Grande Echelle) renvoie à « des efforts délibérés pour renforcer l'impact d'innovations sanitaires testées avec succès afin d'en faire bénéficier un plus grand nombre de personnes et d'encourager la formulation de politiques et de programmes sur une base durable' ». (Cf : Approche d'ExpandNet).

Ce rapport présente les principales conclusions des efforts de documentation entrepris tout au long du projet, avec l'objectif général de fournir des informations et des points de vue qui éclaireront et guideront le processus de mise à l'échelle.

Méthodologies

Documentation du processus d'apprentissage de la mise en œuvre

La documentation de processus a été inspirée par l'approche d'« Apprentissage de la mise en œuvre de Pathfinder International » et visait essentiellement à encourager la réflexion, l'analyse, et la résolution des problèmes parmi les agents de première ligne pour affiner la mise en œuvre du projet de même que le renforcement de la capacité des responsables du projet à répondre aux besoins émergents sur le terrain. A cet effet, la documentation de processus a été conçue pour compléter le suivi de routine et l'évaluation quantitative du projet. Elle a été faite à travers une revue documentaire des documents du projet ainsi qu'à travers une collecte de données qualitative auprès des agents de première ligne. Cette collecte a été faite concomitamment avec celle liée à la documentation du processus de planification du PAGE et sera décrite ci bas.

Documentation du processus de planification du PAGE

Conception de la documentation : Le protocole et les outils de collecte ont été élaborés en s'inspirant de l'approche de l'apprentissage par la mise en œuvre de Pathfinder International et celle d'ExpandNet. Il s'agit essentiellement de guides d'entretiens individuels adressés aux autorités sanitaires locales, aux médecins des services de santé de la reproduction, aux responsables et partenaires du projet et de guides d'entretien de groupe administrés aux prestataires (sages-femmes, infirmiers/infirmières) et aides-soignantes. Ces outils ont été complétés par une grille d'observation directe des services de planification familiale. L'ensemble des documents (protocole, outils de collecte et plan de rédaction), les questions clés de l'étude et la démarche de la documentation ont fait l'objet de partage et d'interactions avec l'équipe de E2A/Pathfinder pour leur validation.

Le protocole a été soumis à un comité d'éthique interne de E2A. Une fois les outils validés, E2A/Pathfinder a entrepris les démarches nécessaires pour obtenir les autorisations administratives et préparer les rendez-vous du terrain. La stratégie a consisté à obtenir l'adhésion au processus de la documentation des autorités sanitaires locales (Directeur régional et Directeurs départementaux de la santé), des acteurs clés sur qui repose le succès de la mission en général et la mobilisation des participants en particulier.

Parallèlement à la préparation administrative conduite par Pathfinder, le consultant a procédé, en collaboration avec le commanditaire, à la formation des enquêteurs avec pour objectifs de : (1) connaître le contexte/les objectifs de la documentation et le projet à documenter ; (2) comprendre le protocole de l'étude, les outils de collecte et leur mode d'administration sur le terrain ; (3) affiner l'échantillon d'enquête et l'agenda de la collecte. La préparation du terrain s'est achevée par la mobilisation de la logistique nécessaire à l'enquête de terrain (reprographie des outils de collecte, papeterie, véhicule de liaison, etc.).

Sites de collecte des données : Les données ont été collectées auprès de l'ensemble des 20 structures sanitaires bénéficiaires du projet. Des représentants de ces structures ont été identifiés comme sources d'information dans chacune des catégories d'acteurs interviewés. Les opérations de collecte se sont déroulées dans les trois chefs-lieux des trois districts sanitaires de la région sanitaire de l'Agnéby Tiassa Me, zone géographique couverte par le projet : Agboville, Adzopé et Akoupé. Les participants issus de chacune de ces structures sanitaires ont convergé vers ces chefs-lieux pour prendre part aux entretiens. Les locaux de la direction régionale de la santé à Agboville et ceux des directions départementales de la santé à Adzopé et Akoupé ont servi de cadres pour l'organisation des entretiens.

Echantillon d'enquête : Trois catégories d'acteurs ont été interviewées. D'abord les responsables locaux du MSHP ou leurs représentants (un responsable de la Direction régionale de l'Agnéby-Tiassa-Mé et les directeurs départementaux de la santé d'Agboville, Adzopé et Akoupé) ; ensuite les prestataires de santé (médecins, infirmiers et sages-femmes) ; et enfin le personnel d'appui (aides-soignantes). Certains participants aux entretiens individuels (les responsables locaux du MSHP ou leurs représentants et les médecins) et aux entretiens de groupes (infirmiers, sages-femmes, aides-soignantes) ont été sélectionnés sur la base de leurs bonnes connaissances et expériences du projet. A ces personnes ressources, nous avons adjoint des prestataires de santé ayant une connaissance et une expérience moins solides du projet de façon à impliquer toutes les sensibilités. Ils ont été mobilisés avec l'aide de Pathfinder et les responsables des différents centres de santé bénéficiaires du projet.

Le tableau ci-dessous donne le détail de l'échantillon :

District d'Agboville	District d'Adzopé	District d'Akoupé
Autorités sanitaires locales		
Le DR santé ou son représentant		
Le DD santé ou son représentant	Le DD santé ou son représentant	Le DD santé ou son représentant
1 médecin gynécologue du CHR	Le médecin gynécologue de HG	Le point focal SR de HG
Partenaires/responsables du projet		
1 représentant du PNSME (MSHP)		
1 représentant du PNSSU (MENET)		
1 représentant de l'équipe de mise en œuvre du projet pilote		
3 membres de l'équipe locale de Pathfinder		
Prestataires/personnels d'appui bénéficiaires des formations		
6 infirmiers/infirmières	6 infirmiers/infirmières	6 infirmiers/infirmières
6 sages-femmes	6 sages-femmes	6 sages-femmes
6 aides-soignantes	6 aides-soignantes	6 aides-soignantes
Prestataires/personnels d'appui non bénéficiaires des formations		
2 infirmier(e)s (H et F)	2 infirmier(e)s (H et F)	2 infirmier(e)s (H et F)
2 sages-femmes	2 sages-femmes	2 sages-femmes
2 aides-soignantes	2 aides-soignantes	2 aides-soignantes
Total de personnes interviewées : 85		

Collecte des données : Les données collectées pour documenter le processus de mise en œuvre du projet ainsi que la planification dans la perspective du passage à grande échelle, sont relatives aux problèmes rencontrés par les agents de première ligne, aux besoins émergents du terrain auxquels les responsables du projet doivent faire face, aux réponses à y apporter, aux expériences du projet et leur utilité pour la PFPPI/PAI y compris chez les jeunes/adolescentes, et pour le passage à grande échelle de cette innovation sanitaire. Ces données sont également relatives aux perceptions et attentes des acteurs locaux du projet, aux changements induits par le projet et aux 12 recommandations de l'approche ExpandNet. Elle s'est faite en trois étapes espacée d'un mois chacune. C'est le lieu de préciser que deux réunions de suivi des activités du projet organisées en présence du consultant ont également constitué des fenêtres d'échanges complémentaires avec les acteurs du projet.

Quatre techniques ont été utilisées pour collecter les données : la recherche documentaire, les entretiens individuels, les entretiens de groupe et l'observation directe.

- **La recherche documentaire** a essentiellement porté sur les documents du projet mis à la disposition du consultant par Pathfinder. Il s'agit, entre autres, des rapports d'ateliers, des rapports de formation, des rapports de coaching, et de la check-list des activités liées à la santé adolescents et jeunes (SAJ). Explorés à l'aide d'une grille de recherche documentaire, ces documents ont fourni une vue d'ensemble de la mise en œuvre du projet ; ce qui a permis de concevoir les outils de collecte pour la mission de terrain.
- **Les entretiens individuels** ont consisté à échanger avec les autorités sanitaires locales ou leurs représentants ainsi que ceux des hôpitaux. Des entretiens individuels ont été également conduits auprès de certains prestataires qui se sont distingués pendant les entretiens de groupe comme des personnes ressources clés. Enfin, nous avons échangé individuellement avec les représentants des structures partenaires et les membres de l'équipe de pilotage du projet. Ces entretiens individuels ont été conduits au moyen d'un guide d'entretien semi-directif, réajusté selon les besoins en informations à chaque passage sur le terrain.
- **Les entretiens de groupes ou focus groups** ont été organisés avec les prestataires/agents de santé dans chaque district sanitaire selon la répartition ci-après :
 - 3 entretiens de groupe avec des infirmiers/infirmières bénéficiaires des formations du projet
 - 3 entretiens de groupe avec des sages-femmes bénéficiaires des formations du projet
 - 3 entretiens de groupe avec des aides-soignantes bénéficiaires des formations du projet
 - 3 entretiens de groupe avec prestataires non bénéficiaires des formations du projet

Les entretiens de groupes ont été conduits à l'aide d'un guide d'entretien semi-directif, conçu autour des objectifs de la documentation et validés par E2A/Pathfinder. En lien avec chacune des thématiques clés du guide (rôle et activités dans le projet, relations avec les clientes, perceptions du projet et changements observés), une série de questions ont été formulées pour susciter des discussions fécondes entre les participants.

- **Observation directe** : Les entretiens individuels et de groupes ont été complétés par une opération d'observation directe réalisée dans chacune des 3 localités. Un service de PF par site a été ciblé selon la répartition ci-après : Agboville (service de PF du Centre Hospitalier Régional, CHR), Adzopé (service de PF de l'hôpital général - HG) et Akoupé (service de PF du médico scolaire). L'activité d'observation s'est faite à l'aide d'une grille d'observation directe qui a permis de prendre des notes, de faire des photographies et d'échanger sommairement avec les prestataires en poste au moment de notre passage.

La qualité et la fiabilité des données ont été garanties d'un côté par le principe de la triangulation des sources d'informations (autorités sanitaires locales – prestataires de santé – partenaires du projet), et de

l'autre par l'enregistrement audio et la transcription fidèle des entretiens. Les difficultés en termes d'incompatibilité d'agenda de certains participants n'ont pas affecté la qualité des données collectées ; ce d'autant plus que ces difficultés ont été surmontées par des solutions soit de remplacement, soit de reprogrammation.

Analyse des données : Les données ont été analysées au moyen de la méthode d'analyse de contenu. Cette méthode a permis de capter, entre autres, le contexte et l'historique du projet, la chronologie des activités, les rôles des parties prenantes, les perceptions du projet, les changements induits, les difficultés rencontrées et les informations d'analyse des 12 recommandations ExpandNet. Les analyses ont également porté sur les besoins émergents du terrain et les expériences positives, la planification des actions nécessaires, le renforcement des capacités des acteurs institutionnels et les choix stratégiques pertinents pour réussir le passage à grande échelle du projet.

Les données ont été traitées et analysées à mesure qu'elles étaient transcrites. Le travail de traitement et d'analyse a été guidé par les objectifs de la documentation, de façon à produire des résultats qui permettent d'atteindre lesdits objectifs.

L'analyse s'est focalisée sur les questions clés de la documentation énoncées plus haut qui ont été discutées et révisées pendant les séances d'orientation sur la méthodologie ExpandNet avec l'équipe de E2A/Pathfinder. Guidés par ces questions, nous avons entamé l'analyse des données sur le terrain comme le commande l'approche qualitative. Cette analyse in situ s'est traduite par des débriefings réguliers, organisés après chaque journée d'enquête avec les enquêteurs, pour dégager les principales pistes de réflexion. Les esquisses d'analyse ont été approfondies et affinées à partir des données transcrites.

Analyse du potentiel de passage à échelle

Deux outils majeurs d'ExpandNet ont été utilisés pour effectuer l'analyse de la faisabilité et du potentiel du passage à grande échelle de l'innovation mise en œuvre dans la région d'ATM. L'outil " Avoir le but à l'esprit dès le début" à travers ses 12 recommandations a été appliqué tout au long du projet pendant que l'outil " Les 9 étapes pour élaborer une stratégie de passage à échelle a été utilisé vers la fin du projet lors d'un atelier national ayant regroupé les parties prenantes majeurs. L'application de ces deux outils a permis d'identifier les actions et conditions nécessaires pour le PAGE de la PFPP/PAI en Côte d'Ivoire.

Considérations éthiques

Avant chaque entretien individuel ou de groupe, les participants ont chacun été informés que leur participation était volontaire et qu'ils pouvaient refuser de répondre à toute question ou participer à toute activité tel qu'ils le souhaitent. Les investigateurs se sont assurés que les entretiens se déroulent dans un cadre privé. A cet effet, les autorités sanitaires locales ont œuvré à mettre à la disposition de l'équipe

d'investigation des salles ou des bureaux appropriés (endroits clos, climatisés et discrets équipés en tables et chaises). Ces dispositions pratiques ont permis aux participants de s'exprimer librement sur tous les sujets abordés et de garantir la confidentialité des échanges. Nous avons également pris le soin d'expliquer aux participants (responsables locaux de la santé et prestataires) que l'opération de collecte des données est uniquement destinée à documenter le processus de mise en œuvre du projet dans la perspective du passage à échelle. En conséquence, il ne s'agissait pas d'évaluer leur performance ; ce qui a permis, surtout dans les entretiens individuels, de discuter ouvertement du projet.

Les données une fois collectées, ont été sécurisées dans des fichiers avec accès par mots de passe sur l'ordinateur du consultant avant d'être transmises aux transcripteurs selon des directives strictes de confidentialité et d'anonymat qui leur ont été notifiées. Une fois les données transcrites, les fichiers Word ont été envoyés au consultant et gérés dans les mêmes conditions de sécurité. Il a été demandé aux transcripteurs de détruire toute trace des fichiers aussi bien dans la version audio qu'écrite. Après l'analyse des données, le consultant a transmis les fichiers audio et transcrits à E2A/Pathfinder qui se chargera d'une part de les sécuriser avant de les détruire après exploitation et, d'autre part de notifier au consultant d'en détruire toute trace de son ordinateur ou de tout autre support numérique. Dans cette perspective, toutes informations ou données susceptibles de lier les participants à leurs réponses seront également supprimées. En somme, le processus de la documentation a été mené en ayant à l'esprit les principes éthiques promus par le Comité National d'Éthique et de Recherche (CNER).

LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET PFPPI/PAI

Les activités de démarrage

Les activités de démarrage concernent entre autres, des activités de planification, d'information officielle sur l'existence du projet et d'établissement de la situation de référence à partir de laquelle le projet sera évalué. L'esquisse du plan d'action a été réalisée par l'équipe locale restreinte de Pathfinder, suivie par l'organisation de l'atelier de démarrage dont l'un des objectifs était de permettre la finalisation du plan d'action. L'atelier de démarrage du projet s'est tenu les 16 et 17 août 2017 à Abidjan au siège de l'AIBEF. Cette activité était sous-tendue par la nécessité de lancer officiellement le projet avec la caution institutionnel des autorités sanitaires du pays. Il visait essentiellement à (1) présenter le projet aux parties prenantes, (2) approfondir la compréhension des participants sur les approches systématiques au PAGE (en s'appuyant sur les outils d'ExpandNet), les bonnes pratiques en matière de l'offre de services adaptés aux adolescents et jeunes et les critères de recevabilité médicale pour les méthodes contraceptives de l'OMS ; (3) parvenir à un consensus sur les attentes pour la mise à l'échelle de la planification familiale en post-partum et post-abortum dans de la région sanitaire de l'Agnéby-Tiassa-Mé, y compris pour les

adolescentes et jeunes femmes ; (4) développer, de manière participative, les éléments clés pour l'élaboration du plan d'action détaillé du projet.

Lancement du projet au niveau district

Afin d'obtenir une meilleure compréhension et un alignement des parties prenantes du niveau opérationnel, le MSHP à travers le PNSME et Pathfinder International, a organisé une cérémonie de lancement du projet dans chacun des 3 districts sanitaires du 20 au 22 septembre 2017. A l'image de l'atelier de démarrage qui a réuni à Abidjan les autorités sanitaires du niveau central, le lancement officiel du projet au niveau district obéissait à la volonté des promoteurs d'associer les autorités sanitaires du niveau déconcentré en vue de son appropriation locale. Ce lancement au niveau local visait 3 objectifs : (1) Présenter le projet aux parties prenantes locales, (2) Informer et aligner les autorités administratives, politiques, coutumières, religieuses et des prestataires du district sur le projet, (3) Recueillir les considérations à prendre en compte pour garantir le succès des interventions.

Avant de se rendre sur le terrain, des courriers officiels d'invitation émanant du MSHP ont été adressés aux autorités et structures sanitaires locales (parties prenantes au projet), ainsi qu'aux autorités administratives, politiques, coutumières, religieuses et aux leaders communautaires. Ensuite, l'équipe de mission composée de 3 représentants de Pathfinder et 4 représentants du MSHP (PNSME, DSIM, CHU Treichville et PNSSU-SAJ) a eu, dans chaque district sanitaire, une séance de travail avec les prestataires de soins sous la direction du représentant du Directeur départemental de la santé, puis une rencontre plus élargie avec les autorités politiques, administratives, coutumières, religieuses et les leaders d'opinion (associations féminines, associations de jeunes, etc.). Ces rencontres ont consisté à présenter le projet, échanger avec les parties prenantes et les exhorter à son appropriation.

Révision et finalisation du plan d'action

Une enquête sommaire menée auprès des prestataires venus en formation sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes et en counseling de la PFPP a montré, d'une part que 80 % des participants n'avaient pas de compétences de base en planification familiale, et d'autre part qu'aucun des 20 centres de santé ne disposait de système de stérilisation efficace. Ainsi, l'équipe projet de Pathfinder Côte d'Ivoire a décidé de procéder à une seconde révision du plan d'action en intégrant de nouvelles activités pour pallier ces insuffisances. Des recherches ont été menées à travers une revue de la littérature afin d'améliorer le contrôle des infections lors de l'insertion du DIU dans le post-partum immédiat. Elles ont montré l'existence d'un DIU spécifiquement conçu et dédié à la période du post-partum immédiat (de 0 à 48 h après l'accouchement) : le DIUPP à long inserteur.

