

Octobre 2025



PLANIFICATION FAMILIALE

Le Partenariat de Ouagadougou

De la recherche aux changements de politiques :

**Quand les données
probantes soutiennent les
décisions politiques**



Évaluation de l'effectivité et des effets de la gratuité de la PF au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire et en Guinée

Les résultats de la recherche sur la gratuité de la de la Planification Familiale (PF) au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire et en Guinée ont été partagés avec la communauté du PO en novembre 2024 à Abidjan suivis des ateliers nationaux de restitution dans les 3 pays.

Ces échanges entre décideurs, chercheurs, organisations de la société civile et jeunes étaient l'opportunité de répondre aux préoccupations sur l'effet de la gratuité au Burkina Faso, le potentiel de passage à échelle en Côte d'Ivoire et l'état des lieux en vue d'une gratuité en Guinée. Ces données contribuent également aux réflexions sur les implications pour les systèmes de santé et les utilisatrices de service pour mettre en place une politique de gratuité, à la maintenir et à en assurer la durabilité.

Malgré le contexte international et national marqué par la réduction de l'aide au développement, ces interrogations gardent leur pertinence et peuvent contribuer aux prises de décisions stratégiques sur le financement des services de SSR/PF.

Les plans d'action annexés aux résultats et mis à la disposition de chaque pays orientent chacun d'eux dans la prise de ces décisions stratégiques.

Les fiches pays qui suivent reviennent sur quelques résultats clés de cette recherche conduite par l'Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS) du Burkina Faso en collaboration avec le CRESAR-Ci de la Côte d'Ivoire et la CERRIGUI de la Guinée.



Burkina Faso : effectivité de la mise en œuvre de la politique de gratuité



Effet de la politique

L'évaluation de l'effet de la politique a porté sur l'évolution du nombre de nouvelles utilisatrices PF par mois pendant la phase pilote et après le passage à échelle. Elle a démontré :

- + Une baisse significative du nombre d'utilisatrices PF dans les deux (2) régions pilotes en juin 2019 et une baisse non significative immédiatement après le début de la gratuité.
- + Un effet positif de la politique après une comparaison entre les deux (2) districts pilotes et deux (2) districts témoins.
- + Un effet positif de la politique après le passage à échelle en juillet 2020 l'observé par :



- ~ Une baisse de tendance significative d'environ 380 utilisatrices de méthodes modernes PF par mois avant le démarrage de la gratuité de la PF ($p < 0,001$) dans les six (6) régions.
- ~ Une augmentation très significative de 13 886 utilisatrices de méthodes modernes PF dans les régions sanitaires immédiatement après le démarrage de la gratuité de la PF en utilisant la CPN4 comme contrôle ($p < 0,001$).
- ~ En outre, la comparaison post intervention et pré-intervention a démontré une augmentation de 237 utilisatrices de méthodes modernes ($p < 0,001$).

Pérennisation de la politique

La recherche a évalué la pérennité de la politique sous différentes composantes dont trois (3) sont présentées ici : le soutien politique, la stabilité du financement, l'adaptabilité de la politique aux changements.

SOUTIEN POLITIQUE

Le soutien politique est clairement affiché. Il se traduit par non seulement l'ancrage institutionnel de la politique au sein du ministère de la santé, l'apport financier croissant mais également par différents engagements du gouvernement au niveau régional et international (PO, FP2030).

STABILITÉ FINANCIÈRE

En plus de l'achat des contraceptifs, toutes les prestations facturées par les formations sanitaires pour l'offre de services de PF sont payées à 99 % par le budget de l'État. Il faut noter que le montant des factures globales payées par l'État a connu une forte augmentation à partir de 2020, passant d'environ 30 milliards par an à 40 milliards de francs CFA en 2021. La surfacturation et la fraude rendues possibles par le mécanisme de facturation groupée des soins par les formations sanitaires étaient l'une des raisons de cette augmentation.

Par ailleurs, la dépendance à la contribution des PTF reste forte malgré l'engagement du gouvernement à augmenter d'au moins 10 % chaque année la ligne budgétaire allouée aux produits contraceptifs.

« *La contribution des partenaires techniques et financiers c'est au tour de 60 à 70 % pour l'achat des produits contraceptifs. Et le reste c'est l'état.* »

Répondant 4, Niveau central

« *La dépendance primaire à l'égard des ressources des donateurs pour le financement des produits contraceptifs compromet la durabilité et accroît la vulnérabilité aux fluctuations du financement.* »

Répondant 3, Niveau central



ADAPTABILITÉ DE LA POLITIQUE AUX CHANGEMENTS

Depuis son application, la politique de gratuité a démontré de grandes capacités d'adaptation. Cela s'est traduit par des changements mis en place dans la méthode de remboursement des frais, l'externalisation du contrôle et la mise en place de la facturation individuelle numérique.

Une partie des fonds de remboursement est dirigée vers la CAMEG depuis 2017 pour pallier aux difficultés de gestion rencontrées quand les formations sanitaires encaissaient la totalité des fonds.

Le contrôle des factures a été externalisé et confié aux ONG. Enfin, la facturation numérique a été instaurée en 2024 pour réduire les risques de fraude et de surfacturation.