Collecte des données de base pour le suivi du projet

De la collecte des données de base pour le monitoring du projet : Il s'agit d'une étude quantitative réalisée par le cabinet privé User4Health. Elle a eu lieu du 09 au 12 janvier 2018 simultanément dans les 3 districts sanitaires ciblés par le projet (Agboville, Adzopé et Akoupé). Elle avait pour but d'évaluer l'offre des

services de contraception dans les 3 districts sanitaires, y compris la planification familiale en post-partum et post-abortum afin de montrer l'impact de l'intervention de Pathfinder. Les objectifs spécifiques étaient de : (1) décrire les connaissances, attitudes et pratiques des prestataires sur les services de planification familiale, dont la PFPPI/PAI, y compris pour les adolescentes et jeunes; (2) décrire les connaissances, attitudes et pratiques des femmes (dont les adolescentes et jeunes) en matière de planification familiale, y compris la PFPPI/PAI ; (3) analyser les capacités des formations sanitaires pour l'offre des services de planification familiale, y compris la PFPPI/PAI, dont l'offre des services conviviaux aux adolescentes et jeunes; (4) décrire les caractéristiques sociodémographiques des femmes utilisatrices des services de SR/PF ; et (5) analyser les données disponibles dans les registres pour comprendre la situation actuelle de la PFPPI/PAI

Les parties prenantes et leurs rôles

Critères de choix des structures bénéficiaires

Les structures bénéficiaires du projet ont été identifiées dans la région sanitaire de l'Agnéby-Tiassa-Mé. La raison : cette région, en dépit des faibles indicateurs de la planification familiale, compte très peu de partenaires nationaux et internationaux d'appui des interventions dans ce domaine. Les critères ayant prévalu au choix des organisations utilisatrices sont tirés du Plan d'Action National Budgétisé de PF de la Côte d'Ivoire 2016-2010. Selon ce plan, en effet, la PFPPI doit être mise en œuvre dans les établissements sanitaires qui réalisent en moyenne 30 accouchements par mois. Sur cette base, les 15 formations sanitaires publiques qui ont réalisé le plus grand nombre d'accouchements ont été sélectionnées. De même, la PF post-partum immédiat doit débiter pendant la période prénatale. Ainsi, deux (2) centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) qui réalisent uniquement les Consultations Post Natales (CPoN) et le suivi des enfants sains ont été ajoutés. Afin de mieux prendre en compte les adolescents et les jeunes, les 3 Services de Santé Scolaire et Universitaire – Santé Adolescents et Jeunes (SSSU-SAJ) des 3 districts sanitaires ont été également ciblés.

Liste des formations sanitaires d'intervention : Sur la base des critères de choix énumérés supra, au total 20 centres de santé ont été identifiés pour la mise en œuvre du projet comme indiqué dans le tableau ci-dessous :

District d'Adzopé (6)	District d'Agboville (7)	District d'Akoupé (7)
CSR-DM Ananguié	CSR-DM Abou Manké	CSU-D Biéby
CSR-DM Moapé	CSU-DM Azaguié	CSU-DM Abongoua
CSR-DM Yakassé Mé	CSU-DM Céchi	CSU-DM Afféry
PMI Adzopé	CSU-DM Rubino	CSU-DM Bécoufin
SSSU-SAJ Adzopé	PMI Agboville	SSSU-SAJ Akoupé
HG Adzopé	SSSU-SAJ Agboville	HG Akoupé
	CHR Agboville	HG Yakassé Attobrou

Dans chaque formation sanitaire, des prestataires de santé (médecins, infirmiers, sages-femmes) ainsi que des aides-soignantes ont été identifiés pour prendre part au projet. Dans chaque formation sanitaire, ce personnel a été choisi par les responsables des centres de santé en collaboration avec leurs directeurs départementaux. Il s'agissait essentiellement de personnel de santé intervenant dans les services de CPN, maternité, PF, adolescents et jeunes, vaccination, et pesée des enfants. Le choix des participants aux formations était laissé au pouvoir discrétionnaire des autorités sanitaires locales.

Rôle des prestataires dans les organisations utilisatrices¹⁴

En général, après les formations reçues par les prestataires (formation en SAAJ, formation en PFPPI/PAI formation en counseling pour la PFPPI/PAI, etc.) ceux-ci ont à charge un triple rôle : (1) restituer la formation reçue aux autres collègues à travers une réunion de restitution suivi d'échanges, (2) sensibiliser les clientes à la planification familiale, et (3) offrir les services.¹⁵ Selon les prestataires, la sensibilisation commence au niveau des consultations prénatales pour permettre aux femmes d'être informées sur les différentes méthodes contraceptives (avantages et contre-indications), principalement sur les méthodes indiquées dans le PP immédiat, de sorte qu'il leur soit administré la méthode de leur choix. Certaines structures sanitaires, comme l'hôpital général d'Akoupé, organisaient également des consultations foraines pour rapprocher les services de planification familiale des femmes. Ces consultations foraines étaient également des occasions de sensibilisation à la planification familiale et aux méthodes contraceptives. La sensibilisation consistait surtout à présenter le produit innovant (le DIUPP à long inserteur), mais aussi les

¹⁴ L'organisation utilisatrice est l'institution (ou les institutions) ou l'organisme (les organismes) qui cherche(nt) ou est (sont) appelé(s) à adopter et à mettre en œuvre l'innovation (source : ExpandNet).

¹⁵ Source : données d'enquête de terrain, Pathfinder 2018.

autres méthodes contraceptives, leurs avantages et leurs limites, afin d'éclairer la cliente dans le choix qu'elle fera librement de sa méthode contraceptive. L'essence du message, consistait à expliquer que ces méthodes contraceptives permettent d'éviter les grossesses à risque et les grossesses non désirées, de limiter ou espacer les naissances. L'une des techniques de sensibilisation consistait à cibler un jour de la semaine où il y avait plus d'affluence dans le centre de santé. Cette approche permettait de toucher un plus grand nombre de femmes. Dans le dispositif d'offre de service de PF aux clientes, chaque catégorie d'acteurs jouait un rôle spécifique.

Rôle des médecins : Dans le cadre du projet, en plus des activités de routine, les médecins (gynécologues notamment) organisent le staff tous les matins pour, entre autres, faire le point des produits contraceptifs adoptés la veille y compris les DIUPP posés ainsi que des implants. Ce point n'existait pas dans les rubriques du staff avant la mise en œuvre du projet. Par le passé, ce point se faisait à la fin du mois, mais avec l'avènement du projet, il se fait quasiment tous les jours. Dans leurs charges de travail figurent également les consultations post-opératoires suivies de la proposition de méthodes contraceptives à la cliente qui fait un choix éclairé. Celui-ci est ensuite notifié sur le bulletin de PF de la cliente qui est référée à une sage-femme pour la pose. Les médecins se chargent, par ailleurs, de placer le DIUPP en per césarienne à l'issue d'un processus de consentement éclairé. Ils le posent aussi immédiatement après un accouchement par voie basse lorsque l'accouchée est consentante. L'avènement du projet leur permet ainsi de mettre l'accent sur le post-partum immédiat dans la salle d'accouchement. Face aux jeunes filles et aux adolescentes (élèves), les médecins les conseillent sur les différentes méthodes contraceptives et présentent les avantages de recourir à la contraception comme par exemple pour pouvoir poursuivre les études après une grossesse non désirée.

Rôle des sages-femmes : La méthode de PF choisie lors de la CPN est reportée par écrit dans le registre, mais également dans le carnet mère-enfant, de façon à administrer la méthode choisie à la cliente après l'accouchement quelle que soit la structure médicale où il survient. Les sages-femmes ciblent pour le counseling sur la PF également les femmes hospitalisées. Elles informent et sensibilisent aussi à la PF les conjoints qui accompagnent leurs épouses en CPN ou qui viennent rendre visite à l'accouchée. Si c'est le DIUPP qui est choisi comme méthode contraceptive, les sages-femmes formées l'insèrent après l'accouchement.

Rôle des infirmiers/infirmières : Leur rôle consiste à sensibiliser les clientes sur la PF et à les référer au service dédié pour la prise en charge. Comme les aides-soignantes, les infirmiers/infirmières profitent également des fenêtres qu'offre la vaccination pour sensibiliser les femmes aux contraceptifs féminins, notamment le DIUPP. Les messages portent également sur les grossesses à risques, les grossesses non désirées ou les grossesses précoces (chez les jeunes filles et les adolescentes) et sur la limitation ou l'espacement des naissances.

Rôle des personnels de médico-scolaire : Au médico scolaire, la sensibilisation se fait avant, pendant ou après la consultation. Les messages mettent l'accent sur les risques de compromission de l'avenir des adolescentes et jeunes filles élèves, liés aux grossesses non désirées. L'approche consiste à établir la confiance avec la jeune élève pour capter des informations sur leur niveau de connaissance de la planification familiale, mais aussi des informations intimes pouvant permettre de mieux ajuster le message de sensibilisation. Ensuite le prestataire donne les conseils d'usage en matière de PF. Une fois le choix de la méthode contraceptive effectuée librement, elle est directement administrée par le prestataire. Si la jeune fille qui vient en consultation au médico-scolaire est enceinte, alors elle est référée au service de PF de l'hôpital général ou du CHR après les premiers conseils d'usage en PF faits par le prestataire du médico.

Rôle des aides-soignantes : Sur le projet, les aides-soignantes assistent les sages-femmes dans la sensibilisation sur la PF et la pose des DIU/PP. Leur rôle consiste, après la consultation de la cliente par la sage-femme, à renforcer la sensibilisation de la cliente sur les méthodes contraceptives. Dans certains cas, elles servent de porte d'entrée à la planification familiale. En effet, les clientes en arrivant au service de PF se confient directement aux aides-soignantes qui les conseillent sur les méthodes contraceptives avant de les référer aux sages-femmes pour une prise en charge PF. En plus de la CPN, les aides-soignantes utilisent la fenêtre de la vaccination dans les services dédiés pour faire la sensibilisation sur la PF. Leur approche de sensibilisation est fondée sur l'établissement d'une relation de confiance avec la cliente pour lui permettre de s'ouvrir et de capter ses besoins et préférences en matière de contraception. Elle est également fondée sur la déconstruction des rumeurs et autres préjugés sur la contraception et, en revanche, la présentation des avantages mais aussi des limites de chaque méthode contraceptive.

Rôle des organisations d'appui

Pathfinder International est l'institution promotrice du projet en Côte d'Ivoire. De ce fait, elle l'a conçu et l'a mis en route à travers les activités de démarrage, en partenariat étroit avec la partie nationale (MSHP). Toujours en collaboration avec le MSHP (via le PNSME et le PNSSU-SAJ), elle apporta un appui technique et financier constant dans la mise en œuvre des activités du projet. L'appui technique se traduit, en général, par : (1) la préparation des termes de référence des activités, (2) l'animation des réunions techniques de préparations de l'activité, (3) l'offre d'une assistance technique (éclairages et précisions, orientation pédagogique, ajustement méthodologique, alignement sur les objectifs du projet, conseils avisés en vue d'un arbitrage, recyclage, etc.) pendant le déroulement de l'activité, (4) la rédaction/consolidation du rapport de l'activité. L'appui financier se perçoit à travers : (i) le financement de l'activité (ii) l'achat et la distribution des intrants hormis les produits contraceptifs fournis par le PNSME. Pathfinder s'investit, en outre, dans le suivi et l'évaluation des activités. Elle a financé, à cet effet, la collecte des données de base pour le monitoring du projet, a conçu des outils de rapportage, organise des missions de supervision pour s'assurer du bon déroulement du projet. La documentation du processus de mise en œuvre du projet et

de la planification de son PAGE qui fait l'objet du présent rapport s'inscrit dans cette perspective et est soutenue par E2A, un projet global de Pathfinder, financé par l'USAID.

Ministère de la santé et de l'hygiène publique : Le MSHP était l'une des parties prenantes clés du projet en tant qu'organisation d'appui. Il a apporté sa contribution à travers deux structures centrales que sont le Programme national de la santé de la mère et de l'enfant (PNSME) et le Programme national de santé scolaire et universitaire – Santé adolescents et jeunes (PNSSU-SAJ) et les structures déconcentrées à savoir : la Direction régionale de la santé de la région sanitaire de l'Agnéby-Tiassa-Mé, les Directions départementales de la santé des districts sanitaires d'Agboville, d'Adzopé et d'Akoupé.

Les deux structures centrales (PNSME et PNSSU-SAJ) ont apporté un appui institutionnel à E2A/Pathfinder dans la conception et la réalisation des activités de démarrage du projet. Au niveau de la conception, elles ont partagé leurs inputs, avis, suggestions et commentaires dans l'élaboration du projet. Elles ont également donné leur caution pour la validation institutionnelle du projet conformément à la politique nationale de planification familiale, aux nouvelles directives de l'OMS en matière de PF et à la Note de service relative à la vulgarisation de la contraception en post-partum immédiat au regard du succès du projet pilote de Treichville. Au-delà des activités de démarrage, le PNSME et le PNSSU-SAJ ont mis à la disposition du projet des personnes ressources qui interviennent en qualité de formateurs ou de facilitateurs au cours des ateliers de formation inscrits au programme dans la mise en œuvre du projet. Ces programmes ont aussi partagé les modules de formations nationales pour les diverses formations.

Au niveau déconcentré, en étroite collaboration avec le niveau central, la direction régionale et les districts sanitaires ont contribué à l'organisation des activités de lancement du projet. Elles ont travaillé de concert avec leur hiérarchie et Pathfinder à mobiliser les participants aux activités de démarrage (atelier de démarrage tenu à Abidjan et activités de lancement au niveau district). Elles ont œuvré à identifier les structures sanitaires bénéficiaires du projet, à sélectionner au sein de ces structures les prestataires et aides-soignantes devant prendre part au projet, à les mobiliser pour prendre part aux activités de mise en œuvre (formations, coachings, supervisions, etc.). Les structures déconcentrées jouent également un rôle de plaidoyer auprès des autorités administratives, politiques, religieuses et communautaires locales pour les inciter à s'impliquer davantage pour la réussite du projet. En plus, à travers leur capacité d'information et de mobilisation, elles ont été d'une grande utilité dans la préparation et la réalisation de la mission de collecte des données de base pour le monitoring du projet et de la mission d'enquête pour la documentation du processus de mise en œuvre. Ce sont également ces structures déconcentrées qui centralisent les données de routine locales notamment sur la PF (dans le cadre de la gestion classique des données de routine du MSHP), avant de les transmettre au niveau central. Elles collaborent étroitement avec Pathfinder dans le partage de ces données.

Les composantes du projet PFPPI/PAI

Le projet est structuré autour de 3 composantes : (1) Renforcement de la qualité de l'offre des services de PFPPI/PAI; (2) Engagement des aides-soignantes dans la mobilisation des clientes ; (3) Pérennisation par l'engagement des parties prenantes.

COMPOSANTE 1 – RENFORCEMENT DE LA QUALITÉ DE L'OFFRE DES SERVICES DE PFPPI/PAI

Plaidoyer pour l'introduction du DIU long inserteur en Côte d'Ivoire

Les activités de plaidoyer : L'introduction du DIU long inserteur dans l'offre de service de PFPPI/PAI a fait l'objet d'un plaidoyer constant depuis la 2ème révision du plan d'action du projet. En effet, face à l'insuffisance du système de stérilisation et afin d'améliorer le contrôle des infections post-insertion du DIU dans les centres de santé soutenu par le projet, le plaidoyer a été fait pour l'introduction du DIU dédié au post-partum immédiat qui présente des avantages comparatifs par rapport à la méthode classique. En effet, il présente nécessite peu de matériel biomédical réduisant ainsi l'exposition de la cliente des risques d'infection. Aussi, il est d'utilisation facile pour les prestataires de santé. Les rencontres entre l'équipe projet de Pathfinder et les autorités sanitaires du niveau central, de même que celles entre les autorités centrales et les responsables de la santé au niveau déconcentré, sont des tribunes pour véhiculer ces messages de plaidoyer. La participation de Pathfinder à l'atelier national de quantification des besoins en produits contraceptifs à Yamoussoukro en Novembre 2017 a été une belle opportunité pour convaincre tous les partenaires nationaux et internationaux de la FP de l'utilité de ce produit dans un contexte de passage à échelle pour un meilleur contrôle des infections post insertion dans un environnement où le système de stérilisation n'est pas toujours de qualité. Le plaidoyer a abouti à l'inscription du DIUPP sur la liste nationale des produits contraceptifs de Côte d'Ivoire. Toutes les occasions et les rencontres représentent des opportunités de plaidoyer pour mieux faire connaître ce produit aux prestataires.

Les difficultés liées au plaidoyer : En dépit de son inscription sur la liste nationale des produits contraceptifs de Côte d'Ivoire, le DIU long inserteur n'est toujours pas été enregistré et codifié par la Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique (NPSP). Le plaidoyer continue à ce niveau et aussi pour sa prise en compte dans les commandes nationales de produits contraceptifs.

L'offre de service aux adolescents et jeunes

Formation sur l'offre des SAAJ : La formation des prestataires à la mise en œuvre de l'offre de services conviviaux aux adolescents et jeunes s'est déroulée à l'hôtel Prestige d'Agboville du 11 au 13 septembre 2017 pour la première session et du 18 au 20 septembre 2017 pour la deuxième session. Elle visait à améliorer les connaissances des caractéristiques spécifiques de l'adolescence laissant entrevoir les approches méthodologiques du traitement des besoins et des problèmes de santé prioritaires de ceux-ci.

Elle a été organisée par le PNSSU-SAJ/MSHP avec l'appui financier et technique de Pathfinder à l'endroit des prestataires de santé autres que le personnel des SSSU-SAJ déjà formés à cette approche.

Les communications et les travaux ont été sous-tendus par une pédagogie participative qui a allié les cours théoriques, les échanges d'expériences, les exercices d'applications, les jeux de rôles et les travaux de groupes. Les principaux modules abordés sont les suivants :

- Signification de l'adolescence et de ses implications en matière de santé publique
- Santé sexuelle et de la reproduction des adolescents
- Services de santé adaptés aux adolescents
- Education Sexuelle Complète

En outre, une présentation a été faite par le représentant de Pathfinder sur la clarification des valeurs, résumant les préoccupations des adolescents et jeunes et l'attitude généralement observée de certains prestataires de santé. Elle a été soutenue par une illustration vidéo sur le concept de dividende démographique et le rôle des prestataires pour y parvenir. Cette présentation interactive a permis aux participants de se débarrasser de plusieurs à priori sans fondement scientifique qui affectent négativement leur jugement dans le cadre de l'offre de services de Planification Familiale.

Une autre présentation a été faite sur le Guide de prise en charge des adolescents et jeunes, un manuel conçu par le PNSSU-SAJ pour faciliter leur prise en charge. Il comporte une démarche diagnostique qui englobe les étapes de la prise en charge médicale avec un accent particulier sur l'environnement global et l'élaboration d'un score de risques selon quatre facteurs clés :

- Déscolarisé/ non scolarisé/ Non en apprentissage
- Existence de troubles du sommeil
- Comportements sexuels à risque, existence d'antécédents d'IST, Avortement provoqué, Grossesse précoce et mariage précoce
- Consommation de substances addictives, existence de signe d'addiction

Suivi des activités d'offre des SAAJ : Dans le cadre du suivi des activités d'offre des services aux adolescents et jeunes, deux réunions de suivi des SAAF été organisées à l'intention des prestataires. Ces réunions ciblaient les 38 prestataires (médecins, sages-femmes, infirmiers/infirmières) des districts sanitaires d'Agboville, Adzopé et Akoupé préalablement formés en SAAJ par Pathfinder International en septembre 2017. Les principaux objectifs visés étaient :

- Analyser les résultats de l'évaluation des structures sanitaires dans la mise en œuvre des services de santé adaptés aux adolescents et jeunes
- Adresser les difficultés rencontrées par les prestataires dans l'offre de services de santé adaptés aux adolescents et jeunes

- Elaborez des recommandations pour améliorer l'offre de services de santé adaptés aux adolescents et jeunes dans les centres de santé.

Au cours de cette réunion de suivi, les résultats de l'évaluation interne des services de santé adaptés aux adolescents et jeunes dans les centres de santé ont été présentés en plénière et discutés. Cette évaluation avait été faite préalablement sur la base d'une grille d'évaluation conçue par l'OMS et dénommée « Check-list d'évaluation des services de santé adaptés aux adolescents et jeunes ».¹⁶ Les échanges ont été marqués par une approche participative et interactive avec des exposés illustrés, des discussions et des travaux de groupe. Ils ont permis un partage d'expériences entre prestataires et facilitateurs. Les facilitateurs ont apporté des éléments de réponses aux préoccupations des prestataires. Toutefois, les discussions ont révélé que certaines questions de la Check-list ont été mal comprises par les prestataires au moment de la collecte des données. Il est donc nécessaire de repasser en revue ces questions et de les reformuler en les simplifiant de façon à les rendre plus compréhensibles.

En outre, les prestataires ont esquissé des plans d'action spécifiques par centre de santé afin d'assurer une offre de services conviviaux aux adolescents et jeunes. Ces esquisses ont été suivies de la présentation d'un outil d'analyse situationnelle et de planification présenté par le PNSSU-SAJ dans le but d'aider les centres de santé à mieux élaborer : (1) leur plan d'action ; (2) leur plan de suivi de la mise en œuvre du plan ; (3) les ressources nécessaires à la mise en œuvre du plan. L'objectif poursuivi est d'inciter les prestataires à s'approprier cet instrument de planification pour améliorer la qualité des services SAAJ dans les centres de santé. A l'occasion de cette réunion de suivi, Pathfinder a présenté un outil de collecte de données complémentaires des services PF. Cet outil est venu en complément aux outils nationaux existants, pour renseigner les besoins d'informations spécifiques du projet non pris en compte dans les outils nationaux.

Difficultés liées à l'offre des SAAJ : L'analyse des données recueillies à travers les différentes check-lists, montre que 14 centres de santé étaient relativement adaptés à l'offre de services de santé aux adolescents et jeunes contre cinq qui ne l'étaient pas. Cette expérience était la première du genre. Aucun service n'était parfaitement adapté. Selon les rapports du projet, les difficultés relevées étaient plus du ressort des caractéristiques du centre et des activités et, dans une moindre mesure, de l'effectif des prestataires que de leur compétence. L'adaptation des services de santé aux adolescents et jeunes nécessitait parfois des aménagements importants dans la programmation des activités du centre sans contrepartie financière. En clair, la compétence n'est pas mise en cause, toutefois l'effectif réduit en personnel peut occasionner des dysfonctionnements indépendamment de la volonté des prestataires. Pour rappel, l'offre des services aux adolescents et jeunes ayant débuté au lendemain de la formation des

¹⁶ Les principaux critères de services de santé adaptés aux adolescents de qualité sont les suivants : (1) attrayants parce qu'ils s'occupent de façon adaptée des adolescents, (2) équitables parce qu'ils incluent les adolescents et touchent les plus exposés d'entre eux, (3) efficaces parce qu'ils sont dispensés par des prestataires de soins formés et techniquement compétents qui savent comment communiquer avec des adolescents, (4) efficaces parce qu'ils ne gaspillent pas les ressources, (5) accessibles aux filles et aux garçons, (6) abordables ou gratuits pour les adolescents.

prestataires en SAAJ en septembre 2017, il s'est écoulé environ 6 mois avant cette évaluation par les check-lists du PNSSU-SAJ qui s'est achevée en mars 2018.

D'autres difficultés majeures sont relevées ci-après :

- Insuffisance d'implication des adolescents et jeunes dans le fonctionnement des centres de santé : la plateforme Santé des Adolescents et Jeunes (SAJ) de promotion de la santé des adolescents et des jeunes n'existe pas dans tous les centres de santé ;
- Faible disponibilité des éducateurs ou conseillers de pairs dans tous les centres de santé, notamment ceux dédiés aux adolescents et jeunes ;
- Disponibilité des contraceptifs dans certains centres mais pas gratuits, ce qui rend difficile l'accès aux contraceptifs aux adolescentes et jeunes filles ;
- Absence/insuffisance de matériel, posters ou aide-mémoire éducatifs dans plusieurs centres de santé pour toucher les adolescents, ce qui ne facilite pas la mise en confiance des clients ;
- Faible fonctionnement du système de référence et contre référence sauf de façon empirique par des réseaux d'amitiés ;
- Risque que les produits contraceptifs inclinent la jeune fille ou l'adolescente à avoir des rapports sexuels non protégés : c'est une conception du DIU qui émane de certains parents et qui a été rapportée par les prestataires ;
- Réticence des parents à mettre leurs filles sous contraceptifs pour éviter de les « encourager indirectement » à avoir des rapports sexuels.

L'offre de service aux adolescents et jeunes

Formation sur l'offre des SAAJ : La formation des prestataires à la mise en œuvre de l'offre de services conviviaux aux adolescents et jeunes s'est déroulée à l'hôtel Prestige d'Agboville du 11 au 13 septembre 2017 pour la première session et du 18 au 20 septembre 2017 pour la deuxième session. Elle visait à améliorer les connaissances des caractéristiques spécifiques de l'adolescence laissant entrevoir les approches méthodologiques du traitement des besoins et des problèmes de santé prioritaires de ceux-ci. Elle a été organisée par le PNSSU-SAJ/MSHP avec l'appui financier et technique de Pathfinder à l'endroit des prestataires de santé autres que le personnel des SSSU-SAJ déjà formés à cette approche.

Les communications et les travaux ont été sous-tendus par une pédagogie participative qui a allié les cours théoriques, les échanges d'expériences, les exercices d'applications, les jeux de rôles et les travaux de groupes. Les principaux modules abordés sont les suivants :

- Signification de l'adolescence et de ses implications en matière de santé publique
- Santé sexuelle et de la reproduction des adolescents

- Services de santé adaptés aux adolescents
- Education Sexuelle Complète

En outre, une présentation a été faite par le représentant de Pathfinder sur la clarification des valeurs, résumant les préoccupations des adolescents et jeunes et l'attitude généralement observée de certains prestataires de santé. Elle a été soutenue par une illustration vidéo sur le concept de dividende démographique et le rôle des prestataires pour y parvenir. Cette présentation interactive a permis aux participants de se débarrasser de plusieurs à priori sans fondement scientifique qui affectent négativement leur jugement dans le cadre de l'offre de services de Planification Familiale.

Une autre présentation a été faite sur le Guide de prise en charge des adolescents et jeunes, un manuel conçu par le PNSSU-SAJ pour faciliter leur prise en charge. Il comporte une démarche diagnostique qui englobe les étapes de la prise en charge médicale avec un accent particulier sur l'environnement global et l'élaboration d'un score de risques selon quatre facteurs clés :

- Déscolarisé/ non scolarisé/ Non en apprentissage
- Existence de troubles du sommeil
- Comportements sexuels à risque, existence d'antécédents d'IST, Avortement provoqué, Grossesse précoce et mariage précoce
- Consommation de substances addictives, existence de signe d'addiction

Suivi des activités d'offre des SAAJ : Dans le cadre du suivi des activités d'offre des services aux adolescents et jeunes, deux réunions de suivi des SAAF été organisées à l'intention des prestataires. Ces réunions ciblaient les 38 prestataires (médecins, sages-femmes, infirmiers/infirmières) des districts sanitaires d'Agboville, Adzopé et Akoupé préalablement formés en SAAJ par Pathfinder International en septembre 2017. Les principaux objectifs visés étaient :

- Analyser les résultats de l'évaluation des structures sanitaires dans la mise en œuvre des services de santé adaptés aux adolescents et jeunes.
- dresser les difficultés rencontrées par les prestataires dans l'offre de services de santé adaptés aux adolescents et jeune.
- Elaborer des recommandations pour améliorer l'offre de services de santé adaptés aux adolescents et jeunes dans les centres de santé.

Au cours de cette réunion de suivi, les résultats de l'évaluation interne des services de santé adaptés aux adolescents et jeunes dans les centres de santé ont été présentés en plénière et discutés. Cette évaluation avait été faite préalablement sur la base d'une grille d'évaluation conçue par l'OMS et dénommée « Check-

list d'évaluation des services de santé adaptés aux adolescents et jeunes ».17 Les échanges ont été marqués par une approche participative et interactive avec des exposés illustrés, des discussions et des travaux de groupe. Ils ont permis un partage d'expériences entre prestataires et facilitateurs. Les facilitateurs ont apporté des éléments de réponses aux préoccupations des prestataires. Toutefois, les discussions ont révélé que certaines questions de la Check-list ont été mal comprises par les prestataires au moment de la collecte des données. Il est donc nécessaire de repasser en revue ces questions et de les reformuler en les simplifiant de façon à les rendre plus compréhensibles.

En outre, les prestataires ont esquissé des plans d'action spécifiques par centre de santé afin d'assurer une offre de services conviviaux aux adolescents et jeunes. Ces esquisses ont été suivies de la présentation d'un outil d'analyse situationnelle et de planification présenté par le PNSSU-SAJ dans le but d'aider les centres de santé à mieux élaborer : (1) leur plan d'action ; (2) leur plan de suivi de la mise en œuvre du plan ; (3) les ressources nécessaires à la mise en œuvre du plan. L'objectif poursuivi est d'inciter les prestataires à s'approprier cet instrument de planification pour améliorer la qualité des services SAAJ dans les centres de santé. A l'occasion de cette réunion de suivi, Pathfinder a présenté un outil de collecte de données complémentaires des services PF. Cet outil est venu en complément aux outils nationaux existants, pour renseigner les besoins d'informations spécifiques du projet non pris en compte dans les outils nationaux.

Difficultés liées à l'offre des SAAJ : L'analyse des données recueillies à travers les différentes check-lists, montre que 14 centres de santé était relativement adaptés à l'offre de services de santé aux adolescents et jeunes contre cinq qui ne l'étaient pas. Cette expérience était la première du genre. Aucun service n'était parfaitement adapté. Selon les rapports du projet, les difficultés relevées étaient plus du ressort des caractéristiques du centre et des activités et, dans une moindre mesure, de l'effectif des prestataires que de leur compétence. L'adaptation des services de santé aux adolescents et jeunes nécessitait parfois des aménagements importants dans la programmation des activités du centre sans contrepartie financière. En clair, la compétence n'est pas mise en cause, toutefois l'effectif réduit en personnel peut occasionner des dysfonctionnements indépendamment de la volonté des prestataires. Pour rappel, l'offre des services aux adolescents et jeunes ayant débuté au lendemain de la formation des prestataires en SAAJ en septembre 2017, il s'est écoulé environ 6 mois avant cette évaluation par les check-lists du PNSSU-SAJ qui s'est achevée en mars 2018.

D'autres difficultés majeures sont relevées ci-après :

¹⁷ Les principaux critères de services de santé adaptés aux adolescents de qualité sont les suivants : (1) attrayants parce qu'ils s'occupent de façon adaptés des adolescents, (2) équitables parce qu'ils incluent les adolescents et touchent les plus exposés d'entre eux, (3) efficaces parce qu'ils sont dispensés par des prestataires de soins formés et techniquement compétents qui savent comment communiquer avec des adolescents, (4) efficients parce qu'ils ne gaspillent pas les ressources, (5) accessibles aux filles et aux garçons, (6) abordables ou gratuits pour les adolescents.

- Insuffisance d'implication des adolescents et jeunes dans le fonctionnement des centres de santé : la plateforme Santé des Adolescents et Jeunes (SAJ) de promotion de la santé des adolescents et des jeunes n'existe pas dans tous les centres de santé ;
- Faible disponibilité des éducateurs ou conseillers de pairs dans tous les centres de santé, notamment ceux dédiés aux adolescents et jeunes ;
- Disponibilité des contraceptifs dans certains centres mais pas gratuits, ce qui rend difficile l'accès aux contraceptifs aux adolescentes et jeunes filles ;
- Absence/insuffisance de matériel, posters ou aide-mémoire éducatifs dans plusieurs centres de santé pour toucher les adolescents, ce qui ne facilite pas la mise en confiance des clients ;
- Faible fonctionnement du système de référence et contre référence sauf de façon empirique par des réseaux d'amitiés ;
- Risque que les produits contraceptifs inclinent la jeune fille ou l'adolescente à avoir des rapports sexuels non protégés : c'est une conception du DIU qui émane de certains parents et qui a été rapportée par les prestataires ;
- Réticence des parents à mettre leurs filles sous contraceptifs pour éviter de les « encourager indirectement » à avoir des rapports sexuels.

L'offre des services de PFPPI/PAI

Formations sur l'offre des services de PFPPI/PAI : Avec le soutien technique et financier de Pathfinder, plusieurs formations ont été organisées en direction des agents des centres de santé pour mieux les outiller à l'offre des services de PFPPI/PAI.

La première (« Formation des prestataires de santé de l'Agnéby-Tiassa-Mé en technique de counseling pour l'offre de service de planification familiale dans le post-partum et post-abortum immédiats ») s'est déroulée du 17-19 octobre 2017, à Agboville. Elle a ciblé 20 sages-femmes et 3 infirmiers des structures de santé des 3 districts sanitaires (Adzopé, Agboville, Akoupé). Elle visait à fournir aux participants les connaissances, compétences et attitudes nécessaires pour éduquer/conseiller sur les services adaptés aux femmes qui souhaitent utiliser une méthode de planification pendant le post-partum ou pendant les soins après avortement. Trois Formateurs issus de l'équipe de prestataires chevronnés du service de Gynécologie Obstétrique du CHU de Treichville (site pilote d'expérimentation de la PFPPI) et des personnes ressources de Pathfinder ont animé la formation autour des modules ci-après : Clarification des valeurs pour lever les barrières socioculturelles sur la santé sexuelle et reproductive y compris la contraception chez les adolescents et les jeunes ; (1) Vue d'ensemble sur la planification post-partum et post-abortum ; (2) Critères de recevabilité pour l'utilisation des méthodes de l'OMS ; (3) Méthode

contraceptive basée sur l'allaitement maternel et l'aménorrhée (MAMA) ; (4) Counseling pour la PF (méthode « BERCER »)¹⁸ ; (5) Causerie éducative.

Pour la deuxième formation (« Formation des formateurs nationaux de la Côte d'Ivoire en techniques d'insertion du DIUPP avec le long inserteur ») qui s'est déroulée du 24 au 25 janvier 2018 à Abidjan, il a été question de former les formateurs qualifiés de la Côte d'Ivoire en technique d'insertion du DIUPP avec le nouvel inserteur pour en maîtriser la pose. Ici également, la formation a eu lieu en deux étapes : (1) L'étape théorique (1 jour) a eu lieu en salle sur les généralités, la littérature et l'insertion du DIU y compris pour le nouvel inserteur ; et (2) l'étape pratique sur les sites de stage (Hôpitaux Généraux de Port-Bouët et de Yopougon ATTIE). Elle a été facilitée par deux experts du bureau pays de l'ONG internationale PSI au Mali.

La troisième formation a été une activité de « Coaching sur site des gynécologues-obstétriciens à la pose du DIU dans le post-partum y compris en per césarienne et le post-abortum » qui a couvert la période du 30 janvier au 02 février 2018 à l'Hôpital Général d'Adzopé et au CHR d'Agboville. Elle avait pour but de renforcer les compétences des prestataires pour offrir toutes les gammes de méthodes contraceptives à toutes les femmes en particulier le DIU en post-partum immédiat et post-abortum immédiat. Assuré par 2 gynécologues obstétriciens, formateurs nationaux, le coaching a ciblé 2 gynécologues obstétriciens et 20 sages-femmes. Il a consisté à décrire la technique d'insertion du DIU en per césarienne, à échanger sur le suivi des clientes concernées en post opératoire et à faire insérer le DIU aux prestataires aussi bien en per césarienne qu'après l'accouchement normal en salle d'accouchement. Les différentes séances pratiques ont été suivies de discussions sur les cas cliniques qui se sont présentés.

La quatrième formation (« Renforcement des capacités des prestataires de santé des districts sanitaires d'Adzopé, Agboville et Akoupé en technologie contraceptive ») a eu lieu en deux sessions, dont la première s'est tenue du 12 au 17 Février 2018 et la seconde du 19 au 21 février 2018. Elle visait à renforcer les compétences des agents de santé afin de les rendre capables d'offrir des services de planification familiale de qualité. Les participants à ces deux sessions étaient essentiellement composés de médecins et sages-femmes issus des structures bénéficiaires du projet. Chacune des sessions, animée par des spécialistes du pool national des formateurs en PF, s'est déroulée en deux phases : (1) la phase théorique en salle sur divers modules : Concept de la planification familiale ; Anatomie et physiologie de l'appareil reproducteur ; Contraception ; Prévention de l'infection ; Concept de la qualité des services ; Utilisation des supports de collecte de données ; (2) la phase pratique dans des structures de santé à travers la standardisation des compétences par l'utilisation des modèles anatomiques après visualisation de films sur la pose et le retrait d'implants et de DIU d'une part, et la pratique clinique sur clients dans les services de PF et salles d'accouchements.

¹⁸ <https://toolkits.knowledgesuccess.org/sites/default/files/Users%20Guide%2B.pdf>

Dans l'ensemble, les formations ont mobilisé une pédagogie active et participative alliant des brainstormings, des discussions, des travaux de groupes, des exercices pratiques, des jeux de rôles, des questions-réponses, des exposés illustrés (pour les formations théoriques) ; des mises en situation et des pratiques sur mannequin (surtout pour les formations pratiques). A chaque formation, la cérémonie d'ouverture et la cérémonie de clôture ont été saisies comme des opportunités de sensibilisation, de plaidoyer et d'affichage de la collaboration étroite entre Pathfinder et la partie nationale pour la bonne mise en œuvre du projet.