« En janvier 2024, un changement majeur a été introduit avec la mise en place d'un système de facturation individuelle numérique [...] Cela a entraîné une diminution significative des montants facturés, de l'ordre de 40 à 50 %. »

BF, EI, Informateur 2, Niveau central

Catalyseurs et barrières à la mise en œuvre de la politique

CATALYSEURS

Le processus d'élaboration inclusif, l'ancrage institutionnel et organisationnel sont les principaux catalyseurs de la politique de gratuité. S'inscrivant dans la politique plus globale relative à la prise en charge des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans, la gratuité de la PF est simple et facile dans sa mise en œuvre. Elle n'a pas apporté de changement opérationnel dans l'offre des services ; ce qui a réconforté les prestataires de services.

« Non, la gratuité de la PF n'est pas compliquée à mettre en œuvre parce que ça ne change pas notre manière de faire. C'est comme quand ce n'était pas gratuit aussi. »

(BF, EI, Prestataire 34)

BARRIÈRES

La recherche a identifié différentes limites à l'application de la politique de gratuité dans son contenu, aux niveaux interne et externe. Les limites au niveau interne sont principalement les ruptures de stock autant dans les formations sanitaires qu'à la CAMEG.



Aucune formation sanitaire n'offrait toutes les méthodes contraceptives au moment de l'enquête. Environ 56,2 % ont connu une rupture d'une méthode moderne au cours des trois derniers mois. Pour 40 % de ces formations sanitaires, la rupture concernait au moins une méthode à longue durée d'action.

« Il arrive que les marques de méthodes contraceptives manquent notamment Sayana Press et Depo-Provera. Les demandes sont fortes, ça fait que ça manque souvent. Mais ça ne dure pas. »

BF, EI, Prestataire 18

La rupture de stock a duré plus de sept (07) jours pour 40 % des formations sanitaires. Les autres limites observées sont la péremption de lots de produits, la faible capacité de stockage des formations sanitaires et des insuffisances dans le processus d'expression des besoins.

Enfin les limites liées au contexte externe sont la méconnaissance du contenu de la politique notamment par les prestataires de santé, les retards et insuffisances dans le remboursement des formations sanitaires.

« Je ne suis pas certain que les examens soient couverts par la gratuité. Par exemple, si une femme retire une méthode contraceptive parce qu'elle ne lui convient pas, elle peut se voir prescrire un examen qu'elle devra faire en clinique,

probablement à ses frais. Ici, nous n'avons pas les moyens de réaliser ces examens; nous ne faisons que les prescrire pour qu'ils soient effectués ailleurs. »

BF, EI, Prestataire 43

Quinze ans après le passage à échelle de la gratuité de la PF, les résultats de cette recherche sont un regard scientifique et robuste sur les progrès réalisés. Dans un contexte de réduction de l'aide au développement des PTF, de crise, ils orienteront le ministère de la santé à travers la Direction Santé Familiale à prendre des décisions politiques stratégiques pour continuer à garantir l'accès et l'utilisation de la contraception moderne à chaque utilisatrice dans le besoin.



Côte d'Ivoire : passage à l'échelle de la politique de gratuité de la PF

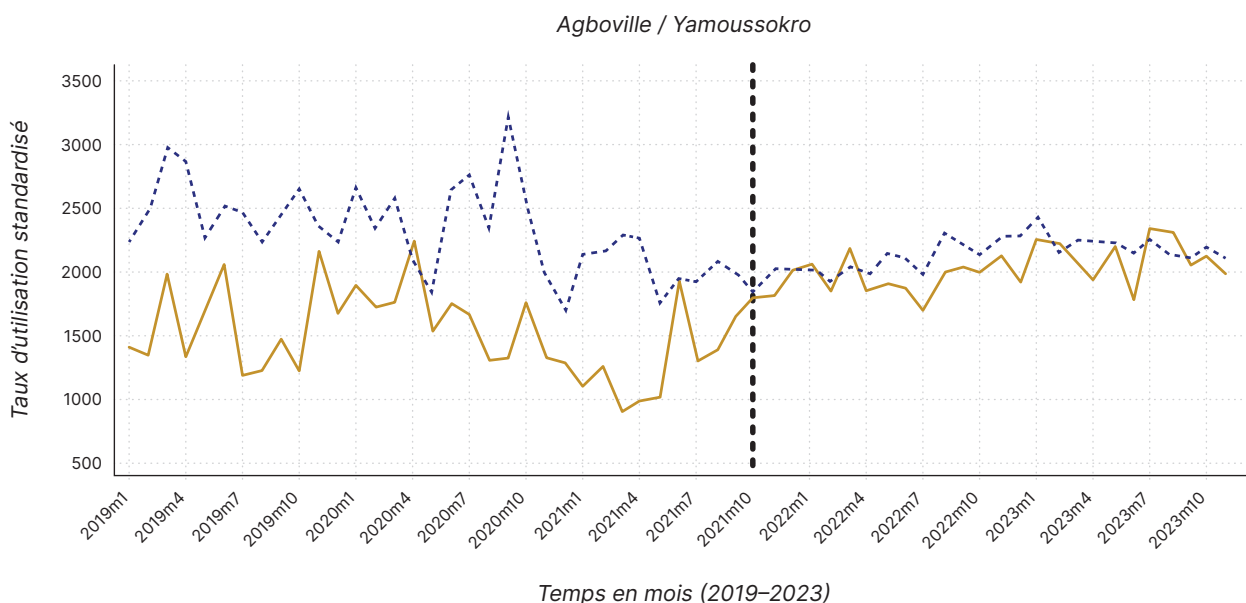


Efficacité de la phase pilote de la politique

L'évaluation de l'efficacité de la phase pilote de la politique a consisté à une comparaison entre le district pilote d'Agboville et celui de Yamoussokro (pris comme district contrôle). La figure suivante montre l'évolution du nombre de nouvelles utilisatrices PF dans les deux (2) districts de 2019 à 2023.