Pour faciliter la mise en œuvre des acquis des différentes formations, Pathfinder a mis à la disposition de la Direction de la coordination du Programme National de la Santé de la Mère et de l'Enfant (PNSME), 2000 unités de DIU à long inserteur spécifique pour le post-partum immédiat, afin de les ventiler dans toutes les formations sanitaires nationales où les prestataires ont été formés.

Suivi des activités d'offre des services de PFPPI/PAI : En marge de la réunion de suivi des services de PF offerts aux adolescents et jeunes, tenue en mars 2018 à Agboville, Pathfinder a présenté de nouveaux outils de rapportage pour le suivi des activités d'offre des services de PFPPI/PAI. Il s'agissait d'outils de collecte des données de routines avec, à la clé, l'élaboration d'un rapport mensuel à transmettre à Pathfinder via le Chargé de suivi/évaluation (CSE) du district sanitaire. Il comportait : (1) les activités de sensibilisation faites par les aides-soignantes (causerie de groupes) ; (2) les activités de counseling sur la PF faites par les prestataires selon les tranches d'âges du rapport national PF produit mensuellement ; (3) l'utilisation totale de contraception dans établissements sanitaires (répartition des femmes par méthode, par produit et par tranche d'âge) ; (4) la planification familiale en CPN (définition d'un nouvel indicateur en raison du post-partum immédiat) ; (5) la contraception du post-partum immédiat (0 à 48h après l'accouchement) avec des indicateurs pour renseigner l'application du PPI ; (6) la contraception dans le post-abortum immédiat (0 à 14 jours après l'avortement). Cet outil test est destiné à être renseigné sur les 4 prochains mois (mars, avril, mai, juin 2018) et à être amélioré à la fin du projet pilote en vue du passage à grande échelle.

Difficultés liées à l'offre des services de PFPPI/PAI : Les principales difficultés liées à l'offre des services de PFPPI/PAI sont listées ci-après et tournent majoritairement autour de l'offre du DIUPP :

- Voltes-faces fréquentes de certaines femmes enceintes qui choisissent en CPN le DIU comme méthode contraceptive mais qui, après l'accouchement, se rétractent invoquant divers arguments dont le plus récurrent de recueillir l'avis du conjoint avant la pose ;
- Non maîtrise parfaite de la pose du DIU par certaines sages-femmes liée, entre autres due à l'insuffisance des opportunités pour pratiquer cette méthode, du reste faiblement demandé.
- Quelques cas de rejet après la pose du DIU à des femmes immédiatement après l'accouchement ;
- Difficultés à stériliser sur place le matériel de travail pour la pose du DIU long inserteur (boîtes pour l'insertion du DIU) pour plusieurs raisons dont la panne de l'appareil de stérilisation ;

- Absence d'autoclave pour certains blocs opératoires ; ce qui les empêche de fonctionner à plein temps.

COMPOSANTE 2 – ENGAGEMENT DES AIDES-SOIGNANTES DANS LA MOBILISATION DES CLIENTES

Formation des aides-soignantes sur la mobilisation des clientes

La « Formation des conseillères/aides-soignantes en technique de counseling pour l'offre des services de PFPPI/PA I» s'est tenue du 23 au 27 octobre 2017 à Agboville. Dédiée à 20 conseillères de santé communément appelées « aides-soignantes » des structures sanitaires bénéficiaires, la formation avait pour objectif de renforcer leurs connaissances, aptitudes et compétences en matière de santé de la reproduction et en animation de séances de causerie sur la planification familiale. Animée par 2 facilitateurs du pool national de formateurs en PF aidée par des prestataires expérimentés, cette formation s'est déroulée en deux phases : (1) une phase théorique en salle sur les modules ci-après : Généralités sur la PF (notamment pendant le post-partum en post placentaire et en post-abortum immédiat) ; Anatomie et physiologie de l'appareil reproducteur ; La contraception ; Le counseling ; La prévention de l'infection ; et (2) une phase pratique en salle ayant consisté en une standardisation des compétences par des jeux de rôles et en une mise en situation pour la maîtrise des techniques de causerie dans les services de PF de l'Hôpital Général et de la PMI d'Agboville.

Cette formation a surtout permis aux aides-soignantes d'exécuter les techniques de communication et de causerie éducative avec les clientes suivant les étapes requises. Elles devront animer des causeries éducatives appropriées pour sensibiliser les femmes sur la PF in situ dans les services de CPN, de vaccination, de nutrition et du suivi de l'enfant.

Suivi des activités des aides-soignantes

Les aides-soignantes travaillent sous la supervision des sages-femmes à qui elles rendent compte. Celles-ci supervisent les causeries éducatives qu'elles animent dans le centre de santé. Les clientes désireuses d'adopter une méthode contraceptive durant les causeries éducatives sont orientées par les aides-soignantes vers les sages-femmes. Les activités des aides-soignantes sont renseignées dans le rapport mensuel d'activités du centre.

Difficultés liées aux activités des aides-soignantes

Les principales difficultés relevées par les aides-soignantes sont les suivantes :

- Faiblesse de la logistique : insuffisance ou absence de salles, d'aides visuelles pour la causerie, étroitesse des salles de bureaux ou d'attente contrastant avec le flux des clientes, etc.
- Insuffisance du personnel : dans certains services de PF, il n'existe qu'une seule aide-soignante à faire les causeries en plus de ses tâches routinières (dépistage VIH, Test de dépistage rapide, etc.) ; ce qui prolonge le temps d'attente des clientes et risque de réduire leur capacité à être attentive.

- Tensions avec certaines sages-femmes dans la gestion de la vente des produits contraceptifs : doutes, suspicions, inquiétude supposée des sages-femmes qui mal vécues par certaines aides-soignantes.

COMPOSANTE 3 – PÉRENNISATION PAR L'ENGAGEMENT DES PARTIES PRENANTES

Il est prévu, dans la perspective de la pérennisation l'engagement des parties prenantes à travers la mise en place des organes ci-après :

- Un comité de suivi national
- Un comité de suivi régional
- Un comité de suivi départemental

Toutefois, au moment de l'élaboration du rapport, cette mise en place n'était pas encore effective.). Pour l'heure, Pathfinder est en négociation avec la partie nationale qui souhaite, en lieu et place de ces organes, activer le comité technique qui existe déjà à cet effet au niveau du MSHP.

LEÇONS APPRIS DE LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET PFPPI/PAI

Ce chapitre restitue les résultats de l'enquête qualitative qui a essentiellement été utilisée dans la présente documentation et met en avant essentiellement les propos des personnes interviewées.

Capacité accrue pour l'offrir des services de qualité en matière de PFPPI/PAI

Réorganisation des services pour une meilleure prestation des services PFPPI/PAI

Selon les participants à l'enquête, la réorganisation des services s'était opérée selon une approche globale et des approches spécifiques. Par approche globale, ils entendaient la création d'un service détaché et spécialement dédié à la PF.

Des entretiens, nous retenons que l'approche globale de réorganisation des services de planification familiale a été adoptée à Agboville. Elle avait consisté à : (1) détacher physiquement le service de PF de l'enceinte de la maternité en créant une unité de planification familiale, (2) établir un lien entre les deux services (maternité et PF) par le démarrage de l'offre de service PF à la maternité à travers la sensibilisation depuis la CPN,¹⁹ (3) étendre le counseling, non plus à des thèmes spécifiques, mais à tous les thèmes de la PF y compris le post-partum immédiat et le post-abortum immédiat, (4) outiller toutes les sages-femmes et les aides-soignantes à la planification familiale par la restitution des formations et les coaching,

¹⁹ Dans le cas où un accouchement a lieu en dehors des heures d'ouverture du service de PF, l'offre de PFPPI immédiat se fait dans la maternité dont les prestataires sont les mêmes qui animent, par un système interne de rotation, le service de PF.

(5) assurer le suivi journalier de l'offre de service PF en l'intégrant comme un point des réunions quotidiennes du staff médical. Un prestataire raconte, dans le détail, cette expérience de réorganisation du service de PF :

« (...) Il faut dire qu'on a dédié une salle à la PF. Auparavant, la PF et la vaccination se faisaient dans le même local. Donc avec le projet et l'affluence à laquelle on s'attend, on a détaché carrément la PF dans une unité de PF, une salle dédiée à la PF. En plus de la CPN, la sensibilisation se fait dans les autres services où on voit des gens qui ont fait un accouchement, au bloc opératoire comme je l'ai dit, en suite de couche... Auparavant, c'était des counselings de groupe axé sur des thèmes. Mais aujourd'hui, on parle de tous les thèmes du counseling sur la PF, surtout du post-partum immédiat. Donc depuis la CPN déjà la sensibilisation commence.. (...) Le fait majeur d'avoir créé une salle spécialement dédiée à la PF ça a joué un rôle. Parce que avant, tout était dans le même service comme je le disais. C'était difficile ! La même personne qui fait la vaccination c'est la même personne qui va venir faire la PF. Ça faisait un peu attendre les gens. Mais aujourd'hui que c'est détaché, chaque jour, la vaccination, quand vous venez, il y a toujours quelqu'un qui est disponible pour ça. Tu vas pas dire que je suis venu trouver la personne est occupée. Parce qu'il y a toujours une personne pour faire la PF. C'est vrai qu'on a pas eu de nouvelles personnes affectées mais on s'est arrangé de sorte que, tout le monde fasse la PF, pour ne pas que ça soit l'affaire d'une personne. Parce que quand ça repose sur une seule personne (...) c'est compliqué. Présentement à la salle dédiée à la PF, il y a toujours deux sages-femmes pour la journée et puis une aide-soignante ».

Les formations à la planification familiale organisées dans le cadre du projet ont favorisé cette réorganisation globale de l'offre de service de PF à Agroville comme le confirme cet autre prestataire :

« Et maintenant, après les différentes formations, on a essayé de, euh, pendant la consultation prénatale, quand les femmes venaient, elles venaient, on essayait de leur parler de ça. Et puis de façon individuelle au bureau, on leur parle de ça encore. Ça fait que, pendant l'accouchement, même après l'accouchement, on essaie encore de leur demander si ce qu'on a dit à la consultation prénatale, elles ont entendu, si elles ont compris. Qu'est-ce qu'elles ont décidé ? Donc après, avant la sortie, avant de les libérer, on essaie de parler un peu de ça ».

Une approche spécifique de réorganisation de l'offre de service de PF a été rapportée à Akoupé par les participants de l'enquête. Il s'était agi d'opérer un changement dans cette offre de service de façon à en assurer la continuité au-delà des horaires officiels de travail, pendant les week-ends et les jours fériés, de jour comme de nuit. Cette approche avait pour but de permettre aux femmes qui éprouvent un besoin de planification familiale ou de contraception d'être satisfaites sans que l'indisponibilité des services soit un obstacle. Impulsée par les formations du projet, cette réorganisation spécifique de l'offre de service PF est expliquée par un prestataire :

« (...) Par le passé, toutes les femmes qui venaient se mettre sous contraceptif allaient directement à la PMI. Donc si la PMI ferme, ou bien si c'est un jour férié, les femmes n'avaient pas la possibilité de se mettre sous contraceptif. Mais quand on est revenu (de la formation), on a organisé le service de telle sorte qu'à chaque moment, que ce soit le matin ou même la nuit, ces femmes-là puissent recevoir leur contraceptif. On a mis également des intrants à la disposition de la maternité. Et puis on a aussi formé quelques infirmiers. Et donc, de ce fait là on n'a plus ce problème-là. Quand la PMI ne travaille pas, les femmes peuvent toujours bénéficier des services également. Et donc ça, ça aussi ça marche bien. Ça marche bien ».

Amélioration des compétences des prestataires en matière de PF

De façon générale, il a été noté un effort de mise en œuvre des acquis des différentes formations reçues, même dans des conditions difficiles. En effet, malgré la faiblesse voire l'absence d'infrastructures ou d'équipements dans certaines structures sanitaires (absence de salle d'attente, de salle de causerie, etc.) les prestataires de santé se sont efforcés d'offrir des services de planification familiale conformément aux modules enseignés au cours des formations. Ces efforts de mise en œuvre tiennent compte, aux dires des prestataires, des spécificités d'approche selon que la cliente est une adulte ou une adolescente.

Selon les prestataires l'offre de service en PF pour les adultes se faisait en CPN à la maternité. Elle consistait à présenter toutes les méthodes de contraception aux femmes qui viennent en CPN y compris à leurs conjoints lorsque ceux-ci les accompagnent. Elles étaient ensuite invitées, chacune, à faire un choix de méthode qui est consigné dans le carnet de santé et dans le registre des CPN ; de sorte à ce qu'on lui administre la méthode choisie après l'accouchement. Cette démarche de sensibilisation était également adoptée, au besoin, dans les services de vaccination très fréquentés par les femmes. L'offre de service en PF se fait également au service de planification familiale dédiée. La sensibilisation se répétait jusqu'à l'accouchement, c'est-à-dire à chaque consultation prénatale ou à chaque occasion. Toutefois, si la femme ne faisait pas un choix de contraception avant l'accouchement, elle peut le faire le jour de l'accouchement et bénéficier de la pose du contraceptif choisi après l'accouchement. Cette Aide-soignante raconte son expérience de mise en pratique des acquis de la formation qu'elle a reçue dans le cadre du projet :

« Bon, depuis la formation, quand on est arrivé, on a demandé à ce que tout le monde commence à informer les dames qui viennent dans nos services, de leur dire de prendre des méthodes qui sont là. Il n'y a pas de salle d'attente, de salle de causerie. Ce sont des salles d'hospitalisation. Donc, je rentre dans les salles et puis je cause avec elles. Et puisque j'ai déjà leur dossier, je vois un peu si elles sont en conformité, s'il y a grossesse ou pas, même s'il y a des visiteurs, que ce soit des hommes, des femmes, des jeunes filles... je les informe. Je leur explique les méthodes et puis, où elles peuvent bénéficier de ces méthodes-là. Et puis je prends celles qui sont hospitalisées, je leur demande après toute cette causerie, qu'est-ce qu'elles ont décidé, quelle méthode elles veulent adopter, si jamais elles, finissent d'accoucher, ou bien avant leur intervention. Là comme ça, je note dans le carnet. Bon, c'est ce que je fais un peu ».

Amélioration des compétences interpersonnelles des prestataires

En plus des changements opérés au niveau clinique et dans les perceptions du contraceptif féminin chez les clientes, le projet PFPPI-PAI a provoqué des changements sur le double plan professionnel et personnel chez les prestataires impliqués. Sur le plan professionnel, le projet a permis à ces prestataires de renforcer leurs capacités dans l'offre de service de planification familiale. Ils sont, par exemple, mieux outillés en matière de counseling PF, de pose de DIUPPI pour avoir participé aux différentes sessions de formation organisées à cet effet. Sur le plan personnel, il s'est développé chez certains d'entre eux, à la faveur du projet, des aptitudes psycho-sociales qu'ils n'avaient pas avant de prendre part au projet. Au nombre de ces aptitudes figurent, entre autres, la capacité à vaincre la timidité ou à parler en public, de même le renforcement de la confiance en soi et l'accroissement de l'estime de soi. Cette infirmière relate son expérience d'offre de service de PF :

« D'abord au départ on était seul pour faire tout le travail. Après l'arrivée de la sage-femme, c'était seulement la sage qui faisait tout le travail. Mais aujourd'hui après la formation, il faut dire qu'il y a une collaboration franche dans le travail. La phase de la sensibilisation s'est faite au niveau de la maternité comme de la vaccination. Et lorsque à toute consultation on fait des propositions, on les adresse chez la sage-femme. Tu vois que quelque part ce sont des bons rapports ».

Une autre participante, aide-soignante, affirme :

« Si, moi ça m'a apporté quelque chose. Parce que, déjà même, depuis mes 02 ans d'aide-soignante ici, je ne suis jamais allée en formation. Le jour même qu'on m'a appelée pour me dire que tu dois aller en formation, j'ai eu peur. Mais après la formation, en tous cas, je m'approchais des dames pour leur parler ».

Une troisième participante, sage-femme, dit ceci :

« Quand tu sais que tu as fait quelque chose de bien pour une femme, tu peux l'aider, ça peut l'aider. Toi quand tu rentres [à la maison], tu es satisfaite ».

Compétences en matière de prestation de services adaptés aux jeunes

Les prestataires qui ont participé dans l'enquête qualitative ont raconté que chez les jeunes et adolescentes, l'offre de service en PF se fait dans le service de PF de la structure sanitaire ou au médico-scolaire. Contrairement aux femmes adultes, l'approche consistait à faire du counseling à travers des messages de sensibilisation articulés autour de leur avenir, de leur réussite et de la difficulté de concilier l'éducation d'un enfant et les études. Ces messages mettaient en avant la nécessité de se prévenir des grossesses non désirées qui peuvent compromettre cet avenir. Les méthodes contraceptives y compris le DIU ou le DIUPP leur étaient donc proposées comme le meilleur moyen de prévenir ce risque. Ici, l'idée n'était pas tant de les dissuader de contracter des rapports sexuels, mais de les amener à comprendre, avec réalisme, que si rapports sexuels il y a, cela doit se faire sans tomber enceinte. Dans la sensibilisation des adolescentes, les aides-soignantes présentaient un atout majeur : l'âge. Elles sont généralement aussi

jeunes que ces adolescentes/jeunes femmes, ce qui facilitait le contact et la communication. En un mot, selon elle, le projet constituait une réelle opportunité pour les jeunes filles et adolescentes de s'informer sur la contraception comme le souligne cette infirmière :

« (...) Les activités du projet (counseling notamment) ... ont permis à toute la population de savoir ce qui se passe. C'était vraiment une porte ouverte à toute personne. Surtout pour une fille qui voulait vraiment comprendre le planning familial et les contraceptions ».