Les résultats ont montré une tendance à la baisse pour les (2) districts de 2019 à octobre 2021 ; date à partir de laquelle le district d'Agboville a enregistré une augmentation du nombre de nouvelles utilisatrices PF. Il y a eu :

- + Une baisse de tendance significative d'environ 11 utilisatrices de méthodes modernes par mois dans le DS de Agboville avant le démarrage de la gratuité de la PF ($p=0,025$) en utilisant Yamoussoukro comme contrôle.



Utilisation des méthodes contraceptives modernes de 2019 à 2023

Sources : données Ministère de la Santé, Côte d'Ivoire

- - - Comparaison-Yamoussokro

— Intervention-Agboville

+ Une augmentation très significative d'environ 556 utilisatrices de méthodes modernes dans le DS de Agboville immédiatement après le démarrage de la gratuité de la PF ($p < 0,001$) en utilisant Yamoussokro comme contrôle.

Dans le même sens et pour l'ensemble des districts d'intervention, les résultats ont démontré une augmentation très significative d'environ 1 132 utilisatrices de méthodes modernes d'intervention immédiatement après le démarrage de la gratuité de la PF ($p < 0,001$) en utilisant d'autres DS comme contrôle.

Cependant, lorsque la CPN4 est prise comme contrôle, l'effet n'est plus significatif.

D'où la possibilité que l'augmentation du nombre de nouvelles utilisatrices dans les districts d'intervention soit imputable à d'autres facteurs contextuels et pas uniquement à la politique de gratuité. Par ailleurs, la période post-intervention n'est pas assez large (15 mois) pour conclure sans équivoque à l'effet réel de la politique.

Acceptabilité de la gratuité de la PF

Il n'y a pas de différence d'opinions nette chez les groupes de population interviewés (femmes, leaders religieux, prestataire de santé). La recherche a mis en exergue autant des avis favorables et défavorables au sein de chacun de ces groupes.



OPINIONS FAVORABLES

Elles ont été exprimées en ces termes :

« Gratuit là, c'est bon, tout le monde a le même avis. »

RCI, FG, femme, 35-49 ans

« Dans notre vie d'aujourd'hui, c'est une bonne chose. »

RCI, EI, Leader religieux 4

« La politique de gratuité ça permet d'augmenter le nombre de femmes bénéficiant des produits contraceptifs pour diminuer la mortalité des mères. »

RCI, EI, prestataire 10

OPINIONS DÉFAVORABLES

Elles viennent des mêmes groupes. Elles expriment une opposition totale à la PF de façon générale et à la politique de gratuité.

« Quand tout est gratuit comme ça ce n'est pas bon. Les gens vont utiliser les méthodes à souhait pour réduire les naissances parce qu'elles seront espacées et vivre dans le péché. »

RCI, EI, leader religieux 7

Certains avis sont un peu plus nuancés et plaident pour une gratuité partielle.

« La gratuité oui, seulement, il faut une petite contribution de la part des clientes. Afin qu'elles connaissent l'importance de ce qu'elles vont appliquer. »

Comme l'exemple des SRO pour la diarrhée. »

RCI, EI, Prestataire 5

Catalyseurs et Barrières

CATALYSEURS

La force de l'intervention réside dans le fait qu'elle constitue une réponse à l'accessibilité financière aux produits contraceptifs. Pour la majorité des participants, la gratuité de la PF permettra de répondre aux besoins des populations en termes d'accessibilité.

La politique répond aux besoins des patients en supprimant les barrières financières et augmente l'afflux de bénéficiaires.

BARRIÈRES

A interne, l'inaccessibilité géographique des centres, le manque d'équipements, et les ruptures de stock compromettent la qualité des services. Les résultats montrent que la gratuité des services de PF n'est pas effective dans toutes les formations sanitaires bénéficiant de la gratuité de la planification familiale.

Plus d'un client sur quatre a payé la méthode contraceptive reçue dans les formations sanitaires d'intervention.

Les barrières externes observées incluent les effets indésirables des contraceptifs, les fausses rumeurs, et



des obstacles socio-culturels, limitant l'utilisation des services gratuits.

Passage à échelle de la politique

Deux modes ont été proposés par les acteurs de la PF interviewés :

UN PASSAGE À ÉCHELLE HORIZONTALE PROGRESSIF (MAJORITÉ)

Non entièrement convaincu de la capacité financière du gouvernement à appliquer la gratuité sur l'étendue du territoire, la majorité des acteurs propose un passage à échelle horizontale progressif.

« Avec les ruptures que nous observons actuellement, je suis un peu dubitative et je me demande si l'État sera en mesure de faire face financièrement à un passage à échelle verticale. Un passage à échelle progressif serait l'idéal. »

RCI, EI, Informateur 4, PTF

UN PASSAGE À ÉCHELLE VERTICALE (MINORITÉ)

Ceux qui soutiennent le passage à échelle verticale s'alignent avec la vision du gouvernement à offrir la gratuité à tous sans discrimination et avec équité. Cette vision est traduite dans le plan de passage à échelle.