Amélioration des attitudes à l'égard des Méthodes Réversibles de longue durée d'action

Les propos rapportés par les praticiens sur les réactions des clientes face au DIUPPI-PAI montrent un changement de perception du contraceptif féminin chez certaines d'entre elles. Ce changement de perception se traduit par l'engouement chez les jeunes femmes notamment, à opter désormais pour cette méthode contraceptive contre celles qu'elles utilisaient jusqu'ici. En effet, certaines jeunes femmes, par le passé, utilisaient comme contraceptifs, des pilules qui, selon elles, produisaient des effets secondaires tels que la prise de poids, les malaises répétés, etc. Pour cette raison principalement, il s'est développé chez ces femmes, une perception négative du contraceptif féminin symbolisé par lesdites pilules. Mais aujourd'hui, avec la disponibilité de toute la gamme y compris les implants et le DIUPPI-PAI, cette perception semble être en train de changer selon les prestataires qui ont pris part à l'enquête. A cet effet, les prestataires rapportent que leurs clientes leur disent qu'elles préfèrent le DIUPP qui leur garantit une sécurité contre les grossesses non désirées, sans avoir à subir la contrainte quotidienne des pilules. A travers cette nouvelle méthode, elles vivent la contraception désormais comme une opportunité et non plus comme une contrainte. A cet effet, un praticien, médecin gynécologue, rapporte ceci :

« Les quelques cas de DIU post-partum que j'ai eu à insérer, en tous cas, là, c'était un engouement réel de ces jeunes gens-là. Parce que vraiment, elles ont eu à pratiquer plusieurs interventions de grossesses donc dès que l'opportunité leur a été présentée, tout de suite, elles ont sauté sur l'occasion. Donc, on a géré ça tout de suite avant de sortir d'ici. Il y en a qui estiment qu'elles ont été habituées à prendre des pilules tout le temps. Il y en a qui disent que les pilules, ça fait grossir, quelques malaises donc. Et puis voilà qu'on leur propose une méthode où elles n'ont pas à faire d'effort particulier ; dès que c'est inséré, elles sont tranquilles. Tout de suite après, après l'intervention, on leur insère ça, et puis elles sont en sécurité, voilà. Ça les rassure tout de suite ».

Un autre praticien, sage-femme, raconte également son expérience de changements positifs vécue dans un centre de santé en milieu rural :

« Oui, oui. Moi j'ai remarqué des changements, en tout cas moi personnellement, j'ai remarqué beaucoup de changements. Parce que, avant tout, nous sommes dans un village, il y a tellement de préjugés. Surtout au niveau des implants, on dit quand on place, ça reste dans le corps. Donc il y a quelques-unes, avec la sensibilisation, il y a des femmes, elles ont accepté. Et quand on finit de placer les implants, pour les mettre en confiance encore, elles-mêmes, elles palpent pour voir que vraiment ça y est là. Donc, 03 jours après, je leur donne rendez-vous, vient madame, elle vient, on palpe encore, elle sait que ça y est en place. Après, je leur donne un autre rendez-vous encore. Je leur demande est-ce que ça a disparu ? Elle dit non ça y est en place. Tu te sens comment ? Elle dit non, je me sens à l'aise. Donc du coup, c'est elle-même qui sensibilise leurs sœurs. Franchement, il y a eu des changements, beaucoup de changements positifs. On a vu qu'avec le projet, en tout cas, que ce soit les adolescentes, les femmes, tout le monde vient ».

Un autre changement observé par les prestataires est l'immédiateté de la proposition d'un contraceptif dans les suites immédiates de l'accouchement. Immédiateté dans le sens où le DIUPP peut être posé avant que la patiente ne sorte de l'hôpital ; ceci en vue de prévenir les grossesses successives, notamment chez les multipares ; ou encore les grossesses précoces chez les jeunes filles ou les élèves. Ce qui n'était pas le cas, toujours selon les répondants avant l'avènement du projet. Il a été rapporté par ces derniers que par le passé, la proposition du dispositif intra utérin n'était pas immédiate, la Côte d'Ivoire n'ayant pas adopté cette directive. Les poses de DIU post-partum ou post-abortum n'intervenaient, au besoin, que plusieurs semaines, voire plusieurs mois après l'accouchement ; ce qui laissait le temps à la nourrisse de contracter une nouvelle grossesse, du reste, à risque et très rapprochée. Mais avec le projet, cela est désormais possible dans les 48 heures qui suivent l'accouchement, pendant que l'accouchée se trouve encore sous la garde des praticiens. L'un des gynécologues interviewés a traduit ce changement en ces termes :

« Bon...le changement que nous observons c'est la chance que nous avons de proposer tout de suite, un moyen de contraception, avant que la patiente ne sorte de l'hôpital. Parce que y'a beaucoup de cas qui reviennent au bout d'un an avec des grossesses alors qu'elles sont déjà des multipares. Et en général, quand on s'entretient avec ces dames-là : oui, je voulais venir et puis je suis tombée enceinte avant. Donc, devant ces cas-là, en général, oui, on est un peu rassuré d'avoir une méthode qu'on peut utiliser tout de suite pour éviter ces arguments ».

Les perceptions du projet chez les non bénéficiaires des formations à propos de la gamme variée de méthodes de PF

En général, les prestataires n'ayant pas bénéficié des formations organisées dans le cadre du projet, le perçoivent comme une réelle opportunité de renforcement des capacités du personnel médical en planification familiale. Les modules enseignés et mis en œuvre abordent une variété d'aspects de la planification familiale ; ce qui n'était pas le cas par le passé où seuls les pilules et les préservatifs étaient mis en avant comme les méthodes clés. Le projet permet donc aux prestataires, non seulement de découvrir l'existence des autres méthodes mais aussi de savoir les poser. En plus des capacités techniques ou médicales, le projet apporte également une valeur ajoutée aux aptitudes de communication des

prestataires en termes de counseling et de sensibilisation à la planification familiale. Les avis ci-dessous de deux prestataires différents le confirment :

« (...) C'est une activité qui est la bienvenue, puisqu'avant c'est le planning familial dans les petits centres, la sphère n'était pas aussi large. Généralement c'était les contraceptions, les comprimés ou les préservatifs qu'on diffusait. Je pense que c'est la première fois que j'ai vu la sage-femme... Comment vous appelez ça, le DIUPP ou bien les autres méthodes existaient, mais c'est cette année que je l'ai vu faire cette pratique ».

« (...) Le projet est bien venu, parce qu'après la formation (que les collègues ont reçue), j'ai vu que les données ont changé un peu. Parce que, par exemple à la vaccination, les femmes prenaient le temps de sensibiliser, que ce soit les sages ou les aides-soignantes. Ou bien tu vas en consultation pour sensibiliser les femmes à choisir les méthodes. C'est ça je dis avant cette formation-là, j'en parlais mais c'était pas trop. Après la formation et le retour que ma collègue a fait, quand je croise une jeune fille, une dame en tout cas, je lui parle de ça et puis je les aide à choisir une méthode. Donc je pense que le projet est bien venu, même très bien venu parce que ça va plus aider nos mamans et nos sœurs, et puis bon, nos jeunes sœurs aussi qui font enfants ».

Nouvelles stratégies pour l'augmentation de l'utilisation des services PF

Counseling des Pairs - les alliances de circonstance pour des témoignages persuasifs

Cette bonne pratique supposée²⁰ consiste, pour le prestataire en situation de counseling collectif, à s'allier opportunément à d'autres clientes sur place comme des témoins spontanés pour convaincre les plus réticentes à se mettre sous contraceptif. En effet, il arrive que dans un groupe de femmes bénéficiant d'une séance de counseling, certaines ont déjà expérimenté une méthode contraceptive qui a bien fonctionné et leur a donné satisfaction. Elles deviennent des témoins opportuns pour attester les explications du prestataire. Il faut donc savoir dénicher ce type de témoin en saisissant l'opportunité d'une réaction ou d'une attitude de leur part pour les mettre à contribution, sans les obliger non plus à parler et en garantissant la confidentialité de leur identité. Une fois dénichée, il appartient au prestataire de la transformer en alliée stratégique de circonstance, avec qui elle devra interagir habilement pour en faire une source féconde de persuasion le temps de la séance. Ce requiert que le prestataire reste concentré, alerte et astucieuse, de façon à saisir cette opportunité dès qu'elle se présente et l'exploiter à fond. L'encadré ci-dessous est un extrait d'entretien qui se rapporte à cette bonne pratique expérimentée par une aide-soignante :

²⁰ Le terme « bonnes pratiques supposées » est dû au fait que les populations bénéficiaires n'ont pas été associées aux entretiens. Elles ne se sont pas exprimées pour confirmer ou infirmer ces pratiques comme « bonnes ».

« (...) Et puis parmi elles aussi, il y a d'autres même qui sont témoins. Elles disent, ah que moi-même j'ai bu telle ou telle méthode. Voilà, actuellement je suis enceinte encore. Parce que, en tout cas, souvent là même, quand tu es en train d'expliquer, qu'il y a une qui est là qui te dit, ah moi-même là même j'ai fait. Mais quand j'ai laissé, j'ai fait pendant...elles disent même pendant des années j'ai fait. Mais quand j'ai laissé, je n'ai pas eu de problèmes en tout cas. En tout cas, je n'ai pas eu de problème. Quand c'est comme ça, vous voyez qu'il y a quelqu'un là au moins qui t'a aidée dans ce que tu es en train de dire. Donc, elle est un peu rassurée. Parce que elle a une de ses sœurs aussi qui a fait mais elle n'a pas eu de problème ».

Implication des hommes dans la PF

Selon nombre de prestataires, cette stratégie est de plus en plus utilisée par les prestataires de santé pour convaincre les conjoints réticents sur les avantages de la planification familiale. Le conjoint a du pouvoir pour influencer le choix de sa femme en matière de contraception. Par conséquent, il constitue une cible clé à toucher pour introduire la planification au sein des couples, là où c'est indispensable. Cette stratégie était utilisée aussi bien avec les conjoints qui accompagnent leurs femmes à l'hôpital qu'avec ceux qui ne le font pas, mais que les prestataires invitent à l'hôpital pour discuter. C'est le cas, par exemple, chez les femmes qui totalisent plusieurs maternités et pour qui, chaque nouvelle grossesse comporte des risques. Des entretiens sur les trois sites visités, il est ressorti que les prestataires ont recours à cette stratégie dans l'offre de service de PF et que, dans bien des cas, elle produit des résultats plutôt positifs. C'est ce que confirme ce prestataire :

« (...) Il y a des maris réticents (rire). Bon je leur explique le bienfondé de la chose. Quand tu leur expliques par exemple que la femme qui vient d'accoucher doit se reposer pendant quelque temps avant de prendre une autre grossesse, parce que quand c'est comme ça, ça fatigue les 03 personnes : la maman, le mari et puis l'enfant. Donc quand c'est comme ça, il faudrait qu'il y ait un peu de temps pour pouvoir laisser peut-être l'enfant grandir, laisser la maman se reposer. Quand c'est comme ça, la maman est toujours en bonne santé. Quand tu essaies de leur expliquer, ils comprennent (...) S'il y a un mari vraiment réticent qui vient accompagner sa femme, quand la femme rentre, qu'on essaie de lui expliquer, elle va nous dire que c'est le mari qui pose problème. Donc quand c'est comme ça, on fait rentrer le mari seul. On essaie de causer avec lui. Et puis après, on fait rentrer les deux. Ça marche souvent ».

La sensibilisation scolaire de proximité

Les prestataires interviewées à Akoupé ont fait cas de cette stratégie. Elle avait consisté à organiser, dans le cadre du projet, des rencontres de sensibilisation dans les établissements secondaires (lycées et collèges) de la ville en direction des élèves. La veille des grandes vacances scolaires a été le moment choisi pour implémenter la stratégie. Pour cause, selon la majorité des prestataires, les vacances constituent une période sensible où les élèves sont le plus souvent exposés aux risques liés à une sexualité peu ou pas contrôlée. La stratégie aurait été testée à Akoupé parce qu'il s'agirait d'une zone reconnue comme une localité avec une forte présence du phénomène des grossesses en milieu scolaire. L'encadré ci-dessous présente les activités menées dans les grandes lignes, telles que racontées par l'un des prestataires qui participe à l'organisation de cette activité :

« (...) Il faut dire que les conférences qu'on a eu à organiser dans les lycées et collèges ont qu'à même portées des fruits. Avant les grandes vacances, il y a plusieurs élèves qui sont venues à l'hôpital pour pouvoir se mettre sous contraceptif. On sait tous que la période des vacances, c'est un moment où les élèves s'adonnent à beaucoup de choses, sont beaucoup exposés. Et donc de ce point de vue, on peut dire qu'on a enregistré quand même, un succès. Parce que on a ciblé les jeunes qui vont à l'école surtout. Et, on a vu que le taux de grossesse en milieu scolaire était un peu élevé particulièrement ici à Akoupé. Et donc on a pris sur nous de tourner dans toutes les écoles pour pouvoir informer cette jeunesse-là. On s'est rendu compte qu'en réalité si ces élèves tombent enceintes ce n'est pas parce qu'elles désiraient vraiment la grossesse, mais c'est parce qu'elles ne connaissent pas les méthodes ou du moins elles en avaient une connaissance erronée, et d'autres aussi avaient certains préjugés. Généralement dans les écoles, il y a des salles de conférence. Quand on arrive, avec l'administration on choisit une heure où les élèves sont libres, et puis tout le monde vient, y compris les garçons parce qu'eux aussi ont besoin d'avoir l'information. On passe en revue méthode par méthode, on explique tout ce qui est avantage et effets secondaires qui pourraient survenir, et on les rassure. Et donc à travers ces conférences-là, on a un peu levé les obstacles. Et donc, moi je peux affirmer que cette campagne de sensibilisation dans les écoles a porté ses fruits. Les messages ont été également relayés par la radio de la ville où nous sommes passés. Chaque mercredi à l'émission santé, on a une plage de 2h où on traite des sujets de sensibilisation, pour prévenir la population sur, entre autres, les méthodes contraceptives. On continue le travail, ça porte ses fruits franchement ça marche bien. Voilà qui fait qu'aujourd'hui, on peut dire que les élèves ont un aperçu quand même assez clair de tout ce qui concerne les méthodes contraceptives. Ce qui fait que maintenant, elles viennent se mettre sous contraceptif sans problème ».

(Source : un des organisateurs de la tournée de sensibilisation, médecin en santé de la reproduction).

Défis pour l'utilisation des services de PPFPI/PAI de qualité

La problématique du DIUPPI/PAI

Préférence persistante pour les méthodes contraceptives de courte durée d'action : De façon générale, les prestataires ont mentionné que les contraceptifs autres que le DIUPPI/PAI sont plus prisés par les clientes. Il s'agit, entre autres, des Contraceptifs Oraux Combinés (COC) et des Implants, des contraceptifs Injectables et des Contraceptifs Oraux Progestatifs (COP). Le constat, dans les trois sites, est que de plus en plus, la demande de ces contraceptifs s'accroît pendant que le DIUPP est à la traîne comme le souligne un prestataire en ces termes :

« Concernant toutes les méthodes contraceptives, bon euh on va dire déjà qu'ici, les femmes sont déjà habituées à utiliser les méthodes contraceptives. Là où il devrait avoir un souci significatif c'était plutôt, concernant le dispositif intra utérin et puis le DIU en post-partum, voilà. A ce niveau c'est toujours le statut quo. Sinon en ce qui concerne les autres méthodes, on n'a pas vraiment de difficultés, on a pas de problèmes, ça va ça tourne bien. Mais concernant le DIU et le DIU post-partum, on a toujours quelques difficultés ».

La question de la gratuité du DIU PPI/PAI : A la lumière des entretiens, nous avons fait l'hypothèse que la gratuité du DIU du post-partum, l'une des innovations du projet, semblait jouer contre ce produit contraceptif. Il semble être volontairement « laissé sous silence » ou presque, par certains prestataires dans la présentation éclairée des produits contraceptifs aux clientes devant leur permettre de choisir librement une méthode. Comme nous l'avons supposé, cette attitude semble être sous-tendue par une logique d'intérêt économique qui pousse ces prestataires à promouvoir les autres contraceptifs payants dont ils tirent des ristournes, aux dépens du DIU du post-partum gratuit.

Biais persistant de la part des prestataires concernant le DIUPPI/PAI : En plus d'être « victime » de sa gratuité, le DIUPPI/PAI ne semble pas avoir conquis les mentalités de tous les prestataires de santé comme une méthode fiable et sans dangers pour les usagers. Nous faisons l'hypothèse que les préjugés et autres « fausses » croyances semblent être partagés par certains prestataires. On retrouve moins ces clichés chez les prestataires formés que chez ceux qui n'ont pas bénéficié de formation ou ont été bénéficiaires d'une restitution. En effet, des entretiens révèlent que des prestataires restent attachés à ce type de préjugés qui pourraient expliquer, en partie, pourquoi cette innovation a du mal à prospérer. Ce long extrait d'entretien révèle des informations qui permettent de conforter cette hypothèse :

« (...) Ça vraiment, c'est... je veux dire la responsabilité est quand même partagée. Parce que, malheureusement il y a beaucoup de prestataires de santé qui, eux-mêmes, sont assez sceptiques. Parce que quand tu discutes avec qu'elles et qu'on commence à te dire, que les femmes sont ceci, elles n'acceptent pas, c'est comme ça, c'est comme si, on se rend compte que malgré les restitutions qu'on a eu à faire, malgré le coaching sur site, dans la mentalité même de certains agents de santé, c'est un peu compliqué, c'est difficile. Et quand l'agent de santé a des appréhensions malgré tout ce qu'on lui dit, ça peut pas vraiment décoller. (...) Surtout que on est a plus de 100 femmes accouchées dans le mois, euh, si on n'est pas capable d'avoir ne serait-ce que 5 ou 10 DIUPP insérés, c'est pas la peine ! C'est un combat aussi que nous menons pour que vraiment les agents de santé puissent s'accaparer de cette activité. Franchement, ils ne la prennent pas encore à bras le corps. A la dernière réunion que j'ai organisée avec elles (les sages-femmes) dans le mois de juin, on a discuté largement. J'ai posé la même question, j'ai demandé à savoir pourquoi est-ce que ça ne décollait pas, pourquoi est-ce que depuis on n'est même pas à au moins 10 cas (de DIUPP) depuis la formation. Et c'est là que j'ai eu à attendre ce genre de chose que : les femmes ne sont pas assez réceptives. Et voilà ! D'autres même ont peur de pouvoir parler de ça, parce ce que dans leur esprit la femme va forcément refuser. D'autres aussi, carrément ne s'intéressent pas. Moi on m'a demandé si c'était une obligation de sensibiliser (sur le DIUPP). Ça c'est une sage-femme qui l'a dit. Je ne vais pas dire son nom, mais elle m'a dit (...) je vais vous poser une question : est-ce que c'est obligation de le faire, si c'est obligation d'accord, mais si c'est pas obligation ne me demandez pas de faire ça. Voilà. Avec les autres contraceptifs, il n'y a pas de problème. Je ne sais pas pourquoi elles se mettent à la place des clientes. Parce que moi ce que j'ai remarqué, celles (clientes) que moi j'ai eu à sensibiliser, après avoir faire une bonne sensibilisation il y en a quand même qui ont compris, qui ont dit qu'elles allaient venir se faire insérer. Je ne sais pas après si elles sont venues, puisque quand je regarde les statistiques ça n'a pas vraiment décollé, mais quand même je constate qu'avec une bonne sensibilisation, il y a des femmes qui

acceptent. Ce que les sages-femmes ne font pas toujours. Et moi c'est ce que je leur reproche, je leur dis tout le temps que si vous sensibilisez et qu'elles refusent vous avez fait votre travail. Mais quand vous ne sensibiliser pas et que vous dites que c'est pas bon, c'est ceci c'est cela, c'est là où je suis pas d'accord ».