« Si les méthodes sont gratuites dans un district et payantes dans le district juste à côté, ce n'est pas équitable et cela va conduire à une fuite des produits vers les zones où c'est payant. »

RCI, EI, Informateur 5, niveau central

Ces résultats constituent des bases des réflexions pour le ministère de la santé et ses partenaires pour assurer l'efficacité attendue de la gratuité. Ils orientent également sur les interventions spécifiques à mettre en place ou à améliorer par chaque acteur impliqué dans la mise en œuvre de la PF et de la politique de gratuité.



Guinée : vers une politique de gratuité de la PF



La Guinée n'a pas encore adopté de politique de gratuité des services de planification familiale. Ainsi, l'étude a évalué les conditions préalables pour sa mise en œuvre, en examinant la disponibilité des ressources humaines et du plateau technique, l'offre de contraceptifs, la qualité des services et des soins.

Connaissances et attitudes en matière de PF

La connaissance des femmes sur la planification familiale est limitée, bien que leur satisfaction globale vis-à-vis des services soit élevée. Il ressort de l'étude que la plupart des femmes ont une faible connaissance sur les méthodes contraceptives (63,7 %) et sur les avantages de la PF chez la mère et chez l'enfant.



Quant aux hommes, la majorité (76,8 %) connaît l'existence des méthodes contraceptives, mais leur niveau de compréhension des différentes méthodes et de leur usage est faible (3,5 %). De nombreux hommes expriment des doutes sur les méthodes contraceptives (34,6 %) et un besoin d'informations supplémentaires (22,1 %). S'ils reconnaissent des avantages de la PF, comme l'espacement des naissances (60,2 %) et la réduction des grossesses non désirées (36,2 %), leur connaissance des autres bénéfiques reste limitée.

Offre de services de PF et adhésion des prestataires de soins

Les résultats ont montré que 100 % des formations sanitaires offrent au moins trois méthodes contraceptives modernes. La majorité des prestataires de santé interrogés offrent des services de PF et de counseling (99,4 %). Ce niveau élevé d'engagement montre l'importance que le système de santé de la Guinée accorde à la promotion de la santé reproductive. La disponibilité et l'accès aux services sont relativement bons, permettant aux patients de mieux comprendre les méthodes contraceptives et de faire des choix éclairés.

Cependant, un grand nombre de prestataires impose des restrictions à l'accès aux méthodes contraceptives à travers la fixation d'un âge limite (86,3 %) et d'un nombre minimum

d'enfant, le consentement du partenaire requis (55,6 %), ainsi que la situation matrimoniale (13,8 %). Ces restrictions peuvent limiter l'accès des femmes aux méthodes contraceptives adaptées à leurs besoins.

Perceptions sur les campagnes nationales de gratuité

« C'est une opportunité pour étendre l'offre et l'utilisation des méthodes de PF en particulier pour les adolescents et les jeunes et aussi pour combler les besoins non-satisfaits des femmes en âges de procréer »

GN, EI, informateur 4, PTF

Le ministère de la Santé et de l'Hygiène publique organise annuellement une campagne nationale pour mettre à disposition gratuitement les services de PF. Même si certains émettent des réserves sur la durabilité et la soutenabilité, la plupart des répondants sont unanimes sur leur impact sur l'utilisation des services de PF et plaident pour une gratuité totale et pérenne.

Les conditions de base pour la gratuité de la PF dans les formations sanitaires

En termes d'infrastructures sanitaires, il a été observé que :

- + Plus de 95 % des formations sanitaires protégeaient leurs produits contre



la pluie, 96,9 % les plaçaient sur des étagères et non sur le sol, et 95,3 % les conservaient dans des endroits secs et frais.

- + 40,6 % des structures de santé ne disposaient pas d'une salle d'attente équipée de sièges et protégée du soleil et de la pluie pour les clientes.
- + 67,2 % possédaient une salle d'examen séparée, sans visibilité vers l'extérieur.
- + 53,1 % disposaient d'une source d'eau potable (robinet).
- + Dans l'ensemble les formations sanitaires disposaient d'un plateau technique à renforcer pour l'offre des services de PF. Les matériels/équipements les plus disponibles étaient les conteneurs écouvillons stériles (42,2 %). À l'opposé, le crochet tubal a été observé dans seulement 17,2 % des formations sanitaires.

Concernant la disponibilité des produits contraceptifs, il a été observé que :

- + 100 % des formations sanitaires offraient au moins trois méthodes contraceptives modernes.
- + Moins d'un quart (23,4 %) des structures de santé offraient des méthodes à longue durée d'action.
- + Aucune formation sanitaire n'offre la totalité des méthodes contraceptives modernes aux clients.
- + 60,9 % des formations sanitaires ont connu une rupture d'une méthode moderne au cours des trois derniers mois.

- + 12,5 % des formations sanitaires ont enregistré la rupture d'au moins trois méthodes modernes au cours des trois derniers mois.
- + 45,3 % des formations sanitaires ont enregistré une rupture d'au moins une méthode moderne à longue durée d'action au cours des trois derniers mois.
- + 41 % des ruptures enregistrées au cours de cette période ont duré plus de sept (07 jours).

La qualité des services, évaluée à partir d'une observation directe, a indiqué différents niveaux. Pour 40,4 % des consultations le score indiquait que l'accueil et les relations interpersonnelles étaient de bonne qualité, 73,4 % pour l'interrogatoire, 35,7 % pour une nouvelle méthode ou changement de méthode contraceptive et de 2,9 % pour l'examen clinique.

Opinions sur la mise en œuvre d'une politique de gratuité

Les entretiens ont révélé diverses opinions :

- + Une gratuité totale et pour toutes les femmes pour des raisons d'équité, pour lever les barrières financières et renforcer le système de santé.