La problématique de l'offre des services de PF aux adolescents et jeunes

Normes légales versus normes religieuses : A la question de savoir ce qu'ils pensent de la législation sur la planification familiale chez les jeunes et les adolescents, les prestataires ont généralement répondu ne pas être informés d'une telle législation. On peut faire l'hypothèse que cette réponse est due à l'inexistence d'une loi en la matière. En effet, une recherche documentaire, en marge des interviews, a révélé qu'il existe un Projet de loi relatif à la « santé sexuelle et de la reproduction » sur la table du Gouvernement qui devrait le soumettre prochainement au Parlement pour adoption. Selon le Gouvernement, ce projet de loi vise à permettre aux populations en général et aux jeunes en particulier de « maîtriser leur sexualité ». Mais l'Eglise catholique de Côte d'Ivoire, par la voie de ses évêques, a émis le 6 juillet 2018 dans une déclaration, des réserves, entre autres, sur l'accès aux méthodes contraceptives. Elle dit ceci :

« (...) Concernant l'accès aux méthodes contraceptives à toute personne en âge de procréer et aux mineurs âgés de seize ans révolus. Le risque est grand dans ces conditions de sombrer dans une diffusion des contraceptifs contribuant par le fait même, au libertinage sexuel et à la fuite des responsabilités procréatrices. Ce phénomène favorise la contestation de la morale sexuelle conjugale, et fournit une arme à la politisation des plans de limitation de la natalité. Cela est d'autant plus vrai que le mineur n'est, ni de près ni de loin concerné par le planning familial et moins encore, par l'espacement des naissances propre au couple »

(source : Pour les Archevêques et Evêques de Côte d'Ivoire, Mgr Antoine Koné, Evêque d'Odienné, Président de la Commission Épiscopale pour la Doctrine de la Foi).

Le décalage, voire l'opposition entre les principes religieux et les méthodes ou les règles contraceptives sont connus pour être une dimension clé à prendre en compte dans l'offre de service de PF en direction des populations en général et des jeunes en particulier comme le montre cette citation d'un responsable de district :

« (...) On a quelques petites difficultés, mais c'est au niveau des ... je vais pas indexer une religion... Mais je veux dire certaines religions considèrent ça (la PF) comme étant un tabou, comme n'étant pas bon. Donc quand on a des personnes de ces religions, c'est un peu difficile avec elles. Mais quand même je pense que, ils commencent à comprendre. D'abord ce sont les parents en premier, parce que c'est des jeunes qui ont beaucoup peur de la réaction de leurs parents. Si non quand on les interroge on se rend compte que, elles sont assez réceptives. Mais comme dans leur culture il faut toujours demander, soit la permission d'un parent et autre, c'est un peu compliqué. Donc à ce niveau-là on a quand même des difficultés. C'est pourquoi, on a décidé d'organiser aussi un débat, avec les religieux aussi, pour traiter du sujet. Ça sera l'occasion à eux de nous faire cas de ce qu'ils pensent, pourquoi ils disent que c'est pas bon. Pour que nous,

à notre niveau on puisse aussi les éclairer. Pour surmonter ces difficultés, on fait ce qu'on peut. Nous, tout ce qu'on peut faire c'est de sensibiliser. Notre travail c'est de sensibiliser, tenter de convaincre. Si, malgré tout, la patiente ne veut pas, on ne les oblige pas, voilà. Donc euh, c'est tout ce qu'on fait, voilà. On sensibilise ! Il y a des témoignages aussi qu'on donne. Ça marche avec certaines, avec d'autres ça ne marche pas trop mais, on est dedans. Défis : euh, d'abord c'est, c'est le défi des, je sais pas si je peux appeler ça ainsi, y'a assez de barrières, voilà, qui sont dû à de nombreux préjugés ».

Organisation de l'offre autour de la check-list

Selon les répondants, l'autre dimension clé de l'offre des services de PF aux adolescents et jeunes concerne la capacité des centres et des prestataires à l'organiser autour de la check-list des services de santé adaptés aux adolescents. Malgré les activités de renforcement des capacités des prestataires dont la Réunion de suivi des prestataires de santé en SAAJ, organisée à Agboville en mars 2018, pour offrir des services plus adaptés et conviviaux aux adolescents et jeunes, les résultats restent mitigés. Le constat est que l'offre de PF aux adolescents et jeunes fonctionne bien dans les structures dédiées, telles que les médico-scolaires. En revanche, dans les services de PF intégrés aux centres de santé, cette offre fonctionne moins bien. Bien qu'étant conscients des enjeux de ce type d'offre, ces centres ne sont pas encore parvenus à le positionner spécifiquement dans le champ de l'offre générale des services de PF. Ce qui donne le sentiment que l'accent est davantage mis sur les femmes adultes et les jeunes filles parturientes, et moins sur les jeunes et adolescentes ordinaires (élèves, commerçantes, etc.). Les dires de ce prestataire traduisent cet état d'esprit :

« (...) En fait ici, pour les jeunes il y a les CSSU (Centres de santé scolaire et universitaire) dans les lycées. Chez nous on reçoit surtout les élèves qui viennent pour accoucher ou bien qui sont enceintes, c'est-à-dire les jeunes filles qui viennent pour accoucher comme je l'ai dit ou après un avortement, où qui sont venues avec reste d'avortement. Mais il n'y a pas d'activités du genre une salle dédiée pour le service jeune. Non. Ce qui est sûr, on reçoit les jeunes. Pour la check-list, bon euh... c'est vrai que depuis la dernière fois, quand on nous l'a remise, on ne s'est pas encore réellement assis pour pouvoir en parler ».

Persistance des problèmes d'ordre logistique

Les problèmes logistiques relevés dans l'offre des services de PF aux adolescents et jeunes se posent avec plus d'acuité dans les centres de santé autres que ceux spécifiquement dédiés aux adolescents et jeunes. Il ressort des entretiens qu'en général des solutions idoines et durables n'y ont pas encore été apportées. C'est ce sur quoi insiste ce prestataire :

« (...) A ce niveau, c'est le statut quo. Au niveau de la logistique, au niveau aussi des pairs éducateurs, là on n'a pas encore trouvé de réelle solution. (...) Pour les pairs éducateurs un peu comme les conseillers communautaires, on n'en a pas, parce qu'il faut les payer quand même. Donc on ne peut pas les payer (rire), on ne peut pas aussi transformer un infirmier en pair éducateur. Déjà qu'ils rechignent à remplir les différents dossiers ! Or là, sa charge de travail va augmenter surtout qu'on ne peut pas le motiver (financièrement) ».

Il a tout de même été envisagé d'initier des actions, comme cela nous a été rapporté par plusieurs interviewees, notamment à Akoupé, pour toucher les adolescents et jeunes en attendant que les problèmes clés de logistique et de pair éducation soient résolus. Au nombre de ces solutions alternatives, figure l'utilisation des visites médicales dans les établissements scolaires comme support de sensibilisation à la contraception des jeunes ; toutes choses qui pourraient orienter les élèves vers une sexualité responsable. Voici ce qu'en dit ce prestataire :

« (...) Bon, la première chose qu'on a envisagée, c'est de pouvoir demander des contraceptifs, pour qu'au cours de la visite médicale des élèves on puisse leur proposer ça gratuitement aussi. Quand on fait la visite médicale, il n'y a pas d'offre de planification familiale. Donc on aimerait inclure cette activité-là aux visites médicales. Ça sera à la rentrée, et c'est ce qu'on a envisagé comme première solution. Parce que à l'hôpital c'est sûr que pour le moment c'est pas gratuit (les contraceptifs). Mais si c'est dans le cas du médico-scolaire, bien sûr ça sera gratuit pour les élèves. Déjà si Pathfinder peut nous procurer des contraceptifs, ça va nous faire plaisir. Cette solution permettra, d'abord une sexualité responsable, et puis moins de grossesses. Pas de grossesses indésirables. Ça va réduire le nombre d'avortements aussi. Voilà, c'est surtout ce qu'on recherche ».

Insuffisance du respect des droits du client et de l'autonomie dans la prise de décision

Préoccupations au sujet des tactiques coercitives de counseling en PF : A l'opposée de certains prestataires qui semblent réduire le DIU du post-partum au silence, d'autres l'utilisent d'autorité et sans l'avis de la patiente, comme une panacée contre les grossesses répétées. Ces prestataires semblent le faire de bonne foi, dans un élan de bienfaisance pour préserver la cliente des risques liés à l'enchaînement des maternités. Elles réinterprètent, en fait, ce produit contraceptif comme une opportunité de résoudre un problème bien réel, mais quelques fois, au mépris du principe basique de consentement éclairé. Les propos de ce prestataire n'ayant pas été formé, mais ayant bénéficié des restitutions, illustrent cet état de fait :

« (...) Parce que moi-même en consultation prénatale, il faut dire qu'une femme déjà, qui est à sa 4ème grossesse, moi je ne pose même pas de question. Je l'informe pour dire que voici, oui, voici la contraception qui est là, quand tu vas accoucher on te met, elle accepte. Parce que déjà 4 enfants, où tu vas là ? Ça sera un peu compliqué. Donc j'essaie quand même de lui expliquer le contour des choses. Avec 3 enfants je peux comprendre, tu es à ta 2ème grossesse, je peux comprendre, et 3ème enfant tu attends ton 3ème, je peux comprendre. Mais à partir de 4 enfants déjà, moi en tout cas je ne pose pas de question parce que tu n'as de choix à faire chez moi. C'est DIUPP ou rien. Donc c'est comme ça que je conseille. C'était comme ça à la formation où on a commencé à nous sensibiliser pour nous dire voici ça, voici ça, c'est pour le bien commun des femmes avec la mortalité maternelle, que nous même nous voyons là. Vraiment, à vrai dire, moi j'informe, je t'informe en fait, ça c'est ce qu'on va te mettre en salle d'accouchement. Elles acceptent quand tu leur expliques (...) ».

Mais une telle attitude, quelles que soient les bonnes intentions qui la sous-tendent, pose un réel problème éthique mettant aux prises le pouvoir de décision du prestataire de santé d'un côté et le respect de l'autonomie du patient (capacité à décider, consentement) de l'autre. De plus, elle entre en contradiction avec le discours pédagogique qui est véhiculé pendant les formations, demandant aux prestataires de présenter toutes les méthodes de contraceptions aux patientes pour, ensuite, leur laisser le libre choix d'une méthode. On peut aussi questionner la qualité de la restitution et se demander si les agents restituteurs retransmettent fidèlement ce discours.

La réticence des prestataires à enlever les DIU : Une seconde approche spécifique a également été signalée à Akoupé par les prestataires qui ont participé à l'enquête. Elle concernait la gestion de l'après-mise sous contraceptif. Certaines femmes, en effet, après avoir été placées sous contraceptifs (implants et DIU), reviennent prématurément pour demander de les retirer. Face à cette situation, le service de PF de l'hôpital général a pris des mesures visant à apprécier ce type de requête au cas par cas, pour comprendre les raisons profondes du désir de retrait précoce des contraceptifs. Cette approche donne l'occasion aux prestataires de mieux expliquer la méthode choisie aux clientes et de surmonter les éventuels obstacles, afin de les éclairer davantage dans leur choix définitif. Quoique révélant des habitudes de violation des droits de la femme, qu'il faut à tout prix décourager, selon les enquêtés, cette pratique permet, en outre, d'éviter un effet domino qui compromettrait les acquis de la planification familiale déjà obtenus dans cette zone pilote du projet. Les propos ci-après donnent le détail sur l'approche :

« (...) Et entre nous-mêmes aussi, c'est encore bon (allusion au suivi des activités), parce que ça nous permet de pouvoir suivre un peu l'évolution des activités, de comprendre un peu pourquoi telle chose et telle chose ne marche pas bien, qu'est-ce qu'on peut faire pour pouvoir l'améliorer. À la réunion passée (une réunion de suivi en interne), par exemple, il y a eu un fait qui a été relevé. Ça concerne les implants Jadel. Il a été dit que, plusieurs femmes, en moins de 6 mois, sont revenues pour qu'on puisse enlever leur implant. Et donc, c'est un problème. Chercher à comprendre pourquoi en moins d'un an, elles sont venues pour demander qu'on enlève. Ce qu'on a dit, c'est qu'une femme à qui on a inséré un implant, en moins d'un an si elle vient pour qu'on puisse enlever, systématiquement, on ne va pas enlever. On va beaucoup plus s'intéresser à la raison pour laquelle elle veut enlever, connaître ses motifs et puis pouvoir, s'il le faut, la re-éclairer encore. Si c'est peut-être son mari qui s'est opposé, demander à ce que celui-là même vienne nous rencontrer pour discuter et tenter de le convaincre. Et donc au moins trois séances de sensibilisation avec eux (la femme et le mari). Et si au bout de ces trois séances, qui sont bien sûr espacées avec des délais de deux mois (ce qui nous permet de pouvoir gagner aussi du temps), ils veulent toujours qu'on l'enlève, on va enlever. Mais je pense que déjà ça, ça va réduire carrément le nombre de retraits »

(source : un prestataire d'Akoupé).

Manque de clarté et de transparence en ce qui concerne les critères de sélection pour la formation

Les prestataires non bénéficiaires du projet revenaient, de façon récurrente, sur le fait que les critères de choix des participants aux formations sont méconnus. Ce choix avait été laissé aux responsables des structures sanitaires. Les prestataires rencontrés disent ne pas comprendre le rationnel qui guide ces choix, et pensent que cela peut impacter la motivation de ceux qui n'ont pas fait la formation, en termes d'implication aux activités du projet. Le fait de ne pas être choisi par rapport à un tel, et surtout d'en ignorer les raisons, peut aussi être une source de frustration comme l'explique cette participante :

« (...) Comme elle l'a dit, on ne sait pas comment le choix se fait, pourquoi c'est l'autre qui a été choisi et pas moi ? Et elle revient, moi, on me dit de faire l'activité. Vous voyez ? Ils ne sont pas motivés. Faut motiver tout le monde ».

Une autre participante de renchérit :

« Donc, il y a des sentiments de frustration, nous nous sentons délaissés ».

Problématique des restitutions d'après formation selon les non bénéficiaires du projet

En ce qui concerne les restitutions recommandées par les formateurs et les responsables du projet pour mettre à niveau les collègues des services de PF n'ayant pas participé aux formations, les non bénéficiaires des formations enquêtés disent en comprendre le principe. Ils comprennent, en effet, que le projet est à sa phase pilote et « qu'on ne peut pas prendre tout le monde ». D'où l'approche de l'entonnoir renversé à travers laquelle un petit nombre est formé pour, ensuite, diffuser les acquis au plus grand nombre. Ils comprennent bien cette approche à l'image de cette participante :

« (...) Bon généralement un projet, il faut une phase pilote. Sinon euh... le projet même normalement devrait concerner tout le monde. Je pense que c'est une expérimentation que les gens sont en train de faire. C'est pourquoi il ne s'est pas étendu (...) Quand ma camarade est partie, elle nous a dit ce qui s'est passé. Donc s'il y a une cliente et qu'elle n'est pas là, nous on peut s'en occuper, parce qu'elle nous a montré la manière de faire ».

Même si les participants comprennent globalement que les formations ciblent quelques prestataires relais, certains d'entre eux estiment que les restitutions restent problématiques. Ceux qui ont eu la chance d'être identifiés pour les formations, pensent-ils, ne font pas toujours les restitutions. Ce qui crée un décalage de niveau de connaissance dans l'offre de service en planification familiale, et en constitue une menace pour la continuité. Cette situation est jugée incompréhensible alors que le besoin de restitution est bien réel pour améliorer cette offre dans les centres de santé pilotes. Une participante relate, à cet effet, son expérience :

« (...) Dernièrement il y a d'autres qui sont aller faire la formation (...), mais il n'y a pas eu de retour. Donc on ne sait vraiment pas qu'est-ce qui s'est passé. Donc, c'est comme ça. Pourtant il y a des services qui ont besoin de ça. Moi comme ça, je suis en consultation prénatale, je fais la Prévention Transmission Mère Enfant du VIH (PTME), je reçois les femmes souvent qui ont le kyste (ou curistes). Donc dans ce milieu-là ça peut m'intéresser aussi. Mais la personne est quittée en formation, jusque-là on n'a pas encore eu de restitution ».

D'autres participants estiment que, même quand la restitution est faite, dans certains cas, elle est « bricolée ». En d'autres termes, des prestataires relais ayant suivi des formations en font la restitution, mais « pas comme il se doit » : toutes les cibles de la restitution ne sont pas toujours conviées ; la durée est courte et donne lieu à une restitution sommaire qui ne met pas l'accent sur les détails importants ; le moment de la restitution n'est pas toujours approprié ; les messages relayés sont parfois contradictoires, etc. Les trois propos ci-après de trois participantes différentes traduisent le « bricolage » qui caractérise certaines restitutions :

« (...) Sinon chez nous, la restitution dans un premier temps, c'est au cours d'une réunion, et là c'est pas trop détaillé. Donc on ne peut pas vraiment maîtriser ».

« (...) Ça ne s'est pas bien passé. Une vient, elle fait pour elle. L'autre vient, non c'est pas comme ça. Donc, c'était un peu difficile. L'autre dit tu dois porter les gants comme ça, l'autre dit c'est comme ça, il faut changer le gant. Donc, ça devient un peu compliqué. Donc chacune a son interprétation. Elles ont reçu la formation, mais chacune a son interprétation. La transmission du message n'est pas pareille ».

« Y a toujours une déformation du message ».