« Je suis pour la gratuité totale pas partielle sinon il y aura une discrimination parce qu'il faut avoir en ce moment des critères pour dire qui doit et qui ne doit pas payer. Je suis



partant en ce sens par ce que nous voulons l'espace des naissances, la réduction du taux de mortalité lié aux accouchements et autres, la mortalité néonatale, nous ne voulons pas que les femmes tombent enceinte sans leur consentement. »

GN, EI, informateur 1, niveau régional

- + Une gratuité limitée aux femmes multipares et allaitantes.

« Je pense que ce n'est pas à donner à toutes les femmes, je pense que c'est à donner aux femmes allaitantes qui ont des petits enfants et non à celles qui n'ont pas d'enfant. »

GN, FG, Homme, 25-49 ans

- + Une gratuité excluant les femmes ayant les moyens financiers.

Barrières et Catalyseurs

En Guinée, la PF est confrontée à de nombreux obstacles parmi lesquels figurent les barrières culturelles et religieuses, l'accessibilité, ainsi que le coût des produits, des intrants et des services. La sensibilisation insuffisante, la stigmatisation, l'analphabétisme et le déficit de personnel qualifié sont autant de facteurs aggravants ces défis. La barrière financière constitue également un frein majeur, surtout pour les femmes en zone rurale.

Cependant, il existe plusieurs catalyseurs qui favorisent l'acceptation et l'utilisation de la PF. Le niveau d'instruction joue un rôle crucial.

« Bon, ce qui me motive dans tout c'est que la planification est une pratique qui nous permet de planifier nos actions de développement. Aujourd'hui, quand tu veux parler de l'être humain ça passe par la planification familiale aussi, car les enfants bien portants facilitent le développement de la localité. Lorsque tu as des enfants qui ne sont pas malade, ça te permet d'aller travailler tranquillement ».

GN, EI, leader religieux 2, homme

Certains hommes instruits comprennent l'importance de la PF pour la stabilité économique de leur famille. La PF est également perçue comme un levier de développement, permettant aux familles de mieux structurer leur avenir et d'assurer la santé des enfants.

Cette fiche se veut un vecteur pour alimenter le processus de mise en place d'une politique de gratuité en Guinée. Elle éclaire sur la diversité d'opinions, met l'accent sur le potentiel du système de santé à offrir la gratuité et les aspects d'amélioration. Les données probantes mises à la disposition peuvent également servir tout processus de plaidoyer de haut niveau qu'il soit conduit par le ministère de la santé ou la société civile.



Améliorer la continuité de l'utilisation des méthodes contraceptives

Background de la recherche

L'Objectif principal de la recherche était de mesurer l'incidence de la discontinuité de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes, identifier et analyser les facteurs et les raisons liés à cette discontinuation.

L'équipe a utilisé une méthode mixte avec une approche quantitative et qualitative complémentaires et imbriquées. Une cohorte de 2 383 nouvelles utilisatrices PF a été suivie pendant un an ; la fréquence du suivi dépendant de la méthode utilisée. Des entretiens individuels approfondis et/ou des discussions de groupes ont été réalisés avec les femmes qui ont discontinué et celles qui ont continué les méthodes, avec les gestionnaires et les prestataires de services de soins de santé ainsi que les personnes influentes et/ou les détenteurs d'enjeux en communauté. Les logiciels Stat et Nvivo 14 ont été utilisés respectivement pour l'analyse des données quantitatives et qualitatives.

Les résultats préliminaires de la recherche sur la discontinuité de l'utilisation des méthodes contraceptives au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire et en Guinée ont été restitués à la communauté du Partenariat de Ouagadougou y compris les Directions Santé Mère Enfant en novembre 2024.

A la suite de la finalisation de la recherche, des ateliers nationaux ont été tenus durant le second trimestre 2025 dans les 3 pays concernés pour faciliter l'appropriation nationale des résultats et l'adoption des plans d'actions. Cette étude a permis de documenter les comportements d'utilisation des méthodes modernes de contraception, d'analyser les causes de l'abandon contraceptif et d'identifier les leviers pour renforcer la continuité des services. Elle met en exergue également le caractère dynamique de l'utilisation de la contraception et les enjeux de pouvoir au sein du couple et de la communauté autour de la question. Conduite par l'Institut Africain en Santé Publique (IASP) du Burkina Faso en collaboration avec le CRESAR-CI de la Côte d'Ivoire, le CERREGUI et le CNFRSR de la Guinée, elle s'inscrit dans l'Agenda Recherche du Partenariat de Ouagadougou et soutient les efforts régionaux d'amélioration de la qualité des soins et de la satisfaction des utilisatrices. Les fiches pays qui suivent présentent les principaux constats et recommandations formulés pour réduire la discontinuité contraceptive et renforcer la performance des programmes de planification familiale.



Burkina Faso : Améliorer la continuité de l'utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes et les jeunes filles





Principaux résultats

DESCRIPTION DE LA POPULATION D'ÉTUDE

De janvier 2024 à janvier 2025, l'équipe de recherche a :

- + Suivi une cohorte de 806 utilisatrices de contraception dont 41,8 % âgées de moins de 24 ans, et 38,6 % vivant en milieu rural. Elles utilisaient les contraceptifs injectables (46,6 %), l'implant (32,5 %), les contraceptifs oraux (13,4 %) et le DIU (6,2 %).
- + Réalisé 159 entretiens et discussions de groupe avec les utilisatrices, leur conjoint, les prestataires de santé et gestionnaires de programme.

INCIDENCE DE LA DISCONTINUITÉ

Durant la période de suivi :

- + 45,1 % de la cohorte ont arrêté l'utilisation de la contraception. Sur cette proportion, 43,7 % étaient des jeunes (15-24 ans) ; et 47 % vivaient en milieu rural.
- + Considérant le total d'utilisatrices par méthode, 73,1 % des utilisatrices des contraceptifs oraux ont discontinué. Cette proportion est de 60,4 % pour les injectables, 16,7 % pour le DIU et 15,1 % pour l'implant.
- + La tendance de la continuité était significativement liée au nombre de

grossesses antérieures (les nulligestes ont plus rapidement discontinué par rapport aux paucigestes et multigestes), le nombre d'enfants, l'âge du dernier enfant (les femmes dont le dernier enfant a plus de 2 ans ont plus discontinué) mais pas au niveau d'éducation ni à l'acceptabilité de la PF par le conjoint et la communauté.

« L'injectable, si tu utilises cela pendant longtemps, tu peux chercher une grossesse pendant un an qui ne viendra pas, voire 2 ans même. Ce que j'ai vécu comme expérience avec cette méthode est que j'ai pris une grossesse qui a coulé. Si ce n'est pas que le gaz des produits est sorti (de ton corps), ce n'est pas possible d'avoir une grossesse qui va tenir. »

BF, Discontinuante, 25 ans, Rural, V2 ; récit d'une nulligeste.

- + Les utilisatrices des méthodes de courte durée d'action ont plus tendance à discontinuer comparativement à celles qui utilisent les méthodes à longue.
- + Enfin, les femmes ayant reconnu avoir plus d'autonomie de décision ou qui participaient à la prise de décision ont plus rapidement discontinué par rapport aux femmes non autonomes.

FACTEURS DE DISCONTINUATION OBSERVÉS

Les principaux facteurs de discontinuation observés sont :



- + L'âge du conjoint/partenaire supérieur ou égal à 50 ans augmentait le risque de discontinuité de l'utilisation de la PF par la femme.
- + Plus une femme a un nombre élevé d'enfants vivants, moins elle était à risque de discontinuer l'utilisation de la méthode contraceptive.
- + Les femmes qui ont un niveau de connaissance élevé sur les méthodes contraceptives avaient moins de risque de discontinuer leur utilisation.
- + Les femmes qui ont choisi une méthode sous l'influence d'un proche étaient plus à risque de discontinuer comparativement à celles qui ont adopté leur méthode de préférence.
- + Les femmes qui partageaient le pouvoir de décision d'utilisation des méthodes contraceptives avec leur partenaire étaient plus à risque de discontinuer l'utilisation comparativement aux femmes complètement non autonomes.

RAISONS DE DISCONTINUATION ÉVOQUÉES

Les raisons de discontinuation sont largement dominées par les effets secondaires (44 %). Ensuite, certaines femmes ont évoqué le manque de temps pour aller dans la formation sanitaire (13,5 %), l'opposition du partenaire (8 %), le désir de grossesse (7,2 %) et l'oubli de la prise (5,2 %).

« Si une femme décide d'arrêter, c'est qu'elle a vécu une mauvaise expérience de la méthode »

BF, Discontinuant, 28 ans, Urbain, V2

« Parce que là il y a des méthodes qui diffèrent selon les organismes, selon les femmes. Voilà selon le mental de chaque femme aussi, donc tu ne peux pas dire typiquement, c'est telle méthode qui domine voilà c'est ça qui est un peu le hic. »

BF, Gestionnaires, 52 ans, Rural ; récit d'un gestionnaire sur l'ampleur des effets secondaires par méthode.

AUTRES ANALYSES : ACCESSIBILITÉ ET AUTONOMIE DE DÉCISION

L'accessibilité a été analysée sous les dimensions d'accessibilité géographique, financière et d'acceptabilité :

- + Distance moyenne entre le domicile et la formation sanitaire : 4,9 km.
- + Dépense moyenne par femme : 379 XOF en transport et 245 XOF pour les produits.
- + 72,1 % des conjoints acceptent la PF.

Près de la moitié des femmes (46,2 %) ont déclaré avoir une autonomie de prise de décision d'utilisation des services PF. Il n'y a pas de différence selon l'âge.



RECOMMANDATIONS POUR AMÉLIORER LA CONTINUITÉ CONTRACEPTIVE

Le plan d'action issu de la restitution des résultats au niveau national et régional recommande, entre autres, la mise en place d'un système de suivi de l'utilisation

continue avec des indicateurs pertinents, l'effectivité de la délégation de tâche, l'amélioration de la qualité des services, des compétences des prestataires, de l'information et la communication avec la communauté.





Côte d'Ivoire : Améliorer la continuité de l'utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes et les jeunes filles





Principaux résultats

DESCRIPTION DE LA POPULATION D'ÉTUDE

De janvier 2024 à janvier 2025, l'équipe de recherche a :

- + Suivi une cohorte de 753 utilisatrices de contraception dont 46,34 % âgées de moins de 24 ans, et 28,2 % vivant en milieu rural. Elles utilisaient l'implant (49,2 %), les contraceptifs injectables (46,8 %), les contraceptifs oraux (2,8 %) et le DIU (1,2 %).
- + Réalisé 164 entretiens et discussions de groupe avec les utilisatrices, leur conjoint, les prestataires de santé et gestionnaires de programme.