L'autre difficulté avec les restitutions, c'est que même lorsqu'elles sont faites de façon plus ou moins réussie, il arrive que des prestataires relais (ceux qui ont bénéficié des formations) n'impliquent pas toujours les autres prestataires pour créer une dynamique d'ensemble dans l'application des acquis de ces formations. En retour, les prestataires non bénéficiaires des formations ne suscitent pas cette dynamique, préférant jouer la passivité, comme s'ils ne se sentaient pas concernés. Cette attitude réciproque d'évitement, donne lieu, par moment, à des clivages sournois entre ceux qui ont reçu la formation et ceux qui n'en ont pas bénéficié au sein des centres de santé pilotes. Une participante explique :

« (...) Maintenant, l'erreur que nous faisons souvent est que quand on finit la restitution, on n'implique pas trop ceux qui sont dans l'activité. Bon généralement on est ensemble, moi je vais pour une formation ; si j'arrive, je dois quand même pouvoir amener les autres à m'aider dans certaines tâches le long de l'activité. Si moi je m'assoie je n'ai jamais appelé ma collègue ou mon collègue pour assister... Peut-être que lui aussi il est assis dans son coin. Ça devient une affaire personnelle. C'est comme ça je vois. Celui qui a reçu la formation, il devrait amener l'autre à s'intéresser à la chose, au-delà de la restitution. Mais on remarque que quand une personne va en formation, qu'on forme la personne sur telle activité, c'est la personne seule, tout est reposé sur la personne seule. Parce que on se dit que c'est toi qui est parti en formation, l'argent-là c'est toi seul qui a mangé (rires), son travail-là c'est toi qui peut faire ».

Efforts pour adresser les gaps de mise en œuvre identifiés à mi-parcours

En appliquant l'approche de l'apprentissage de la mise en œuvre, les acteurs clés de mise en œuvre ont eu l'opportunité de voir se révéler un certain nombre de gaps soulignés plus haut. L'approche a donc permis de prendre des actions correctrices en vue d'améliorer la mise en œuvre et de solutionner les défis programmatiques découverts au fur et à mesure de la mise en œuvre. Au nombre des actions prises, on distingue :

- **Ajustements programmatiques initiés sur initiative personnelle des formations sanitaires**

Ajustements contextuels de l'offre des services de PFPPI/PAI : Pour donner la possibilité aux prestataires formés de mettre en œuvre les acquis des différentes formations, une réorganisation des services a été opérée dans les structures bénéficiaires. Au nombre des ajustements effectués, l'on note :

- L'initiation du counseling pour la contraception en post-partum immédiat dès la CPN
- La tenue régulière d'une réunion consacrée à la réorganisation des services pour garantir la permanence des produits contraceptifs dans les centres de santé et en salle d'accouchement
- Le suivi de la disponibilité effective des produits contraceptifs dans les centres de santé de façon à répondre promptement aux cas de rupture de stocks

Ajustements contextuels dans la mobilisation des clientes : Les ajustements contextuels ci-dessous ont été relevés dans la mobilisation des clientes par les aides-soignantes :

- Tissage de lien de familiarité à l'accueil dans les services de PF, rapprochement (familiarité) avec les populations et gratuité de la consultation pendant les campagnes de sensibilisation pour inciter les femmes à la planification familiale ;
- Restitution des formations auprès de certaines aides-soignantes n'ayant pas participé à la formation en salle pour assurer la continuité de la mobilisation dans les services de planification familiale ;
- Recours de certaines aides-soignantes à l'humour, aux blagues et plaisanteries pour faire passer le message de la sensibilisation sur la planification familiale.

Ajustements d'ordre programmatiques mis en œuvre par l'équipe du projet

- Biais liés aux prestataires : des visites de supervisions à double objectifs – recyclage sur site des prestataires sur l'offre de la gamme complète des produits PF autorisés en post-partum/ post-abortum et observation directe des séances de counseling
- Tendance à la violation des droits : des séances de clarifications de valeurs ont été organisées
- Réflexion autour de la meilleure approche pour une restitution efficace des formations

- Mentorat des prestataires des centres de santé non dédiés aux jeunes pour le renforcement de l'offre des services de PFPPI/PAI aux adolescents et jeunes

PLANIFICATION POUR LE PAGE

Les forces, faiblesses, opportunités et menaces

Forces du projet par rapport au PAGE

Certains éléments ont été relevés comme des forces ou atouts du projet dans la perspective du PAGE :

- La pertinence de l'innovation telle que ressentie par la majorité des parties prenantes, notamment les agents de première ligne pour l'offre des services PFPPI/PAI qui se traduit par l'adhésion du personnel de santé au projet et leur motivation à le promouvoir auprès de la population.
- La fierté ressentie par les prestataires ayant participé aux formations ; un sentiment vécu à la fois comme une marque de reconnaissance des compétences intrinsèques et comme une source de motivation supplémentaire au travail.
- L'adhésion du personnel à l'offre convivial des services PFPPI/PAI aux adolescents et jeunes

Ces éléments de capital humain constituent des leviers pouvant être pris en compte dans la définition et la mise en œuvre de la stratégie de promotion du projet auprès des personnels de santé au moment du passage à grande échelle.

Faiblesses du projet par rapport au PAGE

Aux dires des enquêtés, l'une des plus grandes faiblesses de l'intervention telle que mise en œuvre dans la phase actuelle est l'absence d'une composante communautaire forte pour soutenir les efforts des prestataires dans l'offre des services de PFPPI/PAI. Selon la majorité des répondants, l'innovation gagnerait à être diversifiée avec l'introduction des activités de changement social et comportementale au sein des communautés et notamment en direction des adolescents et parents d'adolescents afin d'aider à une réduction des pesanteurs socioculturelles, toute chose qui pourrait permettre une augmentation de la demande des services et faciliterait le travail des agents de santé.

L'autre faiblesse selon les enquêtes réside dans le nombre réduit de structures sanitaires bénéficiaires. Certes, cette première phase est expérimentale et a été mise en œuvre selon les ressources disponibles. Mais il est ressorti du terrain que les 20 structures retenues restent insuffisantes pour apprécier l'impact du projet pilote sur l'ensemble des 3 districts sanitaires. Ce d'autant que la zone ciblée par le projet est très peu couverte par les interventions en planification familiale en dépit de la faiblesse des indicateurs et de l'acuité des besoins dans ce domaine.

Opportunités du projet par rapport au PAGE

Deux opportunités ont été relevées comme pouvant être prises en compte dans la perspective du PAGE. La première concerne la volonté affichée des acteurs locaux influents à accompagner le projet. Il s'agit, notamment des autorités préfectorales et administratives, des autorités politiques, des guides religieux, des chefs coutumiers, des leaders communautaires et des élites locales trivialement appelées « les cadres ». Toutes ces catégories d'acteurs, sans exception, ont adhéré au projet et affiché auprès des autorités sanitaires locales, leur volonté de l'accompagner y compris dans le renforcement de l'offre des services de planification familiale. La seconde opportunité, liée à la première, c'est l'existence d'espaces d'échanges et de dialogues entre ces acteurs influents et les populations à la base (les communautés religieuses, les producteurs agricoles, les différents corps de métiers du secteur public ou privé, du secteur formel ou informel, les organisations de la société civile, les organisations féminines, les associations de jeunes, etc.) qui constituent des lucarnes pour relayer les messages de promotion de l'utilisation de la contraception en général et de la PF du post-partum en particulier. Ces espaces sont, entre autres, les réunions diverses, les manifestations sociopolitiques, culturelles, sportives, religieuses ou communautaires déjà utilisées dans la phase pilote et qui pourraient l'être encore davantage dans le PAGE, notamment pour sensibiliser les populations sur l'accès et l'utilisation des services de contraception, notamment la planification du post-partum immédiat et du post-abortum immédiat. Cette seconde opportunité traduit la « capacité de convaincre et d'influencer » de ces leaders qui aideront ainsi les prestataires de santé à faire entrer la planification familiale en général, et le post-partum/post-abortum immédiats en particulier dans les habitudes des populations de l'Agnéby-Tiassa-Mé.

Menaces sur le projet par rapport au PAGE

La principale menace au passage à grande échelle du projet concerne les préjugés, les « fausses » croyances et les représentations sociales sur les méthodes contraceptives. Comme indiqué plus haut, ces a priori persistent dans l'imaginaire populaire locale et entravent l'acceptation des méthodes contraceptives en général, et du DIU en post-partum/post-abortum immédiats en particulier. Cette méthode contraceptive, qui constitue pourtant l'une des innovations du projet, tarde donc à rentrer dans les habitudes et pourrait l'être encore davantage dans le PAGE si des mesures d'accompagnement appropriées ne sont pas mises en œuvre.

Optimiser les forces et les opportunités versus réduire les menaces

Afin de réussir le PAGE, il faut promouvoir le projet auprès des personnels de santé en vue de son appropriation. Pour ce faire, il faut travailler à capitaliser les atouts/forces du projet pour éviter que ceux-ci ne se transforment en faiblesse. Par exemple, que par des concours de circonstance récurrents, la « saine émulation » ne se transforme pas en « rivalités », ou que la « fierté d'être sélectionné » parmi plusieurs collègues ne se mue pas en « complexe de supériorité ». Le défi en lien avec les forces revient donc à préserver et à renforcer, dans le PAGE, la « saine émulation », la « fierté d'être sélectionné » et la «

motivation » constatées lors du projet pilote. Cela passe par la définition d'une stratégie adaptée de promotion et d'appropriation du projet auprès des prestataires de santé.

La disponibilité des autorités et leaders locaux à accompagner le projet constitue une réelle opportunité pour le passage à grande échelle. Tout le défi réside ici dans la capacité des promoteurs du projet à faire en sorte que cette opportunité ne se transforme en menace. En effet, le contexte ivoirien est politiquement très marqué et il est à craindre que ce projet, notamment à la veille des joutes électorales futures, ne soit subtilement instrumentalisé à des fins politiques. Il faut donc pouvoir impliquer toutes les catégories d'acteurs locaux susmentionnés dans la promotion du projet tout en le préservant d'une éventuelle mainmise politique qui pourrait compromettre sa survie.

Par ailleurs, le principal défi relatif aux faiblesses du projet est de parvenir à les transformer en forces. En d'autres termes, comment agir sur les critères de sélection des structures bénéficiaires jugés « trop restrictifs » pour en faire un atout dans la perspective du PAGE ? Il s'agira, dans la sélection des structures sanitaires bénéficiaires, de rechercher l'équilibre d'un passage à échelle à impact réel. Ceci renvoie à un défi à trois dimensions : (1) disposer de ressources suffisantes pour financer le passage à grande échelle, (2) impacter réellement les populations pour garantir la durabilité du projet, (3) définir une bonne stratégie de plaidoyer à la fois pour garantir la suffisance et la disponibilité des ressources et pour impliquer le plus grand nombre de structures bénéficiaires. Le relèvement de ce défi pourrait se faire également avec l'implication des autorités et leaders locaux qui, comme indiqué plus haut, constituent une réelle opportunité pour le projet. Également, la réflexion autour d'activités de changement social et comportemental adaptées au besoin des différents cibles pour accompagner le travail clinique est essentielle.

Les préjugés, les « fausses » croyances et les représentations sociales sur les méthodes contraceptives sont tenaces et ne disparaîtront pas du jour au lendemain pour faire entrer dans les habitudes la planification familiale et surtout le DIU en post-partum et post-abortum immédiats. Le défi ici, c'est de parvenir à déconstruire progressivement ces prénotions et, en revanche, à construire dans l'imaginaire populaire des idées scientifiquement prouvées sur les avantages, mais aussi et les limites admises des méthodes contraceptives. Pour ce faire, aussi bien les personnels de santé convaincus et motivés (force) que les autorités et leaders locaux (opportunité) peuvent être mis à contribution en raison de leur pouvoir de persuasion sur les patientes d'un côté, et leur influence sur les populations d'un autre.

Le projet à la lumière des 12 recommandations ExpandNet

Ce chapitre est consacré à la documentation du processus de mise en œuvre du projet à la lumière des 12 recommandations de l'approche ExpandNet.

La participation des parties prenantes

L'implication des parties prenantes au projet s'est faite à travers les activités de démarrage du projet, mais également au moyen des formations organisés dans la phase d'implantation. L'atelier de démarrage et la cérémonie de lancement du projet au niveau district ont été des occasions clés pour impliquer les autorités sanitaires des niveaux central et décentralisé dans la mise en œuvre du projet. En effet, l'atelier de démarrage a permis aux acteurs (direction régionale et direction départementale de la santé de l'Agnéby-Tiassa-Mé) et partenaires du projet (PNSME, PNSSU-SAJ, etc.), de participer à la planification des activités dont la mise en œuvre devait requérir leur contribution. De même, la cérémonie de lancement au niveau district a permis d'associer, en plus des prestataires de santé, les autorités politiques, administratives, coutumières, religieuses et les leaders d'opinion (associations féminines, associations de jeunes) avec qui les promoteurs du projet ont engagé de fait un dialogue sous forme de plaidoyer pour la réussite des interventions. En outre, toutes les sessions de formations et de coaching en planification familiale, ainsi que les réunions de suivi inscrites au programme des activités ont constitué des moments privilégiés pour faciliter l'appropriation du projet par les prestataires et les aides-soignantes.

La pertinence de l'innovation

Le projet reste, de l'avis des participants aux entretiens, une opportunité pour booster la planification familiale dans la région sanitaire de l'Agnéby-Tiassa-Mé Il revient de façon récurrente que la situation de la PF au niveau local demeure préoccupante. Il est également pertinent en raison du fait que la réussite du projet peut impacter considérablement la santé et le bien-être des populations locales. Par exemple, un tel projet peut atténuer les effets négatifs du phénomène des grossesses « précoces » en milieu scolaire. De même, il peut offrir l'opportunité aux femmes de planifier les naissances de façon à pouvoir organiser leurs agendas socio-économiques, source d'épanouissement et de bien-être aussi bien pour elles que pour leurs ménages. En somme, la problématique de la PF et des questions de santé qu'elle soulève dans l'Agnéby-Tiassa-Mé montrent bien que le projet peut avoir un potentiel d'impact significatif sur la santé publique des populations.

Même si le DIUPPI reste la méthode contraceptive la moins préférée des clientes des services de planification familiale, les efforts devraient se poursuivre pour mieux la faire connaître y compris dans les contrées les plus reculées, de façon à déconstruire les préjugés et autres « fausses croyances » qui l'entourent. En d'autres termes, cette innovation (le DIU en post-partum/post-abortum immédiats) reste pertinente au regard de la situation préoccupante de la PF, mais sa place dans la palette des préférences contraceptives des clientes doit être conquise. Pour ce faire, il faut poursuivre l'information et la sensibilisation.

Le consensus sur les attentes à propos du PAGE

Les participants aux entretiens ont exprimé, en général, le souhait de voir le projet s'étendre à tous les centres de santé des trois districts sanitaires ; ce en raison des besoins en planification familiale au niveau local, mais également en raison des opportunités de recyclage que le projet offre aux prestataires de santé.

Mais ils s'accordent à penser que cette extension doit se faire dans la limite des possibles. En d'autres termes, si des moyens conséquents existent pour financer l'extension géographique du projet et équiper les centres de santé en plateaux techniques adéquats, alors il faut implémenter le projet dans tous les centres de santé. Si non, alors il faut « prudemment » aller vers une extension méthodique qui consiste à étendre le projet, dans un premier temps, aux centres de santé qui disposent d'un minimum d'équipement en place

L'ajustement de l'innovation aux cadres socioculturels et institutionnels

Les barrières socioculturelles au projet se résument à l'environnement de rumeur nourri par les préjugés sur les méthodes contraceptives en général et sur le DIUPP en particulier. Aux dires des prestataires rencontrées, les clientes attribuent à ces méthodes des significations sociales diverses en totale rupture avec leurs caractéristiques scientifiquement prouvées. Pour l'heure, deux formes de rumeurs ont été identifiées :

- Les rumeurs qui confèrent aux méthodes contraceptives un pouvoir de stérilité qui priverait les clientes de toute capacité à procréer. La valeur de l'enfant dans le contexte ivoirien voire africain fait de cette rumeur un obstacle majeur à l'acceptation des contraceptifs.
- Les rumeurs qui présentent les méthodes contraceptives comme des vecteurs de pathologies diverses dont le cancer, les fibromes, etc. Pour celles qui sont exposées à ce type de rumeur, recourir à une méthode contraceptive équivaut à introduire les germes de la maladie dans l'organisme. La meilleure façon donc d'éviter ces maladies, c'est de s'abstenir d'utiliser les contraceptifs.

Les défis face aux pesanteurs socioculturelles consistent à réduire considérablement les effets des rumeurs sur les méthodes contraceptives. Ils sont de deux ordres. Le premier défi a trait à la nécessité de véhiculer aux clientes, des messages persuasifs pour briser la glace de la méfiance et de la peur inspirées par les préjugés sur les contraceptifs. La teneur de persuasion de ces messages doit être suffisamment importante pour, non seulement convaincre les clientes hésitantes, mais surtout les amener à relayer la « vérité des contraceptifs » dans leurs différents milieux sociaux par un effet « boule de neige ». Cela implique d'affiner davantage les messages que les prestataires portent aux clientes dans l'offre de counseling sur la PF, et d'affiner également la manière de véhiculer ces messages pour leur conférer ce pouvoir persuasif.

Le second défi est relatif à la gestion des pesanteurs culturelles dans le suivi des femmes sous contraceptif. Cette gestion implique la lucidité et l'objectivité du prestataire lors de la prise en charge de la cliente dans le suivi post-contraception. Il s'agit, pour le prestataire, d'être capable de transformer les doutes et les angoisses des clientes en opportunité de persuasion dans la post-contraception. En effet, parvenir à saisir la source de ces doutes et angoisses, et à y apporter la réponse appropriée peut également permettre d'atténuer les effets des barrières socioculturelles à la contraception.

La simplicité de l'innovation

Le projet est jugé relativement simple à mettre en œuvre par les participants. Les prestataires interrogés estiment que les activités menées dans le cadre de la réorganisation des services de PF « ne sont pas compliquées » et « rentrent très vite dans la routine ». Certains pensent même qu'ils n'ont pas le sentiment d'exécuter des tâches supplémentaires. Cela signifie qu'aussi bien dans leur conception que dans la démarche de leur mise en œuvre, les activités du projet ont été simplifiées. Toutefois, la plupart des enquêtés, notamment les sages-femmes, trouvent fastidieux le renseignement des outils de suivi de la mise en œuvre du projet mis à leur disposition par Pathfinder. Le remplissage de ces outils apparaît comme un « travail supplémentaire » qui vient s'ajouter au remplissage des registres. Les participants ont, dans l'ensemble, émis le souhait que cette tâche soit allégée.

Le test de l'innovation dans les environnements socioculturels et institutionnels

Le projet a été mis en œuvre dans des cadres sociaux et institutionnels diversifiés. Les activités ont concerné le milieu urbain à travers les hôpitaux et centres de santé des villes d'Agboville, d'Adzopé et d'Akoupé, mais également le milieu semi-urbain (ex : Azaguié pour Agboville, Moapé pour Adzopé et Békouéfin pour Akoupé). Ce sont des contextes locaux qui présentent des spécificités différentes à prendre en compte lors du passage à grande échelle. Ces sites traduisent, en effet, la diversité culturelle de l'ère géographique que couvre la région sanitaire de l'Agnéby-Tiassa-Mé. L'institution médicale y diffère en taille et en mode de fonctionnement selon que l'on se situe au niveau des centres de santé semi-urbain (CSR), des centres de santé urbains (CSU, SSSU ou encore HG, CHR). Le projet a été testé dans ces différents environnements socioculturels et institutionnels pour permettre de tirer des enseignements utiles pour un passage à plus grande échelle réussie dans ces zones.