INCIDENCE DE LA DISCONTINUITÉ

Durant la période de suivi :

- + 37,5 % de la cohorte ont arrêté l'utilisation de la contraception. Sur cette proportion, 39,1 % étaient des jeunes (15-24 ans) ; et 41,5 % vivaient en milieu rural.
- + Considérant le total d'utilisatrices par méthode, 68,3 % des utilisatrices des contraceptifs oraux ont discontinué. Cette proportion est de 56,8 % pour les injectables, 17,5 % pour l'implant.
- + Bien que, selon l'analyse bivariée, la tendance à la discontinuation ne varie pas selon l'âge et la qualité des services, l'analyse qualitative a révélé des contrastes.

« ... les femmes plus âgées constitue une tranche de population qui utilise beaucoup les méthodes et qui est observante ... C'est dans cette tranche qu'on a beaucoup de clientes qui utilisent beaucoup les méthodes contraceptives de façon prolongée ... »

RCI, Gestionnaire de district, 51 ans, urbain

« ... pour les petites filles là même ça dépend. Quand elles sont d'humeur, elles viennent faire mais après elles disent qu'elles n'en veulent plus. On ne connaît pas vraiment leur problème. Soit, elles oublient soit, elles disent qu'elles n'en veulent pas, elles ne savent même pas ce qu'elles veulent ... »

RCI, Prestataire, 32 ans, rural

« Moi par exemple, j'ai fait mes menstrues sur une longue période, je suis venue voir la sage-femme, elle m'a conseillé de prendre certains comprimés, quand j'ai pris, j'ai arrêté de saigner. Cela m'a encouragé »

RCI, continuante, 15-24, urbain, V3

- + La tendance de la continuité était significativement liée au niveau d'éducation (les femmes instruites ont plus discontinué) au nombre de grossesses antérieures (les nulligestes ont plus rapidement discontinué par rapport aux paucigestes et multigestes), le nombre d'enfants, à l'acceptabilité du conjoint, et



l'existence de discussion sur la PF au sein du couple mais pas à l'âge du dernier enfant ni à l'acceptabilité de la PF par la communauté.

« ... quand je lui (conjoint) ai parlé de prendre la contraception, il a dit qu'il y'a pas de problème, il m'a même complété l'argent pour ma première visite parce que quand c'est comme ça tu dois prendre carnet, tu dois faire ceci, il y'a des tests à faire. Donc après ça, quand le rendez-vous arrive je m'en vais moi-même ... quand j'oublie ... je fais le test et puis, on continue. »

RCI, Discontinuant, 30 ans, urbain, V2

- + Enfin, les femmes ayant reconnu avoir plus d'autonomie de décision ou qui participaient à la prise de décision ont plus rapidement discontinué par rapport aux femmes non autonomes.

FACTEURS DE DISCONTINUATION OBSERVÉS

Les principaux facteurs de discontinuation observés sont :

- + La profession de la femme : les élèves et étudiantes sont plus à risque de discontinuer l'utilisation des méthodes comparativement aux salariées.
- + Le nombre d'enfants vivantes de la femme : plus une femme a un nombre élevé d'enfants vivants, moins elle était à risque de discontinuer l'utilisation de la méthode contraceptive.

- + Les femmes qui avaient déclaré se faire des soucis par rapport au respect de leur intimité dans la formation sanitaire avaient plus de risque de discontinuer leur méthode.
- + Les femmes qui obtenaient leur méthode d'une formation sanitaire située à plus de dix kilomètres de leur domicile étaient plus à risque de discontinuer.
- + Les femmes qui recevaient les services dans une formation sanitaire où on avait en moyenne plus de quatre utilisatrices de méthodes par jour par agent de santé, étaient moins à risque de discontinuer leur méthode.

RAISONS DE DISCONTINUATION ÉVOQUÉES

Les raisons de discontinuation sont largement dominées par les effets secondaires (58,6 %). Ensuite, certaines femmes ont évoqué le manque de temps pour aller dans la formation sanitaire (15 %), l'absence du conjoint (4,8 %), et l'oubli de la prise (5,1 %).

« La première fois que j'ai utilisé la contraception moderne, je ne voyais pas mes menstrues, la deuxième fois l'implant n'a pas été bien posé et c'est sorti. La sage-femme m'a grondé, je suis rentrée à la maison et je n'ai plus mis pied à l'hôpital encore ... la méthode m'a fait maigrir ... Cette méthode a eu plus d'effets négatifs sur moi que positifs »

RCI, discontinuante, 20 ans, rural, V1



AUTRES ANALYSES : ACCESSIBILITÉ ET AUTONOMIE DE DÉCISION

L'accessibilité a été analysée sous les dimensions d'accessibilité géographique, financière et d'acceptabilité :

- + Distance moyenne entre le domicile et la formation sanitaire : 10,1 km.
- + Dépense moyenne par femme : 235 XOF en transport et 2 455 XOF pour les produits.
- + 74,8 % des conjoints acceptent la PF.

Un peu plus du tiers des femmes (36 %) ont déclaré avoir une autonomie de prise de décision d'utilisation des services PF. Il n'y a pas de différence selon l'âge.