Le test de l'innovation dans les conditions de routine et de contraintes

Il se joue autour de l'offre des services de planification familiale, des logiques d'intérêt économique en raison desquelles la gratuité du DIUPP-PA immédiat devient un obstacle à sa propre promotion. Le DIUPP-PA immédiat est, en effet, expérimenté dans des contextes où les produits contraceptifs (pilules, injections, implants) sont vendus aux clientes selon la réglementation en vigueur dans les structures sanitaires. Cette vente génère quelques profits contrairement au DIUPPI-PAI qui se pose gratuitement, au moins pour cette phase pilote. Il ressort donc du terrain, une inclinaison « naturelle » à promouvoir beaucoup plus fortement des contraceptifs dont on tire un certain profit, plutôt que des contraceptifs dont la distribution ne produit pas de valeur ajoutée pécuniaire. La réaction de certaines participantes a d'ailleurs laissé supposer l'existence d'une tension entre les sages-femmes et les aides-soignantes autour des enjeux pécuniaires des contraceptifs. Mais sur la base des entretiens, nous confortons l'hypothèse que même si le DIUPPI-PAI était commercialisé comme les autres contraceptifs dans le PAGE, l'engouement autour de sa promotion sera, en partie déterminée par la fréquence de son acquisition par les clientes. En d'autres termes, la durée d'action de ce dispositif (10 à 12 ans) risque de constituer une entrave à sa promotion, dans des environnements où sont établis des systèmes parallèles de recouvrement des coûts à

travers des contraceptifs beaucoup plus fréquemment utilisés en raison de leur durée d'action moins longue.

La documentation du processus en vue du PAGE

La documentation du processus a été entamée et s'est poursuivie pendant la mise en œuvre du projet pilote. Il s'est agi, dans ce processus, de décrire et analyser les mesures prises et les interventions menées tout au long de la phase pilote, de façon à mieux préparer le passage à grande échelle. Cette documentation s'est faite à travers une approche qualitative qui a mobilisé plusieurs techniques de recherche. Il s'agit, notamment de la recherche documentaire à partir des documents du projet (rapports d'activités, rapports de mission, etc.), des interviews individuels (avec les autorités sanitaires locales, des médecins de la santé de la reproduction, etc.), des entretiens de groupes (avec les prestataires de santé) et de l'observation directe des services de planification familiale. Les résultats finaux de cette documentation devraient contribuer à éclairer les décideurs sur les facteurs qui facilitent ou entravent la mise en œuvre du projet. La décision de passer à grande échelle dépend, en partie, de ces résultats.

Le plaidoyer pour le financement durable du projet

A ce stade, nous n'avons pas encore connaissance d'initiatives de plaidoyer auprès des bailleurs de fonds ou du gouvernement pour financer le passage à grande échelle. Toutefois, au niveau local, des activités de plaidoyer sont menées par les autorités sanitaires locales auprès du Conseil général pour apporter un appui financier au projet. Ces autorités entendent poursuivre leurs efforts de plaidoyer auprès du Conseil municipal, des entreprises privées locales et des élites locales (communément appelés « cadres ») pour mobiliser les ressources nécessaires au passage à grande échelle.

Le plaidoyer pour les changements de comportement, institutionnels et règlementaires

Pour le renforcement de la qualité de l'offre des services de PFPPI/PAI, des activités de plaidoyer ont été menées. Par exemple, l'introduction du DIU long inserteur dans l'offre de service de PFPPI/PAI fait l'objet d'un plaidoyer constant depuis la 2ème révision du plan d'action. Face à l'insuffisance du système de stérilisation et afin d'améliorer le contrôle des infections post-insertion du DIU dans les centres de santé soutenus par le projet, le plaidoyer est fait pour l'introduction du DIU dédié au post-partum immédiat qui présente des avantages comparatifs par rapport à la méthode classique. Cette innovation nécessite peu de matériel biomédical réduisant l'exposition de la cliente à des risques d'infection. Elle est d'utilisation facile pour les prestataires de santé. Les rencontres entre l'équipe projet de Pathfinder et les autorités sanitaires du niveau central, de même que celles entre les autorités centrales et les responsables de la santé au niveau déconcentré, sont des tribunes pour véhiculer ces messages de plaidoyer. La participation de Pathfinder à l'atelier national de quantification des besoins en produits contraceptifs à Yamoussoukro en novembre 2017 a été une opportunité supplémentaire pour convaincre tous les partenaires nationaux et internationaux de la PF sur l'utilité de ce produit. Sa promotion intervient dans un contexte de passage à échelle pour un meilleur contrôle des infections post-insertion dans un environnement où le système de stérilisation n'est pas fonctionnel. Le plaidoyer a abouti à l'inscription du DIUPP long inserteur sur la liste

nationale des produits contraceptifs de Côte d'Ivoire. Toutes les occasions et rencontres ont été des opportunités de plaider pour mieux faire connaître ce produit aux prestataires. Il existe, cependant des difficultés liées au plaidoyer pour l'introduction du DIU long inserteur. En dépit de son inscription sur la liste nationale des produits contraceptifs de Côte d'Ivoire, le DIUPP n'est toujours pas enregistré et codifié par la Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique (NPSP) au moment où ce rapport est élaboré. Le plaidoyer continue à ce niveau et aussi pour sa prise en compte dans les commandes nationales de produits contraceptifs.

Pathfinder s'est servi également investi notamment avec le PNSSU, pour faire également le plaidoyer sur la seconde innovation du projet : l'offre de services de PF adaptés aux adolescents et jeunes. Quoique timide encore dans les centres non dédiés aux adolescents et jeunes, le plaidoyer devra se poursuivre pour accompagner les structures dans les efforts structurels et organisationnels à déployer pour rendre l'offre des adolescents et jeunes une réalité. Aussi, ce plaidoyer dans la perspective du PAGE, doit se mener également autour d'une gratuite complète des services de PF en général pour les adolescents et jeunes.

Les plans de promotion de l'apprentissage et de la diffusion de l'information

Pour promouvoir l'apprentissage et la diffusion de l'information sur le projet, une série d'activités ont été menées. Il s'agit, notamment :

- Des sessions de formation organisées sur les thématiques clés de la planification familiale et sur les innovations du projet (DIU long inserteur, services adaptés aux jeunes et adolescents) ;
- Des réunions de suivi organisées à intervalles réguliers (trimestriel) pour faire le bilan des activités de mise en œuvre, relever les progrès obtenus, partager des expériences, insister sur certaines mesures correctives, et faire des arbitrages ;
- Des missions de coaching qui permettent aux prestataires de mieux observer la mise en œuvre des innovations, notamment la pose du DIU long inserteur et l'offre de service aux jeunes et adolescents ;
- Des missions de supervision et de suivi qui sont des occasions pour partager les bonnes pratiques et inciter davantage les parties prenantes à une plus grande implication dans le processus.

Sur la question de la supervision et du suivi des activités du projet, il ressort des entretiens qu'ils sont plutôt bien appréciés. En effet, les missions réalisées à cet effet par Pathfinder constituent, aux dires de certains participants, une condition clé de la survie des innovations du projet. Ces missions apparaissent comme des coups d'accélérateur régulièrement donnés pour booster le processus et inciter les parties prenantes à poursuivre leurs efforts de promotion de ce produit contraceptif qui peine à « décoller ». La promotion de l'apprentissage et de la diffusion des résultats s'est également faite à travers les activités de restitutions dont les résultats restent tout de même mitigés (voir point 6.2 Les restitutions d'après formation : une expérience mi-figue, mi-raisin).

La décision du lancement du PAGE

La mise en œuvre dans l'Agnéby-Tiassa-Mé s'inscrit déjà dans la volonté affichée du gouvernement d'entreprendre le passage à échelle de la PFPP comme intervention à haut impact pour l'atteinte des objectifs du partenariat de Ouagadougou. De ce fait, son encrage institutionnel est déjà fort louable. De l'avis des personnes interviewées, pour que le projet soit un véritable facteur de changement, il faut, dans ce passage à grande échelle le doter des ressources financières subséquentes et œuvrer à l'accompagnement de la mise en œuvre par l'équipement en plateaux techniques appropriés des centres de santé d'implémentation. En clair, il convient de s'assurer de la disponibilité de ces ressources financières et matérielles avant de lancer le processus de passage à grande échelle. Si tel est le cas, alors la poursuite du plaidoyer s'impose pour montrer la pertinence du projet pour les femmes, les jeunes et les populations en général en vue de mobiliser les ressources nécessaires à la réalisation du PAGE. De plus, le PAGE de la PFPP/PAI doit se faire également à travers une meilleure institutionnalisation comme par exemple l'application effective d'une politique de gratuité des services de PF aux adolescents et l'enregistrement et la codification du DIUPP long inserteur par la Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique (NPSP).

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Conclusions

Six conclusions se dégagent de cette documentation :

- 1. Amélioration des services et augmentation de l'utilisation de la PFPP/PAI** Le projet a impulsé une nouvelle dynamique de planification familiale dans les districts sanitaires d'Agboville, Adzopé et Akoupé. Cette dynamique se traduit, d'un côté par une meilleure offre de service de PF dans les structures sanitaires sélectionnées aussi bien à l'endroit des femmes adultes que des adolescentes et jeunes, et d'un autre par un engouement perceptible des femmes pour le recours aux contraceptifs. Cette amélioration de la qualité des services de PF est liée aux formations intenses et complémentaires dispensées aux prestataires sélectionnés et au matériel de mise en œuvre offert aux structures sanitaires bénéficiaires par Pathfinder. Certes, mais elle est également due à la motivation des prestataires et des autorités sanitaires locales qui vivent cette expérience comme un défi personnel et collectif à relever. Toutefois, la motivation des prestataires et l'engouement des femmes se heurtent aux pesanteurs socioculturelles qui, dans le contexte local, respectivement plombent les efforts des premiers et ralentissent le débit de l'adhésion des secondes au projet.
- 2. Le DIUPPI-PAI est prometteur, mais des inquiétudes subsistent :** Dans ce contexte où le contraceptif féminin tente difficilement, mais avec optimisme, de se frayer un chemin, la situation spécifique du DIUPPI-PAI reste délicate. Son introduction dans l'offre de contraceptif

enregistre quelques résultats encourageants essentiellement dus à la garantie de la « décennie de non-grossesse », du reste réversible à volonté, qu'elle offre et à l'utilité de cette décennie en termes de « repos physiologique » et d'opportunité de temps pour construire un projet de vie. Mais l'avenir de cette méthode novatrice dans le passage à grande échelle est menacé par trois facteurs essentiels : (1) son immédiateté qui semble être perçue par les femmes à la fois comme « l'agression » d'un utérus déjà « blessé », et comme « la violation » de leur intimité féminine ; (2) sa gratuité qui semble plomber sa promotion dans un contexte où des logiques d'intérêts économiques semblent se construire autour des autres contraceptifs payants ; (3) la rude concurrence que lui opposent les « injections » et les implants, deux contraceptifs fortement préférés par les femmes.

- 3. Les barrières socioculturelles à la PF restent un défi :** Il existe dans le contexte de mise en œuvre du projet des opportunités pouvant être capitalisés pour relever les défis du passage à grande échelle, notamment celui des pesanteurs socioculturelles. Ces opportunités se résument à l'adhésion au projet de tous les acteurs de premier rang (autorités administratives, politiques, religieuses et coutumières, élites locales, leaders communautaires, responsables d'organisations de la société civile). Mais il reste encore à pouvoir et savoir les mobiliser stratégiquement dans le passage à grande échelle, dans un contexte soumis à des rivalités voire à des clivages politiques, et à des tensions inter-ethniques récurrentes.
- 4. L'adhésion est évidente dans les innovations locales :** Des résultats encourageants en termes de changements positifs ont été enregistrés au fil de la mise en œuvre. Des innovations ont été localement apportées dans la communication sur la planification familiale, spécifiquement dans la sensibilisation des conjoints et des adolescents/jeunes ainsi que dans la réorganisation de l'offre des services de PF, avec des effets positifs selon les personnes interviewées. Ces initiatives locales, impulsées par les activités de formation, de coaching et de supervision, ont accentué l'engouement des clientes autour des méthodes contraceptives, même si le DIUPP manque un peu à l'appel dans un contexte encore fortement empreint des pesanteurs socioculturelles et religieuses. C'est dire qu'il y a globalement une bonne dynamique dans la mise en œuvre du projet autour duquel les parties prenantes restent mobilisées.
- 5. Nécessité d'améliorer les processus de sélection et de partage des connaissances entre prestataires :** Les non bénéficiaires des formations du projet le perçoivent comme une opportunité pour les prestataires en termes de renforcement des capacités et de recyclage. Ils y voient également une chance pour les populations en termes de maîtrise des naissances, de lutte contre la pauvreté et de réduction de problèmes de santé comme la mortalité maternelle ou encore des phénomènes de société tels que les grossesses en milieu scolaire. Toutefois, leurs appréciations des restitutions d'après formation par leurs pairs, restent mitigées. Cette faiblesse

appelle, selon eux, des solutions alternatives pour maintenir la chaîne de diffusion des acquis de ces formations, et garantir la qualité et la continuité de l'offre des services de planification familiale dans les centres de santé pilotes.

6. Les outils d'ExpandNet fournissent des informations importantes sur les perspectives du PAGE :

Les 12 recommandations de l'approche ExpandNet ont été prises en compte dans la démarche de conception et de mise en œuvre du projet. Au regard de ceux-ci, des efforts doivent encore être accomplis dans la perspective du passage à grande échelle. Au nombre de ces efforts, figure principalement le plaidoyer aussi bien pour la mobilisation des ressources nécessaires au financement du PAGE, que pour la levée des barrières socioculturelles et surtout religieuses. A ce stade, la prise d'une décision de passage à grande échelle serait donc prématurée. Elle devrait être conditionnée par une réelle volonté politique de financement durable y compris avec la contribution du Gouvernement, et par une perspective de dialogue conciliant entre les parties prenantes et les autorités coutumières et religieuses locales.

Recommandations

Les conclusions de l'étude appellent six recommandations :

- 1.** D'abord, il faut poursuivre la promotion de la planification familiale en général et celle de la PFPPI/PAI en particulier avec l'aide des acteurs de premiers rangs (autorités administratives, politiques, religieuses et coutumières, élites locales, leaders communautaires, responsables d'organisations de la société civile) dont l'influence sur les populations à la base est reconnue. Ces acteurs devront être impliqués stratégiquement pour éviter de transformer le projet en une opportunité d'instrumentalisation politique et, en revanche, dissiper de part leur capacité d'influence, les barrières socioculturelles à la planification familiale. La partie nationale, à travers le cabinet du MSHP, a un rôle important de leadership à jouer dans cette mobilisation. Elle pourra s'appuyer sur le PNSME, le PNSSU-SAJ et les autorités sanitaires locales d'une part, et requérir le soutien de Pathfinder d'autre part.
- 2.** Ensuite, il faut créer les conditions de la réplique à grande échelle des bonnes pratiques avérées, susceptibles d'impacter positivement le rapport à la planification familiale des femmes et des adolescentes. Ces conditions requièrent, entre autres, d'inscrire aux agendas de formation en PF ces bonnes pratiques comme un module à part entière avec des témoignages des prestataires qui les ont vécues, et des échanges interactifs sur la meilleure façon de les adapter aux contextes spécifiques des structures sanitaires bénéficiaires du projet.
- 3.** Il faut aussi conduire une étude spécifique sur le DIUPP pour capter les perceptions que les femmes, y compris les adolescentes et jeunes femmes, ont de ce produit contraceptif et la façon

dont elles le positionnent par rapport aux autres méthodes de contraception, les croyances qu'il leur inspire et les logiques d'intérêt à l'œuvre dans sa promotion. Une telle étude pourrait permettre de bien comprendre les enjeux de cette méthode novatrice pour chaque partie prenante au projet et de formuler des recommandations idoines pour assurer sa longévité et son impact réel dans le PAGE.

4. Nous recommandons, par ailleurs, de poursuivre la communication sur la PFPP en axant les messages sur des thématiques qui mettent en relief l'intérêt de ces méthodes pour les différentes catégories de clientes : femmes adultes mariées, femmes adultes non mariées, femmes avec plusieurs maternités à risque, jeunes filles, jeunes femmes, etc. Les stratégies de communication peuvent épouser la forme des bonnes pratiques localement inventées (spécifiques aux « maris », aux adolescentes, etc.) telles que décrites aux points 4 et 7 du rapport. Dans ces stratégies, il faut cibler prioritairement les femmes du milieu rural moins exposées à l'information sur la PF que celles du milieu urbain.
5. Nous suggérons également de mettre en place un mécanisme de suivi des restitutions d'après formation. Ce suivi pourrait se construire autour des points focaux du niveau local (points focaux SAJ, points focaux santé de la reproduction, etc.) dont le rôle sera de s'assurer de l'effectivité des restitutions, dans les délais requis et auprès des prestataires indiqués. Il aura également à charge, en collaboration avec les responsables des services de planification familiale, d'inciter les prestataires bénéficiaires et non bénéficiaires à collaborer dans une bonne osmose, de façon à appliquer conjointement les acquis des formations.
6. Nous recommandons enfin de poursuivre les efforts de plaidoyer auprès du Gouvernement et des partenaires financiers pour les inciter à mobiliser les ressources nécessaires au financement du passage à grande échelle du projet. Il faut poursuivre également le plaidoyer auprès des autorités coutumières et religieuses locales pour obtenir leur engagement à œuvrer conjointement dans le sens de la promotion de la planification familiale.

Toutes ces recommandations visent à éviter que ne prospère une fois de plus l'adage fataliste répandu en Côte d'Ivoire au sujet des projets pilotes et qui dit en substance :

« (...) On fait beaucoup de pilotes et après l'avion atterrit, ça reste dans un tiroir » (pour traduire le fait que les projets, en règle générale, ne vont pas au-delà de leur phase pilote).



PHOTO Courtney Bourdeau

EVIDENCE TO ACTION PROJECT

1015 15th St NW, Suite 1100
Washington, DC 20005, USA
Phone: +1 (202) 775-1977
Fax: +1 (202) 775-1998/1988

e2aproject.org