RECOMMANDATIONS POUR AMÉLIORER LA CONTINUITÉ CONTRACEPTIVE

Le plan d'action issu de la restitution des résultats au niveau national et régional recommande, entre autres, la continuité du renforcement de capacités de prestataires avec un accent particulier sur la gestion des effets secondaires, le réaménagement des salles dans les formations sanitaires afin d'améliorer la confidentialité et le respect de l'intimité. Pour la création d'un environnement favorable, il est recommandé des communications ciblées pour améliorer le dialogue avec les jeunes et le pouvoir de décision de l'ensemble des utilisatrices.



Guinée : Améliorer la continuité de l'utilisation des méthodes contraceptives par les femmes et les jeunes filles





Principaux résultats

DESCRIPTION DE LA POPULATION D'ÉTUDE

De janvier 2024 à janvier 2025, l'équipe de recherche a :

- + Suivi une cohorte de 824 utilisatrices de contraception dont 48,7 % âgées de moins de 24 ans, et 36,7 % vivant en milieu rural. Elles utilisaient l'implant (53,2 %), les injectables (19,8 %) et les contraceptifs oraux (14,0 %).
- + Réalisé 125 entretiens et discussions de groupe avec les utilisatrices, leur conjoint, les prestataires de santé et gestionnaires de programme.

INCIDENCE DE LA DISCONTINUITÉ D'UTILISATION DES MÉTHODES

Durant la période de suivi :

- + 46,7 % de la cohorte ont discontinué l'utilisation des méthodes contraceptives. Sur cette proportion, 44,6 % étaient des jeunes (15-24 ans) ; et 40,7 % vivaient en milieu rural.
- + Considérant le total d'utilisatrices par méthode, 83,3 % des utilisatrices de méthodes injectables ont discontinué. Cette proportion est de 72,6 pour les contraceptifs oraux (72,6 %), 27,9 % pour le DIU (27,9 %) et 24,1 % pour les implants.
- + La tendance de la continuité était significativement liée au lieu de

résidence (les femmes vivant en milieu urbain discontinuent plus rapidement que celles qui vivent en milieu rural), à l'âge du dernier enfant (les femmes dont le dernier enfant avait plus de 2 ans avaient plus tendance à discontinuer) et au niveau de satisfaction par rapport aux services.

« Quand j'ai été à l'hôpital pour me planifier, celle chez qui je suis partie m'a confiée à une stagiaire. La manière dont elle a mis mon implant n'était pas bien, c'était loin l'un de l'autre, elle n'a pas bien placé l'implant, il y a un en haut et l'autre en bas introduit sous ma peau, tu as vu. Donc, je suis restée comme cela, depuis que j'ai quitté je ne voyais plus mes règles, je souffrais, mon ventre ballonnait et me faisait mal, je me suis inquiétée et je me suis retournée à l'hôpital, j'ai enlevé »

RG, Discontinuante, Rural, 20 ans, V2

- + Le risque de discontinuité est plus élevé chez les femmes qui utilisent les méthodes de courte durée d'action.
- + Les femmes qui ont déclaré être autonomes dans la prise de décision ou la partager ont plus tendance à discontinuer, comparativement à celles qui n'avaient aucune autonomie de décision.

FACTEURS DE DISCONTINUITÉ OBSERVÉS

Les principaux facteurs de discontinuation observés sont :



- + La résidence en milieu urbain comparativement au milieu rural réduit le risque de discontinuité de la méthode.
- + Les femmes qui reçoivent leurs méthodes dans une formation sanitaire où en moyenne par jour on a entre 2-4 utilisatrices par agent de santé sont plus à risque de discontinuer comparativement aux situations où on a en moyenne moins de 2 utilisatrices par agent de santé et par jour.

RAISONS DE DISCONTINUATION ÉVOQUÉES

- + La survenue des effets secondaires est la principale raison de discontinuité d'utilisation de la méthode contraceptive (41 %), suivie de l'oubli de la prise (12,1 %), le désir de grossesse (11,3 %) et l'opposition du partenaire (9,4 %).

« Au niveau du couple, au début le mari peut accepter mais à la longue il dit non et la femme est obligée d'enlever la contraception... »

RG, Gestionnaire FS, 41 ans

Autres analyses :

ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE ET FINANCIÈRE

- + La distance moyenne parcourue par les femmes jusqu'aux formations sanitaires est de 6,2 km.

- + La dépense moyenne par femme est de 6 553 GNF en transport et 16 889 GNF pour les produits.

ACCEPTABILITÉ PAR L'ENTOURAGE ET AUTONOMIE DE DÉCISION

- + Seules 36,2 % des femmes jugent leur conjoint favorable à la contraception. L'acceptabilité perçue chute encore davantage concernant les beaux-parents (3,4 %) et la communauté (3,5 %).
- + L'autonomie de décision des femmes en matière de PF est plus élevée (63,8 %) que pour le recours aux services de santé en général (23,8 %), et cette autonomie croît avec l'âge.

RECOMMANDATIONS POUR AMÉLIORER LA CONTINUITÉ CONTRACEPTIVE

Le plan d'action issu de la restitution des résultats de l'étude recommande le renforcement de l'offre des services de qualité en faveur de la réduction de la discontinuité de l'utilisation de la contraception moderne chez les femmes, la création d'un environnement familial, socioculturel favorable à la continuité de la contraception moderne chez les femmes, la mobilisation des ressources financières pour améliorer la continuité de l'utilisation de la contraception moderne et le renforcement de la recherche sur la discontinuité des méthodes de contraception moderne.





PLANIFICATION FAMILIALE

Le Partenariat de Ouagadougou

**De la recherche aux
changements de politiques :**

**Quand les données probantes soutiennent les
décisions politiques**